

Правительство Архангельской области
Министерство здравоохранения Архангельской области
Министерство труда, занятости и социального развития Архангельской области
Северный государственный медицинский университет
Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова
Северный филиал гематологического научного центра МЗ РФ
Архангельское отделение геронтологического общества при РАН
Архангельское региональное отделение
Российского общества историков-архивистов

ПРОБЛЕМЫ ГЕРОНТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ПРОЖИВАНИЯ В ПРИАРКТИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ

Сборник статей
всероссийской научной конференции «Серебряный возраст»:
проблемы геронтологии в условиях проживания в приарктическом регионе

8–9 сентября 2016 года
г. Архангельск

Бальжанова Арюна Борисовна

Бурятский государственный университет
г. Улан-Удэ

П 78 Проблемы геронтологии в условиях проживания в приарктическом регионе : сборник статей всероссийской научной конференции «Серебряный возраст»: проблемы геронтологии в условиях проживания в приарктическом регионе» : [16+] / Правительство Арханг. обл. [и др. ; гл. ред. и отв. сост. – проф. Н. А. Воробьева]. – Архангельск : Лоция, 2016. – 216 с. : ил.
ISBN 978-5-905810-98-5.

Агентство СІР Архангельской ОНБ

Главный редактор и ответственный составитель – проф. Н.А. Воробьева.

Издание выпущено при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда в рамках научного проекта № 16-16-29502 г(р) и Правительства Архангельской области.

Сборник статей всероссийской научной конференции «Серебряный возраст» – проблемы геронтологии в условиях проживания в приарктическом регионе» включает работы как специалистов в области изучения геронтологических проблем населения, так и молодых ученых, занимающихся научными исследованиями в этой области.

География участников конференции обширна: от Якутска до Архангельска, что позволяет изучить проблемы пожилых людей, проживающих в арктическом и приарктическом регионах.

В сборнике освещены вопросы клинической возрастной патологии зрелого и пожилого возраста в контексте межпоколенного взаимодействия, стратегии действий в интересах пожилых людей, старшего поколения, социально-медицинских проблем, историко-культурных и философских аспектов старения.

УДК 316.351-053.9(082)
ББК 60.542.18я431

ISBN 978-5-905810-98-5

© Воробьева Н.А., сост., 2016
© Лит.-изд. центр «Лоция», 2016

В настоящее время одной из актуальных проблем как для Российской Федерации в целом, так и для Республики Бурятия, в частности, выступает рост числа людей пожилого возраста в составе населения. Удельный вес населения старше трудоспособного возраста в настоящее время по России составляет 21%, или 29,8 млн человек, по Бурятии – 16,3%, или около 157 тыс. человек.

При исследовании социального самочувствия ученые сталкиваются с определенными трудностями, потому что данное понятие имеет сложную структуру. Структура воздействующих на социальное самочувствие факторов достаточно многообразна и охватывает различные уровни социально-психологических явлений. Подобная двоякость наблюдается в современных науках, занимающихся изучением социального самочувствия [1].

Исследование социального самочувствия пожилых людей проводилось весной 2015–2016 гг. студентами социально-психологического факультета под руководством научного руководителя З.А. Бутуевой. Основным методом сбора информации в исследовании стало интервью. В ходе исследования был задан ряд вопросов, которые касались оценки своего положения, удовлетворенности своей жизнью в целом и уверенности в будущем.

Результаты исследования показывают, что социальное самочувствие пожилого человека зависит от многих факторов. К ним могут относиться личная и семейная безопасность, социальная стабильность, хорошее здоровье, материальное и семейное благополучие, достойный социальный статус, достижение поставленных целей, комфортная среда обитания, творческая самореализация, наличие эффективных неформальных социальных контактов, присутствие хорошего, уверенности в будущем, плодотворного досуга.

Выход на пенсию – это один из наиболее важных этапов в жизни человека, который в литературе называют «шоком». С другой стороны, период выхода на пенсию – это острый и быстрое действующий стресс, помогающий пожи-

лому человеку постепенно реабилитироваться, используя механизмы социальной адаптации (инкорпоризация), компенсации (на основе «присвоения» положительных характеристик себе), негативной социальной идентичности самооценки за счет ее ретроспективного анализа, сближения идеальной и реальной самооценок и ориентации на жизнь детей и внуков.

Для того чтобы узнать, какие изменения произошли после выхода на пенсию, пожилым людям был задан следующий вопрос: «Какие изменения произошли после выхода на пенсию?». На этот вопрос более 75% пожилых людей отметили, что больших изменений не произошло, 25% людей отмечают отрицательное влияние после выхода на пенсию.

Это подтверждает высказывание людей пожилого возраста в интервью: «Ну, таких масштабных изменений не произошло, я считаю это вполне закономерным явлением и вполне адекватно на нее реагирую» (А.А., 66 лет, бурят, высшее образование, г. Улан-Удэ). «Больше времени стало для себя и для жены, внука» (Д.Б., 70 лет, бурят, среднее образование, с. Кижинга). «После выхода на пенсию особых изменений нет, сижу на пенсии» (Б.Д., 64 года, бурятка, с. Торы, Тункинский район, среднее профессиональное образование). «Конечно же, стало очень много свободного времени. Стараюсь постоянно себя чем-то занять, любимыми делами» (59 лет, бурятка, с. Элысун, Курумканский район, высшее профессиональное образование).

На вопрос «Чем вы занимаетесь теперь?» пожилые люди отвечают, что они больше времени стали уделять семье (62%), 10% занимаются домашним хозяйством и 18% продолжают работать.

Следует отметить, что значительная часть опрошенных ответили, что в свободное время просто отдыхают, при этом процент пожилых людей, которые предпочитают «просто отдыхать», значительно увеличивается с возрастом и после 75 лет они составляют подавляющее большинство (69,6%). Пожилые люди, имеющие более высокий образовательный уровень, значительно чаще находят себе подходящие за-

нения и меньше «просто отдыхают». Активным видам отдыха (занятие любимым делом, воспитание внуков, занятие физкультурой, посещение культурных учреждений) пожилые люди в целом отводят меньше времени.

При этом интересен такой факт: если занятие любимым делом практически не зависит от образовательного уровня, то в возрастной категории 65–74 года отмечается наибольший процент опрошенных, которые посвящают свое свободное время любимому делу. Очевидно, это связано с тем, что пожилые люди этой возрастной группы в большинстве своем отходят от активной трудовой деятельности и стремятся компенсировать ее недостаток другими интересными занятиями. С другой стороны, эта возрастная группа еще обладает некоторым запасом здоровья и энергетическим резервом, которые позволяют проявлять активный интерес к своему любимому делу и заниматься им.

Так, пожилые люди в своих интервью отмечают: «Больше времени провожу с внуками, занимаюсь своими делами, читаю, подрабатываю» (А.А., мужчина, 66 лет, бурят, высшее образование, г. Улан-Удэ). «Продолжаю работать» (53 года, бурятка, среднее мед. образование, с. Гэгэтуй, Джидинский район). «Помогаю, чем могу семье» (Д.В.М, 68 лет, русская, ст. Хоронхой, Кяхтинский район). «Сижу дома» (Б.Д., 64 года, бурятка, с. Торы, Тункинский район, среднее профессиональное образование).

Основными дополнительными источниками для пожилых граждан являются льготы, субсидии и заработная плата. Наличие дополнительных источников дохода с возрастом уменьшается.

Так, в ходе исследования было выявлено, что 45,5% пожилых людей имеют дополнительный источник дохода.

На вопрос «На что хватает вашей пенсии?» можно сказать, что в большинстве случаев их пенсии хватает на самое главное, т.е. на еду, лекарства (80%).

Не хватает пенсии 20% опрошенным. «На самое основное: еду, лекарства, газеты, журналы» (Е.Г. №1, 67 лет, бурятка, высшее образование, г. Улан-Удэ). №1 А.А. «Покушать (смеется), ну и на сладости внукам» (А.А., мужчина, 66 лет, бурят, высшее образование, г. Улан-Удэ). «Пенсии мне хватает, но можно было бы и побольше» (смеется)» (русская, высшее образование, г. Улан-Удэ).

Результаты опросов пожилых людей показывают определенную позитивную направлен-

ность самооценок материального положения и уровня жизни.

На вопрос «Как вы оцениваете свое материальное положение?» пожилые люди в своих интервью отвечают по-разному. 35% опрошенных удовлетворяет материальное положение, 54% – средне и 11% – не хватает.

Из интервью: «Пенсия плюс зарплата сторожа. Мне одному хватает» (смеется) (А.А., мужчина, 66 лет, бурят, высшее образование, г. Улан-Удэ). «Положительно. У меня всё есть – и покушать, и дрова купить, и позволить себе маленькие радости» (Б.П.С, 81 год, русская, высшее образование, с. Санага, Закаменский район). «Как я сказал, помимо пенсии я зарабатываю водителем. Хватает на жизнь» (Г.Д.С, 61 год, бурят, среднее профессиональное образование, Иволгинский район).

Из представленных данных мы видим, что территория проживания практически не влияет на ответы респондентов. Уровень своего благосостояния жители села оценивают примерно так же (45%), как и горожане (45,4%). Здесь очевидно влияние более низкого стандарта, который характерен для жителей села, и сглаженность проблем материального расслоения.

И также в ходе исследования определено, что, чем старше возрастная группа, тем больше она испытывает материальное затруднение. Так, в группе пожилых людей от 55–60 лет доля удовлетворенных материальным положением составила 60%, а в группе 61–74 года составляет 52,8% и 43,3% – в группе пожилых людей 75–89 лет. Бабушки гораздо выше оценивают свое материальное положение, чем мужчины. Для большинства женщин – это 50,9%, денежных средств хватает на еду и необходимые вещи, а большей части мужчин (60%), как показывает исследование, хватает денежных средств только на еду. Уровень образования также влияет на оценку материального положения.

Так, в ходе анализа исследования было выявлено, что выше оценивают свое материальное положение пожилые люди, имеющие высшее образование (60%), а также люди данного возраста, которые не имеют детей (100%).

Как уже отмечалось, социальное самочувствие пожилых людей во многом зависит от круга общения. На вопрос: «С кем вы общаетесь? О чем говорите? Ваш круг общения расширился или, наоборот, сузился?» – пожилые отвечают, что в основном круг их общения сузился до семейного окружения (46,6%), но недостаток общения они не испытывают.

Из интервью: «С родственниками, друзьями. О заботах. Даю советы где-то в сложных ситуациях, многое советую. Вы знаете, круг моего общения сузился» (Е.Г., 67 лет, бурятка, высшее образование, г. Улан-Удэ). «С сестрами, детьми, соседками, внуками» (Г.Н.Н., 64 года, русская, образование не указано, с. Хоринск). «Конечно, с теми, с кем я работала, стали, конечно, реже видятся. В основном созваниваемся. Круг общения расширился. Знакомых много, только ходить некогда по гостям» (61 год, русская, среднее специальное образование, с. Хужир, Тункинский район). «Общаюсь я с бывшими коллегами, с подругами из класса, с соседями. Разговоры идут в основном вокруг семьи, и, конечно, работу свою вспоминаем с удовольствием, круг общения, естественно, с выходом на пенсию сузился» (64 года, бурятка, с. Торы, Тункинский район, среднее профессиональное образование).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в ходе анализа исследования было выявлено, что благополучие пожилых людей и их социальное самочувствие во многом зависят от того, насколько они ощущают свою востребованность в обществе, среди друзей, семьи, соседей.

Плохое настроение сочетается с утратой интереса к увлечениям и к привычным занятиям. Обычные домашние дела человек делает с трудом. Приготовить обед, выполнить домашний ремонт, убраться, купить продукты – все эти простые обязанности превращаются в невыполнимую задачу. Часто пожилые люди отказываются выходить на улицу, особенно в холодное время года, поскольку им трудно собраться, выбрать нужную одежду. Пропадает интерес и к любимым делам. Просмотр телевизора, чтение книг, прогулки, беседы с друзьями, встречи, работа в саду – это все со временем становится скучным, бессмысленным, неинтересным.

Пожилым человеком начинает ругать себя, упрекать в лени, безуспешно старается заставить себя выполнять дела «усилием воли». В тяжелых случаях люди данного возраста все время проводят в кресле или в постели, хмурые, безразличные ко всему, молчаливые. Свое настроение большее количество пожилых людей отмечают хорошим (90%).

Старение – это неизбежный процесс, который в своем развитии затрагивает все стороны человеческого существования.

Физическое состояние, здоровье, круг общения, интересы, черты характера и взгляды на жизнь – все постепенно начинает претерпевать

изменения, стоит человеку вступить в новую пору своей жизни, именуемую пожилым возрастом. Но, пожалуй, нигде кроме разве что физического угасания, эти изменения не проявляются так заметно, как в характере пожилого человека.

По мере старения люди все более подвержены риску заболеваний и инвалидности. Важность и сложность проблемы здоровья для пожилых граждан подтверждают и субъективные оценки самих пожилых людей. Так, по результатам опроса, проблема состояния здоровья беспокоит больше половины всех опрошенных (60,5%), средне оценивают 20%, а у 15,5% пожилых людей состояние здоровья хорошее (табл. 4). С одной стороны, это, казалось бы, естественно, что с возрастом состояние здоровья объективно ухудшается, но, с другой стороны, при современных технологиях и уровне развития медицины проблемы со здоровьем остаются самыми актуальными.

Данное мнение сопровождается такими комментариями: «Беспокойства конечно есть, возраст всё-таки даёт знать о себе, но ничего, особых жалоб нет» (А.А., мужчина, 66 лет, бурят, высшее образование, г. Улан-Удэ). «Конечно, хотелось бы и лучше. Всякие там сердечные болезни, да одышка эта прицепилась как банный лист» (смеется) (А.Ф, 62 года, русская, образование 8 классов, с. Сосново-Озерск Еравнинского района). «Конечно, здоровье тоже неважное. Иногда болят суставы, подсакивает давление, а так чувствую себя хорошо, так как постоянно на ногах. Стараюсь часто двигаться!» (К.Г.С, 72 года, русская, неполное среднее образование, с. Гэгэтуй, Джидинский район).

В целом, оценивая, здоровье как составляющую социального самочувствия и условие эффективного использования социального потенциала пожилых людей, можно сделать вывод, что рост численности в структуре населения заставляет по-новому взглянуть на проблемы, связанные с организацией услуг по сохранению и укреплению их здоровья. Организация помощи призвана иметь комплексный социально-медицинский характер и направленность на сохранение и восстановление физического и психического здоровья человека в заключительные периоды жизни.

Выход на пенсию, уход от активной трудовой деятельности с тяжестью воспринимают люди, чья трудовая деятельность в прошлом ценилась высоко. Как показывает практика, разрыв с трудовой деятельностью плохо влияет в ряде случаев на здоровье, психику, жизненный тонус

пожилого человека. Как правило, к пенсии человек обеспечивает себя всем необходимым, имеет квартиру, определенный статус, сбережения и престиж. Пожилые родители зачастую оказывают своим детям материальную и моральную поддержку. В большинстве своем пожилые люди порицают зависимость и ценят уверенность в собственных силах и самостоятельность.

Как показывает исследование, на вопрос «Хотели бы вы участвовать в общественной жизни? Каким образом?» в своих интервью они отвечают: «Да, безусловно. Активно» (Е.Г., 67 лет, бурятка, высшее образование, г. Улан-Удэ). «Нет, не хотел бы. Потому что мне и своих дел хватает». (смеется) (А.А., мужчина, 66 лет, бурят, высшее образование, г. Улан-Удэ). «Да (смеется), хотела бы песни петь в ансамбле каком-нибудь, только не старушечьем (смеется), только не зовет никто (шутит)» (А.Ф., 62 года, русская, образование 8 классов, с. Сосново-Озерск, Еравнинский район). «Не-ет, в общественной жизни не хочу участвовать... дел хватает! Хотелось бы единственное чему научиться, так это владеть компьютером! Младший брат из Ростовской области всё мне говорит... купи компьютер! по скайпу с тобой разговаривали бы...» (Г.В.В., 63 года, русская, среднее специальное образование, г. Улан-Удэ).

Результаты показывают, что наибольшую активность в работе общественных организаций проявляют пожилые респонденты в возрасте 55–64 лет (51,2%), а наименьшую – в возрасте 64–74 года (36,5%).

В то же время доля респондентов в возрасте 75 лет и старше, проявляющих интерес к общественной активности, составляет 45% опрошенных.

Общение в поздней взрослости по сравнению с другими возрастными периодами приобретает особую значимость. Наличие у человека выраженного социального интереса и включенность его в широкие социальные связи взаимосвязана не только с замедленными темпами старения, но и с физическим здоровьем.

В общении проявляет себя выраженная потребность сознавать свою значимость. Она может быть удовлетворена ощущениями того, что ты нужен семье, детям, внукам, возможностью служения другим людям своим профессиональным и жизненным опытом, а также сохранившимися способностями.

Эта потребность в своем самом благородном варианте приобретает характер творческой потребности, потребности в самореализации.

Полноту жизни пожилой человек чувствует через взаимодействие с другими людьми, когда убеждается в своей необходимости, полезности.

Полнота жизни, ощущение ее ценности, полезности – неотъемлемое условие хорошего социального самочувствия для людей данной категории.

Так, на вопрос «С кем вы постоянно общаетесь?», пожилые люди отвечают: «Родственники, друзья» (Е.Г., 67 лет, бурятка, высшее образование, г. Улан-Удэ). «С братьями, с детьми, внуками и соседями». (А.А., мужчина, 66 лет, бурят, высшее образование, г. Улан-Удэ). «Общаюсь я с друзьями и родственниками, не со всеми, конечно, но с большинством, наверное, точно. Общаемся в основном по телефону» (64 года, бурятка, среднее профессиональное образование, с. Хурамша, Иволгинский район). «Общаюсь всё время с коллегами по работе, с клиентами, с детьми, родственниками, близкой подругой, соседями» (Т.А., 58 лет, русская, начальное или среднее профессиональное образование, с. Байкало-Кудара, Кабанский район).

Часто душевное здоровье четко определяется как вовлеченность в общение; для пожилого человека в минуты личного горя поддержка и социальное взаимодействие со стороны других людей очень важны для здоровья.

Плохие контакты с членами семьи оказывают нередко негативное воздействие, еще больше остроживая переживание оторванности от людей, от необходимой информации, человеческого тепла, участия.

Очень важное значение для пожилого человека имеют его дружеские и семейные отношения, связи, роль которых возрастает с выходом на пенсию. Так, исследование показало, что большая часть пенсионеров практически не общается с бывшими коллегами (30%).

Возраст – понятие очень конкретное, но в то же время и относительное. Смысл, который вкладывает в него человек, зависит от того, что он считает главным в жизни.

С определенного возраста огромной ценностью для человека становится семья, ради единства и благополучия которой он живет и работает, обстановка в которой может придавать ему сил и ощущение всех красок жизни или подавлять, погружать в депрессивные состояния.

Особенно важное значение имеет семья для пожилых людей, хотя многие из них встречают старость одинокими.

Таким образом, на основе анализа исследования людей пожилого возраста можно сделать

вывод о том, что люди данного возраста по-разному адаптируются, переживают и принимают этот период жизни.

Одни пытаются оставаться активными, если не физически, то через общение с окружающими, через познание, творческие планы. Другие же пытаются смириться с трудностями и у них в большинстве своем образ жизни пассивный. Третьи пребывают в унынии и грустно или агрессивно воспринимают современный мир и свое место в нем.

Главное, что важно для людей этого возраста, независимо от изношенности организма, индивидуальных характерологических качеств личности и протекания в прошлом профессиональной деятельности, – специфика окружения, общения с близкими на данный момент времени и поддержание творческого, социального и интеллектуального потенциала.

В современных условиях социальное самочувствие пожилых людей характеризуется высокими показателями удовлетворенности жизнью, превалированием семейных ценностных ориентаций, уверенностью в своем будущем.

Говоря о позитивных тенденциях в социальном самочувствии всех возрастных групп населения, наметившихся в последнее время, не стоит забывать об относительности этих перемен.

Людей данного возраста очень волнуют такие проблемы, как невысокий уровень медицинского обслуживания, болезни, низкая включенность в социально-экономические и политические процессы, несамостоятельность, неуверенность в своих силах, недостаток общения с другими людьми и ограниченность во многих сферах жизни.

Система социальной защиты населения призвана оказывать влияние на улучшение социального самочувствия и способствовать социальному включению старшего поколения в общество.

Все вышеперечисленное необходимо учитывать при предоставлении социальных услуг пожилым людям.

Таким образом, изучение социального самочувствия пожилых людей, во-первых, необходимо в связи с возрастающими процессами старения населения в стране, во-вторых, осмыслением периода старости как поступательного развития и в связи с этим открытием новых идентичностей, основанных на прожитых годах, опыте, недоступном в более раннем возрасте, в-третьих, практической необходимостью осуществления эффективной социальной политики в отношении старшего поколения.

Литература

1. Бутуева З.А. Социальное самочувствие пожилых людей как показатель оценки деятельности социальной защиты: опыт социологического исследования в Республике Бурятия // Теория и практика общественного развития [Электронный ресурс]. 2015. № 24. Шифр Информрегистра: 0421000093\0033. URL: http://teoria-practica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2015/24/sociology/butueva.pdf.

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ ДЕЙСТВИЙ В ИНТЕРЕСАХ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

БАШКИРЁВА Анжелика Сергеевна

Комитет по здравоохранению Ленинградской области,
Ленинградская областная клиническая больница
Научно-инновационный центр «Профессиональное долголетие»

ВЫЛЕГЖАНИН Сергей Валентинович

Комитет по здравоохранению Ленинградской области

КАЧАН Елизавета Юрьевна

Научно-инновационный центр «Профессиональное долголетие»
г. Санкт-Петербург

Старение населения – одна из важнейших глобальных демографических тенденций, бросающая вызов современным социально-экономическим системам. Повышение доли пожилых наблюдается практически повсеместно, хотя его скорость значительно отличается по регионам и отдельным странам.

В развитых странах процесс демографического старения идет уже давно и происходит преимущественно «сверху» за счет увеличения продолжительности жизни населения в старшем возрасте, в развивающихся странах – старение более новый феномен и происходит как «сверху», так и «снизу» – за счет сокращения рождаемости.

Особенностью Российской Федерации является существенный вклад в постарение населения сохраняющейся высокой преждевременной смертности и сверхсмертности трудоспособного населения. Вместе с тем, по данным Организации экономического сотрудничества и развития, в экономически развитых странах к 2020 г. каждый третий работник будет старше 50 лет.

В настоящее время в развитых европейских странах занятость лиц 55–64 лет составляет около половины, в странах Европейского союза – порядка 40% [1, 14–16].

Увеличение численности и доли граждан старше трудоспособного возраста в России, наряду с усложнением структуры социально-экономической группы пожилых людей, послужило основанием для подготовки Распоряжения Правительства РФ от 05.02.2016 г. №164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» (далее – Стратегия) Межведомственной рабочей группой при Минтруде России [12].

Данный документ призван сформулировать цели, принципы, задачи и приоритетные направления государственной социальной поли-

тики в отношении граждан старших возрастных групп. В качестве ключевых целей государственной социальной политики в отношении граждан пожилого возраста определены устойчивое повышение продолжительности, уровня и качества жизни пожилых людей, а также стимулирование активного долголетия граждан пожилого возраста, их социального и экономического интегрирования в жизнь общества.

При этом планируется обеспечить достойное материальное и социальное положение лиц старших возрастных групп, эффективно использовать их труд, создать условия для удовлетворения образовательных потребностей, повысить уровень финансовой грамотности, развить систему социального обслуживания, обеспечить пожилых граждан лекарствами и т.п.

В Стратегии четко обозначены специфические особенности медико-демографической ситуации в России.

В частности, старение населения в РФ характеризуется увеличением удельного веса лиц старше трудоспособного возраста с 20,5% в 2002 г. до 23,5% в 2014 г. (то есть практически каждый четвертый человек находится в возрасте старше трудоспособного), сохранением весьма существенной разницы в средней продолжительности жизни мужчин и женщин – более 11 лет, сохранением гендерной диспропорции в населении старше трудоспособного возраста – в 2014 г. на 1000 мужчин 60 лет и старше приходилось 1869 женщин; увеличением удельного веса лиц 65 лет и старше в населении страны (на 1 января 2014 года – 13,1%).

По среднему варианту прогноза Росстата, к началу 2021 г. доля лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения страны возрастет до 26,7%, а их численность достигнет 39,5 млн человек [2, 3, 12].

Данные демографические процессы приводят к существенному увеличению коэффициента де-

мографической нагрузки на общество – числа лиц в дорабочем и послерабочем возрасте в расчете на 1000 лиц трудоспособного возраста.

Согласно среднему варианту прогноза Росстата, в 2031 г. число иждивенцев составит 832 человека на 1000 человек населения трудоспособного возраста, причем 2/3 составят люди 60 лет и старше, что уже сейчас весьма осложняет экономическую ситуацию в стране и вызывает значительные структурные изменения в сфере занятости, социальной помощи и обеспечения уходом нетрудоспособных. Как следствие, лица трудоспособного возраста вынуждены повышать профессиональную работоспособность и производительность труда, увеличивая тем самым ассигнования в пенсионные фонды [2, 3].

Таким образом, старение населения в России порождает необходимость привлечения во все более возрастающих масштабах значительных финансовых, материальных и трудовых ресурсов для реализации целей государственной политики в отношении лиц старших возрастных групп, обеспечения достойного уровня и качества их жизни [9, 10].

Развитие государственной геронто-социальной политики, направленной на повышение качества жизни пожилых людей приобретает важное общественно-политическое значение, в том числе в связи с тем, что в условиях имеющихся демографических изменений повышается «цена» обоснованности решений, связанных с проблематикой пожилых людей, для достижения успешного развития страны.

Старение населения требует формирования специальной социальной инфраструктуры, ориентированной на реализацию потребностей все большего числа граждан пожилого возраста. Подобная модернизация в первую очередь касается систем здравоохранения, социального обслуживания, образования [5–8].

Актуальные вопросы социальной геронтологии были подняты еще в ходе работы III Съезда геронтологов и гериатров России, состоявшегося 24–25 октября 2012 г. в Новосибирске, результатом которого было принятие резолюции, обозначившей перечень основных проблем:

- недостаточность подготовки российского общества к значительному увеличению численности людей старшего возраста, отсутствие федеральных программ и проектов, непосредственно ориентированных на решение проблем пожилых граждан России;
- неполное использование рекомендаций Мадридского международного плана действий по проблемам старения 2002 г., принятого странами ООН;
- фактическое отсутствие в стране геронтологической службы;

- слабые межведомственные связи организаций и учреждений, занимающихся проблемами пожилых людей;

- отсутствие системы мониторинга и, как следствие, дефицит информации об уровне и качестве жизни, состоянии здоровья пожилых граждан, необходимой для принятия решений и подготовки директивных документов и программ на федеральном и региональном уровнях;

- неудовлетворительная кадровая обеспеченность российского здравоохранения специалистами геронтологического профиля, отсутствие системной додипломной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по специальности «Гериатрия», отсутствие подготовки по гериатрии «узких» специалистов, слабая геронтологическая составляющая в учебных программах медицинских вузов;

- отсутствие среди приоритетных направлений развития науки, технологий и техники в РФ геронтологических исследований, разобщенность академической и вузовской науки в изучении проблем преждевременного и (или) ускоренного старения, увеличения продолжительности жизни, менеджмента профессионального долголетия и сохранения трудоспособности в пожилом возрасте;

- недостаточная обеспеченность населения России медицинскими учреждениями геронтологического профиля.

Все вышеперечисленные процессы нашли свое отражение и развитие при подготовке Стратегии. Она содержит семь разделов, включающих подробный анализ современного положения пожилых граждан в России, основные цели, принципы и задачи государственной социальной политики в отношении граждан пожилого возраста, приоритетные направления, механизмы и этапы реализации Стратегии, а также ожидаемые результаты по итогам реализации проекта.

В качестве базовых принципов государственной социальной политики РФ в отношении граждан пожилого возраста в Стратегии выделены следующие:

- равенство в праве на поддержку, независимо от социального положения, национальности, места жительства, религиозных убеждений;
- обеспечение доступности адресной, своевременной и эффективной помощи для нуждающихся в ней пожилых граждан, а также равного доступа к услугам в сфере здравоохранения, социальной защиты, образования, культуры, спорта, связи, транспорта и др.;
- создание экономически активным пожилым гражданам условий для обеспечения их благосостояния на трудовой основе;

- независимость и самостоятельность в принятии решений относительно своей жизнедеятельности;
 - полноправное участие в различных сферах жизни общества;
 - единство принципов и целей государственной социальной политики в отношении граждан пожилого возраста на федеральном, региональном и муниципальном уровнях;
 - партнерство семьи и ближайшего окружения граждан пожилого возраста и государства, а также сотрудничество с общественными объединениями, благотворительными организациями и предпринимателями;
 - обеспечение безопасных условий проживания.
- Реализация Стратегии намечена по следующим приоритетным направлениям:
- применение дифференцированного подхода к определению форм социальной поддержки граждан пожилого возраста, включая доведение доходов лиц пожилого возраста до уровня, обеспечивающего среднестатистический доход в размере прожиточного минимума в регионе;
 - стимулирование занятости граждан пожилого возраста;
 - совершенствование системы охраны здоровья граждан пожилого возраста, развитие геронтологической службы, включая подготовку и повышение квалификации специалистов в этой сфере;
 - повышение уровня финансовой грамотности граждан пожилого возраста (например, путем разработки специальных образовательных программ, финансовых продуктов и услуг, адаптированных для граждан пожилого возраста);
 - обеспечение доступа пожилых людей к информационным и образовательным ресурсам, в том числе развитие и поддержка социального предпринимательства в сфере обучения лиц пожилого возраста, проведение мониторинга формирования различных видов функциональной грамотности лиц пожилого возраста (компьютерной, финансовой, правовой, языковой, экологической и др.) на основе совершенствования федеральной статистической отчетности;
 - развитие современных форм социального обслуживания, включая введение системы скрининга и мониторинга нуждаемости, доступности и обеспеченности граждан пожилого возраста в разных формах социального обслуживания;
 - развитие рынка социальных услуг, в том числе расширение форм поддержки негосударственного сектора в сфере оказания таких услуг, создание условий для привлечения инвесторов в проекты по развитию данного сегмента рынка;
 - защита прав пожилых граждан.

Кроме того, в числе приоритетных направлений реализации Стратегии – формирование условий для организации досуга граждан пожилого возраста в первую очередь за счет развития системы физкультурно-оздоровительных занятий для преодоления инертности и повышения физической активности, в том числе стимулирование работодателей по созданию условий для физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы, а также пропаганды здорового образа жизни; поддержка добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере социального обслуживания лиц старших возрастных групп, стимулирование производства товаров и оказания услуг в целях удовлетворения потребностей граждан пожилого возраста. Предполагается, что итогом реализации Стратегии станет сформированная система мер, направленных на повышение благосостояния и социально-культурного развития пожилых людей, укрепление их здоровья, повышение продолжительности жизни и активного долголетия [12].

На наш взгляд, особый интерес вызывает раздел Стратегии, посвященный стимулированию занятости граждан пожилого возраста. В частности, подчеркнута, что в условиях демографического старения населения и сокращения трудовых ресурсов с каждым годом будет нарастать потребность экономики в использовании труда пожилых людей. Наиболее перспективным представляется использование образовательного и трудового потенциала лиц старших возрастных групп как с позиции обеспечения их собственных доходов, так и с точки зрения социализации и интеграции в жизни общества.

Правовой основой содействию занятости лицам предпенсионного и пенсионного возраста в рамках региональных программ содействия занятости, финансируемых из бюджетов субъектов РФ, является Закон РФ от 19 апреля 1991 г. № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации», в соответствии с которым граждане данной категории имеют право на содействие в подборе подходящей работы, бесплатное получение информации и услуг, связанных с профессиональной подготовкой, переподготовкой и повышением квалификации.

В то же время занятость пожилых людей осложняется низкой конкурентоспособностью таких работников на рынке труда в связи с рядом объективных и субъективных обстоятельств.

Часть из них отражена в Стратегии, где одной из основных причин низкой занятости лиц предпенсионного и пенсионного возраста названа дискриминация по возрасту в первую очередь со стороны работодателей, да и общества в целом.

По определению Международной органи-

зации труда (МОТ), дискриминация в области труда и занятий означает иное и менее благоприятное обращение с людьми из-за присущих им характеристик, не имеющих отношения к их заслугам или требованиям к данной работе, причем возрастная дискриминация вызывает особую озабоченность МОТ и ее социальных партнеров [11]. Проблемы занятости пожилых работников МОТ рекомендует рассматривать в рамках всеобщей сбалансированной социальной политики и стратегии полной занятости, уделяя должное внимание всем группам населения.

Вместе с тем оценка состояния и динамики изменений структуры рабочей силы, анализ и прогноз показателей в сфере занятости и профессионального образования пожилых работников выявили несоответствие существующей нормативно-правовой базы современным требованиям регулирования социально-трудовых отношений в условиях расширения квот для трудоустройства лиц предпенсионного и пенсионного возраста, в том числе с ограниченными возможностями.

Сложившаяся ситуация наряду с проблемами социальной адаптации, рационального профессионального определения и трудоустройства лиц старших возрастных групп с учетом имеющихся нарушений здоровья и степени их выраженности, нуждаемость в создании доступной среды для их социальной интеграции и экономической самостоятельности определяют потребность в оптимизации законодательной базы в области медицины и охраны труда пожилых работников с обязательным включением перечня рекомендуемых для рационального трудоустройства профессий, а также специальных рабочих мест с указанием санитарно-гигиенических требований к ним.

Так, изучение остаточной работоспособности у лиц старше 60 лет показало, что около 57% пожилых работников и 96,7% людей старческого возраста нуждаются в применении эргономических инноваций на производстве для компенсации возрастного снижения работоспособности [13]. Обнаружен так называемый «комбинаторный эффект» при оценке остаточной работоспособности, когда уникальная комбинация физических и интеллектуально-мнестических качеств у лиц старше 60 лет формирует долю профессиональной работоспособности, свойственную деятельности человека молодого возраста.

Кластерный анализ позволил выявить достоверные различия в механизмах формирования остаточной работоспособности в пожилом и старческом возрасте [13]. Более того, доказана корреляционная взаимозависимость оста-

точной работоспособности у лиц старше 60 лет и показателей профессионального трудового анамнеза (категории труда по классификации МОТ, класса вредности и опасности труда, тяжести и напряженности трудового процесса согласно гигиеническим критериям, класса интенсивности труда и уровня образования).

Своевременность и комплексность решения проблемы занятости граждан пожилого возраста, на наш взгляд, определяет целесообразность развития в Стратегии отдельных позиций, прописывающих создание системы скрининга и мониторинга трудоспособности, специальных возраст-ориентированных условий труда и рабочих мест в различных профессиональных группах для наиболее рационального трудоустройства пожилых работников.

Назрела необходимость построения инновационной научно-методической модели подготовки рабочих мест для пожилых работников, включающей не только современные санитарно-гигиенические требования к ним с учетом вступления в силу в 2014 г. федеральных законов от 28 декабря 2013 г. № 426-ФЗ, № 421-ФЗ и Приказа Минтруда России от 24 января 2014 года № 33н, но и критерии адекватности рабочих мест нуждаемым пожилым работникам, а также интегральные критерии трудоспособности, адаптивности лиц старших возрастных групп к функциональным, физиологическим и психофизиологическим нагрузкам с оценкой степени соответствия всех показателей в виде системы скрининга и мониторинга трудового процесса.

Предложенная А.С. Башкирёвой и соавторами модель инновационных геронтологических Age Friendly Workplaces включает все этапы профессиональной реабилитации, что позволяет учитывать индивидуальные особенности функционирования организма пожилых работников в четком соответствии с возрастом, профессией, наличием и длительностью стажа работы, в том числе во вредных условиях, уровнем трудоспособности, мотивационными характеристиками [4]. Дальнейшая разработка и практическая реализация подобной модели будет способствовать решению накопившихся в сфере регулирования социально-трудовых отношений проблем низкой эффективности мер по созданию доступной среды для лиц предпенсионного и пенсионного возраста, а также более успешному подбору рабочих мест в условиях расширения квот для трудоустройства пожилых работников.

Следовательно, в условиях демографического старения и сокращения численности трудоспособного населения в РФ важным фактором обеспечения устойчивого производства и экономического роста становится развитие системы

менеджмента профессионального долголетия. Разработка и внедрение такой системы, как одной из основополагающих в решении проблемы занятости лиц предпенсионного и пенсионного возраста, позволят более мягко и плавно подойти к рассмотрению вопроса о продлении трудоспособного возраста в России. Ключевым фактором эффективности при внедрении системы менеджмента профессионального долголетия, на наш взгляд, являются межведомственные связи медицинских организаций, служб занятости, охраны труда и социальных служб при условии создания специальной нормативно-правовой базы.

В то же время раздел Стратегии, посвященный стимулированию занятости граждан пожилого возраста, достаточно структурирован и содержит более 10 самостоятельных направлений: от создания экономических и социальных условий, мотивирующих пожилых граждан к трудовой занятости, и активного взаимодействия органов службы занятости с работодателями для создания специального банка вакансий, ориентированного на пожилых граждан и лиц пенсионного возраста, до использования потенциала работодателей как основного звена, соединяющего трудовую и социальную сферу, и организации просвещения работодателей о преимуществах сохранения и поощрения занятости пожилых работников.

Таким образом, раздел Стратегии, посвященный стимулированию занятости граждан пожилого возраста, на наш взгляд, необходимо развить позициями, раскрывающими целесообразность создания нормативно-правовой базы по стимулированию работодателей к внедрению системы менеджмента профессионального долголетия, включающей принципы рационального трудоустройства лиц предпенсионного и пенсионного возраста.

Увеличение числа лиц старших возрастных групп в РФ объективно ведет к повышению численности граждан, нуждающихся в решении медицинских проблем, что требует дальнейшего совершенствования порядка оказания медицинской помощи данной категории граждан, обеспечения доступности всех форм медицинской помощи, лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.

Совершенствование системы охраны здоровья граждан пожилого возраста, развитие геронтологической службы, включая подготовку и повышение квалификации специалистов в этой сфере, подробно освещено в соответствующем разделе Стратегии, насчитывающем более 20 самостоятельных направлений, среди них:

- разработка и внедрение стратегии про-

филактики хронических неинфекционных заболеваний у лиц пожилого возраста, включающих формирование здорового образа жизни и раннюю диагностику указанных заболеваний и факторов риска их развития с последующей своевременной их коррекцией для снижения заболеваемости, инвалидизации и смертности;

- обеспечение доступности медицинской помощи, в том числе гериатрической и паллиативной, для лиц пожилого возраста во всех амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, контроль обеспечения лекарствами, в том числе наркотическими анальгетиками, и техническими средствами реабилитации;

- организация гериатрической службы как единой системы долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты;

- усиление территориальных врачебных участков с преобладанием пожилого населения за счет введения ставки фельдшера с дополнительной подготовкой по гериатрии;

- создание гериатрических отделений (кабинетов) в поликлиниках, расширение диапазона предоставляемых внебольничных услуг и создание рациональных систем длительного ухода за лицами пожилого возраста;

- создание гериатрических отделений в структуре многопрофильных стационаров, гериатрических больниц;

- создание научных центров геронтологии и гериатрии в субъектах РФ;

- создание Федерального научного центра геронтологии и гериатрии, обеспечивающего координацию организационно-методической, образовательной, просветительской, научной работы государственных организаций, входящих в единую систему, а также лечебно-диагностическую деятельность;

- организация взаимодействия органов здравоохранения и социальной защиты населения, в том числе в рамках межведомственных связей исполнительных органов государственной власти субъектов РФ;

- оптимизация механизмов финансового обеспечения медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования пациентов пожилого возраста; разработка стандарта по старческой астении, а также введение коэффициента сложности курации пациентов не только с учетом возраста, но и наличия зависимости, степени функциональной полноценности и комплекса возраст-ассоциированных заболеваний и состояний;

- использование механизмов государствен-

но-частного партнерства в сфере оказания медицинских и социальных услуг для граждан пожилого возраста;

- создание единой системы профессиональной подготовки (переподготовки), аттестации и сертификации специалистов по оказанию медицинской, в том числе гериатрической, паллиативной и социальной помощи лицам пожилого возраста;

- регулярное обновление образовательных программ подготовки специалистов по гериатрии в соответствии с современным состоянием проблемы;

- подготовка врачей первичного звена здравоохранения в рамках их квалификации по программам дополнительного профессионального образования по вопросам оказания медицинской помощи пожилым, а медицинских сестер – по направлению «сестринское дело в гериатрии»;

- подготовка специалистов, работающих с лицами пожилого возраста (психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе), по направлению «социальная и психологическая помощь в гериатрии»;

- поддержка научных исследований в области гериатрии и геронтологии;

- разработка и внедрение комплексной программы медико-социальной помощи пожилым пациентам с когнитивными и другими психоневрологическими расстройствами;

- осуществление медико-просветительской программы, направленной на привлечение внимания гражданского общества к решению проблем пожилых людей, популяризацию потенциала и достижений геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия.

Для решения обозначенных проблем требуется больше гибкости, качественного регулирования и стандартизации процессов, организация межведомственных связей, концентрация мер, направленных на повышение качества жизни граждан старшего поколения, а также стимулирование к развитию организаций разных форм собственности, которые смогут сформировать цивилизованный рынок медико-социальных услуг, в том числе в сфере социального обслуживания.

Вступивший в силу с 1 января 2015 г. Федеральный закон от 28 декабря 2014 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» направлен на качественную перенастройку всей системы социального обслуживания.

Указанным законом также определен поря-

док финансовой поддержки негосударственных организаций, предоставляющих услуги в сфере социального обслуживания путем предоставления субсидий или компенсаций из соответствующего бюджета.

Привлечение в сферу медико-социального обслуживания негосударственных организаций, безусловно, будет способствовать повышению качества услуг в этой области и снижению очередности в стационарные организации социального обслуживания.

Таким образом, в условиях демографического старения населения РФ модернизация и развитие сектора медико-социальных услуг, сети организаций разных организационно-правовых форм и форм собственности, предоставляющих медико-социальные услуги, механизмов взаимодействия государства, населения, бизнеса и структур гражданского общества, институтов и механизмов государственно-частного партнерства являются актуальными государственными задачами.

Обобщая вышесказанное, можно сделать следующие выводы. Сложившаяся в настоящее время в России медико-демографическая ситуация, особенно при сохранении существующего уровня смертности лиц трудоспособного возраста, в достаточно короткий срок может привести к реальному дефициту трудовых ресурсов, что, в свою очередь, будет объективно препятствовать созданию устойчивой финансово-экономической и ресурсной базы государства, дальнейшему экономическому развитию страны и росту ее валового национального продукта.

Для выявления и предотвращения негативных последствий демографического старения необходим постоянный мониторинг и учет неуклонно растущего числа пожилых людей при стратегическом планировании.

Планомерная работа по изучению и исследованию процессов демографического старения на региональном уровне позволит оценить перспективы и масштабы старения населения региона, а также создаст предпосылки для формирования механизма адаптации экономики в условиях демографического старения населения региона.

На современном этапе насущным является внедрение геронтологического профилирования специалистов, работающих с пожилыми людьми, – медицинских работников, преподавателей, социальных работников, профессионалов в рекреационной сфере, сфере досуга.

Необходимы разработка и внедрение инновационных геронтологических менеджмента профессионального долголетия для своевременного и комплексного решения проблемы занятости

лиц пожилого возраста, включающих систему скрининга и мониторинга трудоспособности, специальных возраст-ориентированных условий труда и рабочих мест в различных профессиональных группах.

Целесообразны дальнейшие исследования, посвященные практическому использованию инновационных геронтотехнологий в качестве методов профилактики преждевременного снижения профессиональной работоспособности, замедления процессов старения, снижения уровня смертности и увеличения профессионального долголетия, особенно у лиц старших возрастных групп.

Литература

1. Барсуков В.Н. К вопросу о причинах и последствиях демографического старения населения // Альманах современной науки и образования. – 2014. № 7 (85). – С. 31–34.

2. Башкирёва А.С. Демографические и профессиональные риски депопуляции работающего населения в России (аналитический обзор) // Успехи геронтологии. – 2010. – Т. 23. № 1. – С. 30–39.

3. Башкирёва А.С., Хурцилава О.Г. Концептуальные основы профессионального долголетия трудовых ресурсов в России // Медицина труда и промышленная экология. – 2013. № 12. – С. 4–11.

4. Башкирёва А.С., Шестаков В.П., Качан Е.Ю., Владимирова О.Н. Инновационные технологии Age Friendly Workplaces в системе профессиональной реабилитации инвалидов // Медицина труда и промышленная экология. 2015. № 9. С. 32–33.

5. Башкирёва А.С., Шестаков В.П., Свинцов А.А. и др. Законодательное закрепление вопросов социального обслуживания граждан пожилого возраста в Российской Федерации (обзор) // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27. № 2. – С. 297–301.

6. Башкирёва А.С., Шестаков В.П., Свинцов А.А. и др. К вопросу о совершенствовании законодательства в области социального обслуживания лиц пожилого возраста в России // Клиническая геронтология. – 2015. – Т. 21. № 5–6. – С. 26–30.

7. Башкирёва А.С., Шестаков В.П., Свинцов А.А. и др. Системный анализ социального обслуживания лиц пожилого и старческого возраста в Российской Федерации // Клиническая геронтология. – 2015. – Т. 21, № 3–4. – С. 24–28.

8. Башкирёва А.С., Шестаков В.П., Свинцов А.А. и др. Анализ состояния социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26. № 3. – С. 569–574.

9. Данилова Р.И., Голубева Е.Ю. Геронтосоциальная работа в контексте российской культуры и рекомендаций Мадридского плана действий по проблемам старения // Успехи геронтологии. – 2007. Т. 20. № 2. – С. 129–134.

10. Данилова Р.И., Голубева Е.Ю. Модель взаимодействия государственных и негосударственных структур в системе социального обслуживания/ухода за пожилыми людьми в России // Клиническая геронтология. – 2009. Т. 15. № 12. – С. 3–8.

11. Равенство в сфере труда – веление времени: Доклад ген. директора. Женева: Международное бюро труда. – 2003. – С. 100–101, 132–133.

12. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 г. № 164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».

13. Томаревская Е.С., Поляков А.А. Остаточная работоспособность людей старше 60 лет: возможности и перспективы // Проблемы старения и долголетия. – 2014. Т. 23. № 3. – С. 306–318.

14. Шабунова А.А. Общественное развитие и демографические вызовы современности // Проблемы развития территории. – 2014. № 2 (70). – С. 7–17.

15. Шабунова А.А., Барсуков В.Н. Качество жизни и человеческий потенциал территорий // Проблемы развития территории. – 2015. № 1 (75). – С. 76–87.

16. Шабунова А.А., Леонидова Г.В. Качество трудовых ресурсов России: региональный аспект // Актуальные проблемы экономики и права. – 2012. № 2. – С. 126–134.

ПРЕДПОСЫЛКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

БАШКИРЁВА Анжелика Сергеевна

Комитет по здравоохранению Ленинградской области

Ленинградская областная клиническая больница

Научно-инновационный центр «Профессиональное долголетие»

ВЫЛЕГЖАНИН Сергей Валентинович

Комитет по здравоохранению Ленинградской области

КАЧАН Елизавета Юрьевна

Научно-инновационный центр «Профессиональное долголетие»

г. Санкт-Петербург

Согласно классификации ООН «молодым» считается население, если число лиц в возрасте 65 лет и старше в нем составляет менее 4%. В случае, если данная возрастная группа составляет 4–7%, такое населения признается «зрелым», более 7% позволяют признать население «старым» [1, 2].

По данной классификации население Ленинградской области (ЛО) относится к разряду демографически «старых»: доля лиц старше трудоспособного возраста за 2010–2015 годы возросла с 22% до 26,7%, при этом в 2015 году составила 471 622 чел., из них 390 909 чел. – старше 60 лет.

Наибольшее число лиц старше 60 лет в 2015 году наблюдалось в Подпорожском и Сланцевском районах ЛО (27,0% и 26,1% соответственно), наименьшее – во Всеволожском и Тосненском районах (19,4% и 19,6% соответственно).

За последние несколько лет наметилась благоприятная тенденция к повышению средней продолжительности жизни в ЛО: если в 2004 г. данный показатель составил 62,3 года, то в 2011 г. – 69,4 года, а в 2014 г. – уже 70,8 года.

Сохранение данной положительной динамики до 2018 г. позволит достичь целевых показателей ожидаемой продолжительности жизни, предусмотренных Указами Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 598 и № 606.

В возрастной структуре заболеваемости за 2014 г. в ЛО лица старше трудоспособного возраста составили 41,2%, лица трудоспособного возраста – 32,5%, а лица моложе трудоспособного возраста – 27,3%.

При этом наибольший удельный вес заболевших лиц старше трудового возраста по причинам заболеваемости был зарегистрирован в группах болезней системы кровообращения, эндокринологических заболеваний (сахарного диабета) и новообразований (68,1%, 67,1% и 66% соответственно).

В области за 2010–2014 гг. зарегистрирована высокая по меркам развитых стран смертность населения. Однако необходимо отметить, что благодаря предпринятым мерам по итогам 2014–2015 гг. было достигнуто снижение показателей смертности во всех возрастных группах: среди населения моложе трудоспособного возраста данное снижение составило в среднем 24%, среди лиц трудоспособного возраста и лиц старше трудоспособного возраста смертность снизилась в среднем на 33% и 22% соответственно.

Основной вклад в смертность населения ЛО внесли болезни системы кровообращения (БСК) и новообразования (около 65,4%). В структуре смертности населения ЛО старше 60 лет БСК составили в среднем 60,9%.

Анализ заболеваемости населения ЛО показал, что острый инфаркт миокарда (ОИМ) занимает лидирующее положение среди болезней системы кровообращения. В частности, лица старше 60 лет в 2014 г. страдали от ОИМ чаще в Киришском, Кингисеппском, Тихвинском и Сланцевском районах (798,9; 673,9; 653,9 и 642,4 случая на 100 тыс. населения соответственно). При этом самые высокие показатели смертности от ОИМ среди лиц старше 60 лет в 2014 г. были зарегистрированы в Волосовском, Кингисеппском и Выборгском районах области (346,8; 317,5 и 290,9 на 100 тыс. населения соответственно).

Наиболее низкие показатели смертности от ОИМ в данной возрастной группе в 2014 г. были выявлены в г. Сосновый Бор, Подпорожском и Всеволожском районах (112,6; 121,2 и 134,1 на 100 тыс. населения соответственно).

В Ленинградской области в 2014 г. по показателям заболеваемости от острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в группе лиц старше 60 лет лидировали Сланцевский, Тихвинский и Гатчинский районы (1436,0; 1410,4 и 1235,7 случаев на 100 тыс. населения соответ-

ственно). Наименьшие показатели заболеваемости ОНМК в данной возрастной группе были зарегистрированы в Бокситогорском районе (163,3 случая на 100 тыс. населения). В то же время по уровню смертности от ОНМК среди лиц старше 60 лет в 2014 г. лидировал Подпорожский район (860,6 на 100 тыс. населения), наименьшая смертность от ОНМК была выявлена в Кировском районе.

Анализ заболеваемости пневмонией среди лиц старше 60 лет показал, что в 2014 г. первое, второе и третье место заняли Выборгский, Сланцевский и Всеволожский районы (930,2, 770,9 и 735,5 случаев на 100 тыс. населения соответственно). Самый низкий уровень заболеваемости пневмонией среди лиц старше 60 лет был зарегистрирован в Бокситогорском районе. По показателям смертности от пневмонии в ЛО лидировали Волховский и Тосненский районы (157,3 и 155,4 на 100 тыс. населения соответственно).

С целью приближения медицинской помощи к населению старших возрастных групп, особенно к маломобильным гражданам, проживающим в сельской местности, в Ленинградской области организованы выездные формы работы и система предоставления транспортных услуг по доставке пациентов в медицинские учреждения.

В 2014 г. было совершено 2736 выездов автобусов, было перевезено 44 835 человек, из них 15 700 пациентов старше 65 лет, в том числе 2968 ветеранов Великой Отечественной войны. Следует отметить, что в густонаселенных районах ЛО данные автобусы работают по графику, тогда как в малонаселенных районах выезды совершаются по заявкам фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий, администраций поселений, старост. В 2015 г. организована выездная лечебно-консультативная работа областных медицинских организаций, проведено 254 бригадных выезды врачей-специалистов ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» и ГАУЗ «Ленинградский областной кардиологический диспансер», обследовано 4300 человек.

В 2015 г. в ЛО функционировало 18 передвижных лабораторий, ими было совершено 2500 выездов, обследовано более 90000 человек, в том числе граждан пожилого возраста, с целью раннего выявления заболеваний и их осложнений, включая болезни системы кровообращения и сахарный диабет.

Во всех районах Ленинградской области организованы и работают школы здоровья для обучения граждан, в том числе старших возрастных групп, методам самоконтроля по наиболее актуальным для них заболеваниям, таким как

гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет.

Комитетом по здравоохранению ЛО проводится работа по организации домашних хозяйств в соответствии с нормативно-правовыми документами МЗ РФ. В настоящее время организовано 468 домашних хозяйств для предоставления возможности получения первой помощи пациентами, в том числе пожилого и старческого возраста, в отдаленных труднодоступных и малонаселенных поселениях.

С 2015 г. начато создание медико-социальных бригад, включающих медицинских, социальных работников, старост поселений, работников МВД для проведения подворовых обходов, выявления лиц, нуждающихся в медицинской помощи.

С 2014 года в межрайонных больницах Ленинградской области открыты реабилитационные отделения, где пациентам, в том числе пожилого и старческого возраста, сохранившим реабилитационный потенциал, предоставляются различные виды реабилитационной помощи. С 2015 года реализуется пилотный проект по организации трехэтапной системы реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда.

Для решения вопросов записи граждан старших возрастных групп на прием к врачу, выписки рецептов на лекарственные препараты и медицинские изделия, получения результатов медицинского обследования и медицинских справок, поиска необходимых лекарственных препаратов и медицинских изделий в аптечных учреждениях, их приобретения и доставки на дом, в том числе выездными бригадами, организовано взаимодействие органов управления здравоохранением и органов социальной защиты населения ЛО. В сельской местности эта работа осуществляется персоналом фельдшерско-акушерских пунктов.

Ленинградская область относится к числу субъектов РФ с наибольшим количеством развернутых паллиативных коек и коек сестринского ухода (около 3,0 на 10 тыс. населения).

По итогам 2015 г. в Ленинградской области насчитывалось 242 койки паллиативного ухода, из них 46 находились в сельской местности, на них поступило 3198 больных, из них 2258 пациентов были старше трудоспособного возраста.

Общее количество койко-дней (к.-д.), проведенных пациентами медицинских учреждений на паллиативных койках, составило 81611 к.-д., в том числе пациентами старшего трудоспособного возраста – 61105 к.-д. За 2015 г. с паллиативных коек для взрослых было выписано 3128 чел., в том числе 2123 пациента старшего трудоспособ-

ного возраста; число умерших составило 452 чел., 388 из которых были старше трудоспособного возраста.

В 2015 г. в Ленинградской области насчитывалось 350 коек сестринского ухода, 129 из них располагались в сельской местности. За 2015 г. на данные койки поступило 4125 чел., из них сельских жителей – 1697 чел. Из общего числа поступивших лица старшего трудоспособного возраста составили 2944 чел. Было выписано 3380 пациентов, 2553 из которых были старше трудоспособного возраста; умерло 281 чел., из них 244 чел. – старше трудоспособного возраста. Всего за 2015 г. пациентами коек сестринского ухода было проведено 115 054 к.-д., из них 80836 к.-д. – лицами старше трудоспособного возраста.

В период с 2012 по 2015 гг. в Ленинградской области значительно возросло число пациентов, получивших медицинскую помощь в форме «стационара на дому»: 2054 чел. – в 2012 г., 3138 чел. – в 2013 г., 5108 чел. – в 2014 г., 6990 чел. – в 2015 г. соответственно.

С целью совершенствования системы охраны здоровья граждан пожилого возраста, организации и развития гериатрической службы Ленинградской области в рамках реализации измененной нормативно-правовой базы в области геронтологии и гериатрии в РФ, а именно:

– Распоряжения Правительства РФ от 05.02.2016 г. № 164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» [5];

– Распоряжения Правительства РФ от 14.04.2016 г. № 669-р «План мероприятий по реализации в 2016–2020 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» [6];

– Приказа МЗ РФ от 29.01.2016 г. № 38н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (зарегистрирован в Минюсте России 14.03.2016 г. № 41405) [4] в Ленинградской области за 2015-2016 гг. были проведены следующие мероприятия:

В октябре 2015 г. на должность главного внештатного специалиста по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению Ленинградской области была назначена заместитель главного врача по геронтологии и гериатрии ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» д.м.н., доцент А.С. Башкирёва.

За период с октября 2015 по январь 2016 года был подготовлен проект плана мероприятий («дорожной карты») «Развитие гериатрической службы Ленинградской области» на 2016 г., в дальнейшем приведенный в соответствие с измененной нормативно-правовой базой.

План мероприятий предусматривал подготовку врачей первичного звена здравоохранения по программам дополнительного профессионального образования по профилю «гериатрия», а также медицинских сестер – по направлению «сестринское дело в гериатрии»; организацию взаимодействия между органами здравоохранения и социальной защиты населения ЛО по вопросам оказания медико-социальных услуг лицам пожилого и старческого возраста, в том числе в рамках межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти Ленинградской области; создание Ленинградского областного гериатрического центра, обеспечивающего координацию организационно-методической, лечебно-диагностической, научной, образовательной и просветительской деятельности медицинских организаций Ленинградской области по профилю «гериатрия»; подготовку специалистов, работающих с лицами пожилого возраста (психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе), по направлению «социальная и психологическая помощь в гериатрии»; внедрение достижений современных научных исследований, инновационных методических разработок в области геронтологии и гериатрии в деятельность медицинских организаций Ленинградской области.

В рамках реализации плана мероприятий («дорожной карты») «Развитие гериатрической службы Ленинградской области» на 2016 г. была проведена первая научно-практическая конференция «Геронтология и гериатрия: достижения и перспективы», организованная 18 марта 2016 г. Комитетом по здравоохранению Ленинградской области и ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница».

По результатам конференции был опубликован сборник научных работ и принята резолюция с обращением к главному внештатному специалисту гериатру Министерства здравоохранения РФ, директору Российского геронтологического научно-клинического центра, д.м.н., профессору О.Н. Ткачевой.

Основные предложения резолюции касались развития единой системы гериатрической службы в РФ; включения Ленинградской области в перечень субъектов РФ (5 областей), вошедших в пилотный проект «Дорожная карта создания гериатрической службы в регионах Российской Федерации»; создания Межведомственной рабочей группы по взаимодействию между органами здравоохранения и социальной защиты населения по вопросам оказания медико-социальных услуг для более успешного развития гериатрической службы в Ленинградской области на основе

«дорожной карты». На заседании профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по специальности «гериатрия» от 28.04.2016 г. было принято решение поддержать инициативы Комитета по здравоохранению Ленинградской области, изложенные в резолюции.

Организовано и обеспечено участие представителей медицинских учреждений Ленинградской области (врачей и среднего медицинского персонала) в работе XI Международного форума «Старшее поколение», состоявшегося 30 марта – 2 апреля 2016 г. в Санкт-Петербурге, в рамках которого проведены: секция «Организация гериатрической службы в России: проблемы и перспективы» (совместно с главным внештатным специалистом гериатром Министерства здравоохранения РФ, профессором О.Н. Ткачевой) и круглый стол «Развитие гериатрической службы в Ленинградской области» (совместно с Комитетом по социальной защите населения Ленинградской области).

В целях развития паллиативной медицинской помощи в интересах граждан старшего возраста, проживающих в Ленинградской области, главный внештатный специалист по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению Ленинградской области, д.м.н., доцент А.С. Башкирёва выступила с пленарным докладом «Концептуальные основы оказания медицинской помощи пожилым в Российской Федерации» на научно-практической конференции с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи», состоявшейся 26 апреля 2016 г. в г. Тосно.

В рамках научно-практической конференции «XIV ежегодная школа терапевтов Ленинградской области», состоявшейся в г. Зеленогорск 27–28 мая 2016 г., проведено пленарное заседание «Вопросы геронтологии и гериатрии в работе врача-терапевта»; кроме того, представители ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» приняли участие в работе международного семинара «Взаимодействие медицинских и социальных служб в оказании помощи пожилым пациентам. Опыт Израиля», состоявшегося 27 мая 2016 г. на базе Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

В целях развития межведомственного взаимодействия между Комитетом по здравоохранению и Комитетом по социальной защите населения Ленинградской области для более успешного развития гериатрической службы в ЛО подготовлен проект Межведомственной рабочей группы по вопросам оказания медико-социальных услуг гражданам пожилого и стар-

ческого возраста, проживающим на территории Ленинградской области, на основании «Регламента межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти Ленинградской области в связи с реализацией полномочий Ленинградской области в сфере социального обслуживания», утвержденного постановлением Правительства Ленинградской области от 02.12.2014 г. № 562 [3].

Распоряжением председателя Комитета по здравоохранению Ленинградской области С.В. Вылегжанина в состав Межведомственной рабочей группы по вопросам оказания медико-социальных услуг гражданам пожилого и старческого возраста, проживающим на территории Ленинградской области, включен главный внештатный специалист по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению Ленинградской области, д.м.н., доцент А.С. Башкирёва.

В соответствии с Распоряжением Правительства РФ от 14.04.2016 г. № 669-р «Об утверждении плана мероприятий по реализации в 2016–2020 годах концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (реализация Указа Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»), Раздел II. «Мероприятия по снижению предотвратимых причин смертности», п. 17. «Обеспечение комплексности, повышение доступности и эффективности медицинской помощи гражданам пожилого возраста (развитие гериатрической службы)», целевыми показателями в сфере охраны здоровья граждан старшего поколения Ленинградской области являются [6]:

1. Увеличение обеспеченности населения старше трудоспособного возраста геронтологическими койками с 0,7 на 10 тыс. чел. в 2014 г. до 3,06 в 2020 г.

2. Увеличение продолжительности жизни населения Ленинградской области к 2025 г. до 75,1 года.

3. Снижение смертности населения к 2025 году до 12,0 на 1000 населения.

4. Повышение качества и доступности медицинской помощи, в том числе гражданам старше трудоспособного возраста, по показателю удовлетворенности населения медицинской помощью к 2025 г. до 80%.

С учетом вышеизложенного сформулированы следующие приоритетные направления дальнейших действий в интересах граждан старшего поколения, проживающих в Ленинградской области:

1. Организация гериатрической службы ЛО как единой системы долговременной медико-со-

циальной помощи за счет преемственности ведения пациента между организациями здравоохранения и социальной защиты.

2. Создание Ленинградского областного гериатрического центра, обеспечивающего координацию организационно-методической, лечебно-диагностической, научной, образовательной и просветительской деятельности медицинских организаций Ленинградской области по профилю «гериатрия».

3. Мониторинг медико-демографических показателей и состояния здоровья лиц старших возрастных групп, их потребности в медицинской и медико-социальной помощи.

4. Обеспечение подготовки и переподготовки высокопрофессиональных специалистов медицинских организаций ЛО по вопросам оказания медицинской помощи населению по профилю «гериатрия», включая обучение основам практического применения комплексной гериатрической оценки и принципам маршрутизации пациентов в рамках эффективной работы мультидисциплинарных бригад.

5. Обеспечение доступности медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в медицинских организациях ЛО; создание кабинетов гериатров и гериатрических отделений в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях; создание гериатрических отделений в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

6. Введение дифференцированных тарифов в системе обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста по профилю «гериатрия» в соответствии с медико-экономическими стандартами МЗ РФ.

7. Совершенствование паллиативной медицинской помощи по профилю «гериатрия» на амбулаторном и стационарном этапах с целью обеспечения пациентов старших возрастных групп медицинскими услугами и комплексным уходом на дому.

8. Усиление территориальных врачебных участков с преобладанием пожилого населения за счет введения ставки среднего медицинского работника с дополнительной подготовкой по специальности «гериатрия».

9. Обеспечение лиц пожилого и старческого возраста из числа льготных категорий лекарственными препаратами.

10. Организация взаимодействия между органами здравоохранения и социальной защиты населения ЛО по вопросам оказания медико-социальных услуг лицам пожилого и старческого

возраста, в том числе в рамках межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти Ленинградской области.

11. Расширение диапазона предоставляемых внебольничных медико-социальных услуг для осуществления длительного ухода за гражданами пожилого и старческого возраста.

12. Разработка индивидуальных комплексных программ медико-социальной помощи пожилым пациентам, в том числе с когнитивными и другими психоневрологическими расстройствами.

13. Использование механизмов государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья граждан старшего поколения в связи с необходимостью расширения медицинской помощи по профилю «гериатрия».

14. Внедрение инновационных геронтологических в качестве методов профилактики преждевременного снижения профессиональной работоспособности, замедления процессов старения, снижения уровня смертности и увеличения профессионального долголетия, особенно у лиц старших возрастных групп.

15. Привлечение внимания гражданского общества к решению проблем лиц старших возрастных групп, популяризация потенциала и достижений геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия.

Литература

1. Башкирёва А.С. Демографические и профессиональные риски депопуляции работающего населения в России (аналитический обзор) // Успехи геронтологии. – 2010. Т. 23. № 1. – С. 30–39.

2. Башкирёва А.С., Хурцилава О.Г. Концептуальные основы профессионального долголетия трудовых ресурсов в России // Медицина труда и промышленная экология. – 2013. № 12. – С. 4–11.

3. Постановление Правительства Ленинградской области от 02.12.2014 г. № 562 «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти Ленинградской области в связи с реализацией полномочий Ленинградской области в сфере социального обслуживания».

4. Приказ МЗ РФ от 29.01.2016 г. № 38н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (зарегистрирован в Минюсте России 14.03.2016 г. № 41405).

5. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 г. № 164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».

6. Распоряжение Правительства РФ от 14.04.2016 г. № 669-р «План мероприятий по реализации в 2016–2020 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

ОСОБЕННОСТИ ПРОВОДИМОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

БЕЛЯКОВА Ирина Вячеславовна

Северный государственный медицинский университет
Первая городская клиническая больница имени Е. Е. Волосевич

МОДЯНОВ Никита Юрьевич

Северный государственный медицинский университет

ЧЕРНОЗЕМОВА Анастасия Валерьевна

Северный государственный медицинский университет
Первая городская клиническая больница имени Е. Е. Волосевич
г. Архангельск

Мы попытались оценить эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии в городе Архангельске в реальной клинической практике на поликлиническом этапе у пациентов старшей возрастной группы, получающих новые пероральные антикоагулянты или варфарин. Полученные результаты неутешительны. 63,63% пациентов получали терапию варфарином. Лишь 44,9% пациентов, принимающих варфарин, регулярно ежемесячно наблюдаются у кардиолога.

Наведенная варфарином гипокоагуляция у приверженных к терапии и наблюдению пациентов в течение 8 месяцев с показателем МНО в терапевтическом диапазоне от 2 до 3 поддерживалась лишь у 57,14%. Частота общих геморрагических осложнений на фоне приема антикоагулянтов составила 54,55%, причем на долю варфарина приходится 66,67% этих проявлений.

Более 60 лет варфарин применяется в профилактике инсульта и других тромбоэмболических осложнений. Важнейшим условием успешности профилактики тромбоэмболических осложнений является достижение необходимого уровня гипокоагуляции, которому соответствует целевой показатель международного нормализованного отношения (МНО) в диапазоне 2,0–3,0.

Узкое терапевтическое окно, многочисленные нежелательные лекарственные взаимодействия, влияние компонентов пищи на эффективность варфарина определяют непредсказуемый ответ на терапию варфарином. По данным метаанализа клинических исследований, в США среднее время, в течение которого МНО удерживалось в целевом диапазоне, составляло лишь 55% [1].

В российском исследовании терапия варфарином с поддержанием МНО в целевом диапазоне была эффективна лишь в 8% случаев [1].

Новые пероральные антикоагулянты не уступают по эффективности варфарину, но при этом имеют преимущества в виде более низкого риска развития геморрагических осложнений [6, 7].

На базе ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница имени Е.Е. Волосевич» г. Архангельска функционирует лаборатория патологии системы гемостаза и атеротромбоза, которую возглавляет профессор, д.м.н. Воробьева Надежда Александровна.

На базе лаборатории работает школа пациентов, получающих пероральные антикоагулянты.

По данным реестра, из 2075 пациентов, получающих данный вид терапии, лишь 139 принимают новые оральные антикоагулянты, а остальные 1936 пациентов принимают варфарин [12].

Это говорит о ставшей традиционной, длительное время лидирующей позиции в назначении варфарина и оставляет нишу возможного применения так называемых новых оральных антикоагулянтов.

Отечественные и зарубежные кардиологи разделяют мнение о том, что существуют определенные показания к назначению пероральных антикоагулянтов.

Пациенты с фибрилляцией предсердий, с протезами клапанов сердца, после установки электрокардиостимулятора, после радиочастотной аблации, с тромбоэмболией легочной артерии, тромбозом глубоких вен должны получать адекватную антикоагулянтную терапию не только для лечения острого состояния, но и для вторичной профилактики тромбоэмболических осложнений [10].

В настоящее время для достижения этой цели в клинической практике используются как новые пероральные антикоагулянты (НПА) – прямой ингибитор тромбина – дабигатран, прямые ингибиторы Ха фактора свертывания ривароксабан и апиксабан, так и варфарин, снижающий свертывание крови путем нарушения выработки витамин К-зависимых факторов свертывания крови-II (протромбина), -VII, -IX и -X [6, 9, 11].

По результатам исследований (RE-LY; ROCKET-AF; ARISTOTLE), НПА обладают сходной или большей эффективностью по сравне-

нию с варфарином [8]. Кроме того, они имеют значительно более благоприятный профиль безопасности и могут успешно применяться у пациентов с повышенным риском кровотечений и/или трудностями с постоянным контролем МНО, что удобно в амбулаторной практике. Однако широкого использования НПА на данный момент не наблюдается, причиной этого является их стоимость, отсутствие специфического антидота, а также ограниченность клинического опыта использования [11].

По результатам исследования ARISTOTLE [13], в котором принимали участие 18000 пациентов с фибрилляцией предсердий, было доказано статистически значимое превосходство апиксабана против варфарина как по эффективности, так и по безопасности. В данном исследовании пациенты были рандомизированы на прием апиксабана 5 мг 2 раза в день или варфарина в необходимой дозе. Выявлено снижение риска развития геморрагических осложнений на 31%, риска развития инсульта и системных эмболий на 21% и риска смерти на 11% по сравнению с группой варфарина ($p < 0,05$).

В конце 2010 года были представлены результаты исследования ROCKET-AF, где сравнивали эффективность и безопасность ривароксабана по отношению к варфарину [16]. Риск геморрагического инсульта в структуре больших кровотечений снижался по сравнению с варфарином на 35%. Разница в эффективности между ривароксабаном и варфарином была лишь в группе пациентов, которые не нарушали протокол и не отказывались от приема препаратов. Главный вывод исследования ROCKET AF – сравнимая эффективность и безопасность ривароксабана над варфарином.

Эффективность и безопасность дабигатрана в сравнении с варфарином изучалась в исследовании RE-LY. Критерием включения в исследование было наличие неклапанной ФП в сочетании как минимум с одним дополнительным фактором риска. Наиболее эффективная доза дабигатрана составляет 150 мг два раза в сутки. В этой дозе в исследовании RE-LY препарат значительно снижал риск развития инсульта по сравнению с варфарином и не отличался от него по риску больших кровотечений [14]. В указанной дозе препарат следует назначать большинству пациентов с ФП.

Выбор менее эффективной, но более безопасной дозы 110 мг два раза в сутки возможен у пациентов с потенциально высоким риском больших кровотечений, например, в возрасте 75 лет или старше, умеренное снижение функции по-

чек (клиренс креатинина 30–50 мл/мин.), индекс HAS-BLED ≥ 3 , одновременное применение ингибиторов Р-гликопротеина, желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе.

Новые пероральные антикоагулянты в отличие от варфарина не требуют регулярного лабораторного контроля, как минимум не уступают ему по эффективности, и некоторые из них имеют более низкую частоту кровотечений. При этом применение всех новых пероральных антикоагулянтов по сравнению с варфарином характеризуется меньшим риском возникновения внутричерепных кровотечений. По результатам не прямых сравнений новых пероральных антикоагулянтов с варфарином только апиксабан имеет преимущество перед варфарином по трем основным показателям: снижение риска инсульта, в том числе повторного, и системной эмболии, уменьшение числа больших кровотечений и снижение общей смертности [15, 17].

Преимущество новых пероральных антикоагулянтов заключается в том, что при их использовании в отличие от варфарина не требуется регулярный лабораторный контроль. Возможность лечения новыми пероральными антикоагулянтами имеет большое практическое значение, потому что часть пациентов не могут принимать варфарин из-за невозможности регулярного контроля МНО и поддержания его на требуемом уровне [5].

Потенциальные клинические преимущества НПА: быстрое начало действия в течение 2-х часов, относительно короткий период полураспада – 5-17 часов, предсказуемый и линейный дозозависимый ответ, низкое влияние других препаратов и характера принимаемой пищи.

У них отсутствует взаимодействие с остеокальцином и Gla-протеином, витамин К-зависимым и имеющим важную роль в костном метаболизме, селективное, обратимое ингибирование свободного тромбина и тромбин-связанного фактора Ха. Пероральное применение, отсутствие необходимости в рутинном лабораторном мониторинге повышают приверженность к терапии пациентов этим классом препаратов [5].

При мониторинге приверженности терапии, по данным больницы Нигурда (Милан), стало известно, что пациенты в повседневной жизни менее привержены к получаемой терапии, чем пациенты, участвующие к клинических испытаниях. Отклонения от схемы приема терапии допускают от 40 до 70% пожилых пациентов с хроническими состояниями [5].

Существуют возможные способы повлиять

на ситуацию: проведение обучающих программ для пациентов, где детально объясняются схемы приема, риск, связанный с нарушением схемы приема, влияние пищи и медикаментов на действие антикоагулянтов; регулярный контроль терапии на уровне антикоагулянтных кабинетов, школ, клиник; телефонное консультирование средним медицинским персоналом; доступность лабораторного контроля терапии антикоагулянта не только в условиях поликлиники, но портативных устройств для определения показателя МНО [2, 3, 4].

На фоне приема антикоагулянтов необходимо планирование клинического мониторинга: более частые обследования у уязвимых пациентов; частый мониторинг функции почек, особенно у пациентов из высокой группы риска (у пожилых пациентов, принимающих дополнительные препараты или имеющих наличие болезней, которые потенциально могут сказываться на функции почек) [2, 3, 4].

Исходя из имеющихся литературных данных, нам стало интересно, как в реальной жизни, в условиях одной из центральных поликлиник города Архангельска, в не смоделированной экспериментом группе пациентов проходит лечение антикоагулянтами и контроль осуществляемой терапии.

На базе поликлинического отделения ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница имени Е.Е. Волосевич» у врача-кардиолога наблюдаются 49 человек. Разброс по возрасту составил [48; 85] лет, средний возраст $71,5 \pm 9,97$ года. Из них регулярно ежемесячно наблюдаются у кардиолога лишь 22 человека (44,9%), что затрудняет достоверный контроль за показателями гемостаза на фоне проводимой антикоагулянтной терапии.

Мы провели опрос среди плохо контролируемых 27 пациентов по поводу причины их нерегулярного посещения кардиолога и непостоянства за контролем показателей МНО.

Как оказалось, 19 человек уезжают из города на весенне-летний период за черту города, где контроль МНО невозможен. Собственных портативных средств контроля за показателями МНО они не имеют. 5 человек не считают необходимым постоянный контроль МНО, исходя из своих личных убеждений. 3 человека не любят посещать поликлинику из-за больших очередей на приём.

Мы решили проследить эффективность терапии у приверженных лечению и контролю проводимого лечения пациентов. Так сформировалась цель исследования: оценить эффективность

и безопасность лечения антикоагулянтами на поликлиническом этапе.

Исследование проводилось на базе поликлинического отделения Первой городской клинической больницы имени Е.Е. Волосевич. Методом сплошной выборки в проспективное исследование вошли 16 мужчин и 6 женщин ($n=22$), получающих антикоагулянтную терапию и наблюдающихся у кардиолога в период с августа 2015 по март 2016 года.

Перед назначением антикоагулянта определены: уровни плазменного креатинина с подсчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ), общий анализ крови (ОАК).

Для оценки безопасности терапии проводился мониторинг геморрагических проявлений, наличие гематурии, вариабельность показателя МНО. Для оценки эффективности терапии проводился мониторинг тромботических осложнений, вариабельность показателя МНО. Для обработки статистических данных использовался пакет компьютерной программы SPSS, версия 18. Данные представлены как среднее значение (M) \pm стандартное отклонение (SD) с описанием минимальных и максимальных значений. Для подсчета относительного риска тромботических осложнений использовалась программа Epi Info.

Результаты. Возраст пациентов ($M \pm SD$) составил $71,5 \pm 9,97$ [48; 85] лет. 72,72% группы (16 человек) составили мужчины. Среди пациентов, принимающих антикоагулянты, не было лиц с массой тела менее 60 кг. Риск тромботических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc у всех пациентов был выше 3 баллов. У 2-х пациентов антикоагулянтная терапия назначена по поводу протезирования клапанов сердца. Остальные 20 пациентов получали терапию по поводу неклапанной фибрилляции предсердий. 14 пациентов (63,63%) получали терапию варфарином. Среднее значение МНО – $2,04, \pm 0,33$ [1; 4,96]. Средняя доза варфарина – $5,0 \pm 2,5$ мг [2,5; 10].

Контроль МНО в терапевтическом диапазоне от 2 до 3 поддерживался у 9 пациентов (57,14%) в течение 8 месяцев. У 2-х пациентов (14,28%) наблюдался недостаточный антикоагулянтный эффект с снижением МНО в интервале 1–1,9. У двух пациентов (14,28%) данные соответствовали передозировки варфарина с МНО в диапазоне от 3,1–4,96. Три пациента (13,63%) получали терапию новым оральным антикоагулянтом – апиксабаном в дозе 5 мг 2 раза в день. 3 пациента (13,63%) принимали дабигатран в дозе 150 мг 2 раза в день. 2 пациента (9,09%) получали ривароксабан в дозе 15 мг в сутки.

Для мониторинга геморрагических осложнений все больные ежемесячно осматривались на предмет видимых проявлений геморрагий. Проводился мониторинг общего анализа мочи на наличие гематурии, общий анализ крови, показателя МНО. У одного пациента отмечены явления кровоизлияния в склеру на фоне приема варфарина при соблюдении терапевтического коридора. У другого пациента на фоне варфарина – явления кишечного кровотечения, потребовавшие госпитализации при колебании МНО в диапазоне 3–3,8. Явления микрогематурии выявлены у 10 пациентов (45,45 %). Причем 6 из них получали варфарин с МНО в терапевтическом диапазоне.

Для мониторинга безопасности оценивался уровень креатинина крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации. Уровень креатинина составил ($M \pm SD$) $103,03 \pm 25,1$ мкмоль/л [73;185]. Скорость клубочковой фильтрации составила $71,6 \pm 2,66$ мл/мин. [38,95; 140]. Уровень гемоглобина крови составил $133,86 \pm 3,9$ г/л [105;170]. Уровень эритроцитов $4,67 \pm 0,14 \times 10^{12}$ /л [3.51; 5.99]. Уровень тромбоцитов $195,8 \pm 8,9 \times 10^9$ /л [150; 301].

Эффективность оценивалась по отсутствию тромботических осложнений на фоне проводимой терапии. Тромботический инсульт перенес один пациент, получавший варфарин с МНО в диапазоне от 2 до 3.

Выводы. Наведенная варфарином гипокоагуляция в терапевтическом диапазоне в течение 8 месяцев поддерживалась лишь у 57,14% пациентов, что является недостаточным.

Частота общих геморрагических осложнений на фоне приема антикоагулянтов составила 54,55%, причем на долю варфарина приходится 66,67% (RR = 1,1 [0,58; 2,1], p= 0.54). Эпизод тромботического инсульта выявлен только в группе варфарина, причем МНО поддерживалось в терапевтическом диапазоне.

Наши данные сопоставимы с имеющимися результатами крупных исследований в этой области и нацеливают на более широкое применение новых антикоагулянтов для профилактики тромботических состояний, особенно у пожилых пациентов, имеющих трудности в постоянном мониторинге МНО.

Наличие новых оральных антикоагулянтов среди препаратов льготного лекарственного обеспечения упростит контроль и терапию антикоагулянтами, повысит приверженность терапии и позволит эффективнее профилактировать тромботические осложнения.

Литература

1. Гаврисюк Е.В., Игнатъев И.В., Сычев Д.А., Маринин В.Ф. Анализ применения непрямого антикоагулянта варфарина у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий в поликлинических условиях. Клиническая фармакология и терапия / – 2012, 1: 42–47.
2. Воробьева Н.А., Рогозина А.С., Лепехина Ю.С., Зайцева С.А. Опыт работы первой школы антикоагулянтной терапии / зам. гл. вр.: лечебная работа и медицинская экспертиза. № 10, 2011. С. 39–45.
3. Воробьева Н.А., Рогозина А.С. Первый опыт работы антикоагулянтной клиники в Архангельске / Экология человека / – 2012. Л. 12. – С. 59–64.
4. Рогозина А.С. Воробьева Н.А., Лавринов П.А., Белова Н.И. Терапия непрямыми антикоагулянтами в условиях антикоагулянтной клиники / Тромбоз, гемостаз и реология. – 2014. Л.2. – С. 74-81.
5. Др. Франческо Баудо. Новые возможности антикоагулянтной терапии: клинические и лабораторные аспекты, Больница Нигурда, Милан. – 2015, 8-3.
6. Кропачева Е.С. Обеспечение безопасности длительной терапии варфарином: возможно ли возобновить лечение больного после геморрагического осложнения? // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. №3. – С.- 89-94.
7. Мельничук Е.Ю., Модянов Н.Ю., Ворыпина Е.К., Белякова И.В. Эффективность антикоагулянтной терапии на поликлиническом этапе. // Бюллетень СГМУ. – 2016. №1.
8. Парфенов ВА, Вербицкая СВ. Вторичная профилактика инсульта при фибрилляции предсердий, применение апиксабана (исследование ARISTOTLE, AVERROES). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014; (спецвыпуск 2): 7–14.
9. Сафиулина З.М., Шалаев С.В. Эра новых антикоагулянтов в лечении неклапанной формы фибрилляции предсердий: перспективы и проблемы. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. №9. – С. 171.
10. Сулимов В.А., Напалков Д.А., Соколова А.А. Сравнительная эффективность и безопасность новых пероральных антикоагулянтов. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. №9. – С. 433-438.
11. Хорев Н.Г., Момот А.П., Залозный Д.А. Новые оральные антикоагулянты. // Фарматека – 2010. № 18/19. – С. 20.
12. Щапков Алексей Андреевич. Оценка эффективности новых пероральных антикоагулянтов // Бюллетень СГМУ. – 2016. № 1.
13. Dr J Donald Easton MD, Renato D Lopes MD, M Cecilia Bahit MD, Daniel M Wojdyla MS, Christopher B Granger MD, Lars Wallentin MD et al. Apixaban compared with warfarin in patients with atrial fibrillation and previous stroke or transient ischaemic attack: a subgroup analysis of the ARISTOTLE trial. The Lancet Neurology; 11(6): 503.
14. Gage B.F. Can we rely on RE-LY? N Engl J Med.2009;361:1200.
15. Lip GYH, Larsen TB, Skjoth F, Rasmussen LH. Indirect comparisons of new oral anticoagulant drugs for efficacy and safety when used for stroke prevention in atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol 2012;60:738 –746.Doi: 10.1016/j.jacc.2012.03.019.
16. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J. et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365:883.
17. Potpara TS, Polovina MM, Licina MM, et al. Novel oral anticoagulants for stroke prevention in atrial fibrillation: focus on apixaban. Adv Ther. 2012 Jun;29(6):491–507. Doi: 10.1007/s12325-012-0026-8.

ДОМАШНИЕ ЖИВОТНЫЕ КАК СОЦИОКУЛЬТУРНОЕ СРЕДСТВО ПРЕОДОЛЕНИЯ ЧУВСТВА ОДИНОЧЕСТВА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

БОБЫЛЕВА Надежда Игоревна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова
г. Архангельск

Естественное старение человека, по Н.Ф. Шахматову, проявляется в физиологическом ослаблении организма, снижении психической силы, сужении объема психической жизни, принятии стратегии экономии ресурсов [6].

Такой человек должен становиться объектом социальной защиты, если чувствует себя несчастным, оказывается в тягость для близких людей, подвергается жестокому обращению в семье или в государственном социальном учреждении. Преодоление этих проблем – одна из ключевых задач современной социальной работы – сделать достойной жизнь каждого пожилого человека, насытить активной деятельностью, восполнить дефицит общения, удовлетворить потребности и интересы, т.е. помочь избавиться от чувства одиночества, обеспечить социально здоровый досуг.

Действительно, исследователи пишут о том, что старые люди могут развивать свои способности и проявлять новые [2]. Позитивным элементом досуга пожилого человека может стать животное-компаньон (домашний питомец).

В последнее время привлечение домашних животных нашло широкое применение за рубежом как один из методов преодоления таких проблем, как аутизм, агрессивность, невротизированность. Эта технология известна как пет-терапия («pet» – домашний любимец), в процессе осуществления которой домашние животные применяются как социокультурное средство преодоления чувства одиночества.

Чувство одиночества – субъективное ощущение собственной ненужности, заброшенности, изолированности, которое возникает независимо от возраста. Однако хроническое испытание этого негативного чувства людьми в пожилом возрасте приводит к особому ухудшению их социального самочувствия ввиду ослабленного здоровья, пониженного социального статуса, недостаточного адаптационного резерва, сужения круга общения.

Во все времена самой тяжелой карой была не смертная казнь, а изгнание, т.е. наказание оди-

ночеством [5]. Современное изгнание – это не обязательно удаление от общества. Существуют различные способы психологического отчуждения, в т.ч. насильственный отказ от общения.

Б.Г. Ананьев указывал на то, что у многих людей социальное «умирание» происходит раньше, чем физическое одряхление [2].

Такое состояние наблюдается у тех людей, которые начинают изолироваться от общества. «Доказано, что человек может нормально мыслить длительное время только при условии непрекращающегося информационного общения с внешним миром. Полная информационная изоляция – это начало безумия. Информация, стимулирующая мышление, связь с внешним миром также необходима, как пища и тепло», писал П. Брэгг [3].

Таким образом, одиночество – это переживание, вызывающее комплексное, острое, неприятное чувство, которое выражает определённую форму ущемления самосознания [4].

С возрастом желание быть включённым в какую-то группу или потребность в контакте с кем-либо не угасает, но в то же время нарастает ощущение беспомощности [2]. Беспомощность как одна из возможных реакций на проблемы адаптации к старению сопровождается усилением тревоги. Если люди убеждены, что не могут изменить ситуацию, то они, вероятнее всего, не справятся с проблемой и это приведет к состоянию депрессии. Но если человек убежден, что одиночество – это вызов, то он предпримет усилия, направленные на то, чтобы избавиться от одиночества, и, скорее всего, такой человек будет стремиться заботиться о ком-то, например о домашнем животном.

Потребность в привязанности, в заботе о ком-либо – одна из самых естественных человеческих потребностей [7], например, многим людям будет приятно позаботиться о домашнем животном. Животные-компаньоны (домашние питомцы, любимцы) – термин, используемый для обозначения домашних животных, которых человек содержит у себя в доме для общения и

получения положительных эмоций [30]. Традиционными и наиболее распространенными животными-компаньонами являются кошки и собаки. В качестве животных-компаньонов также встречаются обезьяны, грызуны, рыбы, рептилии и членистоногие.

Считается, что домашние питомцы положительно влияют на психоэмоциональное состояние своего пожилого хозяина. Домашнее животное (кошка, собака, птица, рыбка, крыса) «включается» в социальную жизнь престарелого человека. Ухаживая за своим животным, человек получает возможность избавиться от одиночества, проникаясь чувством любви и сострадания.

Домашние животные приносят пользу пожилым людям, живущим отдельно от своих детей и родственников [10]: наблюдение за птицами и аквариумными рыбками успокаивает нервную систему, наполняет жизнь человека положительными эмоциями и впечатлениями от увиденного в их поведении; домашние животные улучшают самочувствие хозяев в процессе общения; забота о домашнем питомце требует от человека физической активности. Лечение пациентов с привлечением животных (направленная анималотерапия) рассматривается как вид социально-медицинской помощи [9]. Воздействие при ненаправленной анималотерапии состоит в общих положительных эмоциях и обязательных ежедневных прогулках [1] и рассматривается как социокультурное средство, улучшающее социализацию.

Наличие в доме животного-компаньона помогает снизить воздействие стресса для людей, которые любят присутствие животных. Выгуливая собаку, её хозяин получает физическую нагрузку; в условиях городской среды обеспечивается социальное взаимодействие с другими любителями собак.

В большинстве стран Европы обращение с животными-компаньонами регулирует Европейская конвенция о защите животных. В Государственную думу РФ также неоднократно вносился (но до сих пор так и не утвержден) проект федерального закона «Об ответственном обращении с животными». Документ регулирует содержание и защиту животных-компаньонов, впервые применяя это понятие в отечественном законодательстве. Согласно действующим нормативным актам, в российском социальном учреждении содержание животных-компаньонов возможно только в виде «живых уголков».

К сожалению, видовой ассортимент подобно-го «уголка» по различным причинам существен-

но ограничен (аквариумные рыбки, грызуны, пресмыкающиеся, некоторые виды птиц).

В рамках данной статьи расскажем о результатах изучения отношения пожилых людей к домашним животным как средству преодоления одиночества (Трофимова Е.А., Бобылева Н.И., 2012). Мы предположили, что одиночество пожилых людей, жителей дома-интерната, является их реальной социальной проблемой, но в распоряжении пациентов недостаточно средств для преодоления этого состояния; и в некоторых случаях домашние животные действительно могут помочь пожилым людям справиться с одиночеством.

Однако в большинстве казенных учреждений содержание животных в привычном варианте невозможно, в связи с чем получила распространение такая форма содержания животных, как «живой уголок». В специальной литературе нами не была обнаружена методика организации «живого уголка» в доме престарелых, поэтому методические рекомендации по созданию «живого уголка» для подобного учреждения были составлены самостоятельно.

1. Рациональнее содержать небольшое количество здоровых и ухоженных животных. Большому количеству особей может не хватать ухода и внимания.

2. Обязательно следует выяснить медицинские противопоказания к общению с животными у отдельных пациентов. Например, аллергическую реакцию может вызвать сублимированный (сухой) корм.

3. Растения не должны быть ядовитыми или колючими, животные не должны быть агрессивными.

4. Обитатели уголка должны быть неприхотливы в содержании.

5. Пожилые люди должны иметь возможность принимать участие в уходе за животными, обязательны инструктаж.

Наше исследование было проведено на базе государственного бюджетного учреждения дома-интерната малой вместимости для пожилых людей и инвалидов, расположенного в с. Емецк Холмогорского района Архангельской области. В учреждении постоянно проживают 50 человек в возрасте от 50 до 88 лет, 20 мужчин и 30 женщин, которые имеют такие статусы, как «инвалид», «инвалид детства», «пожилой одинокий человек», «ветеран Великой Отечественной войны».

Нами было изучено отношение одиноких пожилых людей к животным и потребности в них.

Первым этапом исследования было изучение проблемы одиночества среди пожилых людей, проживающих в Емецком доме-интернате. Круг реального общения для человека, проживающего в интернате, – это весьма узкий микросоциум учреждения. Полученные нами данные также свидетельствовали о том, что 37 человек из 50 проживающих в доме для престарелых не общаются со своими родственниками; наблюдался разрыв внешних социальных связей.

По результатам опроса подавляющее большинство жителей дома-интерната имеющееся общение оценивает как недостаточное. Таким образом, две трети пациентов на момент исследования испытывали чувство явного одиночества, которое было связано в том числе с недостаточным количеством непосредственных социальных контактов с друзьями и детьми.

Потребность в заботе о ком-либо является одной из базовых человеческих потребностей, но у пациентов интерната эта потребность не была удовлетворена. Люди действительно хотят уехать к своим близким, вырваться из стен дома престарелых, сменить обстановку, причем на практике человек может не понимать, что ехать куда и не к кому. Практически для каждого из них проживание в доме для престарелых является крайне вынужденной мерой, связанной с тем, что человек не в состоянии обслуживать себя сам (причина – физическое отсутствие жилья и семьи).

Мы пришли к выводу, что проблема одиночества пожилых людей, проживающих в доме-интернате, реально существует. Возникновение чувства одиночества у пожилых подопечных в

Емецком доме-интернате в нашем случае прежде всего было связано с выраженной социальной изоляцией пациентов.

Так как обследованные пожилые респонденты определенно испытывали острое чувство одиночества, то было решено искать решение этой проблемы. Таким средством был выбран т.н. «уголок живой природы». Такое решение мы приняли, опираясь в том числе на результаты американского исследования «Удовольствие от их общества» государственного университета Нью-Йорка в Буффало [8].

Некоторые результаты изучения отношения к животным-компаньонам пожилых людей, проживающих в Емецком доме-интернате, представлены на рис. 1-4.

Мы разделили пациентов интерната по характеру отношения к домашним животным на три группы (позитивное, нейтральное, негативное). Большинство клиентов отчетливо позитивно относятся к домашним животным (рис. 1), что явилось исходной позицией к дальнейшим действиям.

Из рис. 2 видно, что жители дома-интерната желают видеть животных в учреждении рядом с собой, их наличие насущно необходимо. Однако, хотя пациенты очевидно желали бы общаться с животными, полноценной замены человеческого общению они в этом не видели (рис. 3). Далеко не все пациенты стремятся и к самостоятельному уходу за животными. Этому мы видим несколько причин, таких как отсутствие знаний, навыков, физических возможностей и отсутствие самого желания. Таким образом, клиенты единодушно высказались за создание уголка

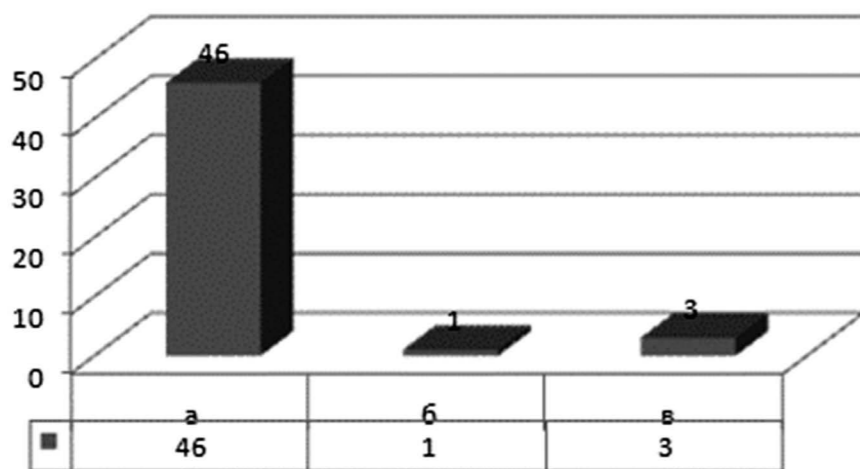


Рис. 1. Отношение пожилых людей, проживающих в Емецком доме-интернате, к животным-компаньонам (50 респондентов, 2012): 1 – позитивное, 2 – нейтральное, 3 – негативное

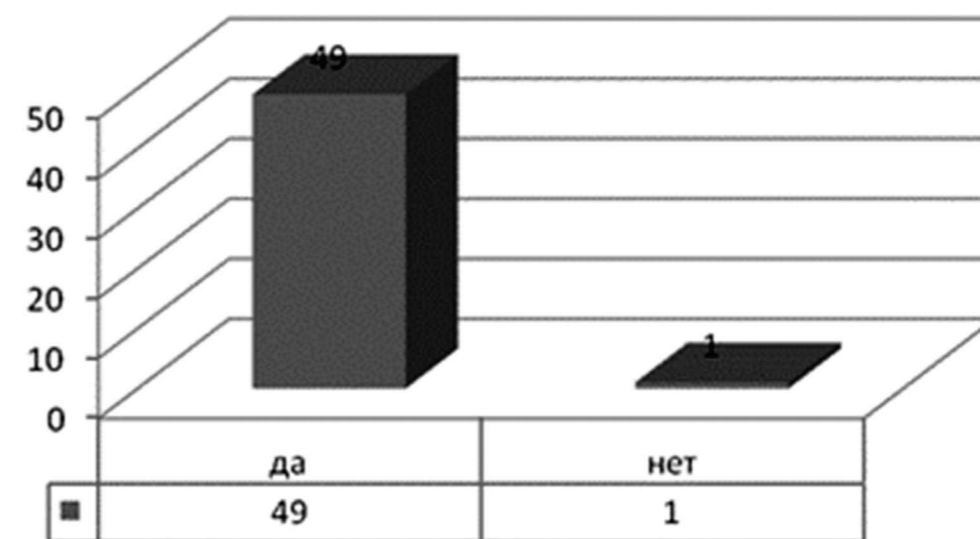


Рис. 2. Отношение пожилых людей, проживающих в Емецком доме-интернате, к близкому присутствию домашнего животного (50 респондентов, 2012)

При продолжении обсуждения респонденты увлекались процессом беседы и начинали формулировать различные предложения по организации досуга, например им хотелось бы иметь доступ в спортивный зал, комнаты отдыха и другие возможности разнообразить досуг.

Нами были изучены возможности и ограничения при организации «живого уголка». Респондентам был предложен перечень домашних животных, доступных для приобретения и содержания в условиях учреждения: грызуны, черепаха, попугай, аквариумные рыбки, насекомые. Пожелания клиентов оказались разнообразными (рис. 4). Также пожилые люди просили собаку и кошку, но это невозможно.

К ответственному за «уголок», на наш взгляд, должны предъявляться следующие требования: хотя бы минимальные знания по агротехнике выращивания растений и содержания домаш-

них животных; базовые представления о медицинских ограничениях при общении с животными; профессиональные знания в области социальной работы по работе с пожилыми и инвалидами.

Однако штатное расписание учреждения не включало вакансию для человека, который бы занимался подобным досугом клиентов. Специалист по социальной работе также отсутствовал.

При подборе объектов для живого уголка мы исходили из условий и возможностей интерната. Медицинских и санитарно-гигиенических препятствий для создания «живого уголка» выявлено не было. Был составлен проект сметы расходов на организацию и содержание «живого уголка». Однако содержание животных не могло быть добавлено в бюджет учреждения, что ограничило возможности реализации нашего мини-проекта.

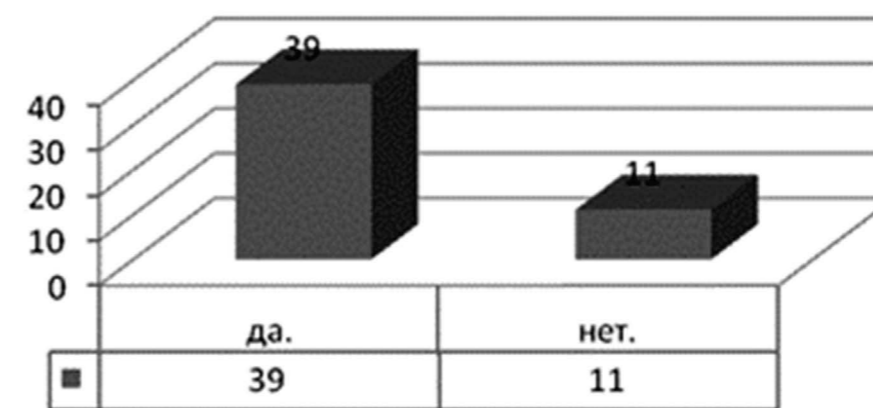


Рис. 3. Мнение пожилых людей, проживающих в Емецком доме-интернате, о возможности преодолеть одиночество с помощью общения с животным (50 респондентов, 2012)

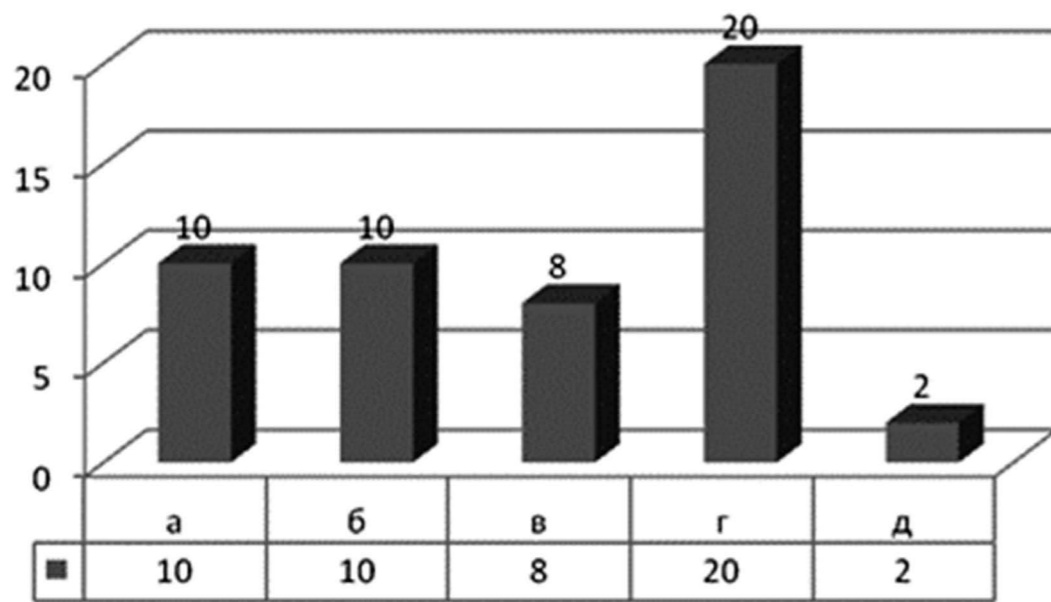


Рис. 4. Предпочтения пожилых людей, проживающих в Емецком доме-интернате, в ассортименте животных (50 респондентов, 2012): а) грызуны; б) черепаха; в) птицы; г) рыбки; д) насекомые

В связи с чем было принято решение организовать «живой уголок» за счёт внебюджетных средств и силами персонала.

Расходы на организацию включили следующее: аквариум с рыбками (аквариум, грунт, сифон, фильтр, компрессор, термометр, сачок, кормушка, тумба); террариум с сухопутной черепахой (террариум, обогреватель, коряги, кормушка); клетка с хомяком (клетка, домик, кормушка, колесо); подставка с цветами (горшки, грунт, удобрения, лейка).

Расходы на содержание в течение года, по нашим расчетам, составляют:

1. Аквариумные рыбки (гуппи), 20 шт. Корм сублимированный, из расчета 1 пакет на 2 недели, итого 24 пакета стоимостью 20 руб., общая стоимость – 480 руб. Уход: подмена 1/4 части воды 1 раз в 2 месяца, очищение стекол и грунта, кормление. Работа и ремонт оборудования: замена ламп, 2 лампы в год, из расчета 1 лампа стоимостью 80 руб., итого 160 руб.

2. Сухопутная черепаха, 1 штука. Корм – сухой сублимированный, из расчета 1 пакет в месяц, стоимостью 50 руб., общая стоимость 600 руб. Уход: смена подстилки, кормление. Замена ламп, 2 лампы в год, из расчета 1 лампа стоимостью 80 руб., итого 160 руб.

3. Хомяк джунгарский. Корм – сублимированный, из расчета 1 пакет в месяц, стоимостью 50 руб., общая стоимость – 600 руб. Уход: смена

подстилки, кормление. Ремонт оборудования не требуется.

4. Цветы комнатные, в ассортименте, 15 штук. Требуется грунт, 5 пакетов, стоимость каждого 30 руб., общая стоимость – 150 руб. Уход: пересадка 1 раз в год. Ремонт оборудования: не требуется.

Таким образом годичная смета затрат может выглядеть следующим образом: стоимость корма – 1830 руб., уход осуществляется силами волонтеров, работа и ремонт оборудования – персоналом.

В смету не включена стоимость электричества для работы аквариумных ламп, компрессора, фильтра и ламп обогрева, т.к. эти расходы могли бы войти в общую структуру потребления электричества учреждением; не предусматривались и ветеринарные услуги.

«Уголок» был создан, его расположили в общедоступной комнате досуга. Животные и растения были получены в дар или приобретены на добровольные пожертвования персонала и волонтеров.

В этом уголке «живой природы» стали жить аквариумные рыбки, черепаха, хомяк, комнатные цветы. «Живой уголок» с первого дня существования стал привлекать заметное внимание проживающих.

На наш взгляд, было важно обеспечить свободный доступ к растениям и животным, которые вызывали у пожилых людей приятные чув-

ства, способствовали улучшению самочувствия. Исследователь наблюдала за поведением пациентов, изменением настроения и самочувствия, обсуждала с ними животных и мотивы посещения «уголка».

Пациенты стремились общаться на различные темы, в том числе охотно обсуждали темы одиночества и домашних животных. Красивые растения и дружелюбные животные вызвали у посетителей позитивные эмоции.

Пожилые люди, пациенты интерната, стали чаще общаться между собой, появились общие интересы, разговоры.

Таким образом, пожилые люди, проживающие в доме-интернате, действительно испытывали одиночество, стремились к дополнительному общению, хотели бы чаще видеть родственников и жить дома. Особое пожелание – возможность о ком-то заботиться.

Пациенты интернатного учреждения отчетливо позитивно отнеслись к домашним животным-компаньонам и желали бы, чтобы они дальше присутствовали в их жизни.

Клиентов интерната заинтересовал «живой уголок», они стремились его посещать, хотели общаться с животными и желали общаться между собой.

Наличие «живого уголка», таким образом, смогло выступить социокультурным средством реализации потребности пожилого человека в общении.

Литература

- Амосов Н.М., Энциклопедия Амосова: раздумья о здоровье/ И.М. Амосов. – М.: Изд-во АСТ, 2009. – 309 с.
- Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. – СПб, 2004. – 203 с.
- Брэгг П. Здоровье и долголетие. – М., 2006. – 345 с.
- Козлов А.А. Социальная геронтология: Учебно-методическое пособие. – М., 2005. – 332 с.
- Хараш А.У. Психология одиночества // Педология. – Новый век, №4, 2000. – 406 с.
- Шахматов Н.Ф. Психическое старение. – М., 2006. – 122 с.
- Василевская, Н. «Модные» комплексы / Н. Василевская / PSYCHOLOGIES. №36, 12 марта 2009. – 27 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://wday.ru/psychologies/self-knowledge/_article/modnye-kompleksy (дата обращения 05.06.2016).
- Аллен К. Удовольствие от их общества: животные-компаньоны и здоровье людей. Мед. факультет, государственный университет Нью-Йорка в Буффало. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://elly17.narod.ru/psyc/animther/articles/translation_companion_animals_as_social_facilitators_andConclusions.htm (дата обращения 05.06.2016).
- Никольская А.В., Ульянова Н.А.. Ненаправленная анималотерапия. – Аквариум-Принт, 2009 г. – 208 с.
- Принять свои годы / PSYCHOLOGIES. – 2007. №13. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.twirpx.com/file/306823> (дата обращения 05.06.2016).

ЭТАПНОСТЬ И КОМПЛЕКСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

БОНДАРЕНКО Елена Георгиевна
ИШЕКОВА Надежда Ивановна

Северный государственный медицинский университет
г. Архангельск

Восстановление пациентов после перенесенных заболеваний и травм осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации». В определении термина «медицинская реабилитация» сделан акцент на улучшение качества жизни, что особенно важно для пациентов пожилого и старческого возраста.

При составлении индивидуальных программ реабилитации необходимо наряду с оценкой функционального состояния организма, психологического статуса учитывать условия окружающей среды (условия проживания, перемещения, общения) и активности пациентов. При этом актуальным на сегодняшний день является возможность межведомственного взаимодействия медицинских, социальных и культурных учреждений.

Медицинская помощь по медицинской реабилитации населению Архангельской области включает в себя три этапа: первый – проведение медицинской реабилитации в профильных отделениях, в том числе в отделениях реанимации и интенсивной терапии стационаров; второй – проведение медицинской реабилитации в специализированных отделениях медицинской реабилитации многопрофильных стационаров или реабилитационных центров; третий – проведение медицинской реабилитации пациентов в амбулаторно-поликлинических, санаторно-курортных учреждениях и учреждениях, оказывающих паллиативную помощь.

Медицинская реабилитация основывается на принципах этапности, непрерывности, мультидисциплинарности и преемственности между стационарными, амбулаторно-поликлиническими, санаторно-курортными учреждениями и учреждениями, оказывающими паллиативную помощь.

Медицинская реабилитация осуществляется в виде специализированной (стационарной, амбулаторно-поликлинической) и санаторно-курортной медицинской помощи в целях полного или частичного восстановления нарушен-

ных функций или компенсации утраченных функций пораженного органа или системы организма.

Основным критерием оценки тяжести состояния пациента для определения объема реабилитационной помощи и маршрутизации на этапах оказания реабилитационной помощи является модифицированная шкала Рэнкина.

Оказание медицинской помощи по медицинской реабилитации населению Архангельской области в зависимости от тяжести состояния пациента, наличия реабилитационного потенциала и с оценкой по модифицированной шкале Рэнкина включает в себя три этапа:

Первый – острый период течения заболевания или травмы со степенью восстановления 4-5 баллов по шкале Рэнкина – проведение медицинской реабилитации в отделениях реанимации и интенсивной терапии, специализированных отделениях стационаров по профилю оказываемой помощи при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

Цель реабилитационного лечения на первом этапе – снижение показателя бытовой зависимости ниже 4 баллов по шкале Рэнкина.

Задачи первого этапа: компенсация соматического и неврологического статуса; вертикализация пациента (положение сидя или стоя) не менее 1-2 часов в сутки; мобилизация в пределах двигательного дефицита; коррекция дисфагии и нутритивного дефицита; адаптация к элементарному бытовому самообслуживанию (личная гигиена); начальная коррекция нарушений речи; ранняя коррекция когнитивных нарушений, формирование мотивации на дальнейшую реабилитацию.

В случае отсутствия положительной динамики и реабилитационного потенциала формируется экспертное заключение о предоставлении пациенту паллиативной помощи.

Второй – ранний или поздний восстановительные периоды течения заболевания или травмы – проводится среди пациентов со степенью восстановления 2-3 балла по шкале Рэнкина –

проведение медицинской реабилитации осуществляется в специализированном отделении медицинской реабилитации многопрофильного стационара, не имеющем в своей структуре палат интенсивной терапии, при наличии положительного реабилитационного потенциала, необходимости круглосуточного медицинского наблюдения и использования высокоинтенсивных методов реабилитации пациентов, временно нуждающихся в некоторой посторонней помощи для осуществления полного самообслуживания, передвижения и общения.

Цель реабилитационного лечения на втором этапе: снижение показателя бытовой зависимости по шкале Рэнкина на 1 балл от исходного уровня при госпитализации.

Задачи второго этапа – мобилизация до уровня ходьбы без посторонней помощи; самостоятельное питание и полное бытовое самообслуживание; восстановление речи до уровня адаптации к общению с окружающими; восстановление когнитивного статуса до уровня ориентации в собственной личности, времени, пространстве.

Перевод пациента на второй этап может осуществляться с любого этапа реабилитации или непосредственно после завершения неотложного этапа лечения.

Решение вопроса о направлении пациента на реабилитационное лечение второго этапа принимается заведующим профильным реабилитационным отделением и оформляется в виде направления.

Третий – ранний и поздний восстановительный периоды, период остаточных явлений течения заболевания или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), возможности самообслуживания и передвижения в амбулаторно-поликлинических, в том числе в условиях дневного стационара (1-3 балла) и на дому (1-4 балла), санаторно-курортных учреждениях (1-2 балла) и учреждениях, оказывающих паллиативную помощь (4-5 балла).

Цель реабилитационного лечения на третьем этапе: минимизация соматического и неврологического дефицита и адаптация пациента к повседневной жизни под уровень возможного функционирования пациента.

Задачи третьего этапа: повышение толерантности к нагрузкам и адаптации к самообслуживанию.

Перевод пациента на третий этап может осуществляться с любого предшествующего этапа реабилитации.

Паллиативная помощь оказывается пациентам, имеющим выраженное нарушение функции, полностью зависимым от посторонней помощи в осуществлении самообслуживания, передвижения и общения и не имеющим перспективы восстановления функций, подтвержденной результатами обследования (при отсутствии реабилитационного потенциала) и заключается в поддержании достигнутого уровня функций и приспособления окружающей среды под уровень возможного функционирования пациента.

Организация помощи по медицинской реабилитации осуществляется по основным видам нарушений: центральная нервная система и органы чувств, периферическая нервная система и опорно-двигательный аппарат, соматические заболевания.

В Архангельской области разработаны маршруты реабилитации пациентов на всех этапах. Отделения медицинской реабилитации лечебно-профилактических учреждений оснащаются современным оборудованием, в том числе роботизированным и с биологической обратной связью, позволяющим проводить интенсивную реабилитацию.

Осуществляется подбор технических средств для перемещения с учетом уровня функционирования, активности и индивидуальных потребностей пациента.

Основными проблемами остаются недостаточно укомплектованные штаты отделений, отсутствие комнат эрготерапии (активации) в медицинских учреждениях, недостаточное взаимодействие медицинских и социальных служб по сопровождению пациентов, нуждающихся в посторонней помощи.

ДИСПОЗИЦИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА

ВАРАКИНА Жанна Леонидовна
ЛЮБОВА Анастасия Николаевна

Северный государственный медицинский университет
г. Архангельск

Одним из интересных направлений социологических исследований является изучение диспозиции в различных возрастных группах. Диспозиция – достаточно устойчивая predisposition личности к определенному характеру и четкой последовательности поведенческих актов. Концепция В.А. Ядова базируется на утверждении, что «...человек обладает сложной системой различных диспозиционных образований, которые регулируют его поведение и деятельность» [1].

В настоящее время изменение климата рассматривается как один из важных факторов, оказывающих влияние на ценностные ориентации, социальные установки и здоровье человека [2]. Особенно важно определение диспозиции у лиц пожилого возраста, т.к. процесс старения представляет собой генетически запрограммированный процесс, сопровождающийся определенными возрастными изменениями в организме [3].

В связи с этим лица пожилого возраста относятся к одной из групп, которые имеют наиболее тяжелые последствия для здоровья в условиях изменения климата [4]. Метеорологические факторы заметно влияют на эмоциональное состояние пожилых людей. В пожилом возрасте, когда сосудистые нарушения достаточно часты, колебания температуры, изменение климата усиливают чувства тревоги, беспо-

койства, эмоционального дискомфорта. В этот период усиливаются и страхи таких заболеваний, как рак, инфаркт, инсульт. Недостаточная эмоциональная гибкость пожилых людей, постоянное чувство страха мешают переключению на другие раздражители и благоприятствует развитию неврозов [5].

Материалы и методы. Диспозиция лиц пожилого возраста в условиях изменения климата изучалась в рамках социологического исследования на территории Архангельской области.

Всего было опрошено 2023 респондента, 165 из которых составили лица пожилого возраста (60 лет и старше).

Дизайн представлен поперечным исследованием, проведенным в 2013 году. Инструментарием социологического исследования выступила комплексная полуструктурированная анкета.

Результаты и обсуждения. В результате социологического анализа диспозиции лиц пожилого возраста в условиях изменения климата было выявлено, что 95,2% опрошенных считают, что за последние 10-15 лет климат изменился (рис. 1). Изучая удовлетворенность лицами пожилого возраста состоянием здоровья, большая часть опрошенных (72,5%) оценили свое здоровье как среднее, лишь 7,5% сказали о своем здоровье как о плохом.

Одним из компонентов, определяющих диспозицию лиц пожилого возраста, является ана-

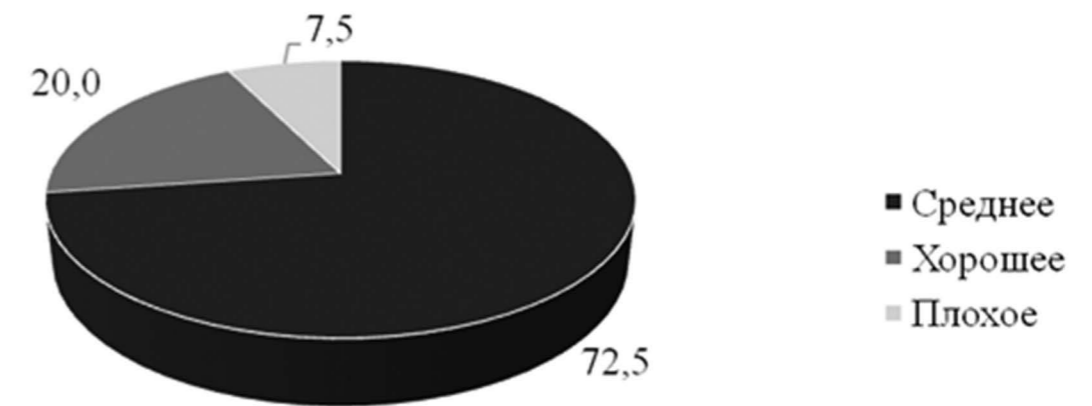


Рис. 2 Структура респондентов по оценке состояния здоровья, %

лиз факторов, влияющих на состояние здоровья. Так, большая часть респондентов отметили, что большое влияние оказывает неудовлетворительное климатическое состояние района проживания. В наименьшей степени влияют вредные привычки (табл. 1). Необходимо отметить, данные факторы оказывают сильное влияние на формирование образа и стиля жизни, побуждая к определенному поведению и тем самым меняют диспозицию лиц пожилого возраста.

Изучая вопрос удовлетворенности климатическими условиями в месте проживания, было выявлено, что чуть больше половины опрошенных лиц пожилого возраста (50,3%) удовлетворены не в полной мере и лишь 4,2% полностью удовлетворены.

Также было проанализировано мнение респондентов о влиянии климатических условий на их здоровье. Большинство опрошенных (83,0%) отметили, что оказывает сильное влияние, 14,0% считают, что их влияние незначительно, и лишь 1,8% говорят о том, что никакого влияния на здоровье не оказывается.

Сравнение данного аспекта с группой трудоспособного возраста показывает практически те же результаты: 85,5% оценивают сильное влияние.

Необходимо отметить, что почти две трети опрошенных респондентов (67,9%) отметили, что в условиях изменения климата важно менять образ жизни и адаптироваться к изменяющимся условиям (рис. 3).

Факторы, влияющие на состояние здоровья	абс.	%
Неудовлетворенность климатическим состоянием района проживания	132	80,0
Неудовлетворенность экологическим состоянием района проживания	103	62,4
Отсутствие регулярного отдыха	90	54,5
Рабочая нагрузка	82	49,6
Неудовлетворенность санитарным состоянием работы	36	21,8
Плохое питание	25	15,1
Плохая наследственность	23	13,9
Возраст	16	9,7
Невнимание к своему здоровью	12	7,3
Длительная конфликтная ситуация на работе	11	6,7
Длительная конфликтная ситуация дома	9	2,4
Недоступность качественной медицинской помощи	4	2,4
Вредные привычки	1	0,6

Табл. 1. Распределение респондентов по мнению о факторах, влияющих на состояние здоровья (абс., %)

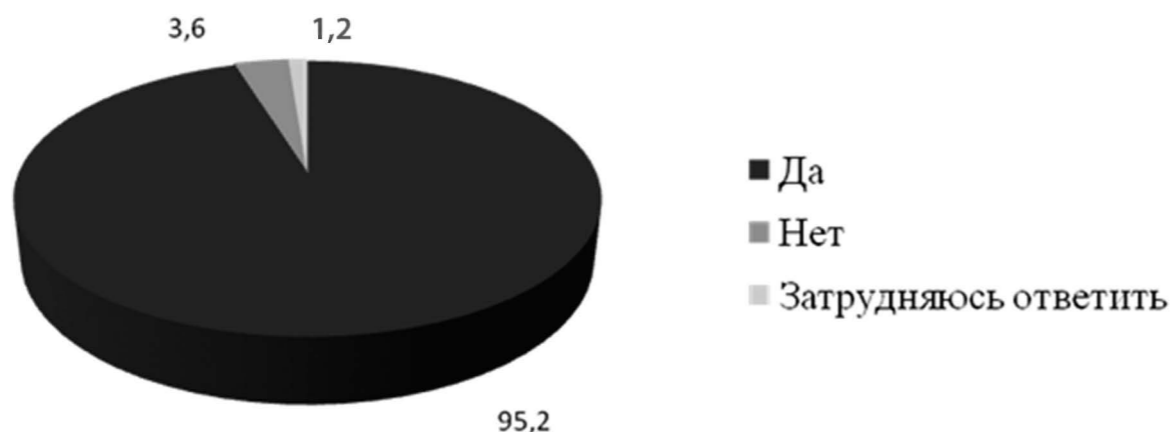


Рис. 1 Структура респондентов по мнению об изменении климата за последние 10-15 лет, %

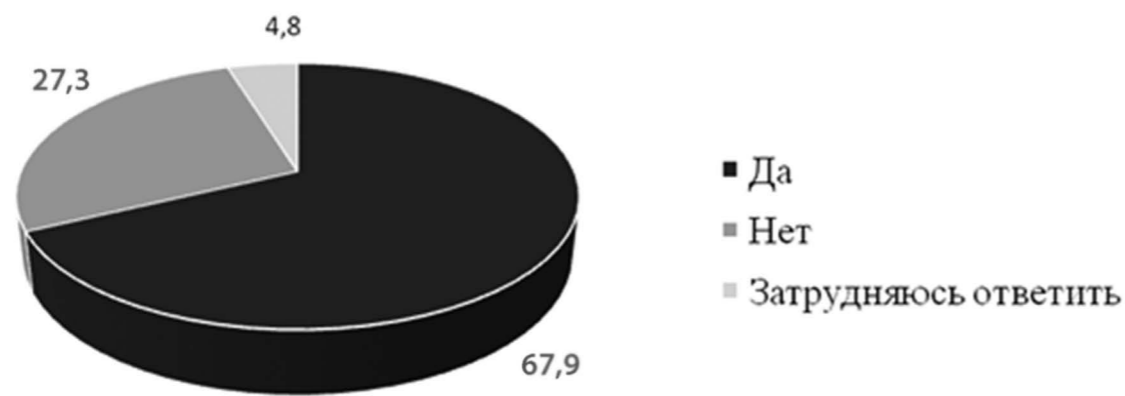


Рис. 3 Структура респондентов по мнению о необходимости менять образ жизни в условиях изменения климата, %

Заключение. Таким образом, необходимо отметить, что третий возраст имеет специфические социальные потребности и социальные установки.

Пожилые люди являются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества.

Диспозиция лиц пожилого возраста в условиях изменения климата характеризуется следующим: состояние здоровья находится на среднем уровне; отмечают признаки изменения климата, существенное влияние климатических условий на здоровье и, в связи с этим, необходимость пересмотра своего образа жизни.

Литература

1. Кондратьев М. Ю., Ильин В. А. Азбука социального психолога-практика. – М.: Пер Сэ, 2007.
2. Котельников Г.П. Энциклопедия жизни пожилого человека. – М., 2004. – С. 162.
3. Ревич Б.А., Малеев В.В. Изменения климата и здоровье населения России: анализ ситуации и прогнозные оценки. – М., Ленанл, 2011. – 208 с.

Электронные ресурсы

4. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/ru/> (дата обращения 11.07. 2016).
5. http://www.meteor.ru/upload/iblock/eea/Izmenenie_klimata_N56_AugSep_2015.pdf (дата обращения 13.07. 2016).

СТАРЕНИЕ, ВОЗРАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ И МЕЛАТОНИНЕРГИЧЕСКАЯ СИСТЕМА

ВИНОГРАДОВА Ирина Анатольевна

ГОРАНСКИЙ Анатолий Иванович

ЖУКОВА Оксана Валентиновна

Петрозаводский государственный университет

г. Петрозаводск

Мелатонин был открыт в 1958 г. А.Б. Лернером как гормон, продуцируемый шишковидной железой (эпифизом). Это открытие так и осталось бы без внимания, если бы не одна особенность данного гормона – вырабатывается он только в темноте, а на свету его образование резко прекращается.

Спустя 10 лет, в 1968 г., биохимик Дж. Аксельрод установил, что мелатонин имеет самое прямое отношение к регуляции биологических ритмов у животных, а в 1970 г. он был удостоен Нобелевской премии за установление путей биосинтеза и метаболизма мелатонина. В 1974 г. советские ученые Н.Т. Райхлин и И.М. Кветной обнаружили, что мелатонин вырабатывается в другом органе – червеобразном отростке слепой кишки. Сейчас известно, что мелатонин могут вырабатывать все клетки диффузной эндокринной системы [1].

С тех пор было проведено множество различных исследований, касающихся количественного определения мелатонина, его эффектов и механизма действия. У животных мелатонин обладает широким спектром физиологических функций.

В настоящее время известно, что мелатонин присутствует практически во всех живых организмах, населяющих планету, – от прокариот до эукариот, от животных до растений [13].

В 2004 г. был предложен еще один термин – «фитомелатонин» (по отношению к мелатонину, который присутствует в растениях) [5, 8].

Химическая формула мелатонина – $C_{13}H_{16}N_2O_2$ – это N-ацетил-5-метокси-триптами́н. Он синтезируется из аминокислоты триптофана. У животных триптофан при помощи действия фермента триптофангидроксилазы превращается в 5-гидрокситриптофан, который декарбоксилируется, превращаясь в серотонин (5-гидокситриптамин), который затем в два этапа при помощи действия ферментов серотонин-N-ацетилтрансферазы и гидроксииндол-O-метилтрансферазы модифицируется до мелатонина [1].

В 2006 г. Р. Pevet выделил мелатонинергическую систему, охарактеризовав ее следующими свойствами: светочувствительностью, циркадианной и циркануальной ритмичностью, возрастным прогрессирующим ослаблением активности.

Известно, что с возрастом количество мелатонина в организме уменьшается; что в зимний сезон его выделяется больше, чем в летний; что у новорожденного ребенка нет своего мелатонина и он поступает к нему с молоком матери; что у женщин уровень мелатонина выше, чем у мужчин.

У этого гормона обнаружено множество полезных свойств. Он нормализует циркадные и циркануальные ритмы организма; сохраняет естественную структуру сна, устраняет бессонницу, адаптирует организм к перемене климатогеографических зон и быстрой смене часовых поясов; ослабляет тревожное поведение и чувство страха; оказывает антидепрессивный и антистрессовый эффект; восстанавливает активность репродуктивной системы; оптимизирует когнитивную деятельность мозга и препятствует ее нарушениям, улучшает процессы восприятия; регулирует работу эндокринной системы; стимулирует жиры-углеводный обмен; снижает энергетические затраты миокарда, ингибирует агрегацию тромбоцитов, нормализует кровяное давление, моторику, ритм и секреторную активность желудка; обладает иммуномодулирующим, онкостатическим и антиоксидантным действием; и что самое интересное – замедляет процессы старения организма [3, 4, 7].

На кафедре фармакологии, организации и экономики фармации Петрозаводского государственного университета с 2003 г. ведутся экспериментальные научные исследования по изучению геропротекторного эффекта мелатонина.

В частности, было показано, что угнетение функции эпифиза при пребывании в условиях постоянного освещения или естественного освещения Карелии способствует преждевременному старению, развитию новообразований и

сокращению продолжительности жизни лабораторных животных, в то время как отсутствие освещения угнетает канцерогенез и увеличивает продолжительность жизни.

Применение индольного гормона эпифиза мелатонина или препаратов эпифиза угнетает канцерогенез, увеличивает продолжительность жизни, уменьшает показатели биологического возраста у животных, содержащихся при стандартном чередующемся (свет/темнота) режиме освещения или в условиях постоянного освещения.

Представленные данные позволяют предполагать возможность использования мелатонина (препаратов эпифиза) в качестве средств для профилактики преждевременного старения и развития злокачественных новообразований у людей, имеющих сменный характер работы и подвергающихся воздействию света в ночное время [1, 2, 3, 14, 15, 16].

В настоящее время ведутся исследования, позволяющие найти специфическую роль, которую мелатонин играет в растениях. По всей видимости, таковой является его роль регулятора роста, но, как и у животных, у растений мелатонин играет существенную роль в процессах старения.

Экспериментально доказано, что мелатонин замедляет старение листьев, вызываемое разными факторами, например, затемнением или засухой [18]. Однако главная функция, которую мелатонину приписывают в растениях, это его антиоксидантное действие, обеспечивающее защиту от стрессов окружающей среды. Это свойство мелатонина является эволюционно общим у животных и растений [11].

Мелатонин обнаружен почти во всех напитках, изготовленных из растительных продуктов, – кофе, чае, пиве и вине [12]. Одна порция кофе – это примерно 4-5 г обжаренных кофейных зерен, содержит около 40 мкг мелатонина. Имеются сообщения об увеличении циркулирующего мелатонина в организме человека после употребления кофе. Последние исследования показали защитный эффект кофе при фиброзе, гепатите и циррозе печени у экспериментальных животных, который раньше объясняли антиоксидантными свойствами компонентов кофе. Теперь известно, что мощный антиоксидант мелатонин присутствует в кофе в больших концентрациях [10].

В дополнение к экспериментальным исследованиям на животных несколько эпидемиологических исследований предоставили убедительные доказательства значительного снижения распространенности рака предстательной железы при регулярном употреблении кофе [19].

Было подсчитано, что случаи рака простаты сократились на 30% у мужчин, которые выпивали по 3 чашки кофе ежедневно, и на 60% у тех, кто пил по 6 чашек кофе в день.

Активным агентом не является кофеин, так как при употреблении декофеинизированного кофе защитный эффект не снижался. Возможно, мелатонин и является тем веществом, которое обеспечивает защиту [6].

Для исследования потенциальных полезных эффектов мелатонина была определена его концентрация в красном вине (75 нг/л). Мелатонин, введенный в составе красного вина в сердечные модели, снизил размер инфаркта миокарда с 69% до 25%.

Защитный эффект мелатонина против сердечных повреждений был эквивалентен или даже лучше, чем от ресвератрола, который считается главным полезным ингредиентом красного вина. Примечательно, что концентрация ресвератрола в исследовании была в 300 тысяч раз больше (2,3 мг/л), чем концентрация мелатонина [12].

Концентрация мелатонина в популярных культурах, таких как рис и кукуруза, довольно высокая, а потребление этих злаков в некоторых развивающихся странах составляет около 500 г на взрослого человека в день.

В таком количестве кукурузы или риса содержится более 100 мкг мелатонина. Вероятно, регулярное потребление богатых мелатонином продуктов, таких как кофе, чай, кукуруза, рис и другие, может улучшить общее состояние здоровья человека [12, 17, 19].

Фармацевтической промышленностью выпускается полусинтетический аналог мелатонина, изготовленный на основе растительного сырья, который применяется в клинической практике при бессоннице или для адаптации к перемене часовых поясов при трансмеридиальных перелетах. Уже существует пролонгированная лекарственная таблетированная форма мелатонина, которая показана при бессоннице в возрастной группе старше 55 лет, учитывая снижение уровня своего гормона с возрастом.

После идентификации у млекопитающих и человека, по меньшей мере, двух высокоаффинных мембранных рецепторов, связанных с G белками, – MT1 (Mel1a) и MT2 (Mel1b), расположенных в сосудах, сердце, головном мозге, почках и сетчатке, супрахиазматическом ядре, позвоночных и периферических артериях, поджелудочной железе, ЖКТ, коре надпочечников, семенниках и иммунных клетках [9], появились

антидепрессанты и снотворные препараты, влияющие на мелатониновые рецепторы. Последний препарат этой группы, допущенный к применению в 2014 г., предназначается для полностью слепых пациентов с синдромом нарушения суточного цикла.

Подобные исследования привлекают на сегодняшний день внимание многих ученых из разных областей науки. Дважды в Карелии был организован международный симпозиум «Световой режим, старение и рак».

Необходимы дальнейшие расширенные испытания применения мелатонина или других веществ, стимулирующих мелатониновые рецепторы или выработку эндогенного мелатонина, для расширения показаний, выработки оптимальных схем лечения в зависимости от причины, вызвавшей недостаток этого гормона.

Литература

1. Букалев А.В., Виноградова И.А. Роль эпифиза в организме // Ученые записки Петрозаводского государственного университета. Серия: Естественные и технические науки, 2012. № 2 (123). – С. 31.
2. Матвеева Ю.П., Лотош Т.А., Юнаш В.Д., Виноградова И.А. Влияние сезона рождения самцов крыс на некоторые показатели биологического возраста // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова, 2013. Т. 99, № 11. – С. 1322.
3. Anisimov V.N., Popovich I.G., Zabezhinski M.A., Anisimov S.V., Vesnushkin G.M., Vinogradova I.A. Melatonin as antioxidant, geroprotector and anticarcinogen // Biochimica and Biophysica Acta, 2006. Vol. 1757. – P. 573.
4. Arendt J. Melatonin and the pineal gland: influence on mammalian seasonal and circadian physiology // Reviews of Reproduction, 1998. Vol. 3. – P. 13.
5. Blask D.E., Dauchy R.T., Sauer L.A., Krause J.A. Melatonin uptake and growth prevention in rat hepatoma 7288CTC in response to dietary melatonin: melatonin receptor-mediated inhibition of tumor linoleic acid metabolism to the growth signaling molecule 13-hydroxyoctadecadienoic acid and the potential role of phytomelatonin // Carcinogenesis, 2004. Vol. 25. – P. 951.
6. Jung-Hynes B., Schmit T.L., Reagan-Shaw S.R., Siddiqui I.A., Mukhtar H., Ahmad N. Melatonin, a novel Sirt1 inhibitor, imparts antiproliferative effects against prostate cancer in vitro in culture and in vivo in TRAMP model // J. Pineal Res., 2011. Vol. 50. – P. 140.
7. Pierpaoli W., Bulian D. The pineal Aging and Death Program. Life Prolongation in Pre-aging Pinealectomized Mice // Ann. N.Y. Acad. Sci., 2005. V. 1057. – P. 133.
8. Reiter R.J., Tan D.X., Zhou Z., Coelho Cruz M.H., Fuentes-Broto L., Galano A. Phytomelatonin: Assisting Plants to Survive and Thrive // Molecules, 2015. Vol. 20. – P. 7396.

9. Soares J.M., Masana M.I., Ersahin C., Dubocovich M.L. Functional melatonin receptors in rat ovaries at various stages of the estrous cycle // J. Pharmacol. Exp. Ther. – 2003. № 306 (2). – P. 694.

10. Solís-Muñoz P., Solís-Herruzo J. A., Fernández-Moreira D. Gómez-Izquierdo E., García-Consuegra I., Muñoz-Yagüe T., García Ruiz I. Melatonin improves mitochondrial respiratory chain activity and liver morphology in ob/ob mice // J. Pineal Res. – 2011. Vol. 51. – P. 113.

11. Tan D.X., Hardeland R., Manchester L.C., Paredes S.D., Korkmaz A., Sainz R.M., Mayo J.C., Fuentes-Broto L., Reiter R.J. The changing biological roles of melatonin during evolution: from antioxidant to signals of darkness, sexual selection and fitness // Biological Reviews of the Cambridge Philosophical Society, 2010. Vol. 85. – P. 607.

12. Tan D.X., Hardeland R., Manchester L.C., Korkmaz A., Ma S., Rosales-Corral S., Reiter R.J. Functional roles of melatonin in plants, and perspectives in nutritional and agricultural science // J. Exp. Bot., 2012. Vol. 63. – P. 577.

13. Tan D.X., Manchester L.C., Liu X., Rosales-Corral S.A., Acuna-Castroviejo D., Reiter R.J. Mitochondria and chloroplasts as the original sites of melatonin synthesis: a hypothesis related to melatonin's primary function and evolution in eukaryotes // J. Pineal Res., 2013. Vol. 54. P. 127.

14. Vinogradova I.A., Anisimov V.N., Bukalev A.V., Semenchenko A.V., Zabezhinski M.A. Circadian disruption induced by light-at-night accelerates aging and promotes tumorigenesis in rats // Aging, 2009. Vol. 1 (10). P. 855.

15. Vinogradova I.A., Anisimov V.N., Bukalev A.V., Ilyukha V.A., Khizhkin E.A., Lotosh T.A., Semenchenko A.V., Zabezhinski M.A. Circadian disruption induced by light-at-night accelerates aging and promotes tumorigenesis in young but not in old rats // Aging, 2010. Vol. 2 (2). – P. 82.

16. Vinogradova I., Anisimov V. Melatonin prevents the development of the metabolic syndrome in male rats exposed to different light/dark regimens // Biogerontology, 2013. Vol. 14 (14). – P. 401.

17. Wang J., Liang C., Li S., Zheng J. Study on analysis method of melatonin and melatonin content in corn and rice seeds // Chinese Agricultural Science Bulletin, 2009. Vol. 25. – P. 20.

18. Wang P., Sun X., Chang C., Feng F., Liang D., Cheng L., Ma F. Delay in leaf senescence of Malushupenhensis by long-term melatonin application is associated with its regulation of metabolic status and protein degradation // J. Pineal Res., 2013. Vol. 55. – P. 424.

19. Yu X., Bao Z., Zou J., Dong J. Coffee consumption and risk of cancers: a meta-analysis of cohort studies // BMC Cancer, 2011. Vol. 11. – P. 96.

ПРОЕКТ MeDiCase® ДЛЯ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЖИТЕЛЯМ УДАЛЕННЫХ ПОСЕЛКОВ

ВОРОБЬЕВ Павел Андреевич

Первый Московский государственный университет им.И.М.Сеченова

ВОРОБЬЕВ Андрей Павлович

ВОРОБЬЕВ Михаил Павлович

Московское городское научное общество терапевтов

г. Москва

ВЕЗИКОВА Наталья Николаевна

БАРЫШЕВА Ольга Юрьевна

Петрозаводский государственный университет

г. Петрозаводск

КРАСНОВА Любовь Сергеевна

Первый Московский государственный университет им.И.М.Сеченова

г. Москва

Дистанционные медицинские технологии направлены на повышение участия и ответственности пациентов, вовлечение новых целевых групп в оказание помощи – парамедиков. Но наряду с повышением доступности медицинской помощи встает целый ряд проблем, связанных с отсутствием прямого контакта пациента и медицинского работника, неясностью оплаты такого вида услуг из бюджетных (ОМС) источников.

С другой стороны, снижение затрат бюджета на оказание помощи при применении дистанционных технологий делает их весьма привлекательными.

Дистанционная медицинская услуга включает в себя получение и автоматизированную обработку медицинской информации, передачу данных (текст, изображение, звук, иные цифровые или аналоговые формы), принятие решений медицинским персоналом.

В настоящее время многие дистанционные медицинские услуги реализуются с применением мобильных устройств, таких как телефоны и смартфоны. При опросе врачей г. Москвы выяснилось, что более половины используют телефон для оказания медицинской помощи: непосредственно консультаций, обсуждений с коллегой, поиска информации и т.д.

В последнее время, особенно из-за старения населения, значительно увеличилось число пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ).

Эти заболевания при правильном ведении больных могут несущественно снижать качество и продолжительность жизни.

На правильное ведение в данном случае основное влияние оказывает комплаентность и

отсутствие постоянного мониторинга за состоянием пациента и динамикой симптомов, невозможностью реально титровать дозы препаратов.

Решением проблемы здесь должен стать дистанционный мониторинг с биометрическими датчиками (девайсами) основных жизненных параметров. Пациент может вводить определенные параметры самостоятельно, автоматизированно или с помощью парамедика – представителя домашнего хозяйства.

Дистанционные технологии – едва ли не единственное возможное в настоящее время решение для обеспечения медицинской помощи огромного числа жителей отдаленных поселков. Таких, в которых проживает от 1 до 250 человек, в нашей стране, по оценке Минздрава, около 80 тысяч, многие расположены на значительном удалении от райцентров и не имеют круглогодичного автомобильного сообщения. Таким образом, в стране имеется необходимость внедрения дистанционных медицинских технологий.

Целью работы явилось создание работающего прототипа аппаратно-программного комплекса, используемого лицами, не имеющими медицинского образования, для получения информации от пациента, обработки, передачи на расстояние и анализа медицинским работником.

За основу программного обеспечения MeDiCase® была взята диагностическая программа MeDia, разработанная и валидированная в конце 80-х годов в ТОО «Ньюдиамед-АО» совместно с экспертами 1-го ММИ им. И.М. Сеченова.

В основе программы лежит модель древа принятия решения. Все вопросы носят характер

закрытых: имеется возможность ответов только «да» или «нет». Некоторые ответы включает цепную реакцию уточняющих вопросов, обеспечивающее ветвление до четырех порядков.

Часть вопросов прошли научное обоснование с применением процедуры «деловых игр».

Суть – в отборе наиболее валидных для выявления определенной патологии вопросов.

В вопросник введены вопросы-дистракторы, среди них, например, такие: «бывает ли у вас насморк». Примерно 85-90% здоровых людей отвечают на этот вопрос положительно (опросу подвергнуто около 100 человек).

В случае если на все подобные вопросы ответ отрицательный, можно думать о неточности ответов испытуемого.

В базовый вопросник MeDia были внесены вопросы, имеющие социальный характер: оценка зрелости опрашиваемого, наличие у него адентии, трудностей с самообслуживанием и передвижением в пространстве, приверженность вредным привычкам, оценивающие качество жизни, согласно международному опроснику EQ-5D. Всего в блоке порядка 150 вопросов, касающихся жалоб пациента.

Решающие правила включают как позитивные, так и негативные ответы в комбинации, формируя предварительные донологические синдромальные заключения и маршрут дальнейшего обследования пациента.

Формулы разработаны для 40 решающих правил и четырех вариантов маршрутизации пациента: вызов «скорой помощи», экстренная госпитализация, активный вызов пациента к врачу и отсутствие каких-либо действий со стороны системы здравоохранения. Заключения касаются практически всех наиболее распространенных групп заболеваний.

Программный продукт для смартфона включает блок идентификации пациента по СНИЛС или по номеру страхового полиса, имени, отчеству и фамилии, а также дате рождения и полу.

Дата рождения и пол используются и для формирования задаваемых пациенту вопросов.

Программный продукт консультативно-аналитического локального центра (КАЛЦ) рассчитан на получение автоматически обработанных результатов опроса через сеть Интернет.

В КАЛЦ информация обрабатывается врачом или фельдшером: просматриваются все сделанные автоматически заключения с вопросами, на основании которых получены эти заключения. Медицинский работник выбирает из предложенных схем маршрутизации те, которые, по его

мнению, оптимальны; он может сделать запись с клавиатуры с обоснованием тех или иных своих заключений. Текстовый файл, содержащий всю указанную выше информацию, заносится в электронную историю болезни пациента.

В кейс, кроме смартфона с вопросниками, входит набор биометрических приборов бытового применения: измеритель АД, глюкозы крови, транскутанного напряжения кислорода в крови и температуры тела. Дополнительными опциями являются копия для прокола кожи для получения крови, стерильные салфетки со спиртом, тест-полоски для глюкометра и герметичные контейнеры для утилизации отходов класса Б (СанПиН 2.1.7.728-99).

От комплектации электрокардиорегистратором, работающего со смартфоном, мы отказались после предварительных испытаний системы и обсуждения результатов.

Для проведения электрокардиографии даже в шести отведениях требуется значительное время, запись в «полевых условиях» всегда имеет сильную наводку, а расшифровка результатов в автоматическом режиме невозможна.

Передача «картинки» занимает время и не всегда возможна из-за отсутствия сети, что снижает срочность такой услуги. Решено «пожертвовать» синдромом нарушения ритма сердца, тем более, что имеется группа вопросов, направленная на выявление нарушений ритма и жизнеугрожающих аритмий.

Апробация и опытная эксплуатация MeDiCase проводится в Республике Карелия.

Для предварительного испытания был выбран поселок Шелтозеро Прионежского района Республики Карелия.

На обследование были вызваны пожилые жители поселка, способные отвечать на вопросы приложения-опросника и давшие добровольное согласие на участие в испытании.

На 1-м этапе ответственным исполнителем (тьютором) был проведен тренинг по обучению парамедиков приемам использования кейса. На обучение был затрачен один час.

2-й этап – испытание собственно кейса. Были обследованы шесть пациенток.

Кроме парамедиков при испытании присутствовали руководители испытания, ответственный исполнитель.

В задачу руководителей входило подтверждение диагностических гипотез – автоматизированных заключений по опроснику, решение медицинских и возможных организационных проблем, возникающих по ходу испытания.

Перед началом испытания каждому пациенту предлагалось заполнить бланк добровольного информированного согласия на участие в испытании.

С помощью девайсов проводили измерения биометрических параметров: артериального давления, уровня глюкозы в крови, температуры тела, определяли уровень SPO2 на пальце левой руки, записывали электрокардиограмму.

В результате автоматически были сформированы донозологические диагностические гипотезы, предложена маршрутизация пациентов и результаты измерения качества жизни по ВАШ.

Пациентка 1, дата рождения 1942.08.03, оценка состояния по ВАШ – 98 баллов. Предварительная диагностическая гипотеза: артериальная гипертензия, сахарный диабет, неврит слухового нерва, катаракта или глаукома, депрессивный фон, частичная адентия. Рекомендуются посетить амбулаторного врача (фельдшера) в ближайшее возможное время.

После окончания автоматизированного опроса руководители испытания повторно обсуждали с больными вопросы, уточняли отдельные, спорные на первый взгляд, вопросы.

В одном случае вопросник MeDia-14 выдал диагноз «нестабильная стенокардия» и предложил немедленную госпитализацию. Сначала врачи не согласились с данной диагностической гипотезой, так как пациентка не представлялась тяжелой и активно жалоб не предъявляла.

Однако, проведя повторный углубленный опрос, выяснив наличие нестабильной артериальной гипертензии с цифрами систолического АД выше 200 мм рт. ст., недавно возникших ночных кардиалгий, был принято решение о немедленной госпитализации пациентки по 03.

В одном случае опросник предложил диагностическую гипотезу ишемии нижних конечностей.

При проведении исследования pO2 на пальцах стопы было выявлено снижение показателя до 70% от нормы, что подтверждает автоматизированную диагностическую гипотезу.

У большинства пациентов имелась адентия, ХОБЛ, у всех – артериальная гипертензия.

При работе были выявлены сложности в понимании пациентами формулировки некоторых вопросов.

Все проблемы были зафиксированы для дальнейшей корректировки и актуализации опросника.

Хронометрия на проведение обследования одного пациента показала, что на его обследова-

дование уходило около 30 минут (min 29 мин., max 44 мин., последняя пациентка была с выраженной тугоухостью, и вопросы приходилось повторять по несколько раз).

Таким образом, разработанный MeDiCase продемонстрировал возможности его использования парамедиками при дальнейшей обработке врачом полученных дистанционно результатов.

В настоящее время три MeDiCase используются парамедиками из домашних хозяйств Пряжского района Республики Карелия, с их помощью проведено обследование более 150 человек.

Результаты этого обследования предполагается обсудить во время конференции.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ (на примере антикоагулянтного кабинета г. Архангельска)

ВОРОБЬЕВА Надежда Александровна

ВОРОБЬЕВА Алена Ивановна

ЗИМИЧЕВА Юлия Александровна

ЩАПКОВ Алексей Андреевич

Северный государственный медицинский университет

Северный филиал ГНЦ МЗ РФ

Первая городская клиническая больница им Е.Е. Волосевич

г. Архангельск

Применение антагонистов витамина К (АВК) в профилактике и лечении тромбоемболических осложнений нашло широкое применение в клинической медицине, и в частности у пациентов старшей возрастной группы. Известно, что эффективность и безопасность терапии АВК достигается лишь при наличии приверженности к данному виду терапии как у специалистов, их назначающих, так и у самих пациентов. При этом подбор оптимальной дозы препарата строго индивидуален: зависит от пола пациента, возраста, диеты, сопутствующих заболеваний и лекарственной терапии, а также других факторов. В связи с этим значения дозы АВК различны даже у конкретного пациента [2–7]. По данным FDA, АВК входят в десятку лекарственных средств, наиболее часто вызывающие осложнения, особенно у пожилых пациентов. По данным современной литературы частота кровотечения в среднем составляет 2% (от 1% до 7,4%), закономерно риск кровотечения резко возрастает при показателях МНО выше 4.0 [3–5].

В связи с вышеизложенным для пациентов, принимающих АВК (варфарин) в г. Архангельске в 2007 г. была создана первая в России школа варфаринотерапии (далее Школа), действующая на базе лаборатории гемостаза и атеротромбоза ГБУЗ «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» г. Архангельска [3–4].

Актуальность создания подобной школы для пациентов старшей возрастной группы обусловлена фармакокинетическими и фармакодинамическими свойствами АВК, потенциальной угрозой развития геморрагических и тромботических осложнений при отсутствии понимания и содействия лечению со стороны самого пациента. Действительно, из всех осложнений пероральной антикоагулянтной терапии именно кровотечения являются наиболее частыми и наиболее опасными.

По мнению большинства авторов, безопасности терапии АВК способствуют тщательный перечень противопоказаний, своевременная коррекция уровня проводимой гипоккоагуляции в ту или иную сторону на основе оценки динамики международного нормализованного отношения (МНО).

Как правило, «спонтанные» подъемы МНО являются следствием «ухудшения контакта пациента с врачом», что свойственно пожилым пациентам. В основном к «неожиданному» росту МНО на фоне продолжающегося приема АВК может приводить отсутствие своевременной коррекции режима приема АВК в ответ на появление разнообразных внешних и внутренних факторов, влияющих на метаболизм в печени или обмен витамина К (особенно это касается лекарственного взаимодействия), которые попросту не фиксируются при недостаточно внимательном отношении к пациенту врача или игнорируются самим пациентом.

Колебания показателя МНО могут происходить и из-за нарушений предписанного терапевтического режима приема препарата, о котором пожилой пациент сознательно или несознательно не сообщает врачу.

В связи с вышесказанным в нашей Школе проводится наблюдение и обучение пациентов, принимающих АВК, находящихся на лечении в стационарах и поликлиниках Архангельска, Новодвинска и Северодвинска.

Десятилетний опыт работы Школы показал, что она стала востребована у пациентов не только Архангельска, но и других городов Архангельской области.

В связи с этим в 2016 г. при поддержке министерства здравоохранения Архангельской области открыто 10 новых антикоагулянтных кабинетов, объединенных в единую информационную сеть [3].

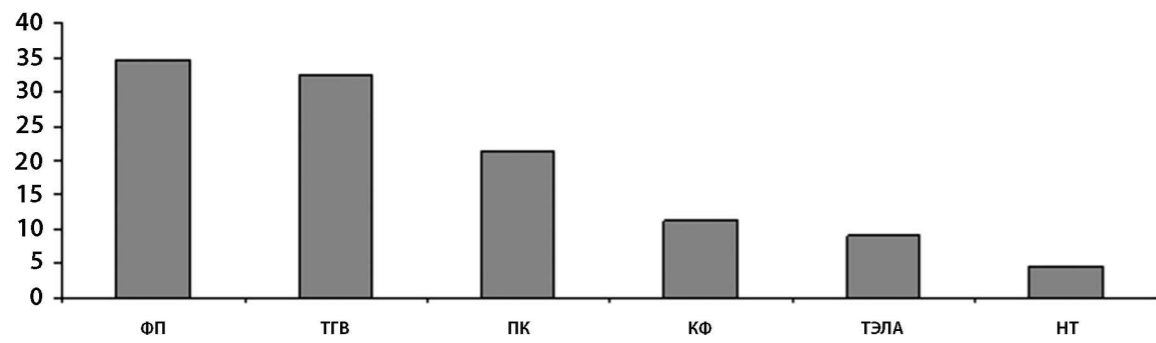


Рис. 1. Показания для назначения АВК по данным Школы варфаринотерапии, %

Следует отметить, что основная категория пациентов это люди длительно или пожизненно принимающие непрямые антикоагулянты – с тромбозами глубоких вен, с протезированными клапанами сердца, с мерцательной аритмией, ТЭЛА и др., где особенно важна приверженность пациента к проводимой терапии (рис. 1). Основную часть пациентов составили мужчины – 52%, женщины – 48%.

Примечание: ФП – фибрилляция предсердий, ТГВ – тромбоз глубоких вен, ТЭЛА – тромбозомболия легочной артерии, ПК – протезированные клапаны, НТ – наследственные тромбофилии, КФ – имплантированные кава-фильтры.

Главной целью обучения пациента в нашей Школе является создание приверженности пациента к проводимой терапии антикоагулянтами. Исходя из достижения данной цели задачами обучения в старшей возрастной группе являются:

- информирование пациента об основных особенностях терапии АВК, факторах риска осложнений;
- формирование активного и позитивного отношения пациента к своему заболеванию и к принимаемому препарату;
- формирование у пациента знаний об особенностях диеты, образа жизни, занятиях спортом на фоне приема АВК;
- обучение пациента лабораторным методам самоконтроля за адекватностью терапии НАК с помощью портативных коагулометров;
- обучение пациента выявлению первых признаков передозировки АВК;
- обучению правильному ведению дневника контроля МНО.

Плановые занятия в Школе проводятся три раза в неделю продолжительностью около 60 минут, при появлении неразрешенных вопросов пациент может обратиться к врачу или медицинской сестре по телефону. Как правило, количество слушателей составляет 6–10 пациентов в

день, направленных на обучение кардиологами, терапевтами, неврологами, хирургами либо обратившихся самостоятельно по объявлению или получив информацию на сайте Северного филиала ГНЦ. Приветствуется обучение пожилых пациентов в присутствии их родственников.

Учитывая, что одним из главных факторов успеха и безопасности при терапии АВК является достижение полного взаимопонимания между пациентами и врачом, одним из направлений работы является создание приверженности пациента к проводимой терапии, что реализуется через обучение в виде мини-лекции с элементами собеседования с последующим обсуждением вопросов, беседы, индивидуальной работы. При этом все занятия обязательно проводятся с использованием мультимедийного проектора, наглядного материала в специально оборудованном тематическом практикуме. Перед занятием все пациенты заполняют специально разработанную анкету. Заводят амбулаторную карту пациента, заносят данные пациента в компьютерную базу, на основе которой формируется регистр пациентов, получающих АВК.

Как правило, врачи стационара рекомендуют пациентам посещение нашей Школы перед назначением АВК и непосредственно перед выпиской из стационара.

Отдельным немаловажным направлением Школы является улучшение качества жизни пациента на фоне приема антикоагулянта, пациенту рекомендуется сообщить своим родственникам или близким людям о приеме им варфарина, о его нежелательных эффектах. Также всем пациентам рекомендуется вести дневник контроля МНО, который выдается в конце занятия вместе с памятками по приему АВК. Как и при любом лечении, большое значение имеет поддержка семьи пациента в формировании приверженности к терапии, формированию правильного отношения к заболеванию, особенно при лечении пожилых людей.

Поэтому при назначении пожилым пациентам на занятия приглашаются родственники пациента. В программе Школы обсуждаются вопросы по оптимальному уровню МНО, диеты, сопутствующей лекарственной терапии, тактика пациента при предстоящем плановым или срочном оперативном вмешательстве, возможность занятий активными видами спорта, обязательно делается акцент на цель антикоагулянтной терапии применительно к данному пациенту.

Основной результат работы нашей Школы заключается в уменьшении нежелательных эффектов на фоне терапии АВК, созданий приверженности к данному виду терапии и улучшений качества жизни пациентов.

Так, 10-летний опыт работы продемонстрировал, что у пациентов, прошедших обучение в Школе, сформировалось понимание к своему заболеванию, они четко соблюдали режим приема препарата и контроля показателя МНО, повысилось качество их жизни.

Нами была проанализирована адекватность и безопасность терапии у пожилых пациентов, принимающих АВК. Так, по данным нашего регистра, средняя доза АВК у всех пациентов составила $4,059 \pm 0,045$ мг. Оптимальная гипокоагуляция в зависимости от показаний была достигнута практически у всех пациентов (93%): низкий уровень МНО наблюдался (1,8-2,0) у 30 пациентов (100%); средний (2,0-3,0) – у 508 пациентов (99,6%), высокий (более 3,5) – у 20 больных (62,5%), остальные пациенты находились на этапе подбора дозы (7%). Среди осложнений варфаринотерапии в виде передозировки препарата, последняя была зарегистрирована у 11,2% пациентов (n=67). В 55 случаях (82,1%) отмечались различные типы кровотечений:

- внутреннее у 45,5% (n=25) пациентов в виде желудочно-кишечного, ректального, маточного кровотечения, макрогематурии;
- наружное (гематомы, десневое, носовое, кровоизлияния в склеру) – 41,8 % (n=23) пациентов;
- смешанное – 12,7 % (n=7) пациентов.

Из 67 пожилых пациентов с передозировкой варфарина были госпитализированы в стационар

17 пациентов (25,4%), при этом в 12 случаях (у 70,6%) потребовалось проведение заместительной терапии. Свежезамороженная плазма использовалась 10 пациентам, эритроцитарная масса 6 пациентам, совместно со свежезамороженной плазмой – 2, препарат протромбинового комплекса (Протромплекс) – одному больному соответственно.

Наиболее часто встречаемое значение показателя МНО при кровотечении составило $5,2 \pm 0,48$. На всех пациентов с передозировкой варфарина (n=67) отправлены экстренные извещения о нежелательных побочных реакций в Архангельский областной центр мониторинга безопасности лекарственных средств.

Совместно с варфарином у 20 пациентов с кровотечением назначались препараты, усиливающие антикоагулянтное действие: препараты ацетилсалициловой кислоты (75 мг) в 14,6% случаев (n=8), кордарон (120-400 мг) в 14,6% (n=8), статины (10-20 мг) в 7,3% случаях (n=4). Среди всех пациентов рецидив тромбоза развился в 3,3% случаев (n=20). Среднее значение МНО при тромбозе составило $1,32 \pm 0,09$.

Нами были проанализированы результаты анкетирования пациентов, прошедших обучение в Школе (n=100). Используя опросник по предстоящей социальной и медицинской адаптации, было выявлено, что практически всех пациентов по данным анкетирования ожидала частичная социальная и медицинская реадaptация (n=94).

Так, по шкале-опроснику SF-36 Medcare США с добавлением (А.В. Шапошников) своё самочувствие как хорошее оценивало большинство опрошенных (n= 63).

Уровень сохранности среди большинства опрошенных (n=62) по шкале индексов качества жизни Krasnovski составил 80%. По шкале психического состояния Zigmond A.S. и Snaith R.P (HADS) у большинства опрошенных были признаки клинической депрессии (85%) и тревоги (75%). Таким образом, на основе результатов анкетирования пожилых пациентов, используя опросник по предстоящей социальной и медицинской адаптации пациента, нами было вы-

Виды адаптаций	Количество пациентов, n
Полная медицинская и социальная	n = 6
Частичная медицинская и социальная	n = 94
Значительные отрицательные сдвиги в состоянии здоровья и ухудшения социального статуса	–

Табл. 1. Шкала предстоящего качества жизни с началом варфаринотерапии

Общее состояние пациента	Количество больных, n
превосходное	n=2
очень хорошее	n=19
хорошее	n=63
удовлетворительное	n=15
плохое	n=1

Табл. 2 Шкала SF-36 Medicare США с добавлением (А.В. Шапошников)

Состояние больного, уровень сохранности, (%)	Количество пациентов
Обычная активность, эпизодически ухудшение самочувствия, минимальная симптоматика (90%)	n=18
Активность несколько снижена, симптоматика более выражена, бывает нетрудоспособным (80%)	n=62
Обслуживает сам себя (сама), нетрудоспособен, эпизодически требует медицинской помощи (70%)	n=20

Табл. 3 Индексы качества жизни (Karnovski)

Психическое состояние	Тревога	Депрессия, кол-во пациентов
Отсутствие клинических признаков	n=8	n=8
Субклинические признаки	n=17	n=7
Клинические признаки	n=75	n=88
Выраженная клиническая картина	n=2	n=3

Табл. 4 Шкала психического состояния Zigmond A.S. и Snaith R.P (HADS)

явлено, что практически всех пациентов (94%) ожидала частичная социальная и медицинская реадaptация к своему заболеванию и приему АВК. Уровень сохранности среди большинства опрошенных по шкале индексов качества жизни Krasnovski составил 80%.

У большинства опрошенных перед проведением Школы были выявлены признаки клинической депрессии (85%) и тревоги (75%), что отражает обеспокоенность пациентов предстоящей жизнью с началом варфаринотерапии, что еще раз убедительно продемонстрировало необходимость обязательного, доступного и правильного их обучения в школе варфаринотерапии.

Таким образом, создание приверженности пациента к проводимому виду антикоагулянтной терапии улучшает как качество самой проводимой терапии, так и качество жизни пациента.

Исследование выполнено при поддержке Правительства Архангельской области (конкурс «Молодые ученые Поморья») в рамках научного проекта № 03-2016-03а «Создание системы централизованного мониторинга пациентов, получающих антикоагулянтную терапию коагулянтами витамина К в Архангельской области».

Литература

1. Баркаган З.С. Очерки антитромботической фармакотерапии и терапии М.: Ньюдиамед. 2000. – 148 с.
2. Вавилова Т.В., Орловский П.И., Гриценко В.В. и др. Лабораторная оценка систем гемостаза у больных с искусственными клапанами сердца /Тромбоз, гемостаз и реология. 2001 №4 (8). – С. 31–34.
3. Воробьева Н.А., Воробьева А.И., Щапков А.А., Алексеева А.С. Создание системы централизованного мониторинга пациентов, получающих антикоагулянтную терапию в Архангельской области / Сборник тезисов 1-го всероссийского форума антикоагулянтной терапии (ФАКТ-2016) с международным участием. – С. 5–6.
4. Рогозина А.С., Воробьева Н.А. Первый опыт работы антикоагулянтной клиники в Архангельске / Экология человека, 2012, № 12. – С 59–64.
5. Кропачева Е.С., Н.Н. Боровков, Т.В. Вавилова, Н.К.Вереина, Н.А.Воробьева, П.А. Лавринов, А.С.Рогозина Быстрые темпы насыщения варфарином – предиктор развития чрезмерной гипокоагуляции. Модернизация алгоритма подбора дозы варфарина / Атеросклероз, №1, 2015. – С.74–86.
6. Кудряшов Б.А. Лечение оральными антикоагулянтами. Рекомендации Всероссийской ассоциации по изучению тромбозов, геморрагий, патологии сосудов им. А.А. Шмидта. М., 2002.
7. Albers GW, Dalen JE Antithrombotic Therapy in Atrial Fibrillation. Chest 2001; 119 (1):194S-206S.

МЕЖПОКОЛЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ДОСТИЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКОМ ВЕРШИНЫ СВОЕГО РАЗВИТИЯ

ВОЮШИНА Екатерина Александровна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова
г. Архангельск

На данный момент в современной России благодаря социальным, политическим и экономическим изменениям наблюдается дисгармония во взаимоотношениях между поколениями. Изменение моральных ценностей, несовместимость интересов, экономическая нестабильность, напряженность политической ситуации – все это ведет к конфликту и разрыву межпоколенных связей.

Ускоренные темпы социального и технического развития действительно делают опору на опыт предыдущих поколений недостаточной, а где-то и губительной для молодежи. Жизнь в новых, постоянно меняющихся обстоятельствах предполагает наличие умения быстро адаптироваться, применять прогрессивные, зачастую нестандартные методы, что предполагает ориентировку не столько на старших, сколько на современников.

В воспитании влияние сверстников уравновешивает, а иногда и перевешивает влияние родителей. Информационная неграмотность старших поколений и их неспособность подстраиваться под потребности современного общества приводят к увеличению социокультурной дистанции между поколениями.

Стоит отметить, что в разных сферах жизнедеятельности степень единства и преемственности неодинакова. В области досуга, художественных, музыкальных вкусов, потребительских ориентаций расхождения между поколениями всегда будут больше, чем в главных социальных ценностях.

В то же время семья была и остается главным фактором социализации. Именно родители и прародители формируют у ребенка определенную систему норм, которая в значительной мере предопределяет его жизненный путь.

Подражая родителям, ориентируясь на их пример, ребенок старается быть как они. Кроме сознательного, целенаправленного воспитания, на ребенка воздействует вся внутрисемейная атмосфера, и эффект этого воздействия накапливается с возрастом, преломляясь в структуре личности.

При всем стремлении к независимости поколение детей нуждается в помощи и жизненном опыте старших. Тот базис, который закладывается родителями в детстве, является стимулом для осознания детьми своего места в мире и их дальнейших достижений.

Тот максимальный уровень, который может достигнуть человек в своем развитии, называется «акме». Феномен «акме» – относительно новое образование. Понятие «акме» впервые было введено в научный оборот философом П. Флоренским в контексте российской религиозно-философской антропологии, однако само слово происходит от древнегреческого акме – вершина, высшая точка чего-либо.

Н.В. Кузьмина подчеркивает, что «...греки словом «акме» называли период возраста в человеческой жизни, когда появляется зрелость всего, на что способен данный человек, когда развернулись, расцвели и на вершине своих способностей находятся его силы...» [3].

В.П. Бранский определяет «акме» как вершину «совершенства и могущества».

А.А. Бодалев характеризует «акме» как «высший для каждого человека уровень развития его физического здоровья, ума, чувства, воли, взаимодействующих таким образом, что он добивается наибольшего результата, проявляя себя как индивид, как личность и как субъект деятельности» [1, 2].

Среди описаний, данных «акме» другими исследователями, можно встретить такие: высшая степень или уровень развития; вершина совершенства в человеке; вершина профессиональной деятельности; пик реализации способностей; физическая, личностная и субъектная зрелость человека. Все эти определения, рассматривая сущность «акме», в качестве основного признака указывают ее вершинность, т.е. точку достижения предельного результата.

Несмотря на то, что в последнее время интерес к вопросам исследования «акме» заметно возрос, четкого определения понятия дано не было. Можно отметить, что авторы придерживаются нескольких точек зрения.

Одни ученые под «акме» понимают последовательный ряд достижений человека на жизненном пути, особо отмечая временную и количественную характеристику «акме» в жизнедеятельности человека. Другие исследователи придерживаются мнения, что «акме» – это вершина индивидуального и личного развития человека на этапах жизнедеятельности – детства, юности, взрослости, старости. Третьи исследователи рассматривают «акме» как достижение вершин личностью и социумом [3].

Многие исследователи используют определение данное А.А. Бодалевым (представлено нами выше), хотя оно носит скорее описательный, а не научный характер.

В.А. Толочек считает конструктивным путь описания феномена «акме» и выделения его свойств через понимание его как психического состояния или группы состояний.

Тогда необходимо выделение двух аспектов проявлений данного феномена – внешнего и внутреннего:

1) «акме» есть состояние, обусловленное сочетанием процессов, сопровождающих профессиональное и личностное становления человека;

2) «акме» есть психическое состояние, переживаемое человеком как гармоничная интеграция его физических, психических и духовных свойств [5].

Обобщая, можно дать следующее определение «акме» – психическое состояние, обусловленное сочетанием процессов самопознания и самореализации, сопровождающих физическое, профессиональное и социальное становление человека, определяющее его относительно стабильную успешность.

Из определения становится понятно, что «акме» может проявляться в нескольких областях – физической, профессиональной и социальной. Под физической сферой мы понимаем то состояние организма, при котором нормально функционируют все системы жизнедеятельности, что позволяет человеку полноценно адаптироваться в среде обитания и исполнять свои ежедневные обязанности.

Достижение «акме» в физической сфере – это не только отсутствие хронических или тяжелых заболеваний, вредных привычек, физическая активность, правильное питание, но и позитивное мышление, эмоциональное здоровье.

При оценке физического состояния в данном случае стоит ориентироваться на то, как сам человек оценивает свое состояние, насколько он готов к реализации своих планов.

Достижению профессионального «акме» (или «акме» в профессиональном развитии) посвящено множество исследований.

Б.Г. Ананьев, В.В. Васильев, А.А. Деркач, В.Г. Зазыкин, А.К. Маркова, Е.В. Фетисова изучали структуру, особенности и виды профессионального «акме», его творческую составляющую.

Под профессиональным «акме» понимают психическое состояние, означающее высший для данного человека уровень в его профессиональном развитии, который приходится на данный отрезок времени [1].

Выявление и оценивание профессионального «акме» зависит от того, как понимается профессионализм. Данное понятие охватывает три стороны труда: профессиональную деятельность, профессиональное общение, личность профессионала.

Среди условий, которые помогут достичь профессионального «акме», можно выделить: мотивацию на достижения, видение своего профессионального пути, стремление человека достичь вершины в профессии, высокий уровень профессиональных притязаний [1].

Социальная область достижения «акме» включает в себя две составляющие: семью и досуг. Исследований, затрагивающих эти области сравнительно немного. Это связано с проблематичностью выделения критериев и шкал измерения.

Мы в качестве критериев оценивания досуга предлагаем использовать степень духовной активности, психологическую и культурную значимость и эмоциональную вовлеченность.

Наиболее интересной и перспективной областью исследования нам видится семья, ведь ни один человек не рассматривает жизнь вне связи поколений.

Критериями оценивания межпоколенных отношений у нас будут выступать сплоченность, гибкость, семейная иерархия, внешние и внутренние границы, ролевая структура семьи, контроль, преемственность опыта и т.д.

А.А. Бодалев выделили ряд факторов, помогающих или мешающих достижению «акме» человеком: социальные макрофакторы, социальные микрофакторы и фактор саморазвития человека.

Одним из значимых социальных микрофакторов являются межпоколенные отношения.

В настоящее время термин «поколение» применяется практически во всех науках, занимающихся изучением общества, – в философии, демографии, социологии, психологии. Однако даже

в рамках одной науки у разных авторов в это понятие могут вкладываться разные значения.

М.И. Постникова определяет межпоколенные отношения как сложный многоуровневый и многокомпонентный системный, опосредованный культурно-историческим развитием общества, процесс, суть которого заключается в осознанной, ценностно-осмысленной и эмоционально окрашенной интра- и интерпсихической активности субъектов – представителей разных поколений – людей разного возраста [4].

Анализ психолого-педагогических источников показал, что в современном научном знании можно выделить две формы взаимодействия между поколениями: конфликт и сотрудничество.

Эти формы выделены на основании соотношения двух критериев: степени противоречия во взаимодействии и степени принятия опыта.

В нашей работе критериями отнесения человека к той или иной форме взаимодействия будет проявление данного показателя (его наличие или отсутствие) и степень его выраженности.

Мы предполагаем, что каждому уровню развития «акме» соответствует определенный тип взаимодействия между поколениями.

Чем ближе форма взаимодействия между поколениями к сотрудничеству, тем выше уровень развития «акме». Опираясь на описание уровней самореализации, мы предполагаем, что есть основания для выделения следующих пар связей:

1. Сотрудничество между поколениями – интенсивный или гармоничный уровень развития «акме».

2. Сотрудничество/конфликт – адаптивный уровень развития «акме».

3. Конфликт – инертный/ иррациональный уровень развития «акме».

В заключение хотелось бы отметить, что высказанные нами предположения о связи уровня развития «акме» и типом связи между поколениями на данный момент носят умозрительный характер и требуют эмпирических исследований, которые мы планируем провести в рамках диссертационной работы.

Литература

1. Акмеология [Текст]: учебное пособие / А.А. Деркач [и др.]; под ред. А. А. Деркача. – М.: РАГС, 2002.
2. Бодалев А.А. Вершина в развитии взрослого человека: характеристики и условия достижения [Текст] / А.А. Бодалев. – М.: Флинта, 1998. – 168 с.
3. Двинянинова, Е.Н. Акмеологический подход к изучению человека как субъекта развития и саморазвития [Текст] / Е.Н. Двинянинова // Психология человека в современном мире. Том 3. – 2009. – С. 138-145.
4. Постникова М.И. Психология отношений между поколениями в современной России [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен. степ. доктора псих. наук (19.00.13) / Маргарита Игоревна Постникова; ГОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена». – СПб, 2011. – 56 с.
5. Толочек В.А. Феномен «акме»: личность, успешность, среда (окружение) [Текст] / В.А. Толочек // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия «Акмеология образования. Психология развития» – Саратов, 2015 – № 1 – С.16-21.

ЗНАЧЕНИЕ НЕЗАВИСИМОЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ И ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В СФЕРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

ГОРАНСКАЯ Светлана Владимировна
Петрозаводский государственный университет
г. Петрозаводск

В современном мире увеличивается доля людей пожилого и старческого возраста.

По прогнозам, население планеты в возрасте 60 лет и старше к 2050 г. будет составлять 21%, а в более развитых странах – 33%.

Аналогичная ситуация характерна и для России. По прогнозам ООН, доля лиц старше трудоспособного возраста в России возрастет к 2025 г. до 29%, а к 2050 году – до 37%. Увеличение численности населения в возрасте 60 лет и старше, особенно от 80 лет, будет иметь долгосрочный характер [7].

Подобная тенденция наблюдается и в Республике Карелия (РК), где также происходит увеличение численности населения пожилого и старческого возраста. На фоне снижения общей численности населения доля лиц старше 60 лет в 2016 г. составила 24,7%, т.е. практически каждый пятый человек перешагнул трудоспособный возраст. В этой группе доля женского населения преобладает над мужским (соответственно 54,4% и 45,6%) [3, 4].

Предполагаемая средняя продолжительность жизни в РК при рождении в 2008 году составит 65, в 2013 г. – 69 лет. Средняя продолжительность жизни мужчин, рожденных в 2013 г., будет равняться 64 годам, женщин – 75,4 лет, а в 2014 году: 66,2 года – у мужчин и 76,1 года – у женщин. Увеличение продолжительности жизни населения будет способствовать росту численности населения пожилого и старческого возраста [5].

Увеличение численности лиц пожилого возраста привело к проблемам медицинского, социального, экономического, политического, культурного, психологического и бытового характера. Появилась необходимость увеличения количества специалистов по социальной работе, социальных работников и других сотрудников, работающих в социальной сфере обслуживания пожилых людей, в том числе и количества социальных учреждений для пожилых и старых людей.

Одной из проблем социального обслуживания граждан Карелии является проблема по-

мощи гражданам пожилого возраста, которые частично или полностью утратили способность к самообслуживанию. Постарение населения является важнейшей социальной проблемой, где ведущим направлением социальной защиты пожилых людей является система социального обслуживания.

В связи с постарением населения актуальной проблемой становится оказание качественных социальных услуг лицам пожилого и старческого возраста, увеличения их количества.

Социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В структуре сети государственных учреждений социального обслуживания в РК функционируют четыре государственных стационарных учреждения социального обслуживания общесоциального профиля (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, в том числе один дом-интернат для ветеранов); в структуре сети муниципальных учреждений социального обслуживания – 18 центров социального обслуживания населения, расположенных во всех муниципальных районах и городских округах республики, из них – 13 комплексных центров социального обслуживания.

Формирование независимой системы оценки качества деятельности организаций и оказания социальных услуг в Республике Карелия было проведено в рамках комплексного проекта «Общественная экспертиза в интересах людей с инвалидностью в Республике Карелия» региональной программы «Доступная среда в Республике Карелия» на 2013–2015 годы в номинации «Повышение доступности социальных услуг для инвалидов» при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия.

Формирование независимой системы оценки качества деятельности организаций и оказания социальных услуг основано на Федеральном законе от 28 декабря 2013 г. РФ № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», Федеральным законом РФ от 21 июля 2014 г. № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования», которые внесли значительные изменения в систему социального обслуживания и усилили полномочия федеральных органов государственной власти и органов власти субъектов РФ в сфере социального обслуживания.

Контроль за предоставлением социальных услуг в соответствии с новым законом включает в себя региональный государственный контроль и общественный контроль (независимую оценку качества социальных услуг) [1, 2].

Важным аспектом формирования внутренней и независимой оценки качества деятельности организаций и оказания социальных услуг является подготовка профессионального и общественного экспертного сообщества.

Для проведения внутренней и независимой оценки качества оказания социальных услуг необходимо подготовить экспертов для осуществления независимой оценки качества, разработать объективный инструментальный оценки и подготовить программу обучения.

В рамках данного проекта был подготовлен 21 эксперт [6].

Независимая оценка качества оказания услуг организациями социального обслуживания предусматривает оценку условий оказания услуг по таким общим критериям, как:

- открытость и доступность информации об организации социального обслуживания;
- комфортность условий предоставления социальных услуг и доступность их получения;
- время ожидания предоставления социальной услуги;
- доброжелательность, вежливость, компетентность работников организаций социального обслуживания;
- удовлетворенность качеством оказания услуг.

В рамках проекта были проведены самообследование и независимая оценка качества условий осуществления деятельности организации.

Экспертная оценка проводилась по пяти по-

казателям, для каждого из которых были разработаны критерии и индикаторы:

- сформированность профессионального коллектива (критерии: образовательный, профессиональный, командный потенциал коллектива, потенциал общественного управления);
- эффективность нормативной правовой базы, обеспечивающей качество условий (критерии: открытость, доступность, своевременность, продуктивность);
- оптимальность материально-технической базы, обеспечивающей качество условий (критерии: оснащенность, современность, комфортность, эффективность);
- актуальность спектра предоставляемых услуг (критерии: востребованность, адресность, доступность, результативность);
- целостность информационной системы организации (критерии: комплексность внутренней информационной системы, эффективность внутренней информационно-телекоммуникационной сети, доступность электронных ресурсов, распространенность информации об организации).

Уровень качества оценивался по 5-балльной системе: где 0 – отсутствует, 1 – низкий уровень, 2 – ниже среднего, 3 – средний, 4 – выше среднего, 5 – высокий.

Для оценки были созданы формы самообследования организации и профессиональной оценки экспертов, анкеты для проведения опроса для изучения мнения сотрудников организации и изучения удовлетворенности получателей услуг.

Эмпирической базой исследования послужил ГСУ СО «Петрозаводский дом-интернат для ветеранов». Основной причиной обращения в дом-интернат является необходимость в уходе и проблемы со здоровьем. В рамках экспертного исследования качества условий деятельности учреждения, участвующего в независимой оценке качества, были опрошены сотрудники организации и потребители услуг.

Мнение потребителей и сотрудников имело важное значение при определении качества условий работы организации. При проведении опроса потребителей услуг старшего поколения учитывалось их психическое и физическое состояние.

При оценке показателя качества «Сформированность профессионального коллектива» большинство потребителей услуг наиболее высоко оценили доброжелательность сотрудников. Ею удовлетворены в полной мере более

половины потребителей. Сами же сотрудники наибольшую удовлетворенность высказали образованностью коллектива.

Показатель «Эффективность нормативной правовой базы организации» отмечен большинством участвующих в опросе сотрудников как качественная характеристика организации. Более половины сотрудников, участвующих в опросе, осведомлены о содержании нормативной правовой базы, участвуют в создании локальных актов учреждения.

Потребители услуг значительно в меньшей степени знакомы с нормативно-правовой базой учреждения, лишь небольшое количество принимают участие в создании локальных актов учреждения. По данному показателю Петрозаводский дом-интернат для ветеранов получил оценку 2,8 балла.

Оценивая уровень «Оптимальность материально-технической базы и ее качественные характеристики», преимущественное большинство опрошенных сотрудников отметили ее доступность и оснащенность, большинство потребителей наивысшим показателем состояния материально-технической базы считают безопасность, более половины – достаточную оснащенность современным оборудованием и уровнем качества помещений. Данный показатель был оценен в 4,2 балла.

Показатель «Актуальность спектра услуг». Самообследование организации и эксперты независимой оценки качества подтвердили, что все предоставленные организацией услуги востребованы потребителями.

Организация информирует потребителей и членов их семей о полном перечне услуг, предоставляет услуги, исходя из запроса потребителей и их жизненной ситуации, направляет содержание услуг на повышение потенциала жизнеспособности получателей.

Все потребители услуг, участвующие в опросе, ответили, что набор услуг и видов помощи достаточен, услуги, предоставляемые учреждением, им помогают, предоставлен полный уход, сотрудники учреждения вежливы и доброжелательны.

Практически все удовлетворены санитарно-гигиеническим состоянием учреждения, большинство – и питанием. Данный показатель был оценен в 4,7 балла.

Показатель «Целостность информационной системы». Актуальной задачей организаций социального обслуживания в настоящее время является обеспечение их информационной от-

крытости для потребителей услуг, что предусмотрено ст. 19 Закона РФ 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [1].

Сотрудники в ходе анкетирования подтвердили реализуемые в организации разнообразные виды распространения информации. Наиболее распространенным источником получения информации, по мнению большинства сотрудников, является «ближайшее окружение» и стенды в организации, около половины респондентов отметили получения информации на сайте организации.

Каждый второй потребитель услуг отметил наиболее развитыми два вида информирования: сотрудники организации и ближайшее окружение. Лишь небольшое количество сотрудников отметили возможность получения информации по радио и из уличной рекламы.

Потребители услуг также обратили внимание на недостаточность использования уличной рекламы и социальных сетей.

Выводы. Петрозаводский дом-интернат для ветеранов является востребованной организацией, оказывающей жизненно важные социальные услуги для людей пожилого и старческого возраста.

Сотрудники организации компетентны и доброжелательны, готовы к реализации деятельности в современных условиях развития сферы социального обслуживания.

В существующих материально-технических условиях решают актуальные вопросы, связанные с социальной реабилитацией и адаптацией людей пожилого возраста.

По общей оценке качества Петрозаводский дом-интернат для ветеранов получил 3,4 балла.

Общие выводы о качестве условий осуществления деятельности организации:

1. Профессиональную деятельность в организациях социального обслуживания осуществляют специалисты, в целом соответствующие требованиям профессионального стандарта, единым квалификационным требованиям и удовлетворяющие этическим требованиям потребителей услуг.

2. Спектр услуг учреждения сформирован, исходя из потребности потребителей услуг, и активно востребован целевым контингентом потребителей (люди пожилого возраста).

Значение независимой системы оценки качества деятельности организации и оказания социальных услуг в сфере социального обслуживания людей пожилого возраста:

1. Независимая оценка качества является одной из форм общественного контроля.

2. Позволяет повысить уровень удовлетворенности получателей социальных услуг комфортностью проживания в организации социального обслуживания, вежливостью и компетентностью работников, результатами предоставления социальных услуг.

3. Определяет результативность деятельности учреждения социального обслуживания и принятие своевременных мер по повышению эффективности или по оптимизации ее деятельности.

4. Способствует своевременному выявлению негативных факторов, влияющих на качество предоставления социальных услуг в сфере социального обслуживания, и устранению их причин путем реализации планов мероприятий, а также осуществлению стимулирования руководителей и работников организаций социального обслуживания.

Литература

1. Федеральный закон Российской Федерации от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // [Электронный ресурс] / Режим доступа: www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/.

2. Федеральный закон от 21 июля 2014 г. № 256-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования» // [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_165899/.

3. Росстат: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/.

4. Население: Капелиястат http://krl.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/krl/ru/statistics/population/.

5. Петрозаводск: средняя продолжительность жизни в Карелии; <http://petrozavodsk.bezformata.ru/listnews/prodolzhitelnost-zhizni-v-karelii/21746070/>.

6. Антошко Е.А., Горанская С.В. Становление профессиональных и общественных экспертов качества в сфере социального обслуживания Республики Карелия // Формирование внутренней и независимой систем оценки качества оказания социальных услуг в сфере социального обслуживания Республики Карелия: научно-методический сборник / гл. ред. Антошко Е.А. – Петрозаводск: Версо, 2015 – С. 40-52.

7. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми [Электронный ресурс]: Учебник для бакалавров / Е. И. Холостова. 7-е изд., перераб. и доп. – М.: Дашков и К, 2014. – 340 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОЖИЛЫЕ: СРАВНЕНИЕ ВЗГЛЯДОВ МОЛОДЕЖИ И ПОЖИЛЫХ*

ГРИГОРЬЕВА Ирина Андреевна

КЕЛАСЬЕВ Вячеслав Николаевич

ПЕРВОВА Ирина Леонидовна

Санкт-Петербургский государственный университет

г. Санкт-Петербург

В начале XXI в социологии растет фокусирование на конфликте поколений. Российские социологи отмечают возможность ценностных расхождений с перспективой межпоколенных конфликтов. Согласимся с В.Н. Ярской, что «интерес к работе с проблематикой поколений в массовом сознании и научном сообществе стимулируется ориентацией на радикальные и быстрые изменения, стремлением к справедливости в распределении ресурсов, глобальными изменениями возрастного состава современных обществ» [1].

Социальные науки пестрят мнениями от полного принятия до полного отрицания возможности преемственности поколений в быстро обновляющемся обществе. Одни авторы обосновывают идею глобального всеобщего разрыва между поколениями, который постоянно увеличивается [2]. Другие подчеркивают, что представления о росте межпоколенных различий иллюзорны, а межпоколенные взаимоотношения носят маятниковый характер и периоды конфликтов чередуются с периодами преемственности [3]. Общим положением названных выше позиций является принятие толерантности и преемственности в отношениях как основополагающего условия развития общества и необходимости осторожной оценки темпов социально-культурного обновления.

Теоретическая рамка. Принято считать, что индустриализация и урбанизация быстро реформировали время общества. Равномерная температура, повсеместное распространение часов и расписаний сложились вместе с ростом фабричного производства и специализированных технологий.

Унифицирующему влиянию технологий была постепенно подчинена социально-экономическая жизнь, которая сложилась за последние 3–4 столетия. В обществе типа модерн для большинства населения существовало и принудительное жизненное расписание, которое можно интерпретировать как организующее и структурирующее, но можно и как подавляющее.

Многие процессы, становясь всеобщими, например рост длительности периода образования и осознание его необходимости и практичности, унифицировали возрастное структурирование жизни, создали предпосылки для линейного разворачивания жизненного пути.

Получение образования мыслилось как предпосылка профессиональной квалификации и включения в рынок труда, на входе в который не полагалось задерживаться. Столь же добровольно-принудительный характер носило и вступление в брак, тоже символически отделявшее молодость от взрослости.

Традиционным взглядам соответствует теория возрастной стратификации, связанная с символическим интеракционизмом Дж. Г. Мида. Он описывает общество как совокупность возрастных групп, которые имеют различия в способностях, ролях и функциях, правах и привилегиях, что обусловлено возрастом. Хронологический возраст является основанием для социально-возрастной стратификации и объяснения характерных особенностей разных поколений.

Большой вклад в поколенческий анализ в России внесли работы известного социолога В.В. Семеновича [4]. Она отмечает поворот социологии от количественного изучения массовых процессов в сторону текстуальности и развивающийся интерес к эволюционным процессам, в том числе, биографиям («к становящимся объектам» или, как это называет Штомпка, sociology of becoming) [5], т. е. интерес к изучению культурно-исторических аспектов социальных процессов и явлений.

Современное обществознание, как уже было отмечено, вместе с рассуждениями о различиях возрастов, контрастах молодости и старости выдвинуло идею фрактальности, т.е. самоподобия пяти основных возрастов внутри каждого из них [6]. Множество идентификационных событий, таких как получение образования, вступление в брак, смена работы и т.п., рассыпаны и/или повторяются в течение жизненного пути.

В повседневной жизни современного общества давно никого не удивляют молодожены в 50–60 лет или «вечные студенты». А популярная идея «образования через всю жизнь» не только фиксирует необходимость переучивания/доучивания, но на социально-статусном уровне закрепляет нормальность «вечного студента», т.е. никогда окончательно не взрослому «ученика».

«Новый социальный вопрос» состоит в обновлении межпоколенческого контракта, который поддерживает пожилых и инвестирует в молодых для состояния устойчивости и справедливости [7]. Этот сдвиг от класса к поколению стал возможен благодаря успеху современного Welfare State (социального государства, или государства благосостояния), который создал возможности для роста разновозрастных требований и обязательств и поворота к пожилым как главным клиентам такого государства.

Чем дальше, тем больше «социальный контракт» должен строиться не на регулировании отношений работающих (занятых) и уже не работающих (пенсионеров), а становиться более сложной конструкцией, учитывающей массовый приход женщин на рынок труда, флексибилизацию занятости, сложности на входе на рынок труда и выходе из него [8].

В настоящее время существует множество инициатив и действий в интересах пожилых людей, которые нельзя четко отнести ни к государству, ни к системе социального страхования, ни к местному самоуправлению и гражданскому обществу.

Они предлагают смешанные, гибкие способы решения социальных проблем (welfare pluralism).

При этом повсеместно считается, что даже самые лучшие интернаты или стационарные учреждения не могут заменить семьи и домашнего проживания, поэтому обслуживание, в том числе пожилых, должно носить «открытый»

характер (в социологии это отразилось в форме критики «тотальных», «закрытых» институтов, которые всегда имеют надзорный характер и фактически исключают из общества).

Можно сказать, что произошло «переоткрытие» семьи, соседства и местного сообщества как базовых институтов «органической солидарности» и носителей социальных ресурсов. И если Международная конвенция по защите прав детей акцентировала право детей на семью, то теперь на очереди пожилые [9].

Смешанные структуры обеспечения социальной политики в форме, например, добровольных организаций, кооперативов или взаимопомощи/самопомощи населения уже не являются организационными инновациями. При этом в каждой стране они опираются на собственные исторические и культурные традиции.

Метод. Исследовательский вопрос нашей статьи связан с выяснением того, насколько отличаются взгляды молодых и пожилых на то, где и с кем должны жить люди в старости, чем заниматься. Дополнительной гипотезой было проверить, насколько «вестернизованы» российские студенты в отношении условий жизни пожилых, в частности семейного ухода и проживания.

Мы провели анкетирование 110 молодых людей (студентов факультета социологии СПбГУ) и 124 пожилых – участников форума «Старшее поколение» весной 2016 г. в Санкт-Петербурге.

Выборка случайная, исследование носило пилотный характер. Результаты были обработаны с помощью программы Excel.

В табл. 1 отражены ответы на вопрос об идентичности пожилых.

Результаты и обсуждение. Наши комментарии ограничены некоторыми, наиболее существенными, различиями во взглядах молодых и пожилых.

Варианты вопросов	Ответы студентов 18-25 лет (110 чел.), в %	Ответы пожилых (124 чел.) старше 55 лет, в %
которым мы всем обязаны	17	6
о которых нужно заботиться и ухаживать	52	43
кто должен заботиться о детях и внуках	14	13
у которых есть свое жилье и пенсия	16	13
кто сам себя считает пожилым	1	1

Табл. 1. Кто такие пожилые?

Сумма ответов в процентах может превышать 100%, поскольку допустим выбор двух и более ответов. Сравнивая ответы тех, кому меньше 25 лет, и тех, кому за 55, видим, что заметно дифференцированы два параметра.

Первый – оценка «пожилые – которым мы всем обязаны», где пожилых, разделяющих данное мнение, значительно меньше, чем молодых. Это, скорее всего, выражает уважение молодых к пожилым.

Второй – «пожилые – те, о ком надо заботиться и ухаживать», причем молодых, которые так думают о пожилых, больше. Видимо, на ответах пожилых сказывается их желание «не сдаваться».

Отметим также, что на ответах могло сказаться то, что большие городские мероприятия, такие как форум «Старшее поколение», посещают наиболее активные пожилые, сохранившие интерес к подобным событиям.

В табл. 2 сравниваются ответы на вопрос «Кто должен помогать пожилым заботиться о них? Здесь есть значимая разница между оценками молодых и пожилых именно в участии детей и семьи, а также государственных социальных служб. Студентам кажется, а это – социогуманитарно образованные молодые люди – что семья может справляться с грузом заботы. Цену и объем такой заботы они вряд ли адекватно оценивают. Оценка пожилых более адекватна, не случайно более половины из них хотят сохранить независимость именно от выросших детей.

Обращает внимание невысокий интерес пожилых к помощи со стороны социальных служб, работающих, как считают пожилые (и это, к сожалению, подтверждается другими исследованиями), слишком формально. А молодежь эту помощь оценивает более позитивно.

Согласимся, что проявившийся «акцент на автономность лиц пожилого возраста и проживание в привычных условиях делает особенно актуальным широкое внедрение профилактических и оздоровительных мер на более ранних этапах старения для оздоровления и укрепления здоровья» [10].

К сожалению, помощь соседей совсем не входит в планы о возможной заботе ни молодежи, ни пожилых. Но такая соседская помощь, как навестить друг друга, принести какие-то нужные продукты и заказать лекарства по телефону, в Санкт-Петербурге не редкость. Видимо, ресурс такой заботы пока недостаточно осознается как пожилыми, так и молодыми.

Обращает внимание, что даже большее число пожилых, чем молодых, хочет жить отдельно от детей и ценит возможность самостоятельной жизни. С детьми и внуками хочет жить вдвое меньшее число пожилых, чем молодых. Получается, что сами пожилые гораздо более «вестернизированы», чем молодежь. Возможно, в России, как и на Западе, появилось новое, первое поколение «эгоистичных» пожилых, ориентированных больше на собственные интересы,

чем на интересы детей и внуков [11]. С другой стороны, в скудных российских условиях, это не эгоизм, а скорее ростки самоуважения и осознания пожилыми собственных интересов. Ведь совсем недавно вызывал удивление тот факт, если бабушка отказывалась сидеть с внуками или находила себе партнера или мужа. Регулирование обществом «эмоционального опыта старости» является пока мало изученной темой, поскольку она реально новая.

Появление в России специальных социальных домов для пожилых или негосударственных домов-интернатов – тоже еще до конца не осмысленная новация. Лучшие, по сравнению с государственными интернатами, условия жизни в частных домах еще не означают, что пожилой человек сам хотел бы оказаться в «золотой клетке». Все же потеря права на самостоятельность уместна только в случае болезни Альцгеймера и других проявлений старческой деменции.

К сожалению, именно эту проблему частные интернаты решают лишь в том случае, когда у родственников пожилого больного есть деньги на оплату его пребывания.

По данным нашего исследования, специальные социальные дома более популярны у молодежи, а частные дома престарелых одинаково мало привлекают и тех и других. Однако в условиях самых крупных городов России реальный спрос на частные дома велик и пока растет. Такое расхождение реального спроса и высказанных мнений требует специального исследования, тем более, что очевидны признаки формирования «серого» рынка таких домов, где цена невелика, но пожилые размещаются по 5-6 человек комнате. Недавно появившихся интернатов в адаптированных, непригодных помещениях немало в Санкт-Петербурге.

Такой ситуации способствует отсутствие требования лицензирования, если в доме-интернате нет медицинских услуг. Но ведь никто не проверяет, нуждаются ли пожилые, помещаемые туда, в медицинских услугах, или нет?!

Ответы на вопрос «В чем же счастье современного пожилого человека» – в табл. 4.

Если для молодых предложенные варианты «счастья для пожилых» имеют примерно равную привлекательность, то для пожилых продолжение любимой работы явно не является очень привлекательным. Многим из них имеющаяся работа явно надоела, и избавление от нее представляется заслуженным и позитивным.

К тому же высказанное нами выше мнение о «вестернизации» пожилых, подтверждается относительно невысокой значимостью для них счастья детей и внуков.

С ними успешно конкурируют занятия любимым делом и путешествия. Возможно, это ставит новую проблему, а именно – переоценку одиночества или уединения в позднем возрасте, появления одиноких пожилых, которые могут быть вполне самодостаточными.

Пожилые, осваивающие новые социальные идентичности и современное быстро изменяющееся общество, воспринимают «своих» с точки зрения потерь и приобретений за годы перемен.

Для одних «мы – это потерявшие от реформ», для других же «мы – те, кто сам делает свою судьбу».

Возраст формирует довольно широкий радиус социальной консолидации («спланивающее доверие» в смысле Р. Инглхарта, П. Рикера), но имеет и мощный потенциал социальных противостояний и конфликтов, особенно в такой быстро меняющейся стране, как Россия [12].

Однако наши результаты показали очень терпимое и ориентированное на заботу о пожилых отношение молодежи. Согласимся с известным английским социологом К.Виктор с тем, что «необходимо уделять особое внимание общим интересам различных возрастных групп вместо того, чтобы считать пожилых (или любую другую маргинальную группу) принципиально отличающимися от нас. Основной задачей стареющего общества должна быть замена понятий

Варианты вопросов	Ответы студентов	Ответы пожилых
Семья и дети	67	48
Соседи	1	–
Государство в лице социальных служб	29	17
Частные дома и специальные дома для пожилых	3	3
Все вместе	39	32

Табл. 2. Кто должен помогать пожилым заботиться о них?

Варианты вопросов	Ответы студентов	Ответы пожилых
В своей квартире, наконец, распоряжаясь своим временем и жизнью	54	63
С детьми и внуками	31	14
В специальном социальном доме для них	12	3
В небольшом частном доме для них	3	3
Где сами пожелают	8	10

Табл. 3. Где должны жить пожилые?

Варианты вопросов	Ответы студентов, в %	Ответы пожилых, в %
В детях и внуках	29	21
В занятии любимым делом на досуге	27	29
Чтобы путешествовать и увидеть мир	24	28
Чтобы не бросать любимую работу	20	4
Иное, в том числе продолжать жить с радостью, любовью и оптимизмом	-	18

Табл. 4. В чем главное счастье пожилого человека?

независимости и зависимости социальной рамкой, которая уделяет особое внимание взаимозависимости поколений» [13].

Межпоколенческие конфликты всегда описывались в художественной и философской литературе. Но в современном обществе символическое доминирование молодых в пространстве масс-медиа контрастирует с традиционным экономическим и властным перевесом пожилых, с заметным ценностным и технологическим расогласованием, предсказанным еще М. Мид [14].

Следовательно, искать пути согласования интересов поколений тем более важно.

Заключение. Проведенное нами исследование подтверждает, что взаимодействие поколений в России возможно и осуществляется через определенные формы преемственности.

Такая преемственность является базой для согласования интересов поколений и их содержательного взаимодействия. Без согласования интересов людей разных поколений и их мотивации к согласованию интересов, невозможно существование общества как такового.

В свою очередь, межпоколенные отношения, заключающиеся в «абсолютном обновлении» или «абсолютном разрыве», и отмеченные нетерпимостью и негибкостью, не могут быть позитивными, так как влекут за собой риск распада единства социального и исторического пространства/времени.

Социокультурный проект «Современный межпоколенческий контракт» требует новых институциональных практик. Для этого нужна «политика возраста», или «политика старения», которая бы связывала интересы молодых и пожилых; работающих, получающих образование и ушедших на пенсию; здоровых и нуждающихся в лечении или реабилитации; нуждающихся в заботе и способных эту заботу обеспечить.

СМИ должны подчеркивать эти связи, а не потенциальные конфликты поколений [15].

Политика взаимодействия поколений должна стать более чувствительной к разнообразию жизненных сценариев людей. В современном обществе и молодые, и пожилые имеют право получить больше «прав на авторство» и автономии, на признание за ними возможности различных жизненных стратегий, траекторий и типов самоидентификации в качестве первичных блоков «сочиняемой», т.е. конструируемой, биографии.

**Исследование выполнено в Университете ИТМО на средства гранта Российского научного фонда (проект №14-18-03434) по теме: «Модели взаимодействия общества и пожилых людей: исследование возможностей социальной инклюзии».*

Литература

1. Ярская В.Н., Божок Н.С. Перспектива поколения. Движение исторической реконструкции // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. – 2014. Т. 14. № 2. С. 19-26.
2. Mannheim, Karl (1952). «The Problem of Generations». In *Essays on the Sociology of Knowledge: Collected Works, Volume 5*. New York: Routledge. P. 276-322.
3. Vandegrift, Darcie (2015-07-24). «'We don't have any limits': Russian young adult life narratives through a social generations lens». *Journal of Youth Studies* 0 (0): 1–16. doi:10.1080/13676261.2015.1059930. ISSN 1367-6261.
4. Semenova V. Социальная динамика поколений: проблема и реальность. – М.: РОССПЭН, 2009. – 271 с.
5. Sztompka, Piotr, *Society in Action: A Theory of Social Becoming*, Cambridge 1991, Polity Press. Sztompka, Piotr, *The Sociology of Social Change*, Oxford 1996: Blackwell.
6. Epstain M. К философии возраста. Фрактальность жизни и периодическая таблица возрастов // Звезда. 2006. №4.
7. Zagheni E. et al., *A Comparative Analysis of European Time Transfers between Generations and Genders*, SpringerBriefs in Population Studies, DOI 10.1007/978-94-017-9591-3_2).
8. Григорьева И.А., Биккулов А.С., Цинченко Г.М. Старение, межпоколенные взаимодействия и занятость людей пожилого возраста // Управленческое консультирование. – 2014. №12. – С. 101-110.
9. United Nations Population Fund (UNFPA) and HelpAge International (2012). *Ageing In The Twenty-First Century: A Celebration And A Challenge*. // New York: United Nations Population Fund and London: HelpAge International. – P. 190.
10. Голубева Е.Ю., Данилова Р.И. Здоровый образ жизни как часть стратегии активного долголетия // Успехи геронтологии. – 2011. Т. 24. № 3. – С. 380–384.
11. Biggs S. *Newageism: ageimperialism, personal experience and ageing policy* // *Ageing & Diversity* / ed. by S.-O. Daatland and S. Biggs. Bristol : Policy, 2004. P. 95–106; Biggs S., Naapala I., Lowenstein A. *Exploring Generational Intelligence as a Model for Examining the Process of Intergenerational Relationships* // *Ageing & Society*. 2011. N 31 (3). – P. 353–371.
12. Бочаров В.В. Молодость против старости // Нева. 2006.
13. Victor C. *Ageing, health and care*. Bristol : The Policy Press. 2010. – P. 248-249.
14. Мид М. *Культура и мир детства*. М., 1978.
15. Григорьева И.А., Видясова Л.А., Дмитриева А.В. и Сергеева О.В. Пожилые в современной России: между занятостью, образованием и здоровьем. СПб.: Алетей, 2015.

ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

ДАВЫДОВ Евгений Леонардович
УЛЬЯНОВА Инга Олеговна

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
г. Красноярск

В последние десятилетия в мире наблюдается тенденция к глобальному «постарению» населения: число пожилых старше 60 лет в 2005 г. составило 475 миллионов человек (7,1%), а к 2025 году прогнозируется до 822 миллионов человек (9,7% всего населения Земли).

При этом в России доля людей старше 60 лет в 1994 году насчитывала 16,7%, а к 2055 году ожидается её прирост до 40% населения, причем наиболее быстрыми темпами будет увеличиваться число лиц старческого возраста [8, 9, 11, 13].

Известно, что сердечно-сосудистая смертность является одной из основных причин убыли населения пожилого и старческого возраста. Весомый вклад в сердечно-сосудистую смертность вносит артериальная гипертензия (АГ), которая до настоящего времени остается серьезной медицинской и социальной проблемой [3, 6].

В современных международных рекомендациях препаратами первой линии для лечения больных изолированной систолической АГ (ИСАГ), весьма свойственной пожилым больным, являются тиазидные диуретики и дигидропиридиновые антагонисты кальция (АК).

Для лечения АГ у больных старше 55 лет рекомендуются также антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) [3, 7, 10, 15]. При этом бета-блокаторы и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) являются важнейшей составной частью терапии при наличии у больного АГ ишемической болезни сердца (ИБС). Однако реальная клиническая практика зачастую расходится с российскими и международными рекомендациями.

Поэтому вполне правомерно и актуально изучение особенностей терапии АГ у больных пожилого и старческого возраста.

Цель исследования. Провести фармакоэпидемиологическое исследование для установления особенностей антигипертензивной терапии у пациентов старших возрастных групп и соответствие этой терапии современным клиническим рекомендациям.

Материалы и методы. Обследовано 426 больных АГ II – III стадии (по рекомендациям ВНОК – 2010 и ESH/ESC – 2009), имеющих как систоло-диастолическую (СДАГ), так и изолированную систолическую артериальную гипертонию (ИСАГ).

В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60-74 года – по классификации ВОЗ (1963 г.), из них 76 мужчин (средний возраст – 67,08; 95% доверительный интервал (ДИ) (66,07 – 69,09) и 135 женщин (средний возраст – 67,39; ДИ (66,66 – 68,11).

Вторая группа состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 46 мужчин (средний возраст – 81,35; ДИ (80,20 – 80,50) и 61 женщина (средний возраст – 79,49; ДИ (78,53 – 80,46).

Группу сравнения составили 108 больных (45-59 лет) – 44 мужчины (средний возраст – 53,70; ДИ (52,54 – 53,87) и 61 женщина (средний возраст – 53,57; ДИ (53,02 – 54,52).

Наиболее частыми ассоциированными состояниями являлись различные формы ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда (ОИМ)), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), нарушения сердечного ритма и проводимости, ожирение. Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий в том числе блок вопросов по объему и оценке проводимого лечения. Оценка проводимой фармакотерапии также проводилась по картам амбулаторных больных (ф. 025-у) за один год, предшествовавший осмотру; Результаты исследований вносились в протоколы и в базу данных. Описательная статистика представлена абсолютными и относительными значениями, средними величинами и (95%) доверительными интервалами (ДИ).

Для определения значимости различий между качественными и ранговыми учетными признаками при множественных сравнениях использовали критерий Краскелла–Уоллиса, при попарном сравнении – критерий Манна–Уитни с

поправкой Бонферрони. Для сравнения относительных показателей использовали критерий 2 и точный критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что от 1,6 до 7,8% больных мужского и женского пола различного возраста систематически не принимают АГП. То есть более 92% больных АГ систематически лечатся АГП.

Эти результаты свидетельствуют о высокой приверженности к терапии АГ у больных пожилого и старческого возраста. Высокая приверженность к лечению обусловлена внимательным отношением пациентов к своему здоровью, достаточным уровнем доверия к лечащему врачу, а также уходом со стороны близких родственников. Отмечается, что уровень приверженности к назначениям врача у 8132 пациентов составил 72,4% в отношении применения ингибиторов АПФ и АРА II, столь часто назначаемых при АГ [12], лечение по поводу АГ в России получают только 59,4 % больных [14].

Какой была интенсивность терапии АГ в нашем исследовании? Наиболее часто больные (от 34,1% женщин пожилого возраста до 44,4% мужчин старческого возраста) принимали по два АГП. Реже использовался прием одного АГП – от 21,0% женщин старческого возраста до 34,1% у мужчин группы сравнения. Три АГП принимали от 11,1% мужчин до 29,0% женщин старческого возраста (различия между группами $p=0,041$), при приеме этого количества АГП также отмечены различия между женщинами старческого возраста и группой сравнения ($p=0,026$).

Весьма редко больные принимали четыре или пять АГП, и только 0,7% женщин пожилого возраста систематически использовали в лечении АГ свыше 5 АГП.

Наряду с АГП ряд больных получал другие лекарственные средства, а именно бета-адреноблокаторы, нитраты, цитопротекторы, антиагреганты, сердечные гликозиды, калийсберегающие диуретики, антациды, сахароснижающие препараты.

Это обусловлено высоким процентом ассоциированных состояний у больных с АГ пожилого и старческого возраста.

В то же время от 8,9% мужчин старческого возраста до 23,4% мужчин пожилого возраста не получали никаких дополнительных лекарств, кроме АГП.

Наиболее серьезным в отношении прогноза ассоциированным состоянием является ИБС, приводящая к назначению препаратов из группы бета-адреноблокаторов.

Частота назначения бета-адреноблокаторов составляла от 34,4% до 48,1% в группах больных, включенных в исследование.

В целом назначение бета-адреноблокаторов представляется явно недостаточным, так как у 82,1% женщин и 83,1% мужчин пожилого возраста, а также 90,3% женщин и 97,8% мужчин старческого возраста наряду с АГ диагностировалась стенокардия напряжения разных функциональных классов.

Бета-адреноблокаторы являются препаратами первого ряда у больных с разными формами ИБС, в том числе после перенесенного инфаркта миокарда. Доля больных с АГ после ОИМ была весьма значительной и составляла у мужчин пожилого и старческого возраста от 41,6% до 51,6%.

Отсутствие терапии бета-адреноблокаторами у данной категории больных неоправданно, ибо влечет увеличение риска фатальных сердечно-сосудистых событий и является грубым нарушением национальных рекомендаций по ведению больных со стабильной стенокардией и ОИМ [1, 10]. Лимитирующим фактором к назначению бета-адреноблокаторов может быть только наличие противопоказаний к ним.

Продолжая анализ терапии у больных АГ и ИБС, следует отметить недостаточную профилактику острых коронарных событий, которая проводилась у данной категории больных. Только 42,9% мужчин пожилого возраста систематически принимали антиагреганты и 22,1% – липидоснижающие препараты (статины), а среди мужчин старческого возраста этот показатель еще более низок – 37,8% и 13,3% соответственно.

При этом применение статинов у женщин пожилого (29,1%) и старческого (32,3%) возрастов достоверно выше, чем у женщин в группе сравнения ($p=0,044$ и $p=0,024$ соответственно). Мужчины пожилого возраста достоверно чаще используют в лечении антиагреганты, чем женщины этой группы (11,9%, $p=0,043$).

Какие же группы АГП наиболее часто назначались больным пожилого и старческого возраста?

В основе лечения АГ у пациентов всех возрастных и гендерных групп лежит применение ИАПФ и бета-адреноблокаторов – их доля составляет около половины от всех АГП.

Реже назначались диуретики и АК, которые согласно российским и международным рекомендациям являются препаратами выбора у пожилых пациентов с АГ [1, 5].

Частота назначения ИАПФ составляла от 46,9% у женщин группы сравнения до 67,7% у женщин старческого возраста.

Установлено, что женщины старческого возраста достоверно чаще получали ИАПФ, чем женщины пожилого возраста ($p=0,012$) и женщины группы сравнения ($p=0,018$). Мужчины пожилого возраста получали достоверно чаще ИАПФ (63,5%), чем женщины этой группы (48,5%, $p=0,034$).

Весьма редко больным АГ пожилого и старческого возраста назначались антагонисты к рецепторам ангиотензина II (АРА II). Удельный вес применения АРА II лежит в диапазоне от 4,82% у мужчин старческого возраста до 9,06% у женщин пожилого возраста.

Частота применения АРА II составляла от 8,9% у мужчин до 19,4% у женщин старческого возраста. Представленные нами результаты существенно отличаются от проведенного в 2000 г. исследования АРГУС, где препараты АРА II получали только 0,23% пожилых пациентов с АГ, в исследовании АРГУС-2 удельный вес АРА II вырос до 5,4%, однако оставался невысоким, также невысоким был уровень назначения фиксированных комбинаций АГП – 4,9% [2].

Редкие назначения антагонистов к рецепторам ангиотензина II объясняются экономическими причинами, а именно высокой стоимостью данных лекарственных средств, недостаточным представительством в списке льготных лекарств на момент исследования [4, 16].

Сейчас ситуация изменяется к лучшему в связи с появлением на фармацевтическом рынке генерических форм лозартана и вальсартана.

Достаточно высокий процент назначения ИАПФ в пожилом и старческом возрасте не противоречит современным подходам к ведению больных с АГ.

Вместе с тем в ряде рекомендаций подчеркивается целесообразность более широкого применения у пациентов старше 55 лет диуретиков и АК в качестве препаратов первого выбора [14].

В нашем исследовании частота назначения диуретиков составляла от 22,7% у мужчин старческого возраста и группы сравнения, до 40,6% у женщин группы сравнения. Удельный вес этой группы лекарственных средств составил от 12,05% у мужчин старческого возраста до 21,85% в группе сравнения у женщин.

Представляется парадоксальным более частое назначение диуретиков в группе сравнения состоящей из больных АГ среднего возраста (45–59 лет), чем у больных пожилого и старческого возраста, где наряду с гипертонией в два раза чаще диагностируется сердечная недостаточность, требующая терапии диуретиками.

Частота назначения антагонистов кальция (АК) составляла от 15,1% у мужчин группы сравнения до 35,5% в группе старческого возраста у женщин, удельный вес этой группы ЛС составлял от 8,75% у мужчин группы сравнения до 16,87% у мужчин старческого возраста. Низкий процент назначения АК не оправдан как с позиции эффективного контроля АД у пациентов старших возрастных групп, так и ввиду частого сочетания АГ с ИБС, где АК также являются препаратами первого ряда [5].

Удельный вес комбинированных АГП составлял от 4,82% в группе мужчин старческого возраста до 15,13% у женщин группы сравнения, частота назначения этой группы препаратов лежит в диапазоне от 8,9% до 28,1% в этих группах. Достоверно чаще ($p=0,023$) женщины пожилого возраста использовали данную группу АГП (24,6%) по сравнению с мужчинами сопоставимого возраста (11,7%).

Среди комбинированных АГП лидирует сочетание АРА II с диуретиком во всех группах, кроме мужчин группы сравнения, где преобладала комбинация ИАПФ и диуретика. На эти две группы АГП приходится около 80–90% всех комбинированных форм.

К сожалению, в реальной клинической практике около 10% больных АГ получали комбинированные формы, содержащие старые препараты центрального действия (резерпин в сочетании с вазодилататором и диуретиком). Трое пациентов в качестве плановой терапии АГ применяли лекарственные формы, содержащие дибазол и папаверина гидрохлорид в сочетании с анальгином и фенобарбиталом.

Данные препараты использовались как пациентами старших возрастных групп, так и группами сравнения. При этом в амбулаторных картах пациентов не было данных о назначении этих АГП – они самостоятельно использовались больными как в качестве монотерапии, так и в комбинации с другими АГП.

Вероятно, в данной ситуации кредит доверия больных к лечащему врачу был низким, что и приводило к самолечению.

Кроме пяти основных групп АГП первого ряда в современной клинике применяются еще две группы лекарственных средств. К ним относятся альфа-адреноблокаторы и агонисты имидазолиновых рецепторов. В нашем исследовании на долю альфа-адреноблокаторов (ААБ) приходился незначительный удельный вес (2,69% – 3,61%), и частота назначения составляла 5,2% – 6,7%.

Альфа-адреноблокаторы назначались только мужчинам пожилого и старческого возраста страдающим доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ). Причем в основном альфа-адреноблокаторы назначались врачом-урологом ввиду ДГПЖ. Согласно нашему скринингу, ДГПЖ диагностирована у 45,5% мужчин пожилого, 73,3% – старческого возрастов и 11,9% – в группе сравнения.

Взаимодействие терапевта (кардиолога) с урологом реализовалось в выборе альфа-адреноблокаторов в качестве препаратов двойного действия, обладающих выраженным гипотензивным эффектом и лечебным действием при ДГПЖ.

Таким образом, при совместном ведении больных АГ и ДГПЖ на терапии тамсулозином из лечения аденомы простаты исключались препараты, не влияющие на уровень снижения АД (ингибиторы 5- α -редуктазы, препараты растительного происхождения: экстракты коры пальмы ползучей, коры пальмы африканской и т.д.).

В то же время при обследовании пациентов было выявлено, что 11,7% женщин и 14,2% мужчин пожилого, а также 26,7% женщин и 24,2% мужчин старческого возраста страдают гиперактивностью мочевого пузыря (ГАМП) – недержанием мочи. В данной ситуации альфа-адреноблокаторы наряду с М-холиноблокаторами являются препаратами первой линии – однако никому из пациентов с данной патологией они назначены не были.

Весьма низок удельный вес АГП, оказывающих центральное действие, – диапазон составляет от 0,76% у женщин пожилого возраста до 2,41% у мужчин старческого возраста, частота назначения ЛС этой группы лежит в диапазоне от 1,5% у женщин пожилого до 4,8% у женщин старческого возрастов.

Отрадным фактом является отсутствие старых препаратов (клонидина, резерпина), все получаемые препараты центрального действия относились к новому поколению – агонистов имидазолиновых рецепторов и представлены моксонидином.

Однако следует помнить, что, несмотря на хороший гипотензивный эффект, эти лекарственные средства не влияют на прогноз.

Выводы. Таким образом, фармакоэпидемиологический анализ антигипертензивной терапии у пациентов старших возрастных групп показал ее недостаточное соответствие современным национальным и международным рекомендациям по диагностике и лечению АГ.

При лечении ассоциированных состояний больные АГ получают не в полном объеме бета-адреноблокаторы, антиагреганты и гиполипидемические препараты. Больным пожилого и старческого возраста редко назначают тиазидные диуретики, антагонисты кальция, антагонисты к рецепторам ангиотензина II.

Недостаточно широко назначаются комбинированные лекарственные средства. Доля препаратов короткого действия, старых АГП с неблагоприятным профилем безопасности невелика.

Литература

1. Алексеев И.А., Давыдов Е.Л. Знания врачей о целях и методиках лечения артериальной гипертонии // Клиническая геронтология. 2013. – Т. 19, № 9–10. – С. 20.

2. Давыдов Е.Л. Приверженность к лечению пациентов артериальной гипертонией в пожилом и старческом возрасте // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – . 8, № 4 (S2). – С. 46.

3. Давыдов Е.Л., Гринштейн Ю.И., Харьков Е.И., Кусаев В.В. Особенности применения антигипертензивной терапии у пациентов старших возрастных групп // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25, № 4. – С. 661-667.

4. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Кусаев В.В. Медико-социальная помощь в рамках организационно-функциональной модели пациентам старших возрастных групп с артериальной гипертонией в г. Красноярске // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 3-1. – С. 54-59.

5. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Волжанина Т.Ю. и др. Особенности применения антагонистов кальция у пациентов с артериальной гипертонией пожилого возраста // Медицинский вестник МВД. 2012. – № 1 (56). – С. 21-26.

6. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Барон И.И. и др. Конфликтологические аспекты взаимоотношений между пациентами старших возрастных групп с артериальной гипертонией и медицинскими работниками // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 5 (93). – С. 123-126.

7. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Мажаров В.Ф. Факторы, препятствующие приобретению пациентами старших возрастных групп лекарственных средств для лечения артериальной гипертонии // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 5-3. – С. 290-295.

8. Каспаров Э.В., Гоголашвили Н.Г., Прахин Е.И., Тучков А.А. Ожирение, избыток массы тела и сердечно-сосудистые заболевания (современные подходы к предупреждению urgentных последствий) // Доктор. Ру. – 2012. – № 10 (78). – С. 40-42.

9. Напалков Д.А., Головенко Е.Н. Особенности лечения артериальной гипертонии у пациентов пожилого возраста // Фарматека. – 2012. – №9. – С. 17-20.

10. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л. Комплексный фармакоэпидемиологический анализ лекарственных средств, применяемых в пожилом и старческом возрасте при артериальной гипертонии // Клиническая геронтология. – 2010. – Т. 16. № 9-10. – С. 86.

11. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В. Особенности фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте. Сообщение 1 // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 99, № 5. – С. 131–134.

12. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В. Особенности фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте. Сообщение II // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 99, № 8. – С. 174–177.

13. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Шульмин А.В. Пожилой пациент и артериальная гипертония: особен-

ности течения и терапии (Сообщение I) // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – № 3 (63). – С. 3-8.

14. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Шульмин А.В. Пожилой пациент и артериальная гипертония: особенности течения и терапии (Сообщение II) // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – № 5 (65). – С. 3-7.

15. Rollanson V., Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist // Drug Aging. – 2003. – Vol. 20, №11. – P. 817–832.

16. Yaskevich R.A., Polikarpov L.S., Gogolashvili N.G. et al. Estimation of the quality of life in elderly migrants of the far north in the period of readaptation to new climatic conditions // Advances in Gerontology. – 2014. – Т. 4, № 3. – С. 213-217.

ПРОБЛЕМЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В КРУПНОМ МЕГАПОЛИСЕ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

ДАВЫДОВ Евгений Леонардович

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
г. Красноярск

Рост доли пожилых людей оказывает все возрастающее влияние не только на демографию, но и на социально-экономическое развитие. Если XX век был веком роста населения, то XXI век можно назвать веком его старения. По данным ООН, ожидается, что к 2050 г. население старше 60 лет в мире возрастет на 1 млрд человек [1, 8]. Что касается степени старения общества, то демографы придерживаются следующей классификации: молодым считается население, в котором количество лиц в возрасте 60 лет и старше составляет менее 4%; зрелым – общество, где таких людей от 4 до 7%; если же их доля превышает 7%, то население считается старым.

Население России и всех экономически развитых стран мира давно уже можно отнести к разряду демографически старых [12].

Старение не является синонимом болезни, это неизбежный этап развития организма. Однако с возрастом количество заболеваний увеличивается. Поставить диагноз «здоров» в пожилом возрасте не менее сложно, чем распознать болезни [12].

В России официально зарегистрировано более 40 млн больных артериальной гипертензией (АГ), из которых у 90% не достигается эффективный контроль уровня АД [3]. Разрыв между результатами клинических исследований и реальной медицинской практикой обусловлен рядом причин социально-экономического и медицинского характера.

Среди них определяющее значение имеют недостаточное внимание людей к своему здоровью, их низкая приверженность (комплаентность) к выполнению рекомендаций врачей по применению медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, несоблюдение самими врачами современных принципов лечения.

Согласно определению, которое принято ВОЗ, комплаентность – приверженность к лечению (ПКЛ) – это степень соответствия поведения человека (прием лекарственных средств, соблюдение диеты и/или других изменений образа жизни) рекомендации врача или медицинского

работника. Однако, по мнению ряда авторов и групп экспертов, без активного участия самого пациента трудно добиться решения поставленных задач.

Исходя из этого появились термины: «concordance» – согласие, «alliance» – сотрудничество, «adherence» – соблюдение рекомендаций. В настоящее время принято разделять ПКЛ на персистенцию и собственно комплаентность.

Персистенция определяется длительностью периода терапии и оценивается процентом больных, продолжающих лечение на протяжении определенного длительного времени [4, 5, 9, 11, 15].

Комплаентность оценивается индексом использования препарата (MPR), определяемым как частное от деления количества дней приема полной дозы препарата на длительность всего периода исследования.

ПКЛ оценивают как неудовлетворительную, когда пациент принимает менее 80% или более 120% предписанных доз ЛС [7].

В последние годы низкая ПКЛ пациентов АГ расценивается все большим числом экспертов как самостоятельный фактор риска развития заболевания, неблагоприятных исходов и смерти. ПКЛ трудно измерить, поэтому в клинической практике низкие ее показатели остаются недиагностированными.

Врачи склонны видеть причину отсутствия успеха в резистентности к лечению. Однако рефрактерная АГ отмечается только у 2-5% больных, а псевдорезистентная гипертензия по причине нерегулярности терапии или приема неадекватных доз препаратов – у 2/3 пациентов.

Плохой контроль АГ ассоциирован с более высокими затратами на ее лечение, а адекватное лечение позволяет снизить затраты и рационально использовать ресурсы здравоохранения [10, 13, 14].

Самый распространенный вид низкой ПКЛ – это пропуски в приеме ЛС на несколько дней, а также прием только при плохом самочувствии, самостоятельное изменение схемы приема, прием

препаратов в некорректных дозах, отказ от приема некоторых из рекомендованных ЛС [2, 6].

Эта тенденция характерна не только для РФ. Так, частота снижения АД в различных странах до целевого уровня составляет 29% в США, 17% у жителей Канады и не превышает 10% в странах Западной Европы.

В Португалии, где АГ выявляют у 40% взрослого населения, только 46,1% из них знают о наличии заболевания, 39% получают постоянную антигипертензивную терапию (АГТ), и лишь у 10% она приводит к контролю АД.

В популяции пожилых больных АГ, проживающих в трех крупных городах Франции, АД превосходит 140/90 мм рт. ст. у 69% из тех, кто постоянно принимает АГТ.

Вопросам изучения причин неадекватного контроля АГ было посвящено эпидемиологическое исследование Cardiomonitor в пяти европейских странах. Исследование показало, что существует значительное расхождение между мнениями врачей и больных относительно эффективности лечения АГ. Так, реальное достижение целевого уровня АД наблюдалось лишь в 37% случаев, в то время как врачи считали, что целевое АД достигается у 76% леченных ими больных, а 95% больных были уверены, что АД адекватно контролируется. При отсутствии адекватного контроля уровня АД лишь в 16% случаев врачи действительно проводят коррекцию терапии, а остальные больные (84%) продолжают получать прежнее лечение. При этом ПКЛ сохраняют только 1/3 больных, остальные прекращают прием медикаментов.

Результаты российского многоцентрового исследования РЕЛИФ («Регулярное Лечение И профилактика»), проведенного в Центральном и Северо-Западном федеральных округах РФ, также свидетельствуют о низкой ПКЛ, так 58,2% больных АГ принимают препараты только при повышении АД. Из них 63,6% принимают ЛС не каждый день, а 39,7% прекращают лечение после нормализации АД, 32,9% пропускают прием по забывчивости и только 3,3% не допускают пропусков приема ЛС.

Только 60% больных, впервые обратившихся амбулаторно по поводу стойкого повышения АД, проводят полное физическое обследование, ЭКГ выполняют лишь 54%, эхокардиографию – 18%.

Среди факторов неконтролируемой АГ, наряду с СД II типа и пожилым возрастом пациента оказался и пожилой возраст врача, это связано с тем, что при назначении ЛС доктор в большей степени ориентируется на собственный опыт и

его представления нередко не совпадают с современными, отраженными в рекомендациях экспертов.

Проанализировав базу данных 16 783 больных АГ, отметили, что в течение первого года терапии 64,9% прекратили принимать назначенные препараты, 8,2% самостоятельно изменили лечение и только 26,9% строго соблюдали рекомендации врачей. Даже в специальных контролируемых исследованиях 9–37% пациентов оказываются не ПКЛ.

Приверженность терапии далеко не всегда удается достоверно оценить. Предложен ряд специальных опросников, валидность которых окончательно не установлена. Они, как правило, включают в себя не только вопросы, имеющие непосредственное отношение к соблюдению рекомендаций по приему ЛС и немедикаментозных методов лечения, но и вопросы общепсихологического характера, касающиеся готовности больного к взаимодействию, ответственности, следованию советам.

Самый простой тест оценки комплаентности – тест Мориски–Грина, состоящий из четырех вопросов:

1. Вы когда-нибудь забывали принять препараты?
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема ЛС?
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема ЛС, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Комплаентными считают больных, набравших 4 балла, некомплаентными – менее 3.

Косвенным маркером, подтверждающим ПКЛ, является величина АД, которая оказывается достоверно ниже у тех, кто полностью придерживается указаний врача. Также в качестве косвенного маркера недостаточной ПКЛ является отсутствие отказа от курения. Данные некоторых исследований свидетельствуют о том, что женщины значительно строже соблюдают рекомендации врача, чем мужчины, а группа больных со сниженной ПКЛ состоит преимущественно из молодых, у которых подъем АД не сопровождается неприятными ощущениями, и в связи с этим их сложнее убедить в том, что высокие значения его представляют для них серьезную опасность.

Дезаппетивные синдромы, депрессивные, тревожно-депрессивные состояния ассоциированы с худшей приверженностью к лечению у больных АГ. Они тесно связаны с нездоровым обра-

зом жизни – курением, нарушением пищевого поведения, гиподинамией, избыточным употреблением алкоголя и психоактивных веществ.

По данным 10-летнего ретроспективного когортного исследования с включением 2325 больных АГ, чаще прекращают лечение те пациенты, которые начинали с диуретиков и бета-блокаторов по сравнению с ИАПФ и антагонистами кальция. Более последовательно лечатся больные, начинавшие с комбинированной терапии, а также те, кто лечился у кардиолога (по сравнению с участковыми врачами).

Одной из самых трудных с точки зрения достижения ПКЛ является группа пожилых больных АГ. Вероятность самостоятельной отмены препаратов или существенного изменения режима терапии, приводящего к снижению ее эффективности, у них в 2 раза выше, чем в группе лиц в возрасте моложе 60 лет. ПКЛ минимальна у пожилых, проживающих в одиночестве.

Среди причин снижения приверженности терапии у геронтов называют когнитивные расстройства, а также плохую переносимость лечения, нарушение памяти, явления ортостатизма при избыточном или очень резком снижении АД. Свойственная пожилым изолированная систолическая АГ составляет до 75% всех случаев неконтролируемой АГ.

У больных старше 65 лет частота несоблюдения режима приема лекарств возрастает в два раза при ежедневном приеме трех и более медикаментов, тогда как у больных моложе 65 лет она одинакова при приеме и одного, и двух, и трех, и большего количества лекарств. Также причинами отсутствия ПКЛ могут быть высокая стоимость назначенного препарата, забывчивость и нечеткие инструкции врача.

Пожилые испытывают определенные трудности с извлечением ЛС из упаковки или блистера, отмечено, что около трети из них при открытии пузырьков упаковок с таблетками или капсулами не справляются с этим, очень часто ЛС из пузырьков рассыпают на пол или давят.

Использование в развитых странах специальных емкостей для извлечения ЛС – распределителей (диспенсеров) – с указанием времени и даты приема у пожилых пациентов не выявило преимуществ, т.к. при приеме части больным приходилось переворачивать их вверх дном, и таблетки падали.

Частично их стали заменять на электронные пеналы-органайзеры, содержащие дату и время приема ЛС на этикетке и подающие электронный сигнал о необходимости приема ЛС.

Также получила распространение в домах престарелых лекарственная упаковка с горлышком, через которое ЛС могут легко выниматься при повороте или быстром выдвигании.

В пожилом возрасте пациенты испытывают трудности при глотании таблеток большого диаметра, так у них имеется сухость во рту, в свою очередь, пациенты с плохим зрением или артритическим поражением суставов испытывают проблемы при использовании маленьких таблеток.

У пожилых пациентов имеют место когнитивные нарушения, у них возникает предубежденность в отношении некоторых цветов – пожилые ассоциируют зеленый цвет с ядом, а красные таблетки – с опасностью.

В одном из исследований об особенностях лечения пожилых семейных пар 25% опрошенных не смогли ответить на вопрос о цели назначения им ЛС, а часть пациентов использовала ЛС, предназначенные другому супругу. У пожилых наряду с отказом от приема ЛС существует «фармакомания» – биологическое и/или психологическое привыкание к препарату.

Кроме того, у пожилых людей имеют значение снижение памяти и интеллекта, что ведет к нарушению инструкций врача, проявляющееся в досрочном прекращении приема ЛС, несвоевременном их приеме, пропуске доз, приеме избыточной дозы, переходе на другие средства, в том числе отпускающиеся без рецепта.

Создание мотивации к лечению и ее удержание в течение длительного времени больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией – задача, которая может быть решена только при условии комплексной работы как самого пациента, так и лечащего врача.

При этом просветительская работа и конкретное обучение должны быть направлены не только на пациента, но и на членов его семьи.

Совершенствование ЛС с целью уменьшения побочных эффектов и удлинения продолжительности действия во многом улучшило ПКЛ, но полностью не решило этой проблемы.

Использование низкодозовых комбинаций на начальном этапе лечения чрезвычайно полезно, так как сокращает сроки подбора терапии, повышает ее эффективность и уменьшает побочные действия.

Меры, направленные на улучшение комплаентности, – одна из важнейших задач врача, занимающегося лечением АГ.

Цель исследования. Оценить приверженность к лечению пациентов старших возрастных

групп с артериальной гипертонией, исследовать влияние образовательного фактора на снижение этого показателя.

Материал и методы. Обследовано 426 больных АГ II – III степени (по рекомендациям ВНОК–20010 и ESH/ESC–2009). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60–74 года – по классификации ВОЗ (1963 г.), из них 76 мужчин (средний возраст – 67,08; 95% доверительный интервал (ДИ) (66,07 – 69,09)) и 135 женщин (средний возраст – 67,39; ДИ (66,66 – 68,11)). Вторая состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 46 мужчин (средний возраст – 81,35; ДИ (80,20 – 80,50)) и 61 женщина (средний возраст – 79,49; ДИ (78,53 – 80,46)). Группу сравнения составили 108 больных (45–59 лет) – 44 мужчины (средний возраст – 53,70; ДИ (52,54 – 53,87)) и 61 женщина (средний возраст – 53,57; ДИ (53,02 – 54,52)).

Оценка приверженности к лечению проводилась с помощью теста Мориски–Грина, который включает четыре вопроса. Комплаентными считали больных, набравших 4 балла, некомплаентными – менее 3, набравших 3 балла – частично комплаентными.

Результаты исследований вносились в протоколы и в базу данных. Для статистической обработки данных использовали программу SPSS v.19. Для определения значимости различий при множественных сравнениях использовали критерий Краскела–Уоллиса, при попарном сравнении – критерий Манна–Уитни с поправкой Бонферрони. Для оценки значимости различий в группах, имеющих качественные переменные, использовался критерий хи-квадрат (Δ^2). Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По данным теста Мориски–Грина пациенты всех возрастных и гендерных групп оказались некомплаентными (средние оценки составили от 1,82 до 2,17 баллов). Достоверной разницы между группами выявлено не было ($p=0,312-0,827$).

При оценке ПКЛ внутри групп выявлено, что большинство пациентов во всех возрастных и гендерных группах являются некомплаентными (от 51,1% до 64,1%). Их количество достоверно выше по сравнению с полностью и частично приверженными к лечению ($p < 0,05$). Достоверных различий как внутри, так и между возрастными и гендерными группами по рассматриваемым градациям не отмечено ($p > 0,05$).

Такие данные, характеризующие низкую ПКЛ во всех возрастных и гендерных группах, вероятно, связаны с длительным стажем АГ у

пациентов, необходимостью постоянного приема медикаментозной терапии.

Нами были проанализированы особенности ПКЛ в зависимости от образовательного статуса пациентов. В структуре образовательного статуса во всех возрастных группах преобладали лица со средним специальным (27% – пожилого возраста, 39% – старческого и 39% – контрольной группы) и высшим (37%, 27% и 34% соответственно) образованием.

При анализе всех возрастных и гендерных групп больных со средним специальным и высшим образованием было выявлено, что показатели ПКЛ характеризовались некомплаентностью. Только в группе мужчин старческого возраста со средним специальным образованием (это наиболее часто отмеченный образовательный ценз в этой когорте) отмечается тенденция к частичной приверженности – 2,94 (2,23 – 3,66) балла. В этой подгруппе уровень ПКЛ превышает этот показатель у мужчин пожилого возраста (1,82 балла; $p = 0,019$) и достоверно выше у мужчин группы сравнения, имеющих такой же образовательный ценз (1,43 балла; $p = 0,006$).

При оценке ПКЛ внутри каждой образовательной группы (вне зависимости от гендерных различий) установлено преобладание лиц с низкой ПКЛ. Только в когорте лиц старческого возраста со средним специальным образованием преобладают полностью комплаентные пациенты (39,0%), количество которых достоверно выше, чем в двух других группах (19,3%, $p=0,010$ и 9,5%; $p=0,007$ соответственно). В то же время лица с низким ПКЛ составляют лишь 46,3% в этой когорте, что достоверно ниже, чем у пациентов группы сравнения (71,4%, $p = 0,020$).

Наши данные согласуются с материалами А.О. Конради и Е.В. Полуничевой, которые отмечают, что пол, уровень образования и социально-экономический фактор не являются предикторами приверженности к лечению [7]. По их мнению, больные пожилого и старческого возраста, как правило, лучше соблюдают рекомендации по лечению, но это нивелируется количеством прописанных препаратов, что всегда ухудшает комплаентность.

Таким образом, можно сделать выводы что:

– пациенты с артериальной гипертонией как старших возрастных групп, так и группы сравнения независимо от возраста имеют низкий уровень приверженности к лечению;

– уровень приверженности к лечению не зависит от пола больных с артериальной гипертонией;

– комплайнс больных у лиц с высшим и средним специальным образованием не зависит от их образовательного статуса, за исключением мужчин старческого возраста со средним специальным образованием.

Литература

1. Викторова И.А., Лисняк М.В., Трухан Д.И. Влияние социально-демографических и психологических факторов на приверженность к антигипертензивной терапии // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – №5. – С. 75–78.
2. Давыдов Е.Л. Приверженность к лечению пациентов артериальной гипертензией в пожилом и старческом возрасте // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8, № 4 S2. – С. 46.
3. Давыдов Е.Л., Горянец Д.И., Кожевников И.А. и др. Особенности представлений о проблемах жизни с артериальной гипертензией пациентов старших возрастных групп // Медицинский вестник МВД. – 2012. – № 5 (60). – С. 25-30.
4. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Волжанина Т.Ю. и др. Комплаенс больных артериальной гипертензией старших возрастных групп // Медицинский вестник МВД. – 2011. – № 4 (53). – С. 12-14.
5. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Шапиро Л.А. Особенности приверженности к лечению пациентов артериальной гипертензией старших возрастных групп в зависимости от уровня образования // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 3 (75). – С. 63-67.
6. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Барон И.И. и др. Конфликтологические аспекты взаимоотношений между пациентами старших возрастных групп с артериальной гипертензией и медицинскими работниками // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 5 (93). – С. 123-126.
7. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертен-

зии: причины и пути коррекции // Артериальная гипертензия. – 2004. – Т. 10, №3. – С.137–143.

8. Поликарпов Л.С., Деревянных Е.В., Яскевич Р.А., Балашова Н.А. Особенности приверженности к лечению артериальной гипертензии среди женщин пожилого возраста // Современные проблемы науки и образования. 2014. – № 5. – С. 490.

9. Ремизов Е.В., Давыдов Е.Л., Корепина Т.В. Проблемы качества жизни пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией // Военно-медицинский журнал. 2012. – № 5. – С. 64.

10. Филимонова Л.А., Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А. Психосоматические проблемы пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 3-0. – С. 106.

11. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л. Особенности качества жизни и психологические характеристики больных пожилого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и пути коррекции последних // Российский кардиологический журнал. – 2010. – № 3 (83). – С. 53-57.

12. Шабалин А.В., Воевода М.И. Гериатрические аспекты кардиологии. – Новосибирск: Наука, 2003. – 156 с.

13. Яскевич Р.А., Деревянных Е.В., Поликарпов Л.С. и др. Оценка качества жизни у пожилых мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 4. – С. 652-657.

14. Davydov E.L. The significance of nervous and depressive states in elderly patients with arterial hypertension // Advances in Gerontology. – 2013. – Т. 3, № 2. – С. 112-117.

15. Yaskevich R.A., Polikarpov L.S., Gogolashvili N.G. et al. Estimation of the quality of life in elderly migrants of the far north in the period of readaptation to new climatic conditions // Advances in Gerontology. – 2014. – Т. 4, № 3. – P. 213-217.

ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБМЕНА МЕЖДУ ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ: ТРУДНОСТИ И ПОИСКИ РЕШЕНИЙ

ДАВЫДОВ Евгений Леонардович

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
г. Красноярск

Сочетание показателей информированности о своем здоровье с показателями самооценки, удовлетворенности здоровьем, а также ответственности за свое здоровье и отношения к профилактическим мероприятиям может составить базовый комплекс позитивных показателей для выявления оптимальных направлений с целью эффективного воздействия на состояние здоровья различных групп населения [1, 3, 6, 8, 11, 12].

Планирование, осуществление и контроль эффективности профилактических мероприятий могут быть действенными, если учитывать информированность населения по вопросам, связанным со здоровьем [2, 4, 5, 7, 10].

По мнению многих исследователей, занимающихся проблемами общественного здоровья населения, мероприятия по вторичной профилактике хронических неинфекционных заболеваний необходимо начинать с повышения уровня знаний населения по этой проблеме [1, 7].

Общепризнано, что позитивные изменения образа жизни и окружающей среды произойдут быстрее, если население хорошо информировано о потенциальных возможностях профилактики неинфекционных заболеваний.

Для этого необходимо знать, как различные группы населения, в том числе и лица старших возрастных групп, воспринимают проблемы охраны здоровья и каковы наиболее эффективные пути доведения информации об укреплении здоровья до этих групп [4, 7, 10, 13].

Цель исследования. Оценить источники медицинской информации, получаемой пациентами старших возрастных групп с артериальной гипертензией (АГ) и препятствия, возникающие при понимании данного информационного воздействия.

Материалы и методы. Нами были обследованы 426 пациентов в возрасте 45–89 лет, имеющие систоло-диастолическую (СДАГ) или изолированную систолическую артериальную

гипертензию (ИСАГ). Обследовано 426 больных АГ II – III стадии (по рекомендациям ВНОК–20010 и ESH/ESC–2009), имеющих как систоло – диастолическую (СДАГ), так и изолированную систолическую артериальную гипертензию (ИСАГ).

В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60-74 года – по классификации ВОЗ (1963 г.), из них 76 мужчин (средний возраст – 67,08; 95% доверительный интервал (ДИ) (66,07 – 69,09) и 135 женщин (средний возраст – 67,39; ДИ (66,66 – 68,11). Вторая состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 46 мужчин (средний возраст – 81,35; ДИ (80,20 – 80,50) и 61 женщина (средний возраст – 79,49; ДИ (78,53 – 80,46).

Группу сравнения составили 108 больных (45-59 лет) – 44 мужчины (средний возраст – 53,70; ДИ (52,54 – 53,87) и 61 женщина (средний возраст – 53,57; ДИ (53,02 – 54,52).

Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, в том числе, блок вопросов по оценке качества медицинской помощи (в этот кейс была включена часть вопросов, представленных А.В. Решетниковым [9]).

Результаты исследований вносились в протоколы и в базу данных. Для статистической обработки данных использовали программу SPSS v.19, разработанную в Стэнфордском университете (США).

Описательные статистики представлены абсолютными и относительными значениями, средними величинами и (95%) доверительными интервалами (ДИ).

Для определения значимости различий между качественными и ранговыми учетными признаками при множественных сравнениях использовали критерий Краскелла–Уоллиса, при попарном сравнении – критерий Манна–Уитни с поправкой Бонферрони.

Для сравнения относительных показателей использовали критерий 2 и точный критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Пациенты с АГ могли указать несколько источников получения медицинской информации. Большинство из них получают данную информацию от медицинских работников – 59,1% – 84,4%.

Достоверно чаще такую информацию этим путем получают мужчины старческого возраста, чем пожилого (67,5%, $p=0,040$) и группы сравнения (59,1%, $p=0,008$), а также с тенденцией, близкой к достоверной женщины старческого возраста (74,2%) по сравнению с женщинами пожилого возраста (60,4%, $p=0,061$).

Большое количество пациентов получают данную информацию из периодических изданий, по радио и телевизору – 21,9% – 43,5%. Прослеживается выраженная тенденция, что с возрастом пациенты с АГ чаще обращаются к данному пути получения информации.

Достоверно реже таким источником информации пользуются женщины группы сравнения (21,9%), чем женщины пожилого (36,6%, $p=0,038$) и старческого (43,5%, $p=0,009$) возрастов, женщины пожилого возраста достоверно чаще используют данный путь получения информации, чем мужчины своей возрастной группы (22,1%, $p=0,029$).

В то же время только незначительное количество пациентов старших возрастных с АГ групп в силу объективных причин (наличие ПК, умения им пользоваться и т.д.) получают медицинскую информацию через Интернет) – 1,6% – 3,9%.

В тоже время среди пациентов группы сравнения этот путь получения информации весьма популярен (25,0% и 21,9% соответственно), что достоверно выше по сравнению с пациентами пожилого (3,9%, $p=0,003$ и 3,0%, $p=0,0001$) и старческого (2,2%, $p=0,006$ и 1,6%, $p=0,002$ соответственно) возрастов.

Достаточно высок удельный вес пациентов с АГ, которые получают медицинскую информацию от своих родственников и знакомых – 22,1% – 37,1%, при этом женщины старческого (37,1%) достоверно чаще используют данный канал информации, чем женщины пожилого (22,4%, $p=0,031$) возрастов.

Сопоставимым является объем получения информации пациентами АГ из научно-популярной литературы 6,7% – 12,9% и информационных объявлений и санитарных бюллетеней в поликлиниках – 6,8% – 15,6%.

Другие источники получения информации (специализированная медицинская литература, участие в образовательных программах и т.д.) указали 1,3% – 4,5% респондентов (пациенты старческого возраста и женщины группы сравнения, которые не указали данный вариант ответа).

Положительным фактором можно считать, что только 0,7% – 4,5% пациентов с АГ не получают никакой медицинской информации не из какого источника (мужчины старческого возраста не указали данный вариант ответа).

При оценке объема информации об АГ и оценке своего здоровья получаемого от медицинских работников поликлиники мужчины всех возрастных групп указали, что они получают информации ровно столько, сколько им нужно – 50,0% – 66,7%, женщины же всех возрастных групп чаще считают, что информации недостаточно и им хотелось бы больше – 36,1% – 46,9%, о полной достаточности информации сообщили лишь 31,3% – 39,3% респондентов.

Сопоставимым является количество пациентов, которые считают, что информации слишком много – 3,9% – 16,4% (мужчины группы сравнения не указали данный вариант ответа) и тех, кто не получает никакой информации – 2,2% – 17,1%.

Мужчины группы сравнения (57,1%) достоверно чаще считают, что информации достаточно, чем мужчины своей группы (31,3%, $p=0,008$), так же с тенденцией близкой достоверной ($p=0,053$) считают мужчины старческого возраста (66,7%) по сравнению с женщинами своего возраста (34,8%). Женщинам пожилого возраста (44,8%) достоверно чаще хотелось бы больше информации, чем мужчинам своего возраста (28,9%, $p=0,024$), так же с тенденцией близкой достоверной ($p=0,060$) считают женщины группы сравнения (46,9%) по сравнению с мужчинами своего возраста (28,1%).

Женщины старческого возраста достоверно чаще уверены, что информации слишком много (16,4%) по сравнению с женщинами пожилого возраста (6,0%, $p=0,020$), достоверно чаще так же считают женщины группы сравнения (9,4%), чем мужчины своего возраста (0%, $p=0,041$). Достоверно реже не получают никакой информации мужчины старческого возраста (2%), по сравнению с мужчинами пожилого возраста (17,1%, $p=0,013$) и группы сравнения (14,3%, $p=0,039$).

Большинство пациентов (кроме женщин пожилого возраста) оценивают свое взаимодействие с врачом поликлиники (участковым терапевтом/кардиологом) как полное взаимопонимание и доверие (38,8%-52,6%).

Частичное доверие и взаимопонимание является самой популярной оценкой среди женщин пожилого возраста – 40,3%, среди других возрастных и гендерных групп оценка взаимодействия составляла – 28,9% – 36,1%.

У небольшого количества пациентов АГ отсутствует всякое доверие и взаимопонимание с врачами – 1,6% – 9,7%, при этом достоверно чаще такое мнение высказывали женщины пожилого (9,7%), чем старческого (1,6%, $p=0,043$) возрастов.

Пациенты отметили, что большинство врачей поликлинических ЛПУ, у которых они наблюдались по поводу АГ (участковые терапевты или кардиологи), систематически проводили измерение АД – 81,4% – 95,1%.

Как отмечали пациенты, это было однократное измерение в положении сидя на одной, как правило, на «рабочей» руке.

При наблюдении по поводу АГ достоверно реже измерение АД производилось женщинам группы сравнения (81,4%), чем женщинам старческого возраста (94,5%, $p=0,032$), а также с тенденцией к достоверности по сравнению с мужчинами своей возрастной группы (92,3%, $p=0,059$). Однако измерение АД в положении больного стоя (согласно рекомендациям ВНОК) проводили только 5,3% – 19,1% врачей поликлиник при лечении пациентов по поводу АГ. Достоверно чаще данную методику измерения чаще проводили женщинам пожилого возраста (19,1%), чем женщинам старческого возраста (7,3%, $p=0,046$) и группы сравнения (5,3%, $p=0,016$).

Во всех возрастных и гендерных группах измерение в положении сидя проводилось достоверно чаще, чем в положении стоя ($p=0,0001$). Таким образом, врачи поликлиник при лечении АГ не следовали рекомендациям ВНОК о правилах измерения АД.

Большинство пациентов с АГ считают, что врачи полностью доступно объясняют и доносят до них информацию по поводу АГ 50,0% – 64,4%. Так, 25,7% – 48,3% респондентов считают, что то, что объясняют им медицинские работники, понятно им частично, 1,7% – 4,5% пациентов считают, что все объяснения врача по поводу АГ им непонятны (пациенты группы сравнения и женщины старческого возраста не указали данный вариант ответа).

Пациенты с АГ могли указать одновременно несколько причин трудностей в понимании объяснений медицинских работников по поводу АГ.

Основными причинами с которыми сталкиваются пациенты с АГ, были указаны следующие:

врачи не объясняют все полностью и пишут неразборчиво – 28,6% – 49,0%, достоверно реже такую причину указали женщины старческого возраста (28,6%), чем женщины пожилого (47,5%, $p=0,036$) возраста и группы сравнения (49,0%, $p=0,045$).

Часть больных считают, что врачи при объяснении информации по поводу АГ используют слишком много специальных терминов – 22,8% – 31,1%, а также то, что врачи при донесении информации по поводу АГ говорят неразборчиво, быстро, не повторяют и не уточняют непонятное – 11,8% – 33,3%. Это, в частности, связано с тем, что времени, которое выделено на прием пациентов с АГ, в поликлинике недостаточно, при этом достоверно чаще такую причину указали женщины старческого возраста (33,3%), чем женщины группы сравнения (11,8%, $p=0,012$), а также с тем, что когнитивные функции в старческом возрасте снижаются, и пациентам данной возрастной группы сложно воспринимать необходимый поток информации. Такая же проблема волнует и мужчин данной возрастной группы – 30,8%, что прослеживается в сравнении с пациентами других возрастных групп – пожилого возраста – 28,9% и 23,8%, группы сравнения – 18,8% и 11,8% соответственно.

Выводы. Таким образом, информацию о своем заболевании пациенты получают в основном от медицинских работников (59,1 – 84,4%), хотя указывают и другие источники: информационные бюллетени, средства массовой информации включая интернет, родственники и знакомые.

До 95% пациентов информируются на приеме у врача о цифрах артериального давления, однако правила и кратность измерения АД не соответствовали рекомендациям ВНОК в 80% случаев.

Не удовлетворены объемом и качеством полученной информации 48,3% больных («не объясняют, а пишут неразборчиво» – до 49%, «говорят неразборчиво, быстро и не уточняют непонятное» – до 33,3%, «используют слишком много сложных, специальных терминов» – до 31,1%). Интерес к информации о своем заболевании ослабевает с увеличением возраста как среди женщин, так и мужчин.

Целесообразен поиск более простых и доступных путей информации о заболевании среди лиц пожилого и старческого возраста, в том числе с участием социальных работников, что необходимо учитывать при создании многокомпонентной модели оказания медико-социальной помощи пациентам старшим возрастным групп.

Литература

1. Акимова Е.В., Смазнов В.Ю., Каюмова М.М., Кузнецов В.А. Информированность населения г. Тюмени о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний // Социология медицины. – № 2. – 2007. – С. 37-41.
2. Артюхов И.П., Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. Социально-экономическая характеристика больных с артериальной гипертензией старших возрастных групп // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 6. – С. 78-83.
3. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Роль медико-социальных факторов у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 6 (88). – С.113-118.
4. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Барон И.И. и др. Конфликтологические аспекты взаимоотношений между пациентами старших возрастных групп с артериальной гипертензией и медицинскими работниками // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 5 (93). – С. 123-126.
5. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Кусаев В.В. Медико-социальная помощь в рамках организационно-функциональной модели пациентам старших возрастных групп с артериальной гипертензией в г. Красноярске // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №3-1. – С. 54-59.
6. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Кусаев В.В., Алексеев И.А. Проблемы приверженности к лечению пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией в г. Красноярске в рамках организаци-

онно-функциональной модели медико-социальной помощи // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 5-3. – С. 285-289.

7. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Мажаров В.Ф. Факторы, препятствующие приобретению пациентами старших возрастных групп лекарственных средств для лечения артериальной гипертензии // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 5-3. – С. 290-295.

8. Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента // Социология медицины. – №6. – 2006. – С. 9-14.

9. Решетников А.В. Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Мед. – 2007. – 256 с.

10. Светличная Т.Г. К методологии отношений врач-пациент // Социология медицины. – 2007. – № 1. – С. 17-21.

11. Филимонова Л.А., Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А. Психосоматические проблемы пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 3-0. – С. 106.

12. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л. Проблемы информационного обмена между пациентами пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией и медицинскими работниками // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 5 (83). – С. 88-92.

13. Yaskevich R.A., Polikarpov L.S., Gogolashvili N.G. et al. Estimation of the quality of life in elderly migrants of the far north in the period of readaptation to new climatic conditions // Advances in Gerontology. – 2014. – Т.4, № 3. – P. 213-217.

О ВОЗМОЖНОСТИ И ГОТОВНОСТИ ОТКРЫТИЯ СЕТЕВОЙ МАГИСТРАТУРЫ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С ЛИЦАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СЕВЕРНОМ (АРКТИЧЕСКОМ) ФЕДЕРАЛЬНОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

ДАНИЛОВА Раиса Игнатьевна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова
г. Архангельск

Устойчивая тенденция роста продолжительности жизни в современном мире предъявляет новые требования к социальной политике в отношении лиц пожилого и старческого возраста, требует создания системы подготовки профессиональных кадров в работе с представителями старшей возрастной группы населения.

Как свидетельствуют данные Минтруда России, на 1 января 2013 года численность пожилых людей в Российской Федерации составила 33,1 млн человек – 23,1% населения страны [3]. На сегодняшний день средняя продолжительность жизни человека в РФ составляет 70,8 года, ожидаемая к 2018 году – 74 года, в 2020 году – 75,7 лет [4].

Чтобы способствовать здоровому и производительному долголетию в «добавленных более поздних годах жизни» Президентом РФ на заседании Госсовета 5 августа 2014 г. была поставлена задача разработки Национальной стратегии в интересах лиц пожилого возраста [8], в рамках которой требуется предложить социальные методы, структуры и политику для включения лиц пожилого и старческого возраста как вносящих свой вклад в развитие общества, социальную политику, при которой быстрорастущее население пожилого и старческого возраста как можно дольше продолжало бы оставаться здоровым.

Это позволит снизить нагрузку на системы здравоохранения и социального обеспечения и занятости населения, в то же время в полной мере осуществит активное участие пожилого населения в жизни общества [9], т.е. необходимо разработать стратегию управления старением.

ВОЗ определяет активное старение как «процесс оптимизации возможностей в плане здоровья, участия и безопасности в целях повышения качества жизни по мере старения людей».

Это означает освоение и внедрение инновационных форм медицинской и социальной помощи с целью продления срока активного участия пожилых людей в общественных, экономических, культурных и гражданских делах.

Необходимо расширение прав и возможно-

стей пожилых людей для реализации их потенциала, что позволит им чувствовать себя ресурсом современного социума, а не обузой,

Человечество стареет, и в странах с высокой долей пожилых и старых людей в составе населения все более и более востребованными становятся специалисты геронтологического профиля: гериатры, геронтологические медсестры, геронтосоциальные работники, социальные реабилитологи, консультанты и т.д.

Реализация Национальной стратегии в интересах лиц пожилого возраста актуализирует успешное старение, развитие геронтокультуры в обществе, широкое внедрение профилактических и оздоровительных мероприятий на ранних этапах старения, включая периоды молодости и зрелости, модернизацию реабилитационных мероприятий на базе учреждений медицинского и социального обслуживания.

Важными компонентами для успешного старения и активного долголетия, согласно европейским исследованиям, являются независимое и автономное проживание пожилых граждан и создание благоприятных условий жизнедеятельности в сочетании с улучшением возможностей здоровья, доступность медицинской и социальной помощи (ухода), содействие в получении необходимых ресурсов и технологий в реабилитационных мероприятиях [11].

Службы социальной поддержки мобильных пожилых граждан (отделения дневного пребывания ЦСО, клубы и др.) в преобладающем большинстве свою деятельность направляют на оформление и занятие свободного времени пенсионера и в меньшей степени на реализацию внутреннего потенциала и социальную реабилитацию пожилого человека.

Активная старость в современном российском обществе является стихийным феноменом, лишенным целенаправленного формирования условий ее реализации.

В результате стигматизации позднего возраста жизненный курс пожилого человека превращается в стратегию «дожития» и «преодоления»,

а не полноценного включения, предусмотренного государственной программой народосбережения России [9].

Исследователями Даниловой Р.И. [1] и Чернышковой Е.В. [9], выделены следующие медико-социальные механизмы, расширяющие возможности и способы пролонгирования активного образа жизни лиц пожилого и старческого возраста в России: профилактически-предупредительные действия, требующие смещения акцента медико-социальной помощи на профилактику и предупреждение соматических заболеваний, изменение модели медико-социальной помощи пожилым в рамках системы социального обслуживания населения.

Новые подходы в социальной политике в отношении пожилых граждан требуют выстраивания системы подготовки специалистов геронтологического профиля (гериатров, геронтологических медсестер, геронтологических работников со знанием физиологических и психосоциальных особенностей лиц пожилого возраста).

Изучение состояния современного геронтологического образования выявило, что динамичное развитие геронтологической помощи невозможно без постоянно обновляющегося корпуса профессионалов-гериатров, геронто-социальных работников, социальных реабилитологов и разработки новых направлений, например менеджеров-консультантов по управлению старением [1].

В учебных планах современного отечественного медицинского образования курс геронтологии и гериатрии не входит в инвариантную его часть; специализация по гериатрии на постдипломном этапе обучения является малопривлекательной для молодых специалистов; наметилась тенденция ликвидации кафедр гериатрии в медицинских вузах.

При этом на уровне первичного звена здравоохранения врач-геронтолог является востребованным специалистом, вынужденным консультировать по всему широкому спектру проблем старшей возрастной группы, большинство которых носит психологический характер [10].

Лечением и наблюдением за пожилыми пациентами в ряде субъектов РФ в настоящее время занимаются гериатрические медико-социальные центры и/или госпитали для ветеранов.

Гериатрические центры оказывают специализированную долгосрочную помощь пациентам преклонного возраста, страдающим хроническими, инвалидизирующими заболеваниями,

а также больным с частичной утратой способности к самостоятельному уходу за собой. Основным направлением деятельности центров является повышение качества жизни пожилых пациентов и продление периода активного периода жизни.

От обычных медицинских учреждений они отличаются специализированной направленностью, врачебными кадрами и наличием в штате социальных работников, имеющих необходимую подготовку для ухода за пациентами преклонного возраста и возвращением их к активной повседневной деятельности. В связи с недостаточным количеством подготовленных врачей-гериатров или полным их отсутствием в большинстве городов России пожилые пациенты со своими проблемами обращаются к врачам общей практики.

По мнению экспертов, организация геронтологических центров, отделений, кабинетов, обеспечивающих помощь пожилым людям в пролонгировании активного образа жизни и мотивации к нему, невозможна без специалистов в области клинической психологии и социальных работников [9].

Отдельным звеном в геронтологической практике являются социальные работники, которые оказывают помощь маломобильным пожилым и старым людям на дому. Не обладая соответствующими знаниями, умениями и навыками восстановления/реабилитации здоровья пожилых людей, активации их ресурсов, мотивации человека на самостоятельное обслуживание в повседневной деятельности, социальные работники тем самым поддерживают паттерналистское направление в социальной работе, укрепляют зависимость пожилого человека от постоянной помощи, что заканчивается более ранним и не всегда оправданным перемещением пожилого человека в стационарные социальные учреждения (дома престарелых).

Для профессионализации социально-медицинской работы с пожилыми и старыми людьми с учетом ее междисциплинарности в практике социальной работы с пожилыми (лечение, реабилитация, инклюзия, образование, уход, право и многое другое) необходимо выстроить систему (институционализация) подготовки социальных работников разного уровня: колледжи, лицеи, вузы (бакалавриат), университет (магистратура), дополнительное образование, курсы повышения квалификации и другие образовательные структуры.

Цель социально-геронтологической подго-

товки – формирование профессионала для работы с особо уязвимым контингентом, прожившим трудную и долгую жизнь, перенесшим все катаклизмы XX века и нововведения XX века. Те надо подготовить профессионала социальной сферы как высокоразвитой и духовной личности, способной рефлексивно воспринимать и интерпретировать знания и информацию. Следует отойти от нормативного понимания старости, как принято ранее, к интерпретативному.

Интерпретативное понимание старости подразумевает в первую очередь превращение ее из принудительного внешнего условия жизни человека во внутреннее активное желание свободы. В рамках последней модели человек имеет относительно свободный выбор собственного варианта старости с учетом тех физических ограничений, которые имеются на момент выбора.

Сущность интерпретативной модели заключается в следующем: признание высвобождения ресурсов человека и расширение его жизненных планов субъекта; формирование мобильной вариативной, рефлексивной идентичности.

Однако правильное представление о феномене старости возможно только на основе нормативно-интерпретативного подхода, подразумевающего, что старость и старение заданы, с одной стороны, биологическими характеристиками видовой продолжительности жизни человека, с другой – субъективным образом пожилого человека, который построен на основании интерпретации объективного социального мира.

К основополагающим моментам геронтологического образования относится гуманистическая основа – понимание человека как наивысшей ценности вне зависимости от его возраста.

Согласно исследователю Г.П. Медведевой, «признание человека высшей ценностью современной цивилизации и особенности социальной работы как профессиональной деятельности определяют сущность и специфику ценностно-этического регулирования деятельности специалистов, обуславливают требования к их личностным качествам и тем самым детерминируют содержание данного курса. Профессионально-этическая компетентность специалистов, работающих со старыми людьми, является значимой профессионализмом, способствует формированию целостного профессионального мышления социального работника и оказывает гуманизирующее влияние на личность специалиста, его клиента, их социальное окружение, на общество в целом» [6].

Пожилый человек особо чувствителен ко всем

формам пренебрежения, унижения, ограничения прав, но вынужден в силу своей физической слабости это принимать и «проглатывать» иногда и со слезами.

Огромное значение имеет психологическое состояние пожилого человека и самого социального работника. Исследователь Ю.В. Ильиных пишет: «В процессе подготовки специалистов по социальной работе существенную роль играет уровень развития психологической культуры у студентов. Одним из факторов ее формирования является стиль преподавания» [4].

Будущая работа с пожилым населением требует от выпускника не только глубоких теоретических знаний, но и практических навыков. В свете вышесказанного подготовка специалистов геронто-социального направления в должна носить практико-ориентированный характер.

Согласно исследователю Г.Х. Мусиной-Мазновой: «Переход из индустриального в постиндустриальное общество требует инновационного образования и активного внедрения практико-ориентированного подхода в обучении.

Под практико-ориентированным подходом понимается совокупность приемов, способов, методов, форм обучения студентов, направленная на формирование практических умений и навыков социальной деятельности. Практико-ориентированный подход в целом означает, что в учебном процессе решается основная задача подготовки будущих специалистов – создание условий для развития профессиональной компетентности личности» [7].

Руководителями отделений по работе с пожилыми людьми в социальных учреждениях чаще всего являются выпускники кафедр социальной работы. В преобладающем большинстве институтов и университетов России на кафедрах социальной работы готовят бакалавров по направлению «социальная работа», в рамках стандарта которого вуз сам может выбирать приоритетные направления работы, в основном это работа с семьей, инвалидами, детьми-сиротами. Небольшое число вузов предлагает углубленное изучение дисциплин геронтологического профиля.

На кафедре социальной работы и социальной безопасности Северного (Арктического) федерального университета (САФУ) имени М.В. Ломоносова (ранее Поморский государственный университет) реализуется три образовательные программы: по направлению 39.03.02 «Социальная работа», 39.03.03 «Организация работы с молодежью» и по направлению магистерской программы «Социальная работа с различными

группами населения» – 39.04.02. В настоящее время на кафедре действуют две сетевые магистратуры: международная – с Лапландским университетом (Финляндия) «Сравнительная социальная работа» и междисциплинарная – «Информационное обеспечение в социальной сфере и здравоохранении» [5].

На наш взгляд в связи с изменившейся демографической ситуацией, прогрессивным увеличением численности пожилых и старых людей в структуре населения следует обратить внимание на подготовку гериатров, социальных геронтологов, геронтопсихологов, геронтологических работников, менеджеров-консультантов по управлению старением и специалистов других направлений геронтологического профиля.

Создание третьей сетевой магистратуры в САФУ с новой специальностью «Геронто-социальная работа, менеджеры-консультанты по вопросам управления старостью» объединила бы опыт нескольких вузов Северо-Западного федерального округа (СЗФО). Так, кафедра социальной работы и социальной безопасности САФУ в Архангельске традиционно включает в курсы подготовки бакалавров и магистров по направлению «социальная работа» большого блока специальных знаний геронтологического направления: «Психосоциальные особенности лиц старших возрастов», «Инновационные подходы к геронто-социальной работе», «Геронто-социальное образование в современном обществе», «Пожилое население в Арктике: глобальное и региональное измерение», «Кросс-культурные аспекты социальной работы с пожилым населением», «Социокультурные аспекты демографических процессов», «Медико-социальная работа с различными группами населения» и др.

Кроме того, на кафедре ведется большая научно-исследовательская работа по данному направлению с 2003 года (Е.Ю. Голубева, Р.И. Данилова, Т.И. Трошина), поддерживаемая регулярно зарубежными и российскими научными грантами, результаты которой представлены более чем в 150 публикациях в научных журналах, монографиях и сборниках.

Вопросы соответствующего раздела социальной медицины и социальной гигиены, клинической психологии могли бы читаться как преподавателями САФУ, так и Северного государственного медицинского университета (Архангельск). Социологию как основу научного знания социальной работы могли бы читать преподаватели-исследователи кафедры социологии и социальной работы Санкт-Петербургского

университета, имеющего сильную научную школу социологии.

Методологические основы содержания подготовки будущих специалистов социальной работы необходимо проводить с учетом международных требований к социальной работе, рекомендаций Мадридского плана по вопросам старения, направленных на расширение возможностей пожилых граждан для продуктивной деятельности для себя, семьи, общества и государства и их дальнейшего развития и саморазвития [2].

Профессионализация социальной работы с лицами старших возрастов в системе высшего образования (магистратура) должна решить следующие задачи:

- актуализация общественной потребности в профессионалах по социальной работе с пожилыми и старыми людьми в аспекте новой демографической ситуации;

- разработка стратегии рекрутирования в профессию мотивированных кадров – как преподавательских, так и студенчества;

- паритетное сотрудничество работодателей и высшей школы в определении круга задач и компетенций специалистов по социальной работе с представителями старшего поколения;

- использование единых для теории и практики инновационных технологий в целостном процессе профессионализации социальной работы в активизации ресурсов лиц старших возрастов;

- поддержка общественных инициатив развития профессионального сообщества;

- формирование имиджа профессии специалиста по геронто-социальной работе [5].

Образовательная программа магистратуры ставит своей целью повышение роли междисциплинарных исследований в научной практике; расширение масштабов сравнительного подхода.

Выпускник магистратуры должен уметь использовать новый профессиональный инструментарий, соответствующий современным возможностям науки; самостоятельно проводить исследования в области социологии старости и социальной геронтологии; осуществлять комплексный анализ современных социальных проблем; совершать критическую оценку современных практик в области социальной работы; будет вооружен новейшими теоретическими и практическими знаниями, современным методологическим инструментарием для прогнозирования новых социальных проблем с целью

профилактики негативных последствий и умения подбирать необходимые формы их преодоления.

Разработанная магистерская программа, направленная на подготовку специалистов в области геронто-социальной работы нового уровня, обеспечивает им широкую научную и методологическую эрудицию, овладение историческим и современным, отечественным и международным опытом теоретического и практического осмысления

Основными видами профессиональной деятельности выпускника межвузовской магистратуры могут быть: организационно-управленческая, научно-исследовательская, социально-технологическая с элементами социально-проектной; организаторская и другие в соответствии с заказом работодателя.

Кроме общетеоретических дисциплин, предусмотренных стандартом в межвузовской магистратуре по направлению «геронто-социальная работа», в учебный план могли бы быть введены следующие модули или дисциплины:

- «Социальная безопасность жизнедеятельности пожилых граждан»;

- «Современные практики в геронто-социальной работе: отечественный и зарубежный опыт»;

- «Теория и практика управления в социальной работе»;

- «Личность как субъект жизни. Мотивация социального и жизненного успеха личности»;

- «Социальное конструирование старости»;

- «Социология старости»;

- «Социальная политика и права человека»;

- «Медико-социальная помощь пожилому населению: региональные особенности»;

- «Квалитология и стандартизация в социальной работе»;

- «НКО и их роль в профилактике социальной эксклюзии пожилых людей»;

- «Психо-эмоциональное благополучие и эффективная психологическая помощь пожилым людям при ухудшении социального самочувствия»;

- «Межпоколенческий диалог»;

- «Уход за пожилыми и старыми людьми»;

- «Участковая медико-социальная служба для пожилых»;

- «Пожилое население в Арктике: глобальное и региональное измерение»;

- «Кросс-культурные аспекты социальной работы с пожилым населением»;

- «Социокультурные аспекты демографических процессов»;

«Социальное здоровье коренных народов Севера» и другие.

Таким образом, на сегодняшний день существуют объективные предпосылки для открытия межвузовской (сетевой) магистратуры по геронто-социальной работе.

Литература

1. Данилова Р.И. Развитие геронтообразования в Северном (Арктическом) федеральном университете имени М.В. Ломоносова / Научно-исследовательская и инновационная деятельность в федеральном университете: материалы конф. – 2012. – С. 249-256 (Соавт. Mkrttchian Vardan).

2. Данилова Р.И. Геронтообразование – инструмент национальной геронтополитики РФ / «Материалы конф. – САФУ, Архангельск, 2015 г. «Развитие Северо-Арктического региона: проблемы и решения». Секция 12: «Человек в системе социальных взаимодействий и культурных ценностей». – 2015 г. – Изд – во: САФУ. – 2015. – С. 464–467.

3. Демографическая политика Российской Федерации на период до 2025 года. URL: <http://www.gosmintrud.ru/ministry/programms/6> (Дата обращения: 05.04.2016).

4. Ильиных Ю.В. Формирование психологической культуры у студентов, обучающихся по специальности «Социальная работа» / Инновационные технологии в подготовке специалистов социальной сферы [текст]: материалы всероссийских науч.-практ. конф. по социальной работе и социальной педагогике, Екатеринбург, 20 окт. 2005 г., 11 нояб. 2005 г./ сост. и общ. ред. И.А.Ахьямовой; Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2006. – С.93.

5. Малик Л.С. Профессионализация социальной работы в системе высшего образования / Социальная работа XXI века: глобальные вызовы и региональная практика Коллективная монография. Под общей редакцией Р.И. Даниловой, Т.И. Трошиной, Л.С. Малик. Изд-во: Архангельск: ИЦ САФУ. – 2015. – С. 127-136.

6. Медведева Г.П. Этические основы социальной работы : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Г.П.Медведева. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательский центр «Академия», 2012. – С.3

7. Мусина-Мазнова Г.Х. Практико-ориентированный подход в процессе формирования проектных компетенций будущих социальных работников / Инновационное образование: практико-ориентированный подход в обучении : мат-лы IV международной научно-методической конференции (Астрахань, 17 апреля 2012 г.) / отв. ред. Г. П. Стефанова. – Астрахань: Астраханский государственный университет, Издательский дом «Астраханский университет», 2012. – С.53.

8. План подготовки проекта Стратегии действий в интересах граждан пожилого возраста «Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/protection/161> (Дата обращения: 20.05.2016).

9. Чернышкова Е.В. Медико-социальные риски пролонгирования активного образа жизни пожилых людей // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – № 3, ч. 2.

10. Чернышкова Е.В. Медико-социальные детерминанты активного образа жизни представителей третьего возраста / Е.В. Чернышкова, Е.А. Андриянова // *Социология медицины: наука и практика* : сб.

ст. науч.-практ. конф. с междунар. участием / под ред. А.В. Решетникова. – М. : Изд-во Первого Моск. гос. мед. ун-та, 2012.

11. Zaidi A., Gasior K., Hofmarcher M. [et al.] *Towards An Active Ageing Index: Concept, Methodology and First Results*. – 2012. Project: 'Active Ageing Index (AAI)' UNECE Grant No: ECE/GC/2012/003.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДВИЖЕНИЙ ЦЕНТРА ТЯЖЕСТИ У ЖЕНЩИН 55–64 лет С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПАДЕНИЙ

ДЁМИН Александр Викторович

МОРОЗ Таисия Петровна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

Институт медико-биологических исследований

г. Архангельск

Развитие гериатрического синдрома падений является одной из серьезных проблем для пожилых людей. Его проявления характерны для лиц 65 лет и старше [1, 7, 10], однако последние данные свидетельствуют о том, что риск падений у женщин начинает повышаться с пятидесятилетнего возраста [4]. Как известно, женщины, в отличие от мужчин, более чувствительны к падениям и в результате к получению серьезных травм [2, 8, 9]. Поэтому изучение особенностей функции равновесия у женщин моложе 65 лет, испытавших падения, является сегодня весьма актуальной задачей, решение которой позволит выявить особенности ранних изменений пострурального контроля и разработать профилактические программы, направленные на снижение риска падений.

Цель данной работы заключалась в изучении особенностей колебательных движений центра тяжести (ЦТ) в пределах базы поддержки его опоры у женщин 55–64 лет с риском развития гериатрического синдрома падений.

В работе представлена характеристика координированных моторных реакций и особенностей управления ЦТ у этой группы женщин.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 88 женщин в возрасте 55–64 лет (средний возраст $60,2 \pm 3,2$ года). В первую группу – группу исследования (ГИ) – были включены 44 женщины, которые сообщили, что испытали два и более падений за последние 6–8 месяцев, что следует рассматривать как наличие у них риска развития гериатрического синдрома падений или риска последующих падений, исходя из рекомендаций Американского и Британского гериатрических обществ [9]. Во вторую группу – группу сравнения (ГС) – случайным образом вошли 44 женщины, которые не испытали ни одного падения за последние 12 месяцев (постуральная стабильность).

Группы были сформированы таким образом, что календарный возраст (КВ) респондентов в ГС был идентичным КВ в ГИ.

В исследование не были включены женщины, находящиеся на учете в психоневрологических диспансерах, имеющие в анамнезе инсульты, черепно-мозговые травмы, онкологические заболевания, злоупотребляющие алкоголем, а также лица, постоянно проживающие в домах престарелых.

Для оценки особенностей колебательных движений ЦТ в пределах базы поддержки его опоры использовался компьютерный динамический постурографический (стабилометрический) комплекс Smart Equitest Balance Manager производства США.

Проводились следующие тесты: Motor Control Test (МСТ) и Rhythmic Weight Shift (RWS).

МСТ позволяет оценить способность поструральной системы человека быстро восстанавливаться после неожиданных внешних воздействий в виде толчков опорной платформы в направлениях вперед или назад с разными темпами: слабые (со скоростью толчков 2,8 градуса в секунду, равной смещению ЦТ на 0,7 градуса), средние (6 градусов в секунду, равной смещению ЦТ на 1,8 градуса) и сильные толчки (8 градусов в секунду – смещение ЦТ на 3,2 градуса).

Одним из важных параметров данного теста является показатель Latency (LAT), который характеризует количество времени (мс) от момента начала толчков разной интенсивности до начала активной реакции обеих ног пациента с целью удержания равновесия и сохранения ЦТ в пределах базы поддержки его опоры.

Величина Composite of all latencies (LAT-CMP) включает в себя среднее значение реакции обеих ног пациента при средних и сильных толчках во всех направлениях.

Тест RWS позволяет проводить количественную оценку двух характеристик движения, связанных со способностью пациента произвольно перемещать собственный ЦТ и при этом ритмично раскачиваться в направлениях влево/вправо или вперед/назад совместно с ориентиром (так называемой мишенью), который движется с раз-

ной скоростью. При этом скорость мишени при медленных движениях влево/вправо составляет 2,67 градуса в секунду; при средних движениях влево/вправо – 4 градуса в секунду; при быстрых движениях влево/вправо – 8 градусов в секунду; при медленных движениях мишени вперед/назад – 1,78 градуса в секунду; при средних движениях вперед/назад – 2,68 градуса в секунду; при быстрых движениях вперед/назад – 5,35 градуса в секунду.

Способность управлять движением ЦТ в заданном направлении, замедлять, ускорять движения и менять их направление, реципрочно двигаться и адаптироваться к временным ограничениям является составной частью нормального постурального контроля.

Измеряемые параметры данного теста – это осевая скорость (On-AxisVelocity) и контроль направления (Directional Control).

On-AxisVelocity (V) – это скорость движения ЦТ (град./с.) в заданном направлении. В первой пробе учитывается лишь скорость движения пациента в направлении влево/вправо (left/right (L/R)), а любые другие скорости движений ЦТ являются излишними. Mean V–L/R – это среднее значение показателей скоростей при медленных, средних и быстрых движениях ЦТ в направлениях влево/вправо.

Во второй пробе учитывается лишь скорость движения пациента в направлениях вперед/назад (forward/backward (F/B)), все остальные скорости перемещения ЦТ являются излишними. Mean V–F/B – это среднее значение показателей скоростей при медленных, средних и быстрых движениях ЦТ в направлениях вперед/назад.

Directional Control (DC) характеризует количество движений в указанном направлении (к мишени) и количеством излишних движений (от мишени) и позволяет оценить качество управления движением ЦТ во фронтальном и сагиттальном направлениях. Выражается данный показатель в процентах. Если все движения пациента направлены к мишени (прямая линия), то количество излишних движений будет равно нулю, соответственно, наилучший результат контроля направления будет равен 100%.

Использовали следующие показатели DC: Mean DC–L/R – среднее значение контроля направления при медленных, средних и быстрых движениях ЦТ в направлениях влево/вправо; Mean DC–F/B – среднее значение контроля направления при медленных, средних и быстрых движениях ЦТ в направлениях вперед/назад.

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием компьютерной программы SPSS 22. В связи с тем, что не во всех выборках обнаружено нормальное распределение показателей, параметры по группам оценивались и представлены медианой (Me) и процентильным интервалом 25–75 (Q1–Q3).

Для сравнения групп и исследования связей использовался непараметрический статистический метод (тест Манна–Уитни – для сравнения двух независимых выборок). Пороговый уровень статистической значимости соответствовал значению критерия $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. При сравнительной оценке МСТ обнаружено, что все квартили CMP–LAT (табл. 1) у женщин в ГС были ниже, чем у женщин в ГИ (критерий U Манна–Уитни = 488,5; $p < 0,001$).

Показатели	Группа исследования n = 44	Группа сравнения n = 44	Уровень статистической значимости (p)
	Me (Q1–Q3)	Me (Q1–Q3)	
KB, лет	61,0 (58,0–63,0)	61,0 (58,0–62,8)	0,923
Motor Control Test (MCT)			
CMP–LAT, мс	134(129–140)	126 (123–130)	< 0,001
Rhythmic Weight Shift (RWS)			
MeanDC–L/R, %	87,0 (85,0–90,0)	90,0 (88,3–92,0)	< 0,001
Mean DC–F/B, %	79,0 (70,0–84,0)	84,5 (78,2–88,0)	0,001
MeanV–L/R, град./с	7,6 (6,4–8,9)	8,3 (7,2–10,1)	0,099
MeanV–F/B, град./с	4,6 (3,8–5,7)	5,8 (4,4–6,9)	0,003

Табл. 1. Сравнительная характеристика показателей МСТ и теста RWS у женщин 55–64 лет с риском развития геронтологического синдрома падений (группа исследования) и с постуральной стабильностью (группа сравнения)

Установлено замедление скорости координированных моторных реакций у женщин 55–64 лет с риском развития геронтологического синдрома падений.

Анализ теста RWS выявил, что все квартили Mean DC–L/R (U Манна–Уитни = 446,5; $p < 0,001$) и Mean DC–F/B (U Манна–Уитни = 579,0; $p = 0,001$) у женщин в ГС были больше, чем в ГИ. Полученные результаты указывают на снижение качества управления ЦТ во фронтальном и сагиттальном направлениях у женщин 55–64 лет с риском развития геронтологического синдрома падений.

Характеристика Mean V–L/R обнаружила различия на уровне статистической тенденции ($p \leq 0,1$). При этом все квартили данного показателя у обследуемых в ГС были выше, чем в ГИ. Также обнаружено, что все квартили Mean V–F/B у женщин в ГС были выше, чем в ГИ (U Манна–Уитни = 606,5; $p = 0,003$). Выявлено снижение скорости движений ЦТ в сагиттальном направлении, а также существует риск снижения скорости движений ЦТ во фронтальном направлении у женщин 55–64 лет с риском развития геронтологического синдрома падений.

Полученные результаты исследования еще раз доказывают, что показатели Mean DC–L/R и Mean DC–F/B являются наиболее чувствительными величинами при характеристике постуральной нестабильности и риска падений у женщин в пожилом и старческом возрасте [1].

Обсуждение результатов. Оценка результатов МСТ позволяет сделать вывод, что ослабление нервно-мышечных реакций у женщин 55–64 лет приводит к уменьшению адаптационных возможностей сенсорных и моторных компонентов постуральной системы быстро реагировать на изменения ЦТ в пределах базы поддержки его опоры и способствует развитию синдрома падений. Известно, что ослабление координированных моторных реакций у пожилых людей будет способствовать снижению скорости простой и сложной ходьбы и тем самым косвенно ухудшать мобильность и приводить к развитию синдрома страха перед вероятными падениями [1].

Некоторые исследователи также отмечают, что нарушение баланса во фронтальной плоскости у пожилых лиц негативно отражается на параметрах простой и сложной ходьбы [5].

В предыдущей работе были сделаны выводы о снижении параметров простой и сложно-координационной ходьбы, а также сложно-двигательных актов у женщин 65–74 лет с риском развития геронтологического синдрома падений [2].

Результаты наших исследований указывают на то, что развитие геронтологического синдрома падений у женщин даже в возрасте 55–64 лет сопровождается изменениями в статических и динамических компонентах постурального контроля.

Поскольку рефлекторное постуральное реагирование человека на толчки в МСТ является первым ответом на сохранение равновесия и противодействие падению, то использование данного теста в диагностике геронтологического синдрома падений позволит выявлять пожилых лиц как с высоким риском падений, так и с риском развития синдрома страха перед вероятными падениями.

S. Clark и D.J. Rose отмечают, что мышцы нижних конечностей, а также мышцы спины играют существенную роль в корректировке баланса в сагиттальной плоскости [3]. Следовательно, снижение функционирования мышц и суставов ног, а также спины у женщин 55–64 лет способствует развитию геронтологического синдрома падений.

Для женщин 55 лет и старше необходимо разработать комплекс физических упражнений, направленных в первую очередь на укрепление мышц и суставов ног, а также спины, что будет оказывать благоприятное воздействие на сохранение качества управления ЦТ в сагиттальной плоскости и тем самым снижать риск падений.

M.Y. Liaw с соавторами отмечает, что увеличение показателей Mean DC–L/R и Mean DC–F/B теста RWS уменьшает частоту падений и оказывает положительное влияние на компоненты контроля над балансом у пациентов пожилого возраста [6].

Таким образом, снижение показателей Mean DC–L/R и Mean DC–F/B теста RWS можно рассматривать как один из важных критериев оценки риска падений и прогнозирования изменений постурального управления у пожилых людей.

Кроме того, данный тест целесообразно использовать в реабилитационных целях при работе с лицами пожилого и старческого возраста, испытывшими хотя бы одно падение в течение года, для снижения у них риска повторных падений.

Повсеместное внедрение компьютерной постурографии (стабилометрии) в практику гериатрии будет полезно для ежегодного мониторинга состояния постурального контроля у лиц пожилого и старческого возраста, что позволит своевременно выявлять у них эти изменения и снижать риск падений, тем самым оказывать положительное влияние на продолжительность и качество их жизни.

Литература

1. Гудков А.Б. Характеристика постурального контроля у женщин пожилого возраста с синдромом падений / А.Б. Гудков, А.В. Дёмин, А.В. Грибанов // Успехи геронтологии. – 2015. – Т. 28, № 3. – С. 513–520.
2. Дёмин А.В. Характеристика постурально-моторного контроля у женщин пожилого возраста с синдромом падений / А.В. Дёмин, Т.П. Мороз, А.В. Грибанов, В.И. Торшин // Экология человека. – 2016. – № 5. – С. 30–35.
3. Clark S. Evaluation of dynamic balance among community-dwelling older adult fallers: A generalizability study of the limits of stability test / S. Clark, D.J. Rose // Archives of physical medicine and rehabilitation. – 2001. – Vol. 82, № 4. – P. 468–474.
4. Ersoy Y. Predictive effects of different clinical balance measures and the fear of falling on falls in postmenopausal women aged 50 years and over / Y. Ersoy, R.S. MacWalter, B. Durmus, Z.E. Altay, O. Baysal // Gerontology. – 2009. – Vol. 55, № 6. – P. 660–665.
5. Hurt C.P. Variation in trunk kinematics influences variation in step width during treadmill walking by older and younger adults / C.P. Hurt, N. Rosenblatt, J.R. Crenshaw, M.D. Grabner // Gait and posture. – 2010. – Vol. 31, № 4. – P. 461–464.

6. Liaw M.Y. Effects of Knight-Taylor brace on balance performance in osteoporotic patients with vertebral compression fracture / M.Y. Liaw, C.L. Chen, J.F. Chen, F.T. Tang, et al. // Journal of back and musculoskeletal rehabilitation. – 2009. – Vol. 22, № 2. – P. 75–81.
7. Lord S.R. Falls in Older People: Risk Factors and Strategies for Prevention. 2nd ed. / S.R. Lord, C.T. Close, C. Sherrington, H.B. Menz. – Cambridge: Cambridge University Press, 2007. – 408 p.
8. Pereira C.L. Men older than 50 yrs are more likely to fall than women under similar conditions of health, body composition, and balance / C.L. Pereira, F. Baptista, P. Infante // American journal of physical medicine and rehabilitation. 2013. – Vol. 92, № 12. – P. 1095–1103.
9. Summary of the Updated American Geriatrics Society / British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons / Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society // Journal of the American Geriatrics Society. – 2011. – Vol. 59, № 1. – P. 148–157.
10. Tideiksaar R. Falls in Older People: Prevention & Management, Fourth Edition. / R. Tideiksaar. – Baltimore: Health Professions, 2010. – 312 p.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТОЯННОГО ПОТЕНЦИАЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА*

ДЕПУТАТ Ирина Сергеевна

ГРИБАНОВ Анатолий Владимирович

НЕХОРОШКОВА Александра Николаевна

БОЛЬШЕВИДЦЕВА Ирина Леопольдовна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

Институт медико-биологических исследований

г. Архангельск

Одним из факторов, оказывающих значительное влияние на сохранность психической деятельности человека в пожилом возрасте, является состояние энергетического метаболизма головного мозга, характеризующее процесс утилизации глюкозы мозгом [4, 9]. Особую значимость это приобретает для пожилых северян, поскольку проживание в условиях Севера связано с постоянным напряжением систем, поддерживающих гомеостаз в организме [5]. Однако до сих пор энергетическое состояние головного мозга в старших возрастных группах остается малоизученным [7].

В настоящее время одним из перспективных направлений в изучении энергообмена мозга является такой метод функциональной нейровизуализации церебральных энергетических процессов головного мозга, как нейроэнергокартирование [2, 6, 8]. Этот метод основан на измерении уровня постоянного потенциала (УПП) мозга.

Характеристики УПП, как интегральные показатели энергетического состояния головного мозга, не только отражают нейрофизиологические механизмы стационарного назначения, но и связаны с комплексом биохимических и иммунологических параметров, характеризующих функциональное состояние адаптивных систем организма в целом [1, 3, 10].

Цель работы – анализ особенностей распределения уровня постоянного потенциала головного мозга у женщин пожилого возраста, проживающих в условиях Севера.

В исследовании принимали участие 267 женщин пожилого возраста (простая случайная выборка). Средний возраст составил 61 год.

Нейроэнергообмен головного мозга оценивался посредством анализа уровня постоянного потенциала (УПП), который регистрировали, обрабатывали и анализировали с помощью 12-канального аппаратно-программного диагностического комплекса «Нейроэнергометр-КМ»

НМФ «Статокин», в монополярных отведениях. Активность энергетического метаболизма оценивали по фоновому уровню УПП. Полученные характеристики распределения УПП сравнивались со среднестатистическими нормативными значениями для соответствующего возрастного периода, встроенными в программное обеспечение комплекса «Нейроэнергометр-КМ». Полученные данные подвергнуты статистической обработке с применением пакета Statistic и пакета прикладных программ SPSS 21.0 for Windows.

Суммарные показатели уровня постоянного потенциала головного мозга пожилых женщин-северянок превышают эталонные показатели более чем в 1,5 раза ($p \leq 0,001$). Увеличение суммарного УПП в данном случае происходит за счет повышения значений потенциалов во всех областях мозга: было выявлено увеличение фоновых показателей метаболизма по всем отведениям.

Анализ процентного соотношения показателей УПП выявил наибольшую разницу по правому и левому центральным отведениям (Cs, Cd). Повышение суммарных показателей уровня постоянного потенциала головного мозга у пожилых женщин-северянок, в сравнении с эталонными значениями, реализуемое за счет увеличения УПП во всех областях, свидетельствует о функциональном напряжении головного мозга и снижении его резервных возможностей.

Анализ фоновых значений УПП показал, что наиболее высокие значения зарегистрированы в центральных, теменных и затылочной областях (Cz, Cd, Cs, Pz, Pd, Ps, Oz), значение показателей УПП снижается в височных областях (Td, Ts), а наиболее низкие значения в данной группе наблюдаются в лобных областях (Fpz, Fd, Fs).

Принцип куполообразности, когда максимальное значение показателей, регистрируемых в центральном отделе, плавно снижается к периферии, сохраняется в распределении УПП у пожилых женщин-северянок – зарегистрированные

в центральном отделе мозга значения УПП превышают таковые в остальных отделах. Однако если в эталонных значениях УПП наблюдается плавное снижение значений (как по вертикали, так и по горизонтали), то в группе северян это снижение носит скачкообразный характер.

Рост локальных показателей распределения УПП у северян, выявленный в нашем исследовании, указывает на усиление церебрального энергетического метаболизма и мозгового кровотока, при котором происходит перестройка энергетических обменных процессов, увеличение доли анаэробного окисления как резервного механизма энергообмена и накопление продуктов окисления жирных кислот в мозговой ткани.

Повышение значений постоянных потенциалов у женщин, живущих в условиях Севера, косвенно может указывать на функциональную гиперактивацию мозга при развертывании первой стадии физиологического стресса, обусловленного в том числе и условиями проживания на Севере.

Наиболее высокие фоновые значения УПП внутри исследуемой группы зарегистрированы в центральных, теменных и затылочной отделах (Cz, Cd, Cs, Pz, Pd, Ps, Oz). Интересен тот факт, что повышение уровня нейрометаболизма в центральных и затылочных областях связывают и с повышенной тревогой, сопровождающей жизнедеятельность человека. Подобное длительное состояние гиперактивации резервного метаболизма головного мозга может быть связано с недостаточностью адаптационных возможностей организма северян.

Отмеченные в центральных отделах изменения, отражающие значительное повышение энергозатрат в подкорковых структурах, могут указывать на состояние эмоциональной нестабильности, на стрессовое состояние испытуемых. Рост УПП в центрально-теменных отделах может указывать на повышенный энергообмен в срединных структурах мозга.

Обнаруженное в распределении УПП у пожилых женщин-северянок сглаживание регионарных различий соответствует эталонному и, вероятно, связано с уменьшением специализации коры в процессе старения. Также сохраняется высокая интериндивидуальная вариабельность показателей УПП и относительное уменьшение межполушарных различий.

Таким образом, выявлено изменение распределения уровня постоянного потенциала по всем отделам головного мозга у пожилых женщин, проживающих в условиях Севера, в сравнении с эталонными значениями. Повышение показате-

лей распределения УПП можно расценивать как проявления экологической адаптированности к условиям Севера.

**Исследование выполнено при финансовой поддержке Правительства Архангельской области (конкурс «Молодые ученые Поморья») в рамках научного проекта № 07-2016-03а «Исследование энергетического состояния головного мозга у пожилых северян при высокой тревожности».*

Литература

1. Галимов Н.М., Вильданов Э.Р., Хидиятов И.И., Кальметьев А.Х., Султанов А.Ф., Валиуллин Р.Ч. Сверхмедленные физиологические процессы головного мозга человека и животных в экспериментальных и клинических исследованиях // Медицинский Вестник Башкортостана. – 2009. – №3. – Т.4. – С. 63-69.
2. Грибанов А.В., Панков М.Н., Подоплекин А.Н. Уровень постоянных потенциалов головного мозга у детей при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью // Физиология человека. – 2009. – Т.35. – № 6. – С.43-48.
3. Депутат И.С., Нехорошкова А.Н., Грибанов А.В., Большевидцева И.Л., Старцева Л.Ф. Анализ распределения уровня постоянного потенциала головного мозга в оценке функционального состояния организма (обзор) // Экология человека. – 2015. №10. – С. 27-37.
4. Миронов Н.П., Соколова Л.П., Борисова Ю.В. Нейроэнергокартирование. Оценка функционального состояния мозга при когнитивных нарушениях различной этиологии // Вестник МЕДСИ. – 2010. – №8. – С. 32-37.
5. Проблемы адаптации человека к экологическим и социальным условиям Севера / под ред. Е.Р. Бойко. Сыктывкар; СПб.: Политехника-сервис. – 2009. – 264 с.
6. Фокин В.Ф., Пономарева Н.В. Интенсивность церебрального энергетического обмена: возможности его оценки электрофизиологическим методом // Вестник РАМН. – 2001. – № 8. – С. 38-43.
7. Фокин В.Ф., Пономарева Н.В., Букатина Е.Е. Уровень постоянного потенциала головного мозга человека в молодом, зрелом и старческом возрасте. Журн. патол. физиол. и экспер. терапии. – 1986. – № 6. – С.72-74.
8. Шмырев В.И., Витько Н.К., Миронов Н.П., Соколова Л.П. Нейроэнергокартирование (НЭК) – высокоинформативный метод оценки функционального состояния мозга. Методические рекомендации. – М., 2010. – 21 с.
9. Beltrán F. A., Acuña A.I., Paz Miró M. and Castro M.A. Brain Energy Metabolism in Health and Disease // Neuroscience – Dealing With Frontiers, Dr. Carlos M. Contreras (Ed.), 2012. P. 331-362. <http://www.intechopen.com/books/neuroscience-dealing-with-frontiers/brainenergy-metabolism-in-health-and-disease>.
10. Speckmann E.-J., Elger C.E., Gorji A. Neurophysiological Basis of EEG and DC Potential. In Donald L. Schomer and Fernando Lopes da Silva (Eds.) // Niedermeyer's Electroencephalography, 6th edition Lippincott Williams & Wilkins, 2011. – P. 17-31.

ОСОБЕННОСТИ ВЫЗВАННОЙ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ*

ДЕРЯБИНА Ирина Николаевна

ДЖОС Юлия Сергеевна

МЕНЬШИКОВА Ирина Александровна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

Институт медико-биологических исследований

г. Архангельск

По данным литературы, с возрастом в головном мозге происходит ряд закономерных изменений, которые предрасполагают к ухудшению когнитивных функций. По данным Всероссийского эпидемиологического исследования, когнитивные нарушения различной степени выраженности выявляются приблизительно у 70% пациентов старше 60 лет, которые обращаются в поликлинику к неврологу. Увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста в популяции делает проблему когнитивных нарушений чрезвычайно актуальной [3, 8].

Своевременная диагностика когнитивных нарушений, до формирования синдрома деменции, способствует более раннему назначению патогенетической терапии, замедлению или приостановке прогрессирования нарушений познавательных функций.

Для оценки когнитивных функций в современных исследованиях применяются в основном психологические тесты. Однако данные методы достаточно субъективны. В связи с этим все большее применение в диагностике функциональной организации когнитивных функций играют методы оценки биоэлектрической активности мозга, в том числе вызванные потенциалы (ВП).

Когнитивный вызванный потенциал (КВП) Р300 отражает нейрональные процессы, связанные с неспецифическими активирующими ретикулоталамическими системами, а также лимбическими и неокортикальными механизмами направленного внимания и кратковременной памяти [2]. Анализ параметров длиннотентных компонентов КВП имеет большое значение для оценки состояния когнитивных функций, связанных с восприятием и обработкой информации. Использование КВП Р300 позволяет обнаружить когнитивные нарушения у пожилых людей на ранних стадиях, что, в свою очередь, дает возможность раннего назначения специфической патогенетической и стабилизирующей

терапии, что будет способствовать активному долголетию и улучшению качества жизни [6], так как согласно Всемирной организации здравоохранения, «без психического здоровья нет здоровья» [14].

Исходя из этого, целью нашего исследования явилось выявление особенностей вызванной биоэлектрической активности головного мозга у людей пожилого возраста с нарушением когнитивных функций.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 53 относительно здоровых человека 55-75 лет, выбранных на добровольной основе. Исследование выполнено с письменного согласия участников. Критериями исключения являлось наличие в анамнезе нарушений мозгового кровообращения, психических заболеваний, черепно-мозговых травм, хронические заболевания в стадии декомпенсации. Все обследуемые были праворукими.

Для оценки уровня когнитивных функций использована экспресс-методика, разработанная Н.К. Корсаковой с соавторами [4]. По ее результатам были сформированы контрольная группа – 27 человек, набравших 14 баллов и менее, что соответствует нормальному состоянию когнитивных функций, (средний возраст – 61 год), и основная группа – 26 человек с суммой баллов от 15 до 19 – легкие когнитивные нарушения (ЛКН), (средний возраст 68 лет).

КВП на зрительный стимул регистрировали с использованием 128-канальной системы GES-300 (США) со шлемом GSN. В качестве зрительных стимулов применяли цветные изображения животных с их названиями в контрастном цвете крупным шрифтом. Изображения показывали на экране компьютера, расположенного на расстоянии 90 см. Всего подавалось 100 зрительных сигналов.

Обследуемые нажимали на кнопку «1» при совпадении названия животного и его изображения (целевые стимулы), и на кнопку «2» в про-

тивоположном случае. Осуществлялось усреднение по «целевым» (P-300) стимулам. Стимулы подавались с частотой 1 стимул в 4 секунды.

Из всех предъявленных стимулов целевые составили 30%. Зрительные стимулы предъявлялись с помощью программы E-Prime 2.0, где фиксировались время реакции и точность ее выполнения.

Для анализа когнитивных вызванных потенциалов использовали данные 72-х стандартных отведений, выбранных в соответствии с международной схемой «10-10». В каждом отведении рассчитывали пиковую латентность и амплитуду P-300.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли с применением пакета прикладных программ SPSS 21.0 for Windows. Для каждого исследуемого показателя проводилась оценка распределения признаков на нормальность помощью критерия Шапиро–Уилка.

Распределение показателей не соответствовало критериям нормальности, вследствие этого использовали критерий U Манна–Уитни для двух независимых выборок.

Для описательной статистики признаков использовали медиану (Me) и интервал значений от первого (Q1) до третьего (Q3) квартиля. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез в исследовании принимался $\leq 0,05$.

Результаты. По данным экспресс-методики оценки когнитивных функций Н.К. Корсаковой, основная группа характеризовалась меньшим объемом воспроизведения и сниженной скоростью заучивания по сравнению с контрольной. Также лица с ЛКН испытывали заметные затруднения при запоминании пространственных характеристик информации.

Объем слухоречевой памяти и скорость заучивания снижены также и в силу того, что для запоминания предлагался не организованный по смыслу материал. Это подтверждается одинаково успешным выполнением задания на запоминание слов, объединенных общим смысловым признаком, обеими группами.

Также основная группа характеризовалась относительной сохранностью деятельности, относящейся к мышлению и актуализации из памяти организованного по смыслу материала, где важную роль играет мыслительный компонент.

Согласно закону Рибота недавно приобретенные воспоминания более уязвимы, чем воспоминания, приобретенные давно [11].

Так, задания на запоминания новой инфор-

мации выполнялись хуже, чем задания на актуализацию событий из прошлого и основной, и контрольной группами.

На формирование волны P-300 влияет множество факторов, определяющих когнитивную деятельность в данный момент времени: состояние оперативной памяти, процесс принятия решения, функция селективного внимания. Имеется тесная корреляционная связь между степенью удлинения латентности ВП и выраженностью когнитивных нарушений [10, 15].

Так, временные параметры волны P300 статистически значимо различались в зависимости от уровня нарушения когнитивных функций. Выявлено, что в группе лиц с ЛКН латентный период (ЛП) КВП в центрально-височно-теменных областях левого полушария (T7, TP7, CP5) статистически значимо выше по сравнению с группой с нормальными когнитивными функциями (табл. 1).

Наши данные согласуются с ранее описанными в литературе, что при ЛКН и легкой деменции коркового типа ЛП увеличивается по сравнению с нормой на 15-30% [1]. Выявленные изменения в центрально-височно-теменной области левого полушария, возможно, свидетельствуют о дисфункции структур медиальной височной коры. Передние и задние области медиальной височной коры вовлечены в механизмы эпизодической и семантической памяти [16].

Также некоторые исследования показали вовлечение структур гиппокампа при выполнении заданий на зрительное восприятие [12]. Таким образом, можно предположить наличие дисфункции глубоких отделов височных долей у лиц основной группы. Возможно, что причиной удлинения латентности P-300 является церебральное повреждение, приводящее к ухудшению холинергических механизмов информационной обработки, поскольку ацетилхолин является модулятором, повышающим амплитуду и уменьшающим время латентности [9].

В случае селективного удлинения P300 можно судить о нарушении интегративных процессов в соответствующих предъявляемому паттерну когнитивных зонах [7].

Полученные данные из экспресс-методики оценки когнитивных функций показывают, что основная группа характеризуется низкими показателями выполнения заданий на зрительно-пространственную деятельность и память.

Такое снижение может быть обусловлено дисфункцией также теменно-затылочно-височных отделов коры левого полушария, которая

Отведения	Группа	
	Контрольная группа	Основная группа
T7	336,00 (308,00 - 368,00)	371,00 (346,25 - 388,00) 0,007
CP5	322,00 (304,00 - 361,00)	371,00 (329,50 - 394,00) 0,004
TP7	325,00 (304,00 - 373,00)	366,50 (315,50 - 392,25) 0,028
FPz	375,00 (338,00 - 386,00)	342,00 (314,00 - 372,00) 0,038
C4	348,00 (317,00 - 378,00)	314,00 (302,75 - 350,75) 0,015
CP4	336,00 (314,00 - 373,00)	315,50 (301,00 - 340,00) 0,029

Табл. 1. Значения латентного периода потенциала P300 (мс, Me (Q1-Q3)) у групп без нарушения когнитивных функций (контрольная группа) и с легкими когнитивными нарушениями (основная группа).

проявляется нарушением понимания пространственных отношений [13].

Предположительно одним из обуславливающих факторов удлинения ЛП P300 в височно-теменной области левого полушария является дисфункция межгиппокампальных связей.

Данные связи обеспечивают межполушарную организацию и стабилизацию мнестических процессов.

Вследствие их разрушения дестабилизируются взаимоотношения между правой и левой гемисферами, сглаживается функциональная межполушарная асимметрия, нарушаются мнестические функции [7].

Также отмечено, что у людей основной группы показатели латентности волны P300 статистически значимо меньше в центрально-теменных областях правого полушария в сравнении с контрольной группой.

Известно, что функции, связанные с работой правого полушария мозга, формируются раньше, связанные с работой левого – позже, т.е. в процессе развития формируется левополушарный локус. При старении инволютивные изменения происходят в обратном порядке.

Так, уменьшение латентности КВП в центральных областях правого полушария, возможно, связано с переходом локуса контроля в правое полушарие.

Предполагается также, что уменьшение асимметрии у пожилых людей может быть связано со снижением специализации полушарий и/или пластическими перестройками, направленными на компенсацию дисфункции мозга, связанной с энергетическим дефицитом и потерей нейронов.

Раньше других появляется асимметрия биоэлектрических показателей в моторных и сенсорных областях коры, позже – в ассоциативных

(префронтальных и теменно-височных) зонах коры головного мозга [5].

Таким образом, полученные данные доказывают, что у лиц с ЛКН преобладают расстройства слухоречевой и зрительно-пространственной памяти. Выявленные изменения временных характеристик КВП возможно отражают изменения в структурах медиальной височной коры, ответственных за эпизодическую и семантическую память, а также могут быть связаны с низкой активностью холинергической нейротрансмиттерной системы.

**Работа выполнена в рамках проектной части государственного задания в сфере научной деятельности Министерства образования и науки РФ на 2014–2016 гг., № 2025 Северному (Арктическому) федеральному университету имени М.В. Ломоносова.*

Литература

1. Гнездицкий В.В., Куликова С.Н., Кошурникова Е.Е. Особенности ЭЭГ и P300 в оценке когнитивных нарушений. // Функциональная диагностика. – 2009. №3. – С 43-49.
2. Гордеев С.А. Применение метода эндогенных связанных с событиями потенциалов мозга р300 для исследования когнитивных функций в норме и клинической практике // Физиология человека. – 2007. Т. 33. № 2. – С. 121-133.
3. Захаров В.В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») // Неврол. журн. – 2006. – № 11. – С. 27-32.
4. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2009. – №2. – С. 44-50.

5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. Издание 3-е. – М.: Академический проект. – 2000. – 512 с.
6. Маньковский Н.Б., Бачинская Н.Ю., Холлин В.А., Полетаева К.Н. Синдром умеренных когнитивных нарушений (mild cognitive impairment) у лиц старшего возраста // Украинский неврологический журнал. – 2006. №1. – С.47-53.
7. Морозова А.В., Евтушенко С.К., Морозова Т.М. Мультифокальные вызванные потенциалы, связанные с событием в ранней диагностике когнитивной дезинтеграции: клиничко-нейрофизиологическая трактовка. // Международный неврологический журнал. – 2012. №3 (49). – С 26-41.
8. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Неврол. журн. – 2005. № 11(1). – С. 4-12.
9. Golob E.J., Irimajiri R., Starr A. Auditory cortical activity in amnesic mild cognitive impairment: relationship to subtype and conversion to dementia // Brain. 2007. № 130. – P. 740-752.
10. Golob E.J., Johnson J.K., Starr A. Auditory event-related potentials during target detection are abnormal in

mild cognitive impairment. // Clin. Neurophysiol. 2002 V. 113. №.1. – P.151-161.

11. Kim A.S.N., Vallesi A., Pictona T.W., Tulving E. Cognitive association formation in episodic memory: Evidence from event-related potentials // Neuropsychologia. 2009. № 47.– P. 3162-3173.

12. Lech R.K., Koch B., Schwarz M., Suchan B. Fornix and medial temporal lobe lesions lead to comparable deficits in complex visual perception. // Neurosci. Lett. 2016. V.4. №620. – P. 27-32.

13. Núñez-Peña M.I., Escera C. An event-related brain potential study of the arithmetic split effect // International Journal of Psychophysiology. 2007. № 64. – P. 165-173.

14. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. // Lancet. 2007. V.370. № 9590. P.859–877.

15. Rodriguez M., Fernandez-Lastra A., Penzol-Diaz J. Neurophysiological study and use of P300 evoked potentials for investigation in the diagnosis and follow-up of patients with Alzheimer's disease // Rev. Neuropologia. 2001. V. 32. №6. – P. 525-528

16. Wang W.C., Giovanello K.S. The role of medial temporal lobe regions in incidental and intentional retrieval of item and relational information in aging. // Hippocampus. 2016. V. 26. №6. – P.693-699.

ИЗ ИСТОРИИ ПРИЗРЕНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ГУБЕРНИИ

ЕСЕЕВА Ольга Владимировна

Северный (Арктический) федеральный университет
Кафедра социальной работы и социальной безопасности
г. Архангельск

Традиционно призрение на Руси было уделом Церкви. Начало социального служения связывают с Уставом князя Владимира 996 года. В нем (в первую очередь) названа категория, призрение которой мы рассматриваем: «бабы, вдовицы», они передавались «по древнему Уставу Святых Апостол и Святых Отец и Благочестивых Православных Царей Святým церквам даны Патриарху, или Митрополиту, или епископу, в коемждо аще пределе будут, да ведает их той и управу дает и рассуждает» [4, с. 6].

Отметим, что в то время вдовство часто ассоциировалось с преклонным возрастом и нуждаемостью в помощи. Вновь эта категория фигурирует в «Правиле о церковных людях» XIII века, где прямо была указана и форма поддержки – пособие.

Таким образом, призрение вдов и престарелых являлось одним из важнейших направлений социального служения Церкви. Его реализация, как и всей закрытой системы призрения в средневековой Руси, связана с появлением и распространением монастырей. Очень скоро обитатели на Руси стали не только центрами образования, медицины, но и многие столетия призревали самых обездоленных – детей, создавая приюты, увечных и стариков, открывая богадельни.

На Русском Севере, где организованная регулярная светская помощь многочисленным категориям нуждающихся, в том числе и лицам преклонного возраста, стала оказываться достаточно поздно, с открытием Приказа общественного призрения, уход за этой категорией нуждающихся всецело было отдан Церкви.

Кроме этого, необходимо обратиться еще к одной распространенной традиции – пострижения в старости. Так, основание одного из наиболее известных северных монастырей, Красногорского, связано напрямую с этой задачей.

Причину возникновения обители, необходимость ее создания как нельзя более четко объяснил сам основатель монастыря вдовый священник Мирон, в иночестве Макарий, в челобитной царю.

Фрагмент приведен в царской грамоте от 28 августа 1606 года: «...а сказал: в Двинском деи уезде, по Пинеге реке, верст до пяти сот, все живут крестьяне, а нашего деи богомолья общаго у них нет, и многие деи люди, при старостях своих и по обещаью желают иночества, а прибегнути негде и постричься не от кого» [5].

Примеров пострига в старости в истории русского государства можно привести много. Бесспорно, обители, как мужские, так и женские, выступали в какой-то мере приютом для людей преклонных лет. Хотя многие представители Церкви уход от мира в старости оценивали критически. Так, по мнению старца Паисия Святогорца, «тот, кто принимает ангельский образ в юности и подвизается ревностно и со смирением, весьма угождает Богу. И если его монашеские одежды снаружи слегка загрязнились, думаю, они все равно чище, чем у того, кто специально принимает постриг в старости, чтобы пожить в свое удовольствие, а в смертный час похвастаться совершенно новым, с иголки, облачением. Он произносит обеты на смертном одре полумертвым голосом, обещая хранить девство, послушание и нестяжание. Где хранить, в могиле? Не надо тешить себя такими иллюзиями. Совсем другое, если какой-нибудь человек, сподобившийся принять ангельский образ лишь в старости, подвизается с большим смирением и самоукорением, поскольку ему уже не по силам особые аскетические подвиги» [3].

Поэтому, не давая религиозно-этическую оценку, отметим положительный социальный эффект для нуждающихся – традицию постригаться в старости. Кроме упомянутого факта основания Красногорского монастыря, вспомним еще один. Он связан с родителями святого Симеона Малопинежского. Его отец Маркиан Стефанов Неклюдов был выходцем из «митрополичьих и десятильничьих новгородских боярских детей» [2]. От смуты и притеснений москвичей он бежал на Север. Был сначала клириком, а затем пресвитером в веси Сурской. В житие сказано, что родители у святого Симеона были благочестивые и в старости приняли постриг.

Маркиан под именем Матфея становится игуменом в Кевроло-Воскресенском монастыре. Возможно, там же была пострижена и скончалась и мать святого схимница Пелагея (в миру Аполлинария Неклюдова).

На случаях (примерах) ухода в преклонных годах в монастыри именно женщин остановимся отдельно. Они были распространены в северных монастырях. Этому может быть несколько объяснений. Во-первых, женщины могут лучше осуществлять уход, поэтому призрение в женских обителях могло быть гораздо более комфортным. Во-вторых, многие исследователи как прошлого, так и настоящего, утверждают, что женщины более религиозны.

Не имея сейчас возможности заострять на этом внимание, подчеркнем, что достаточно много женщин в преклонных годах принимали постриг, желая провести свои последние дни в обители, нежели в светских богадельнях. В-третьих, продолжительность жизни женщин превышает продолжительность жизни мужчин, а значит чаще можно встретить примеры долголетия, когда постригались или становились послушницами на склоне лет. Среди одиноких женщин в преклонных годах, не имевших семьи, были как вдовы, так и те, кто не имел семьи, прожив всю жизнь в девичестве.

Призрение престаревших в монастырях и церквях могло быть двух видов. Во-первых, в богадельнях. Какое-то время богадельни были при Рождественском и Успенском храмах Архангельска. Предназначение первой скорее можно определить как военной – ее подопечные были людьми служилыми. Уже в конце XIX в. духовенство епархии вновь поднимало вопрос о создании богаделен.

Так, в 1891 г. активно обсуждалась идея создания в обителях богоугодных заведений. Богадельня была открыта и какое-то время существовала при Холмогорском женском монастыре. Эту форму мы отнесем к закрытой системе призрения.

Во-вторых, нахождение в обителях монахинь и монахов, живущих на положении послушников или принявших постриг в весьма преклонном возрасте отнесем ко второму типу призрения. Об инокинях и послушницах в годах, ставших насельницами, видимо, желая обрести и обретя надежный приют и уход, известно в Сурской обители.

По документам видно, что несколько сестер не исполняли свои обязанности послушания в силу возраста.

Так, Анна Быкова поступила в монастырь в 75 лет, передав довольно крупный вклад в полторы тысячи рублей, и благополучно дожила свой век в монастыре. Такая же сумма была передана и Марией Колбасниковой, также нуждающейся в помощи. Наличие пожилых сестер в обители, на наш взгляд, было не просто социальным откликом на необходимость призрения, но и решало внутреннюю задачу обители.

События в Сурском монастыре, подробно освещенные в предыдущих исследованиях (так называемый «бунт»), произошли во многом из-за того, что средний возраст насельниц этого монастыря был очень юным. Не хватало как раз опытных в иноческом житии монахинь и просто зрелых женщин, способных осознанно принять строгие правила жития. О роли старчества в обителях написано немало, тем не менее хотелось бы еще раз подчеркнуть, что духовная внутренняя жизнь монастыря во многом строится на институте старчества.

В пожилом возрасте принимали постриг сестры в Шенкурском и Холмогорском монастырях, принося обителям весьма щедрые вклады. О таких случаях пишет инокиня Евфимия (Пашенко): «В 1913 г. в Шенкурском Свято-Троицком монастыре поселились солдатская вдова Е.В. Домрович, внесшая «вклад» в 500 руб., а также крестьянская вдова А.В. Асташева, чей «вклад» составил 700 руб. А ранее, в 1912 г., в этот же монастырь за «вклад» в 1000 р. поступила вдова чиновника Ф.Л. Тимоскина вместе со своей сестрой Надеждой Цветковой...»

В 1919 г. некая Р.А. Богданова, внесла за поступление в Холмогорский Успенский монастырь 1000 руб. ... Так, с 1879 г. в Холмогорском Успенском монастыре проживала 85-летняя монахиня Евстолия, вдова священника Петра Варфоломеева, носившая в миру имя Матроны. Она поступила в монастырь в 1863 г., когда ей было уже 70 лет, а спустя 12 лет была пострижена в мантию. Одновременно с нею была пострижена с именем Никандры 98-летняя вдова капитана 2-го ранга Фекла Левина, поступившая в Холмогорский монастырь в 1858 году, когда ей был 71 год [1].

Таким образом, церковное призрение пожилых на Севере имело как традиционную форму, например в закрытых богоугодных заведениях – богадельнях, так и открытую, о которой мы не писали, когда призрение осуществлялось в семьях, в том числе и приемных.

Но еще одной, весьма оригинальной формой, примеры которой можно найти не так часто,

когда речь идет о других категориях нуждающихся, было проживание в обителях за вклады. Ее сложно характеризовать как пример закрытой системы, и, конечно, нельзя отнести к открытой. Возможно, мы имеем достаточно уникальный пример самоорганизации посредством существующих институтов монашества и традиции принятия пострига как решения социально-духовных потребностей.

Довольно распространены были в Архангельске и светские богадельни.

Одной из старейших в Архангельске была Елизаветинская богадельня. Первоначально она предназначалась для вдов морских служителей и содержалась на средства портовых служащих, затем самого порта. Ее основание совпадает с появлением в Архангельске Приказа общественного призрения – 1784 г. Видимо, с передачей ее городу богадельня становится мужской (во всех документах конца XIX века она уже упоминается как мужская).

К этому же ведомству со временем была отнесена и Николаевская женская богадельня, основанная в 1853 г. архангельским купцом Петром Кузьмичем Кукиным, она была рассчитана на 100 человек, причем 10 из них содержались на средства основателя.

Одной из последних в составе «приказных» богаделен в 1911 г. появилась богадельня, построенная Алексеем Васильевичем Ананьиним (ее тоже иногда называют Алексеевской в честь основателя). Реализация этого проекта обошлась купцу в сто тысяч рублей.

Еще две богадельни входили в состав Архангельского женского попечительского общества о бедных. Алексеевская (женская) на 40 человек «разного сословия» была построена в память посещения Архангельска вел. кн. Алексеем Александровичем и открыта в 1878 г.

Андреевскую основал в 1911 г. архангельский купец Андрей Беляевский.

Еще одну Андреевскую богадельню Беляевские устроили в 1903 г. на своей родине – в деревне Левковской Нижнепуйского общества Ровдинской волости Шенкурского уезда у Нижнепуйской приходской церкви. Богадельня была основана в память погребенных «при этой церкви рабов Божиих: Филиппа, Петра, Марфы, Елены и их сродников».

Одну из самых известных и крупных богаделен – Булычевскую – Павел Афанасьевич основал в память о Вере Егоровне Булычевой, выполняющей волю своего отца.

Местом для нового богоугодного заведения

стало Кузнечевское кладбище. Предназначалась она «для престарелых и убогих женщин всех сословий» и была рассчитана на пятьдесят человек. Строительство велось в 1905–1906 гг. и включало целый комплекс зданий (часть которых сохранилась до настоящего времени).

Кроме губернского центра, богадельни существовали и в уездах. Так, в городах Онеге и Холмогоры богадельни были смешанные, без деления по полу, принимавшие как мужчин, так и женщин. Еще одним «периферийным» заведением стала богадельня, основанная П. Амосовым в 1902 г. в Нёноксе.

Подводя итог обзору становления и развития призрения пожилых на Архангельском Севере, отметим ряд моментов. В течение многих лет существовало две системы призрения: церковная и светская, первая не утратила своей актуальности, несмотря на появление светских богаделен. Активная общественная позиция северян позволила развиваться призрению лиц пожилого возраста, ибо большинство светских заведений поддерживалось (финансировалось) различными благотворительными обществами. Огромную роль сыграло и архангельское купечество, активно жертвовавшее огромные суммы на строительство богаделен. Это традиционное направление частного благотворения в нашей губернии развивалось вплоть до революции.

И, наконец, заметим, что закрытая система призрения имела место как в губернском центре, так и в небольших городах. Ее развитие приходится на период конца XIX – нач. XX вв., когда призрение пожилых даже в сельской местности перестает быть делом только семьи.

Литература

1. Инокиня Евфимия (Пашенко). Очерки из жизни православных северных женских монастырей середины XIX – начала XX вв. – Архангельск: Правосл. изд. центр, 2007. – 279 с.
2. Преподобный Сергей Малопинежский. Исторические сказания о жизни святых, подвизавшихся в Вологодской епархии прославляемых всею церковью и местно чтимых. – Вологда, 1880. – С. 569-574.
3. Старец Паисий (Святогорец) Монашество. URL: https://avs75.ru/slovar_slovo_579.html.
4. Стог, А. Об общественном призрении в России. – СПб., 1818 // Антология социальной работы. Т. 3. – М., 1995. – 544 с.
5. Царская грамота на Волоч Пинежский, выданная земскому судье Назарьеву об отдалении иноку Макарию Черной горы на оброк под постройку монастыря // Акты исторические, собранные и изданные Археологической комиссией. Т. 2. СПб., 1841. – 482 с.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОДЛЕННУЮ АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ ТЕРАПИЮ С ПОЗИЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

ЗИМИЧЕВА Юлия Александровна

ВОРОБЬЕВА Надежда Александровна

Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич

Северный государственный медицинский университет

Северный филиал гематологического научного центра

г. Архангельск

С апреля 2007 года на базе ГБУЗ Архангельской области «Первая ГКБ им. Е.Е. Волосевич» была организована первая в России Школа варфаринотерапии, главной целью которой является формирование приверженности пациента к терапии и контроль безопасности при приеме непрямым антикоагулянтам (НАК) [1, 2, 3].

Актуальностью создания данной школы связано с тем, что с каждым годом растет число пациентов, которым показано назначение непрямым антикоагулянтам с профилактической и лечебной целью. НАК позволяют предотвратить тромбоемболические осложнения (ТЭО), улучшая качество жизни пациентов.

Наиболее распространенным и общедоступным из препаратов данной группы является варфарин. Необходимо отметить, что для поддержания необходимого уровня гипокоагуляции в течение всего периода лечения НАК необходим строгий и постоянный контроль протромбинового времени в виде международного нормализованного отношения (МНО), поэтому основными задачами медицинской сестры при проведении школы являются:

1) информирование пациента об основных особенностях терапии НАК и факторах риска осложнений на фоне приема этих препаратов;

2) формирование активного и осознанного отношения пациента к своему заболеванию и к принимаемому препарату;

3) формирование у пациента знаний об особенностях диеты, образе жизни, занятиях спортом на фоне приема НАК;

4) обучение пациента лабораторным методам самоконтроля с помощью портативного коагулометра «Коагучек»;

5) обучение пациента выявлению первых признаков передозировки и побочных действий НАК;

6) обучение правильному ведению дневника контроля МНО.

В Школе проводится обучение и наблюдение за пациентами не только тех, кто находится на

лечении в ГБУЗ Архангельской области «Первая ГКБ им. Е.Е. Волосевич», но и пациентов из всех поликлиник Архангельска, а также Новодвинска и Северодвинска. Основную часть, обучающихся в Школе, составляют пациенты, длительно или пожизненно принимающие НАК. Формирование приверженности у таких пациентов особенно важно. Плановые занятия в школе проводятся 3 раза в неделю. Длительность занятия составляет около 60 минут. Если возникают вопросы, пациент может обратиться к врачу или медицинской сестре по телефону. Как правило, количество слушателей составляет 5–8 человек в день. Пациенты направляются на обучение кардиологами, терапевтами, неврологами, хирургами либо самостоятельно по объявлению.

Всего за 2015 год было обучено 449 пациентов. Основными показаниями направления в Школу по данным за 2015 год являются: ФП – 45,9%, протез клапана сердца – 26%, ТГВ – 16,5%, ТЭЛА – 4,2%, ОНМК – 2%, ПТФС – 1,3%, прочие – 4,1%. Причем женщин среди пациентов чуть больше, чем мужчин: 52% и 48% соответственно.

Немаловажным остается тот факт, что большую часть составляют пациенты старше 56 лет – 76,9%, а риск возникновения побочных эффектов у таких пациентов в 5-7 раз выше, чем у молодых. В 2-3 раза чаще такие пациенты госпитализируются по поводу побочных действий препаратов, поэтому НАК должны назначаться им с большей осторожностью, даже при наличии четких показаний, что подтверждает необходимость обязательного, доступного и правильного обучения в Школе варфаринотерапии.

Возраст накладывает ещё два ограничения. Больные старшей группы часто вынуждены одновременно принимать большее количество лекарств, что, в свою очередь, ведёт к увеличению риска лекарственных взаимодействий. Кроме того, возрастает частота когнитивных расстройств, оказывающих значимое влияние на правильность приёма лекарств. Наконец, имеет-

ся ещё один аспект – увеличение с возрастом частоты падений и, соответственно, риска травм.

Сложности, которые могут возникнуть при приеме НАК:

1) узкий терапевтический интервал;

2) вариабельность дозы у различных пациентов;

3) взаимодействие с другими лекарственными средствами и продуктами питания;

4) необходимость в постоянном контакте с пациентом и приверженность его лечению;

5) необходимость лабораторного контроля, который трудно стандартизовать.

Неправильная организация ведения пациента, принимающего НАК, является дополнительным фактором риска осложнений терапии.

Отдельным направлением работы Школы является улучшение качества жизни пациента на фоне приема НАК. Пациентам рекомендуется сообщать своим родственникам или близким людям о приеме препарата и о его нежелательных эффектах. На данный момент применяется два варианта контроля МНО: первый – при поликлинике, второй – самоконтроль с использованием портативного аппарата «Коагучек».

Второй вариант контроля МНО целесообразен при длительном приеме варфарина, является менее болезненным и более достоверным методом, при этом снижается риск осложнений основного заболевания и терапии антикоагулянтами. После прохождения школы каждому пациенту выдается дневник контроля МНО, в котором есть краткая информация по диете и по взаимодействию с другими лекарственными препаратами.

Выводы. Основной результат работы Школы заключается в уменьшении нежелательных эффектов на фоне приема НАК, формирование у пациентов приверженности к данному виду терапии и улучшения качества жизни, особенно у пациентов пожилого возраста.

Итак, проведение антитромботической терапии – довольно сложная задача и важный компонент лечения пациентов. Именно это лечение способно увеличивать продолжительность жизни пожилых пациентов. Однако эта цель будет достигнута лишь в том случае, если удастся снизить риск развития побочных эффектов этой терапии, прежде всего кровотечений.

После прохождения Школы у пациентов формируется осознанность своего заболевания, дисциплинированность при приеме препарата и контроля МНО и улучшается психологическое состояние.

Литература

1. Воробьева Н.А., Рогозина А.С., Лепехина Ю.С., Зайцева С.А. Опыт работы первой школы антикоагулянтной терапии / зам. гл. вр.: лечебная работа и медицинская экспертиза. № 10, 2011. – С. 39–45.

2. Воробьева Н.А., Рогозина А.С. Первый опыт работы антикоагулянтной клиники в Архангельске / Экология человека. – 2012. Л. 12. – С. 59–64.

3. Рогозина А.С. Воробьева Н.А., Лавринов П.А., Белова Н.И. Терапия непрямыми антикоагулянтами в условиях антикоагулянтной клиники / Тромбоз, гемостаз и реология. – 2014. Л.2. – С. 74–81.

4. Гаврисюк Е.В., Игнатъев И.В., Сычев Д.А., Маринин В.Ф. Анализ применения непрямого антикоагулянта варфарина у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий в поликлинических условиях. Клиническая фармакология и терапия, 2012, 1: 42–47.

5. Др. Франческо Баудо. Новые возможности антикоагулянтной терапии: клинические и лабораторные аспекты, Больница Нигурда, Милан, 2015, 8-3.

6. Кропачева Е.С. Обеспечение безопасности длительной терапии варфарином: возможно ли возобновить лечение больного после геморрагического осложнения? // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. №3. – С. 89–94.

7. Мельничук Е.Ю., Модянов Н.Ю., Ворыпина Е.К., Белякова И.В. Эффективность антикоагулянтной терапии на поликлиническом этапе. // Бюллетень СГМУ. – 2016. №1.

8. Парфенов В.А., Вербицкая С.В. Вторичная профилактика инсульта при фибрилляции предсердий, применение аписабана (исследования ARISTOTLE, AVERROES). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014; (спецвыпуск 2): 7–14.

9. Сафиуллина З.М., Шалаев С.В. Эра новых антикоагулянтов в лечении неклапанной формы фибрилляции предсердий: перспективы и проблемы. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. № 9. – С. 171.

10. Сулимов В.А., Напалков Д.А., Соколова А.А. Сравнительная эффективность и безопасность новых пероральных антикоагулянтов. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. № 9. – С. 433–438.

11. Хорев Н.Г., Момот А.П., Залозный Д.А. Новые оральные антикоагулянты. // Фарматека. – 2010. № 18/19. – С. 20.

12. Щапков А.А. Оценка эффективности новых пероральных антикоагулянтов // Бюллетень СГМУ. – 2016. № 1.

13. Dr J Donald Easton MD, Renato D Lopes MD, M Cecilia Bahit MD, Daniel M Wojdyla MS, Christopher B Granger MD, Lars Wallentin MD et al. Apixaban compared with warfarin in patients with atrial fibrillation and previous stroke or transient ischaemic attack: a subgroup analysis of the ARISTOTLE trial. The Lancet Neurology; 11(6): 503.

14. Gage B.F. Can we rely on RE-LY? N Engl J Med.2009;361:1200.

15. Lip GYH, Larsen TB, Skjoth F, Rasmussen LH. Indirect comparisons of new oral anticoagulant drugs for efficacy and safety when used for stroke prevention in atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol 2012;60:738–746. Doi: 10.1016/j.jacc.2012.03.019.

16. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J. et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365:883.

17. Potpara TS, Polovina MM, Licina MM, et al. Novel oral anticoagulants for stroke prevention in atrial fibrillation: focus on apixaban. Adv Ther. 2012 Jun;29(6):491–507. Doi: 10.1007/s12325-012-0026-8.

ВОЗРАСТНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И КОНФЛИКТОЛОГИЯ В ОБУЧЕНИИ РАБОТНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ

ИГНАТОВА Ольга Анатольевна
МЕНЬШИКОВА Лариса Ивановна

Северный государственный медицинский университет

ХАБАРОВА Лариса Геннадьевна

Министерство труда, занятости и социального развития Архангельской области

г. Архангельск

Социальная работа, как специфическая профессиональная деятельность, необходима обществу, ее уникальность состоит в том, что она выступает своеобразным посредником между государством и его гражданами, оказавшимися в силу различных причин в проблемной или кризисной ситуации [4]. Это накладывает особый отпечаток на деятельность работников, занятых в учреждениях социальной сферы.

Одним из важных путей совершенствования социальной защиты и социального обслуживания является внедрение новых технологий и методов социальной работы, в том числе и совершенствование системы подготовки специалистов. В соответствии с профессиональным стандартом, утвержденным Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 571н от 22 октября 2013 г., специалист по социальной работе должен знать социокультурные, социально-психологические и психолого-педагогические основы межличностного взаимодействия, особенности психологии личности, возрастную психологию, основы конфликтологии. Стандартом предусмотрены также умения специалиста устанавливать контакты с социальным окружением гражданина, проявлять чуткость, вежливость, внимание, выдержку, предусмотрительность, терпение к гражданам с учетом их физического и психологического состояния.

Социальная работа с пожилыми людьми требует от специалиста знаний и понимания особенностей возрастной психологии, владения навыками коммуникации и этикетом общения с пожилыми клиентами.

Процесс старения человека обуславливает физиологические и психологические изменения, которые накладывают особый отпечаток на процесс общения. Так, например, ослабление тормозной и контролирующей функции головного мозга у пожилых является причиной возникновения таких эмоциональных реакций, как агрес-

сия, злость, вспыльчивость или слезливость. Замедление скорости восприятия ведет к неспособности воспринимать новое, в результате чего пожилой человек трудно адаптируется к изменению ситуации. Снижение скорости физиологических процессов ведет к быстрой утомляемости [6].

Чувство уязвимости и неуверенности в себе проявляется озлобленностью, уменьшение способности радоваться жизни – сварливостью, склонностью к пессимизму; неуверенность в завтрашнем дне – жадностью, скупостью, мелочностью, педантичностью.

Психологический портрет старости дополняется и такими чертами, как эгоцентризм, нетерпимость, обидчивость [5].

Трудности восприятия и осмысления полученной информации, обостренная чувствительность к поведению и отношению к ним собеседника, пониженный слух могут являться одной из причин искаженного общения с людьми пожилого и старческого возраста. Зачастую пожилые не только ошибочно трактуют смысл чужих высказываний, но и приписывают собеседникам намерения, которых те не имели [1, 3].

Все вышеперечисленное обуславливает высокую конфликтогенность общения [2, 4]. Существенным является осмысление того факта, что своим конфликтным поведением пожилой человек дает понять окружающим, что ему плохо, не все его потребности удовлетворены.

Ведущее место в общении с лицами пожилого и старческого возраста должен занимать такой механизм общения, как эмпатия – способность входить в состояние другого человека, сочувствие, сопереживание. Именно эмпатия, основу которой составляют общая восприимчивость, чувствительность, интуиция, внимание, является основой профессиональных качеств в социальных профессиях. Понимать происходящие в человеке изменения важно для того, чтобы сохранять позитивное отношение к нему.

В 2016 году на кафедре общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Северного государственного медицинского университета совместно с министерством труда, занятости и социального развития Архангельской области были организованы тематические семинары для работников государственных социальных учреждений.

28 специалистов по социальной работе комплексных центров социального обслуживания, домов-интернатов и других учреждений социальной сферы Архангельской области участвовали в трехдневном семинаре «Теория и практическое применение инновационных технологий социальной работы».

25 средних медицинских работников государственных учреждений социальной сферы обучались на однодневном семинаре «Формирование мотивации к здоровому образу жизни у получателей социальных услуг».

География участников охватывала практически всю область: Коношский, Вельский, Няндомский, Каргопольский, Верхнетоемский, Устьянский районы, города Архангельск, Северодвинск, Новодвинск и другие муниципальные образования.

В проведении семинара «Формирование мотивации к здоровому образу жизни у получателей социальных услуг» принимали участие специалисты областного центра медицинской профилактики.

Программа обоих семинаров включала в себя в том числе изучение вопросов психологии и конфликтологии. В ходе обучения были освещены психологические аспекты личности, дана характеристика основных эмоциональных состояний, подробно рассмотрены формы, механизмы и способы воздействия в процессе общения. Специалисты по социальной работе были ознакомлены с технологией предупреждения и управления конфликтами в социальной сфере.

Для медицинских работников основной упор делался на способах и приемах воздействия на получателей социальных услуг при формировании мотивации к здоровому образу жизни. В ходе семинаров особое внимание было уделено правилам общения с лицами пожилого и старческого возраста, умению сохранять позитивное отношение.

Принято решение, что следующий семинар будет посвящен вопросам лекарственного обеспечения пожилых граждан в домах-интернатах и комплексных центрах социального обслуживания.

Анализ результатов анкетирования слушателей показал, что большую часть составили работники домов-интернатов и комплексных центров социального обслуживания, стаж работы в учреждениях социального обслуживания варьировался от 1,5 до 25 лет.

И социальные, и медицинские работники особо отметили актуальность вопросов возрастной психологии и конфликтологии, а также высказали намерение применять полученные знания в своей практической деятельности.

Обращает на себя внимание тот факт, что среди социальных работников, прошедших обучение на семинаре, только 39,3% (11) имели специализацию по социальной работе, повышали квалификацию всего 32% (9).

Это свидетельствует о том, что в настоящее время существует высокая потребность в организации обучения и усовершенствования специалистов государственных учреждений социального обслуживания.

Таким образом, подготовка медицинских и социальных кадров для оказания услуг лицам старшей возрастной группы, основанная на изучении потребностей и особенностей людей этого возраста, способствует повышению эффективности социальной политики.

Литература

1. Болтенко В.В. Особенности межличностных отношений в старческом возрасте / Под ред. Портнова. – 2011. – С. 163-167.
2. Бородкин М.И. Особенности общения с пожилыми людьми / М.И. Бородкин, С.А. Иванов, Н.Н. Краснов // Вестник Московского педагогического университета. – 2012. – № 3. – С. 112-114.
3. Ефремов А.Ю. Психологические особенности общения с пожилыми людьми и инвалидами / А.Ю. Ефремов, Д.И. Кобзарев // Воспитание и обучение: теория, методика и практика: материалы VI Междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 20 марта 2016 г.) / редкол.: О.Н. Широков [и др.]. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2016. – С. 63–65.
4. Маркелов В.И. Конфликтология в социальной работе. – М., 2012. – 244 с.
5. Рошак К. Психология старости. Хрестоматия. Самара: Изд. Бахрах. – М., 2011. – 736 с.
6. Хрисанфова Е.Н. Основы геронтологии. – М., 2012. – 192с.

ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКИХ ШИРОТ

КОРЕЛЬСКАЯ И.Е.

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова
г. Архангельск

Вегетативная нервная система может рассматриваться как комплекс структур, входящих в состав периферического и центрального отделов нервной системы, обеспечивающий регуляцию функций органов и тканей, направленную на поддержание в организме гомеостаза, а также энергетических и пластических процессов любой физической и психической деятельности.

Состояние механизмов вегетативной регуляции человека определяет характер адаптивных реакций организма, стратегию поведения и индивидуальной защиты в ходе жизнедеятельности.

В центральном отделе вегетативной нервной системы (ВНС) принято выделять надсегментарные и сегментарные вегетативные структуры. Надсегментарные вегетативные структуры большого и промежуточного мозга оказывают наиболее существенное, прежде всего интегративное, влияние на состояние вегетативной иннервации органов и тканей.

К таким структурам относится лимбико-ретикулярный комплекс, прежде всего гипоталамус, в котором принято различать передний – трофотропный – и задний – эрготропный отделы. Гипоталамус и другие отделы лимбико-ретикулярного комплекса оказывают глобальное регулирующее влияние на сегментарные отделы вегетативной нервной системы.

Гипоталамический отдел мозга, миндалевид-

ный комплекс и другие отделы лимбико-ретикулярного комплекса осуществляют интеграцию между вегетативными структурами, эндокринной системой и эмоциональной сферой, влияют на формирование мотиваций, эмоций, обеспечение памяти, поведения, поэтому изучение особенностей вегетативной регуляции функций является актуальной проблемой.

Цель исследования – выявить особенности вегетативной регуляции функций женщин пожилого возраста.

Задачи исследования:

1. Оценить диагностические коэффициенты вегетативной нервной системы.

2. Сделать сравнительную оценку состояния вегетативной регуляции у женщин пожилого возраста по 7-балльной системе (по А.В. Пяткову и др.).

Организация и методы исследования. В исследовании приняли участие женщины пожилого возраста 55–75 лет, занимающиеся в учебно-методическом центре «Логос-У». Все женщины ведут активный образ жизни, т.е. занимаются оздоровительной гимнастикой два раза в неделю в форме групповых занятий в течение одного года, а именно с сентября 2015 по июнь 2016 года. Дополнительно к этим занятиям, женщины занимаются самостоятельно скандинавской ходьбой и танцами.

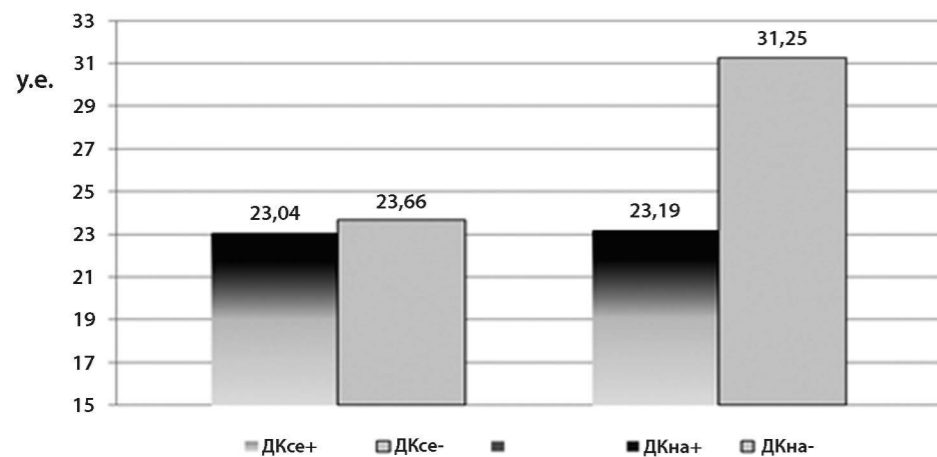


Рис. 1. Оценка диагностических коэффициентов ВНС (по модулю)

Следует учесть, что все женщины постоянно проживают в городе Архангельске, в условиях высоких широт. Опрос проводился в декабре, в период полярной ночи.

В работе использовалась методика вегетативного тестирования по А.В. Пяткову и др. (1999). [2, 3] Испытуемым был предложен опросник, включающий 23 вопроса, отражающий состояние вегетативной нервной системы. Вопросы включали предложенные варианты ответов и не требовали предварительной подготовки респондентов.

Результаты исследования. В ходе исследования женщин пожилого возраста были установлены результаты, представленные на рис. 1.

При оценке диагностических коэффициентов надсегментарного уровня ВНС у исследуемых пожилых женщин, значительно преобладает трофотропный тип (ДКна-) над эрготропным типом (ДКна+) ВНС.

Сегментарные отделы (ДКсе) вегетативной нервной системы, демонстрируют относительный баланс между деятельностью симпатических (ДКсе+) и парасимпатических (ДКсе-) структур по поддержанию гомеостаза, но тенденции в сторону парасимпатического влияния все же следует отметить (рис. 1).

Вегетативная нервная система влияет на жизнеспособность организма. Она регулирует состояние сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой и эндокринной систем, жидких сред, гладкой мускулатуры.

В то же время вегетативная система выполняет адаптационно-трофическую функцию, подготавливает органы и ткани, к оптимально-

му уровню их активности и успешному выполнению свойственных им функций.

В научной литературе отмечено, что у людей пожилого возраста повышена реактивность симпатoadреналовой системы [1, 4].

Однако симпатическая нервная система (СНС) стимулирует в основном эрготропные процессы, связанные с выделением энергии в организме (катаболизм), с активной деятельностью.

Тонические импульсы СНС чрезвычайно важны для поддержания гомеостаза внутренней среды организма, для адаптации к выполнению функций организма в данных условиях.

Кроме того СНС иннервирует гладкие мышцы всех органов (сосудов, органов брюшной полости, выделительных органов, легких, зрачка), сердце и некоторые железы (потовые, слюнные и пищеварительные железы), клетки подкожной жировой клетчатки, печени и др.

Сравнительная оценка состояния вегетативной регуляции у женщин пожилого возраста проводилась на основании 14 маркеров по 7-балльной системе по А.В. Пяткову и др. (1999). (рис. 2).

В нашем исследовании у женщин пожилого возраста г. Архангельска отмечены тенденции усиления активности парасимпатической нервной системы, которая в основном регулирует функции сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта, мочеполовой системы и регулирует обмен веществ через парасимпатическую иннервацию печени, почек, поджелудочной и щитовидной железы.

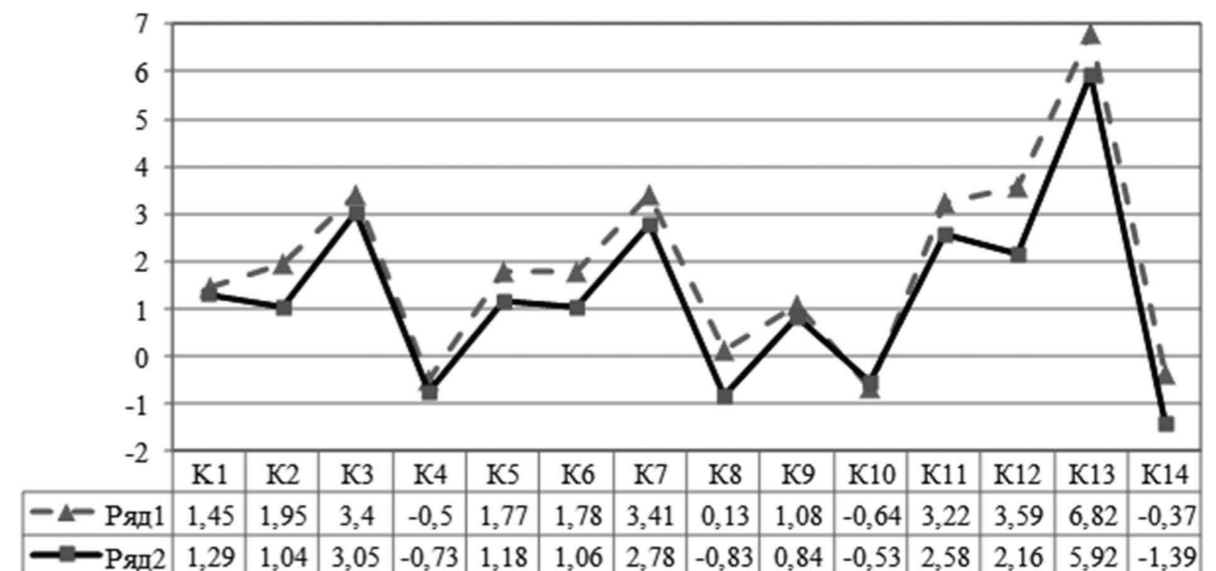


Рис. 2. Сравнительная оценка состояния вегетативной регуляции по 7-балльной системе

Примечание:

Ряд 1 – средние показатели пожилых женщин.
Ряд 2 – показатели эталона по методике вегетативного тестирования по А.В. Пяткову и др. (1999).

В результате исследования выявлены более высокие значения интегрального индекса вегетативного баланса (К14), напряжение ВНС как с симпатико- (К5), так и парасимпатикотонией (К6), при этом доминирует трофотрофный тип (К2) за счет повышения активности ваго-инсулярной системы (К12).

Выводы.

1. В ходе исследования у участниц выявленый трофотрофный тип регуляции с тенденциями усиления парасимпатического влияния ВНС.
2. Сравнительная оценка состояния вегетативной регуляции по 7-балльной системе показала, что у женщин доминирует трофотрофный тип (К2)

Литература

1. Вегетативные расстройства/ под редакцией А.М. Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 752 с.
2. К технологии психолого- психофизиологического мониторинга студентов вуза / А. В. Пятков, Н. Ю. Валькова, Е. В. Комаровская // Проблемы гуманитарного знания: на рубеже веков: тезисы научно-практической конференции. – Архангельск: Изд-во ПГУ, 1999. – С. 160-162.
3. Копосова, Т.С., Морозова, Л.В. Лабораторный практикум по экологии человека: Учебно-методическое пособие. – Архангельск: ПГУ, 2002.
4. Физиология и фармакология вегетативной нервной системы» / «Внутренние болезни», М.: Медицина, 1997.

ВETERАНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ АГМИ – АГМА – СГМУ

КОТОВА Марина Ювиальевна

Северный государственный медицинский университет
г. Архангельск

В феврале 2016 года Правительством РФ утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения, которая определяет цели, принципы, задачи и основные направления государственной политики в отношении граждан старшего возраста. Основные цели Стратегии – повышение продолжительности и качества жизни граждан старшего поколения, стимулирование активного долголетия.

По прогнозам Росстата, к 2021 году доля пожилого населения в общей численности населения составит 26,7% (39,5 млн человек). В Архангельске, по данным статистики, в октябре 2015 года из 357 тысяч населения 90 000 – люди пенсионного возраста.

На сегодняшний день существует ряд социальных проблем, связанных со старением населения, которые необходимо решать государству и обществу: психические (возникающие при изменении привычного образа жизни и в связи с выходом на пенсию, одиночество), экономические (небольшой размер получаемых пенсий, низкая возможность трудоустройства, как на предприятиях, так и удаленно), медицинские (наличие хронических заболеваний, ухудшение слуха, зрения, наличия ортопедических проблем). Процесс адаптации человека, вышедшего на заслуженный отдых, к новому социальному статусу может быть сложным и болезненным. И на этом этапе жизни важную роль играют общественные организации, в том числе и ветеранское движение, которое в последнее время набирает силу и является востребованным и необходимым, способным существенно влиять на консолидацию и стабильность общества, развитие внутрисоциальных процессов, патриотическое воспитание молодежи.

Вовлечение людей старшего поколения в ветеранское движение позволяет пенсионерам чувствовать свою социальную значимость: они получают возможность реализовать накопленный жизненный и профессиональный опыт в служении другим людям и при этом сами проходят адаптацию к новому социальному статусу.

Кроме того, ветеранское движение – мощное средство правовой, психологической и медико-социальной поддержки самих ветеранов. Имен-

но для оказания подобной помощи активистами мединститута и была создана в 1984 году ветеранская организация. Инициатором выступила партийная организация. Первый совет ветеранов АГМИ возглавила преподаватель кафедры иностранных языков Галина Григорьевна Лушева.

В состав первого совета вошли ветеран Великой Отечественной войны Анна Ивановна Удалова, бывший работник отдела кадров Анастасия Андреевна Ергина, заведующая библиотекой Галина Николаевна Циварева, старший лаборант кафедры физики Нина Алексеевна Некрасова. Занимавшая пост заместителя председателя совета «Анна Ивановна Удалова, окончив мединститут в декабре 1941 года (ускоренный курс), сразу же была направлена на Карельский фронт ординатором-хирургом» [2], где через ее руки прошли тысячи раненых. «Она служила в составе 32-й армии до окончания войны» [2]. И таких ветеранов-энтузиастов, фронтовиков, тружеников тыла, детей войны было в ветеранской организации немало.

В 1987 году после ликвидации парткома ветеранская организация прекратила свою деятельность, но в 1992 году накануне Дня Победы по инициативе ректората, ветеранов войны и сотрудников университета Николая Ивановича Алексеева, Зинаиды Александровны Копыловой, Зинаиды Ивановны Кивериной, Нины Васильевны Егоровой ветеранская организация была возрождена. Значительную помощь в ее воссоздании оказали ректор АГМИ профессор Валерий Александрович Кудрявцев и проректор по лечебной работе Эдуард Владимирович Недашковский. Наиболее активные неработающие ветераны вошли в состав совета, который возглавил бывший преподаватель кафедры философии, ветеран войны Николай Иванович Алексеев.

В состав нового совета вошли 19 членов и 11 активистов: Н.И. Алексеев, З.А. Копылова, А.Г. Сердечная, З.И. Киверина, В.Н. Королева, О.Н. Мезенова, Н.Н. Калинина, Г.А. Рябов, О.Н. Денисенко, Н.М. Голубева, Л.Г. Лазарева, Г.П. Лисица, Н.В. Егорова, П.Г. Князева, Г.Г. Лушева, З.А. Вайнберг, Л.И. Шаронова, Л.С. Пузина, М.Н. Кузнецова, Т.И. Кузнецова, Н.В. Медведкова. «Позднее в него вошли Г.М. Микина,

З.В. Ермолина, Г.Г. Лазарева, З.Н. Лодыгина, Е.И. Таскаева, Р.Н. Калашников, Н.В. Федухина, Т.Н. Верховцева, В.В. Мирушкина, Е.К. Ключкина, Л.Г. Ильичева, Н.И. Игнатьева, С.П. Симарева, Л.С. Удалова» [3].

По предложению профессора Э.В. Недашковского в институте был создан фонд помощи ветеранам «Долг», который давал возможность оказывать материальную помощь нуждающимся. Первыми благотворителями были члены ректората и бывшие сотрудники института. И хотя изменение экономической ситуации в стране, несвоевременные выплаты заработной платы, пенсий привели к распаду фонда, но ректорат и профком вуза продолжали оказывать материальную поддержку ветеранам.

Решением общего собрания был утвержден устав, согласно которому членом ветеранской организации АГМИ становятся сотрудники, чей стаж работы в вузе составил не менее 10 лет, при этом последние годы перед выходом на заслуженный отдых они работали в институте.

Сохранившиеся в совете ветеранов альбомы «Летопись ветеранской организации» свидетельствуют о многогранной и интересной работе, которая велась в этот период, несмотря на то, что это было лишь начало пути и многое приходилось узнавать и создавать с нуля.

Немаловажную роль в становлении деятельности совета ветеранов АГМИ сыграло на этом этапе сотрудничество с ветеранскими организациями города и Архангельским городским Советом ветеранов, который возглавлял Павел Иванович Чейстнейшин.

Именно тогда для более эффективной работы совета в его структуре были созданы так называемые комиссии, определяющие основные направления деятельности совета ветеранов: комиссия по курации, комиссия по работе с ветеранами Великой Отечественной войны, комиссии «Забота», «Здоровье», культурно-массовая и другие.

Первую комиссию по курации возглавила заместитель председателя совета ветеранов Зинаида Александровна Копылова, а затем эстафету приняла Анастасия Григорьевна Сердечная.

Кураторство является инновационной формой работы в ветеранской организации. Все состоящие на учете ветераны были разделены на группы от 6 до 12 человек в каждой. За каждой группой закреплен куратор из состава ветеранского актива. Создание системы кураторства дает возможность поддерживать постоянную связь с ветеранами путем телефонных разгово-

ров, посещений на дому, в случае болезни – в стационаре.

Кураторы информируют ветеранов о происходящих событиях, о проводимых мероприятиях, тем самым помогая им сохранить связь с вузом, вовлекают их в культурную и общественную жизнь, решают текущие социальные и бытовые проблемы, помогают и поддерживают в трудных жизненных ситуациях.

Кураторство – это добровольное безвозмездное, милосердное служение людям.

Кураторы нового совета ветеранов продолжают начатое их предшественниками дело, проявляя неравнодушие и готовность откликнуться сердцем и душой на чужую боль.

Особое внимание в деятельности совета ветеранов всегда уделялось работе с ветеранами Великой Отечественной войны. Комиссию по работе с этой категорией возглавила «Зинаида Ивановна Киверина, бывший фронтовой врач-хирург эвакогоспиталей Карельского и 2-го Украинского фронтов, возвратившая жизнь многим раненым бойцам и офицерам» [3].

В 2000 году ее сменила Галина Анатольевна Лазарева, затем комиссию возглавила Людмила Григорьевна Ильичева. С 2014 года во главе комиссии – Нина Васильевна Первунинская, работавшая старшим преподавателем кафедры физики, на протяжении ряда лет – заместитель декана лечебного факультета.

Газета «Медик Севера» за 1992 г. информирует своих читателей: «46 выпускников и преподавателей Архангельского медицинского института не вернулись с фронтов Великой Отечественной войны. <...> Что же делается советом ветеранов для участников войны? Проведено обследование здоровья их методом УЗИ, лечение зубов. Наиболее нуждающимся из фонда «Долг» оказана материальная помощь. Выделено по 500 рублей на оплату телефонов, гуманитарная помощь продуктами питания» [4].

В честь юбилея Великой Победы ветеранам были вручены памятные медали.

Медали и денежные вознаграждения получили все участники Великой Отечественной войны и труженики тыла в год 70-летнего юбилея Великой Победы на торжественных вечерах в СГМУ и АГКЦ, тяжелобольным ветеранам награды были вручены на дому представителями социальной защиты, мэрии и ветеранским активом.

Поздравление с юбилейными и праздничными датами – задача комиссии «Забота». Для ветерана поздравление играет важную роль и является свидетельством неразрывной связи с вузом,

где прошла его трудовая деятельность. Ответственная за комиссию «Забота» до 2000 года – Олимпиада Никитична Денисенко, в настоящее время – Зоя Николаевна Коряковская.

Состояние здоровья наших ветеранов – в поле зрения комиссии «Здоровье», которую в разные годы возглавляли О.Н. Мезенева, А.Г. Сердечная, Н.Н. Калинина, В.Н. Королева. Работа комиссии строилась с учетом того, что большинство ветеранов в возрасте 70 лет и старше имеют серьезные заболевания, им необходима как профилактическая, так и экстренная медицинская помощь, поэтому «был решен вопрос о бесплатных консультациях в поликлинике СГМУ» [3], прилагались немалые усилия для лечения на дому и госпитализации.

Благодаря председателю профкома сотрудников Л.Е. Новоселовой выделялись путевки в санатории и профилактории, оказывалась гуманитарная лекарственная помощь. «В 1998 году комиссия «Здоровье» была объединена с комиссией помощи тяжелобольным и одиноким». Активисты комиссии своевременно передавали ходатайства в социальный отдел для прикрепления к нуждающимся ветеранам социального работника» [3]. При необходимости совет ветеранов ходатайствовал о направлении одинокого ветерана в интернат.

Сегодняшний состав Совета ветеранов также уделяет значительное внимание медико-профилактической работе с ветеранами: это и госпитализация в стационары, и направление в госпиталь для ветеранов, и бесплатные консультации врача общей практики, хирурга, окулиста, гинеколога в поликлинике СГМУ, и медицинские обследования (по назначению врача общей практики), и дневной стационар в поликлинике СГМУ (медицинские манипуляции: капельницы, инъекции – по назначению врача общей практики), и консультации терапевта на дому (ветеран Н.С. Иванова); запись к специалистам поликлиник через онлайн-регистратуру; терапевтическая стоматологическая помощь (по предварительной записи); приобретение лекарственных препаратов для одиноких ветеранов; профилактические медосмотры (один раз в год).

В год 70-летия Великой Победы по инициативе администрации университета состоялся профилактический осмотр ветеранов, для тяжелобольных были организованы консультации на дому клиническими ординаторами: невропатологами и терапевтами. В текущем году терапевт общей практики, окулисты и хирурги посетили 40 нуждающихся в консультациях ветеранов.

Были даны необходимые рекомендации, назначены медицинские обследования, лечение.

Активную просветительскую работу с населением по вопросам здорового образа жизни ведет Университет здоровья, который возглавляет В.П. Рехачев, доцент кафедры хирургии. Сотрудники СГМУ знакомят жителей г. Архангельска с достижениями медицинской науки, проблемами сохранения здоровья в условиях Европейского Севера, дают необходимые знания для оказания самопомощи и грамотной заботы о своем здоровье. Для ветеранов посещение лекторий является нужным, так как достоверная информация помогает успешно контролировать течение заболевания и порой бывает жизненно важна.

Организацией досуга ветеранов занималась культурно-массовая комиссия, которую первоначально возглавляла Нина Михайловна Голубева, с 1997 года Генриетта Михайловна Микина» [3], 2012 – Марина Ювиальевна Котова. Организация культурно-массовой работы содействует привлечению к совместному отдыху, выявлению и реализации творческих способностей ветеранов, утверждению активной жизненной позиции и сплочению членов ветеранской организации. Использовались различные формы деятельности: вечера отдыха, встречи со студентами, возрождалась художественная самодеятельность, было организовано посещение выставок, экскурсий в музеи, по городу и на теплоходе, по памятным местам Архангельска и области, например, в Емецк, на родину Николая Рубцова. Мероприятия, в которых принимают участие ветераны и студенты, являются одним из основных ресурсов, позволяющих обеспечить преемственность поколений.

В формировании нравственного облика врачей важную роль играет воспитание культуры чувств и, в частности, приобщение к миру прекрасного. В заметке газеты «Медик Севера» от 1992 года читаем: «Ветераны приглашают. Возрождая традицию русской интеллигенции, готовы принять у себя дома группу студентов из 8-10 человек 1-3-х курсов профессор Пиккель Мария Владимировна на собеседование по теме «О зарубежной поэзии в переводах»; доцент Королева Вера Николаевна на беседу «Об итальянском искусстве по личным впечатлениям» [1].

Врач-педиатр, профессор, почетный гражданин Архангельска Мария Владимировна Пиккель свободно владела тремя языками, что позволило ей после выхода на заслуженный отдых стать профессиональным переводчиком.

Будучи людьми интеллигентными, высоко-

образованными, наши ветераны-преподаватели прививали любовь к искусству студенческой молодежи. На протяжении времени состав ветеранской организации менялся, все меньше среди нас ветеранов – участников войны. В 2016 году на учете в ветеранской организации состоит 156 человек, из них 3 человека – участники боевых действий и приравненные к этой категории: Н.И. Алексеев, М.Я. Спивак, Н.И. Буркова, 23 труженика тыла, 84 ребенка войны. Среди них один – узник концлагеря (Е.К. Ключкина), один – ребенок блокадного Ленинграда (Г.С. Пашенко).

Из воевавших на фронте студентов, сотрудников и выпускников АГМИ погибли 250 человек. Молодое поколение бережно хранит память о погибших врачах-фронтовиках. В мероприятии «Свеча Памяти», ежегодно проводимом музейным комплексом 22 июня, неизменно присутствуют сотрудники вуза, ветераны и студенты, передавая эстафету памяти из рук в руки, от сердца к сердцу.

В составе совета ветеранов в 2016 году – 15 человек, среди них те, кто стоял у истоков ветеранского движения в университете (А.Г. Сердечная, Т.Н. Верховцева, В.В. Мирушкина, З.Ф. Пилатус, Л.И. Шаронова). Они являются учителями для вновь приходящего актива, таким образом, не прерывается связь поколений.

На протяжении многих лет совет ветеранов возглавляла А.Г. Сердечная.

В работе совета ветеранов сохраняются традиционные формы работы (вечера, концерты, экскурсии т.д.), вводятся новые: конкурсы творчества, круглые столы, встречи ветеранов и студентов. Одна из них, посвященная Всемирному дню поэзии «Поэзии немеркнущие строки», состоялась 21 марта 2016 года.

Ветераны готовы передать студенчеству свой опыт, знания и культуру общения. Планируется проведение цикла круглых столов, освещающих вопросы этики и деонтологии врача.

Мероприятие, на котором присутствовали автор-составитель книги «Архангельск – город воинской славы» Светлана Ефремова и депутат городской думы Дмитрий Акишев, организованное Советом ветеранов, музейным комплексом и Ассоциацией врачей, было приурочено к 71-й годовщине Великой Победы.

23 февраля и 8 марта состоялась встреча ветеранов СГМУ в гостевом доме «На Дачной» (организаторы – компания «Панорама Ритейл», генеральный директор Болдырев Андрей Викторович, менеджер по работе общественностью – Романова Светлана Юрьевна).

Интересной и насыщенной была программа: экскурсия на диване «Архангельск – город воинской славы», выступление доцента кафедры хирургии В.П. Рехачева об истории здравоохранения в Архангельске, музыкальные номера, подготовленные студентами.

Вопросы деятельности организации, в том числе и новые направления, актуальные для современных условий, обсуждаются на ежемесячных заседаниях совета ветеранов, на которых присутствуют не только ветераны, но и сотрудники университета, представители банков, социальных структур города и т.д.

В марте 2016 года специалисты отдела социальной защиты по Октябрьскому округу проконсультировали ветеранов по теме «Льготы по капитальному ремонту для ветеранов и инвалидов», рассказали о предоставлении разового пособия на ремонт ветеранам войны и труженикам тыла.

В апреле сотрудники Альфа-Банка Л.А. Романова, Е.И. Чупракова рассказали об удаленном доступе к денежным средствам, онлайн-сервисе – личном кабинете, оплате счетов банковскими картами.

В мае состоялось знакомство с проектом «Активное поколение» (обучение компьютерной грамотности, творческие мастерские, оздоровительные технологии). Приглашенные: Шестакова Мария Викторовна – заведующая отделом учебно-методического обеспечения и мониторинга качества образования, Карякин Алексей Андреевич – заведующий кафедрой медицинской и биологической химии.

Приобретение новых знаний (правовых, компьютерной грамотности и т.д.) – лучшая профилактика старения и болезней.

Невозможно представить работу совета ветеранов без участия администрации, ректората, профкома, бухгалтерии, которые финансируют проводимые мероприятия (вечера к Новому году и Дню Победы) и осуществляют социальную и материальную поддержку ветеранов (поздравление юбиляров, материальная помощь ко Дню пожилого человека и т.д.). Совет ветеранов работает в тесном сотрудничестве с организационным отделом, который оказывает систематическую помощь в решении самых разных проблем, с кафедрами и другими подразделениями вуза.

Управление по внеучебной и социальной работе со студентами совместно с советом ветеранов организует различные встречи и беседы, предоставляет волонтерскую помощь (посещение ветеранов на дому, поздравления открытками, уборка квартир), телефон доверия, участие в

подготовке и проведении праздничных вечеров, рубрика в газете «Медик Севера» «Эстафета поколений» (публикация статей студентов-журналистов о ветеранах).

Ветераны университета вовлечены в культурную и общественную жизнь вуза, принимают участие в проводимых мероприятиях в университете (конференции, форумы, презентации, встречи, Войно-Ясенецкие чтения и т. д.).

Городской Совет ветеранов и совет ветеранов Октябрьского округа оказывают систематическую методическую помощь, привлекают ветеранские организации к участию в общественно-политической жизни города и области.

В апреле в зале совещаний городской администрации состоялось выездное заседание президиума городского Совета ветеранов, где присутствовавший на встрече глава муниципального образования «Город Архангельск» Игорь Годзиш ответил на актуальные вопросы ветеранского актива.

Участие в митингах, Ломоносовских чтениях, мероприятиях, посвященных праздничным датам, благотворительных концертах, выставках, встречах – эти и многие другие события объединяют ветеранов города, как, например, акция «Бессмертный полк» – это сохранение памяти о героях фронта и тыла в период Великой Отечественной войны.

Фестиваль в Доме народного творчества «А песня русская жива...» – приобщение к народной песенной культуре Русского Севера.

При содействии клуба «Гармония», руководителем которого являлась Людмила Васильевна Теплякова, член областного совета ветеранов, были организованы концерты, посвященные праздничным датам, в которых принимали участие лучшие коллективы города, цикл передач по областному радио «Поморье», посвященный 70-летию Великой Победы. В мае нынешнего года вновь состоялась запись передач с участием вокальной студенческой группы и ветеранов СГМУ.

Патриотическое воспитание является важнейшей составляющей духовно-нравственного воспитания молодежи и одним из приоритетных направлений в работе совета ветеранов. В течение последних лет осуществляется сотрудничество ветеранов с детским домом № 2.

Посещение музея ИЗО (выставка репродукций картин Леонардо да Винчи, раскрашивание козуль к Рождеству в музее), музейного комплекса в СГМУ, мастер-класс по изготовлению кукол-ангелочков в центре традиционной северной культуры «Архангельская сказка» – далеко

не полный перечень мероприятий, организованных для детей.

Беседы по различным темам (до 50-ти в год), в том числе посвященным Великой Отечественной войне в Архангельске, проводит ветеран Галина Анатольевна Лазарева.

Проблемы пожилых и реализация возможностей социальной адаптации пенсионеров обсуждались 3 июня 2016 года в рамках культурно-деловой миссии представителей Санкт-Петербурга в туристическом информационном центре Архангельской области, где состоялся круглый стол «Туризм для людей старшего поколения». В ходе встречи были представлены разработанные туроператорами маршруты для граждан старшего возраста, а представители общественных организаций ветеранов, инвалидов и пенсионеров рассказали об условиях, которые необходимо соблюдать, чтобы сделать отдых людей старшего возраста возможным, доступным и комфортным.

В 2017 году исполняется 85 лет со дня создания Северного государственного медицинского университета, имеющего богатейшую историю. А история – это люди, создававшие и приумножившие достижения вуза, внесшие достойный вклад в развитие науки, медицины и умело передающие эстафету знаний и опыта молодому поколению, студентам. Невозможно в полном объеме рассказать обо всем, что сделано за годы существования совета ветеранов, о тех людях – преподавателях, профессорах, сотрудниках вуза, которые были первыми в своих начинаниях. Многие из них нет с нами, это целая плеяда замечательных ученых, исследователей, энтузиастов. Их память увековечена в книгах, открыты именные аудитории, экспозиции музейного комплекса знакомят с биографиями выпускников АГМИ – АГМА – СГМУ. Мы вправе гордиться теми, кто не только трудовую, научную деятельность, но и общественную посвятил благородной миссии – помощи тем, кто в ней нуждается.

Литература

1. Ветераны приглашают // Медик Севера. – 1992. – 16-22 сентября. – С. 4.
2. Киверина, З.И. Военный хирург [Текст] / З. Киверина // Медик Севера. – 1993. – 28 апреля. – С. 2.
3. Общественные организации вуза / Сев. гос. мед. ун-т; [сост. : Ю.Л.Образцов и др., ред.-сост. Л.Г. Доморощенова]. – Архангельск: Изд. центр СГМУ, 2003. – 62 с. : ил., [8] л. ил. – (История АГМИ – АГМА – СГМУ/ отв. ред. Г.С. Щуров).
4. Совет ветеранов действует [Текст] // Медик Севера. – 1993. – 28 апреля. – С. 2.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ДЕТСТВА И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

КУБЫШКИНА Марина Леонидовна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

г. Архангельск

В настоящее время велик интерес к изучению различных аспектов личности и жизнедеятельности пожилых людей, однако их эмпирическое изучение по-прежнему остается одной из наиболее трудных задач, поскольку многие методы сбора эмпирических данных трудноприменимы для людей преклонного возраста. Больше возможностей в этом плане предоставляет использование метода биографического нарратива.

Нарратив, являясь свободным авторским повествованием, не стесненным рамками стандартизации, предоставляет рассказчику самому выбирать для освещения те события, которые субъективно представляются значимыми. Этот выбор, равно как и последовательность изложения, семантические характеристики описаний являются той живой основой, которая не искажена первоначальными идеями и установками самого исследователя и которая может служить незаменимым материалом для изучения подлинных чувств, переживаний, отношений, мировоззрения, жизненной позиции.

В осуществленном нами исследовании нас интересовал эмоциональный опыт детства как предпосылка формирования стратегии совладающего поведения субъекта и проявление этого поведения в пожилом возрасте. Мы ориентировались на ресурсный подход к совладающему поведению [1, 2] и рассматривали прежде всего личностный и социокультурный ресурс совладания.

В исследовании использовались данные, собранные в рамках студенческих дипломных работ Л.В. Шаньгиной (19 человек) и Т.И. Яровой

(45 человек), выполненных под руководством автора. Всего в исследовании приняли участие 88 человек в возрасте от 65 до 89 лет (средний возраст $76,9 \pm 2,45$), среди них 31 мужчина и 57 женщин. Все они родились до Великой Отечественной войны, принадлежат к одному поколению, чье раннее детство пришлось на военное время, а подростковый и юношеский возраст – на послевоенные годы.

Респондентам предлагалось в режиме свободного повествования рассказать о своем детстве, юности и сегодняшней жизни, при этом исследователь не задавал специальных вопросов, а использовал общие ориентировочные вопросы и стимулирующие реплики в духе эмпатической беседы К. Роджерса.

В результате были получены нарративы, которые обрабатывались посредством процедуры насыщенного описания.

Изучение актуального жизненного контекста пожилых людей позволило выделить четыре наиболее часто встречающиеся проблемы их жизнедеятельности, требующие совладания: проблемы здоровья и нехватки физического и интеллектуального ресурса; проблема одиночества и переживания собственной ненужности и исключенности из жизни; материальные трудности; бытовые проблемы.

В изученной группе представлены три основные стратегии совладающего поведения: продуктивное совладание, непродуктивный копинг (несовладание), социальный копинг. Их представленность в группе респондентов с учетом пола можно видеть в табл. 1.

Копинг-стратегия	Вся группа N=88	Мужчины N=31	Женщины N=57
Продуктивный копинг	16 чел., 18%	9 чел., 29%	7 чел., 12%
Непродуктивный копинг	21 чел., 24%	8 чел., 26%	13 чел., 23%
Социальный копинг	51 чел., 58%	14 чел., 45%	37 чел., 65%

Табл. 1. Копинг-стратегии пожилых людей разного пола (Архангельск, 2012-2015 гг. N=88)

Очевидно, что большинство пожилых людей обоего пола в решении жизненных проблем практикуют социальный копинг, то есть обращаются к помощи социального окружения, прежде всего своих друзей, ищут поддержку, опираются на чувство принадлежности, коллективизм, традиционные ценности и культурные нормы социального поведения, стремятся включиться в группу.

Значительный процент пожилых людей практикует непродуктивный копинг, то есть они уходят от проблем в себя, в мечты о чуде, стараются отвлечься, разрядить напряжение, снять беспокойство, переходят к обвинению других и себя без оформления представлений о цели и путях ее достижения. Именно они чаще других недовольны свое пенсией, ругают правительство, здравоохранение.

Ещё меньший процент пожилых людей практикует продуктивный копинг, то есть стремятся решить проблему через постановку цели и её достижение, исходят из оптимистических установок на жизнь, себя и социальное окружение, принимают ответственность за ситуацию на себя, рассматривают её в контексте своей целостной жизни, то есть демонстрируют качества субъекта жизни, как его описывал С.Л. Рубинштейн.

При этом примечательно, что женщины особенно часто практикуют социальный копинг, реже непродуктивный, а продуктивный у них представлен значительно слабее. У мужчин же продуктивный и непродуктивный копинг представлены в равной степени.

То есть женщины чаще для решения жизненных проблем в пожилом возрасте используют социокультурный ресурс и реже личностный. Не в этом ли, кроме всего прочего, надо искать причины большей продолжительности жизни женщин?

Изучение описаний эмоционального опыта детства пожилых людей позволило выявить интересные соответствия. Прежде всего, практически все пожилые люди описывают свою жизнь в тот исторический период как «голодную», «холодную», «бедную», «тяжёлую», «трудную». Многие потеряли родных и близких, не только матерей и отцов, но также братьев и сестёр, видели смерть. Эти описания отражают объективный исторический контекст их детства и отрочества. Однако при этом те, кто в пожилом возрасте практикуют продуктивный копинг, описывают свои детские впечатления очень яркими и позитивными красками, используя

семантические единицы, представляющие ощущения и эмоции разной модальности, например, «радостно», «весело», «благодное настроение», «чудесный день», «хорошие отношения», «замечательная учительница», «праздничная такая зелень», «солнышко улыбается» и т.д. Их воспоминания полны не только описаний голода и тяжёлых испытаний, но и позитивных событий.

Практически во всех нарративах этой группы присутствуют доказательства нежной любви к матери и гордости за отца. «...У нас батька-то на гармошке играл, я хотела, как он, бывало шифоньер гвоздём отворю, гармошку там возьму и там в саду играю, тарыкаю, а люди идут и говорят, что вот у Б. опять веселье какое-то...»; «...За учёбой у нас отец следил, потому что он закончил электротехникум связи, потом Макаровское училище... у него голова светлая...»; «...А отец у меня был самый, по всем Холмогорам такой мастеровой один был...»; «Мамочке-то нашей тяжеленько было...»; «...Мама у нас труженица была, днём работала, а ночью нам шила, вот платьице мне из мешка или брату рубаишку тоже из мешка...».

Важным моментом описания детских воспоминаний у этой группы пожилых людей выступает описание примера мужественного преодолевающего поведения авторитетного для них в тот период взрослого. «...Вёл у нас эти предметы мой любимый учитель, заслуженный учитель РСФСР Павел Григорьевич Кононов. Он был старенький, больной, у него была астма, и он вёл только наш класс. Потому что он не мог без работы просто...»; «...Мой папа... на заводе военном работал, иногда не ходил даже домой по три месяца. Там поспит маленько и встаёт, работает».

В актуальной жизни пожилые люди этой группы осознанно занимаются своим здоровьем, поддерживают физическую форму, многие тренируют память. В их высказываниях часто встречаются такие как: «многое зависит от тебя», «я привыкла сама решать», «я глава семьи», «будем думать, как с этим быть», «я привыкла сама выкручиваться». Они заняты делом, которое считают важным, часто это связано с помощью детям, бывшим коллегам, с воспитанием внуков, с осознанным самообразованием.

Пожилые люди, практикующие непродуктивный копинг, описывают эмоциональный переживания детства иначе. Описания холода, голода, бедности, тяжёлой жизни сопровождаются описанием страха, растерянности, переживаний потерь и бессилия.

«...Только помню, как страшно было лежать на этих болотах...»; «И нам ничего не оставили, ни овцы, а надо было шерсть сдавать, а какую шерсть сдавать, если у нас отобрали и овечку. Так мама так ревела, помню, бежала сзади, так ужас».

Часто эти переживания связаны с разрывом родственных отношений, страданием. Они вспоминают, как семью разбросала война, как они остались в одиночестве, как их предали, как чувствовали своё бессилие. «...Меня потом отравили в детский дом, в Цигломени, я воспитывалась в детском доме. Мать была инвалидом, а отец умер, 9 лет мне было...»; «...старший брат был на войне, после войны уже жил здесь, младший где-то погиб в первые годы войны, сестру у нас в Германию угнали в 18 лет. Мы встретились-то через 40 лет...»; «...била меня мачеха-то, а зачем ей чужие, у неё свои дети есть... а отец не вступился... так потом меня в детдом сдали...».

Очевидно, что неверие в себя и пессимистический настрой этих людей – «родом из детства».

У них нет опыта тёплых семейных отношений, чувства безопасности, защищённости, уверенности в своей значимости для других, а есть чувство беспомощности перед жизнью, переживание своей неспособности справиться с потоком жизни.

В актуальной жизни эти пожилые люди занимают пассивную позицию не «я живу», а «жизнь меня несёт». Они ожидают, а иногда и агрессивно требуют помощи со стороны социума, постоянно говорят о своих болезнях (которые, действительно, присутствуют), не имеют никаких планов, связанных с завтрашним днём.

Совсем иными предстают описания детского эмоционального опыта у пожилых людей, практикующих социальный копинг.

Перечисление жизненных тягот и опыта потерь у них сопровождаются описанием оптимистического отношения к жизни, причём среди трёх групп только у них при описании детства встречаются такие семантические единицы, как «счастливы» и «интересно».

Их воспоминания полны эпизодов коллективного преодоления трудностей. Они получили важный жизненный урок коллективного выживания и сохранения бодрости духа вопреки всем невзгодам. «...Например, в субботу (тогда ведь один выходной был – воскресенье), значит, в субботу договаривались: вот завтра выходной, придёшь ко мне, как это называли, «напомочь», значит помогать так, дрова пилить или сено заготавливать или помыть там... Так сегодня к од-

ной пойдут, потом к другой, но это бескорыстно... Следующий выходной к тебе пойдём... вот так друг к другу и ходили...».

В описаниях этой группы многократно встречаются доказательства ориентации на ценности взаимопомощи, семьи, добросердечных, незлобных отношений, уважения не только к родителям, но и к старшему поколению как таковому.

Как правило, эти пожилые люди являются приверженцами традиционных гендерных ролей, к которым, однако, относятся без ортодоксального фанатизма, могут на эту тему пошутить. В целом в этой группе наиболее часто встречаются юмористические и ироничные описания, сами респонденты иногда в процессе беседы начинали рассказывать анекдоты на обсуждаемую тему.

В актуальной жизни эти пожилые люди активно занимаются семьёй и воспитанием внуков и правнуков, участвуют в художественной самодельности, активно общаются с разными людьми. Живут с установкой «мы не жалуемся» и «нам хватает» (денег).

Таким образом, очевидно, что ранние детские воспоминания являются той основой, которая позволяет многое понять в поведении взрослого человека.

Отношение к жизни, доверие или недоверие к ней, обобщённые жизненные установки, конкретные поведенческие паттерны формируются в детстве и могут сопровождать человека до конца жизни, определяя многое в жизненном мире пожилого человека.

Литература

1. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни. Дисс... докт. психол. наук. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2005. – 473 с.
2. Хазова С.А. Когнитивные ресурсы совладающего поведения: эмпирические исследования. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – 149 с.

К ВОПРОСУ ГЕРОНТООБРАЗОВАНИЯ В ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ БАКАЛАВРОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

КУДРЯ Людмила Ивановна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

ЗОРИНА Алла Александровна

Детский медицинский центр «Здоровый малыш»

ШРАГА Моисей Хаимович

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

г. Архангельск

Обратимся к мудрому Конфуцию: «Исправление вещей начинается с исправления имен». На науку и учебную дисциплину в программе курса бакалавра «социальная работа» претендует социальная геронтология. Сейчас принято представлять «социальную геронтологию» как «прикладную комплексную интегративную науку», которая изучает «социальные аспекты старения и старости индивида и социума» и которая призвана решать «демографические и социально-экономические проблемы старения населения».

Обратим внимание, что в предмет исследования включен биологический процесс – старение организма, т.е. это наука геронтология, часть общей физиологии человека. Нам импонирует давний взгляд академика А.А. Богомолец, что старение – есть дисгармония физиологических процессов организма.

Старость же – период жизни, сменяющий зрелость. Возраст, в котором происходит постепенное ослабление деятельности организма. Старость – независимая социальная переменная, которая хронологически точно не обозначена. Безусловно, что наука, которая изучает социальные аспекты жизни человека (общества), – это социология и её медицинская разновидность – социальная гигиена. Других таких наук мы не знаем!

Безусловно, что старость – это фактор риска (ФР) индивидуального и общественного здоровья. Старость ограничивает (риск) здоровье, т.е. в философском смысле свободу жизни человека по К. Марксу.

Многие науки претендуют сейчас на изучение здоровья, при этом забывая (не зная), что существует только одна наука о здоровье человека: социальная гигиена. В отличие от физиологии и клинических дисциплин медицины, изучающих организм здорового и больного индивида, эта наука изучает социальные проблемы медицины и разрабатывает рекомендации для осуществле-

ния мер по охране и укреплению индивидуального и общественного здоровья и устранению вредного влияния социальных факторов.

Обратим внимание читателя, что в действительности проблемы так называемой «социальной геронтологии» оказываются уже давно поглощенными основными проблемами социальной гигиены: состояние и динамика здоровья населения, в т.ч. и различных его возрастных групп.

Включает влияние социальных условий на здоровье, соотношение социального и биологического в медицине. Основной метод социальной гигиены – эпидемиологический в современном понимании этого метода.

Возникает вопрос: зачем нужно вводить в курс подготовки бакалавров социальной работы социальную геронтологию? Конечно в качестве учебной дисциплины можно читать различные науки, дробя знание и увеличивая стрессовую нагрузку на студента.

Этот подход мы не можем отнести к продуктивным вариантам учебного процесса подготовки бакалавра социальной работы. Совсем наоборот! Программа должна быть пересмотрена с позиций интеграции по базовым наукам средние теории социологии.

В научном же плане, обсуждая научную самостоятельность или заявленную высокую интегральность «социальной геронтологии», мы имеем, во-первых, яркий пример научной редукции, когда здравоохранение (медицина) подменяется физиологией. Во-вторых, видим настойчивую попытку неуместной социализации биологических процессов. В-третьих, такой подход к обучению размывает предмет исследования, и это служит препятствием на пути объективной исследовательской работы студентов.

Было бы несправедливым считать, что «социальная геронтология» есть только результат кабинетного творчества.

Причины её возникновения, на наш взгляд, имеют более глубокие социально-экономические, науковедческие и институциональные корни. И все дело не только в том, что молодое и зрелое население России не любит стариков.

По нашему мнению, социально не достаточно развитые государства, бедные государства, технократические сообщества не владеют идеологией гуманизма. Они уже одной своей сутью генерируют лишних людей: бомжей, коррупционеров, стариков, социальных сирот.

А пожилые люди еще и действительно другие, иные, не такие, как большинство «нормальных» людей, почти инородцы. И это раздражает нормальных людей и оправдывает агрессию против стариков.

Но в большей степени эти корни лежат в кризисе общественной медицины.

К примеру, современная медицинская помощь в России и в Архангельской области должна характеризоваться как фрагментированная, и она препятствует внедрению в здравоохранение целостного (системного) подхода.

Игнорируются положения биоэтики здравоохранения, и ресурсы концентрируются вокруг дорогостоящих медицинских услуг.

Глэм-капитализм инициировал новые парадигмы здравоохранения. И сегодня стало уже фактом, что «медицинскую помощь переиначили в медицинские услуги, врача превратили в производителя медицинских услуг, страховые организации – в покупателя медицинских услуг, а пациента – в потребителя медицинских услуг.

Услуги и деньги из средства превратились в осязаемые цели: чем больше услуг, тем больше денег» [1]. И это материальная основа безответственной коммерческой медицины как в стенах государственных ЛПУ, так и в учреждениях так называемой «частной медицины».

Конечно, у нас недостаточно развит институт гериатрии. Вообще законы в сфере здравоохранения и социального развития последних лет не базируются на научных данных о потребности населения в охране здоровья и медико-санитарной помощи.

Но мы глубоко убеждены, что Концепция ПМСП, которая основывается на четких принципах, разработанных в 1978 г. в г. Алма-Ате на международной конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной охране здоровья, не только не утратила своего значения, но стала еще более актуальной.

Только правильно организованная участковая медицинская и социальная помощь будут

способствовать потребностям лиц пожилого возраста, у которых свобода жизни очень ограничена.

Мы же причины болезни российского здравоохранения склонны видеть в отсутствии идеологии его реформирования и плохом управлении здравоохранением России и в частности Архангельской области, и разделяем точку зрения ученого П.А. Сарапульцева [2], который требует кардинальной реорганизации здравоохранения.

Такая позиция обосновывается тем, что «в настоящее время по интегральным показателям состояния здоровья населения мы находимся на 127-м месте в мире, а по интегральной оценке качества работы системы здравоохранения – на 130-м месте в мире. А.В. Тихомиров указывает на «сосуществование двух различных до противоположности механизмов охраны здоровья граждан: прежний, бюджетно-административный и новый, рыночный» [3].

Эксперты Комитета гражданских инициатив констатируют, что российское здравоохранение за последние двадцать лет так и не стало пациент-ориентированной системой [4].

В таких обстоятельствах невозможно сформулировать национальную идею в здравоохранении! В РФ получился «российский бюджетно-страховой гибрид», который далек как «от государственно-бюджетных», так и «от страховых принципов». И мы разделяем эту точку зрения! Российское здравоохранение должно в конечном итоге прибиться к какому-либо берегу: бюджетному или страховому.

Лично мы вместе с экспертами Комитета гражданских инициатив ратуем за «переход от страхового к бюджетному финансированию» здравоохранения, что имеет место в таких рыночных странах как Италия, Испания, Португалия, Дания, Финляндия и др. И только Израиль от «бюджетного финансирования перешел на систему медицинского страхования, но там она продумана в отличие от России.

В функции обязательного медицинского страхования (ОМС) в Европе, как правило, не входят долгосрочное планирование, охрана здоровья, профилактика и раннее выявление заболеваний. Их функция, главным образом, сведена к оплате за оказанную медицинскую помощь.

Еще в более худшем состоянии находится организация социальной помощи, в т.ч. и пожилым людям. Все ее финансирование ложится на плечи самих стариков и их родственников.

Мы уверены, что преподавание студентам «социальной геронтологии» не может воспол-

нить сложные социальные проблемы современного российского общества.

Глубоко убеждены, что программа подготовки бакалавров не должна основываться и идти по пути фрагментации знания и дробления наук.

В этой ситуации обращает на себя внимание явно слабая подготовка студентов-бакалавров в области социологии.

Думаем, что надо большее внимание (учебное время) в программе подготовки бакалавров социальной работы уделять социологии и социальной медицине.

Литература

1. Комаров Ю.М. Еще раз о платности и бесплатности в здравоохранении // журнал «Медицина». – № 1, 2013. – С. 55– 62.
2. Сарапульцев П. А. Как реорганизовать российское здравоохранение с точки зрения либерала-прагматика URL: http://samlib.ru/s/sarapulxcewr_a/reformazdravoochranenia.shtml,2012 (дата обращения: 12.12.2014).
3. Тихомиров А.В. Отраслевая организация здравоохранения //Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 5. – С.17-25.
4. «Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013-2020 гг.», 2013. URL <http://komitetgi.ru/analytics/1151/>.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКОГО РЕАГИРОВАНИЯ В СТОХАСТИЧЕСКОЙ СРЕДЕ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА*

КЭРЭУШ Яна Владимировна
НЕХОРОШКОВА Александра Николаевна
ДЕПУТАТ Ирина Сергеевна
БОЛЬШЕВИДЦЕВА Ирина Леопольдовна
Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова
Институт медико-биологических исследований
г. Архангельск

Известно, что в пожилом возрасте в организме человека происходит целый комплекс негативных изменений, в том числе и снижение адаптационных возможностей, необходимых для принятия определенных решений и приспособления к новым жизненным обстоятельствам [4, 7].

Приспособительные процессы играют важную роль в формировании оптимальных стратегий адаптивного поведения, основанного на способности организма к вариативному поведенческому реагированию в новой среде: чем разнообразнее программы поведенческого реагирования, тем более адаптированным является человек [2, 8].

По мере старения отмечается потеря психологической гибкости и ограничение механизмов саморегуляции, нарушение обмена и функций организма, что, в свою очередь, позволяет предполагать снижение поведенческого потенциала в пожилом возрасте [9, 10].

На сегодняшний день в научной литературе имеется достаточно много сведений о процессах старения, действующих на всех уровнях организма, однако данные об особенностях поведенческого реагирования и выборе стратегии поведения в пожилом возрасте фактически отсутствуют.

Особый интерес представляет исследование поведения пожилых людей в стохастической среде, в условиях которой способы принятия решения определяются только внутренними механизмами последовательного целеобразования [5, 11].

Целью нашей работы явилось сравнение психофизиологических параметров поведенческого реагирования в стохастической среде у мужчин и женщин пожилого возраста.

В исследовании приняли участие 28 женщин и 25 мужчин в возрасте 60–65 лет, средний возраст в группе мужчин составил $62,7 \pm 1,7$ года, в группе женщин – $61,6 \pm 1,8$ года.

Для изучения психофизиологических особенностей поведенческого реагирования пожилых людей использовался прибор КПФК-99 «ПСИХОМАТ», включающий в себя тестовую компьютерную систему «Бинатест», разработанную НИИ медицинского приборостроения ЗАО «ВНИИМП-ВИТА» РАМН (Москва).

Исследование проводилось в режиме «Свободный выбор», позволяющем оценить закономерности последовательного выбора реакции, дающие информацию о стереотипности и вариативности принятия решения.

Испытуемый должен многократно нажимать щупом на правую и левую кнопки в произвольном порядке так, чтобы не наблюдалось определенной последовательности нажатия.

Математический и статистический анализ результатов исследования проводился с применением пакета прикладных программ Microsoft Excel, SPSS 21.0 для Windows.

При изучении особенностей поведенческого реагирования в режиме «Свободный выбор» было выявлено, что женщины совершали примерно равное количество нажатий на правую и левую кнопки, не отдавая предпочтения какой-либо из них. Также не наблюдалось статистически значимых различий в повторном выборе кнопки, в смене диад (одиночный выбор кнопки) и их повторном выборе (тройной выбор одноименной кнопки).

В свою очередь, у мужчин наблюдалось явное преобладание одиночного выбора правой и левой кнопки ($p = 0,009$), то есть постоянное чередование выбора.

И мужчины, и женщины пожилого возраста больше времени тратили на принятие решения о смене выбора, чем на повтор. Следует отметить, что мужчины затрачивали достоверно больше времени на повтор ответа ($p = 0,029$) по сравнению с женщинами.

Анализируя полученные результаты, можно

сделать вывод, что в свободной среде у людей пожилого возраста динамический компонент мотивационной направленности (поисковая активность) по временным затратам преобладает над информационным компонентом принятия решения.

Это, скорее всего, говорит о том, что в условиях неопределенной среды поведенческое реагирование соответствует программе случайного поиска, которая проявляется как отражение максимально возможной неупорядоченности представлений индивидуума об окружающей среде [1].

При этом информационный компонент не снижает уровня энтропии среды для людей пожилого возраста. Имеются исследования, согласно которым старение приводит к нарушению процесса обратной связи [3, 6].

Вследствие таких изменений организм постепенно теряет способность к саморегуляции и возрастает процесс энтропии, что и приводит к ограничению приспособительных возможностей организма.

Таким образом, уровень поисковой направленности людей пожилого возраста не приводит к снижению субъективного восприятия неопределенности окружающей среды, повышению уровня информированности и изменению тактики реагирования.

Сравнение стратегий принятия решений в стохастической среде показало, что для мужчин пожилого возраста в отличие от женщин характерна стереотипия выбора, которая важна для адаптации к изменяющимся условиям окружающей среды.

В целом, результаты проведенного исследования показали, что ориентировочно-исследовательская деятельность в пожилом возрасте часто носит случайный характер и не приводит к изменению когнитивной стратегии реагирования в условиях неопределенности окружающей среды. Это, в свою очередь, негативно отражается на способности прогнозировать развитие событий и строить дополнительные алгоритмы решения, приводя к трудностям вариативного поведенческого реагированию в новой среде.

**Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и правительства Архангельской области в рамках научного проекта № 16-16-29005а(р) «Стратегии поведенческого реагирования женщин пожилого возраста с высокой тревожностью, проживающих в условиях Крайнего Севера».*

Литература

1. Грибанов А.В., Рысина Н.Н., Джос Ю.С., Иорданова Ю.А. Психофизиологические механизмы поведенческого реагирования в различных условиях среды (обзор) // Вестник САФУ. Серия «Медико-биологические науки». – 2013. № 3. – С. 24-34.
2. Дерягина Л.Е. Адаптивное поведение человека в экстремальных условиях среды // Л.Е. Дерягина, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев. Архангельск: изд-во СГМУ. – 2001. – 123 с.
3. Ермолаева М.В. Методы психологической регуляции эмоциональных переживаний в старости // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. М.: Академия. – 2003. – С.164-171.
4. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю. Компенсаторные возможности саморегуляции и мнестической деятельности в позднем возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. Т. 17. Вып. 2. – С. 10-13.
5. Матвеев Е.В. Системные вопросы проектирования приборов и комплексов для психофизиологических обследований // Е.В. Матвеев, Д.С. Надеждин // Медицинская техника. 1994. № 4. – С. 31-34.
6. Мухордова О.Е. Особенности познавательной сферы у женщин пожилого и старческого возраста // Вестник Удмуртского университета – Ижевск: ГОУВПО «Удмуртский государственный университет». 2009. № 2. – С. 139-146.
7. Овчинникова Л.В. Психофизиологическое состояние пожилого человека в период его выхода на пенсию // Вестник ЮУрГУ. – 2012. № 8. – С.22-27.
8. Сороко С.И. Индивидуальные стратегии адаптации человека в экстремальных условиях/ С.И. Сороко, А.А. Алдашева // Физиология человека: журнал Российской академии наук. – 2012. Т. 38. № 6. – С. 78-86.
9. Фролькис В.В. Старение и биологические возможности организма / В.В. Фролькис. М.: Наука, 1975. – 272 с.
10. Щанина Е.В. Факторы социальной активности старшего поколения // Общественные науки. Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. – 2009. № 2. – С. 57-67.
11. Wang Z., Zhong J.J. The Effects of Decision Support Information on Decision-Making Patterns in Systems Development // Ergonomics, 1992. Vol. 35, no. 4. P. 457-465.

ГЕНЕАЛОГИЯ СЕМЬИ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ (на материалах Республики Бурятия)

ЛАГОЙДА Наталья Григорьевна

Бурятский государственный университет

г. Улан-Удэ

Семья как важнейшая социальная микроструктура представляет собой неотъемлемую часть всей общественной системы и находится в неразрывной связи со всеми другими ее компонентами, прямо или косвенно отражая изменения, происходящие в обществе.

Современные семейные психологи и социологи наблюдают смещение центра в семейной структуре с родственных отношений, связей детей и родителей на отношения супружеские, а родственные связи, хотя их значение и велико, отошли на второй план.

Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкис отмечают, что патриархальная семья и традиции все еще достаточно сильны в нашем обществе, но границы между членами семьи диффузны, плохо структурированы, что не может не сказываться на здоровье, сплоченности семьи [1].

Все чаще наблюдается эмоциональный разрыв между поколениями в семье, который является основой разрыва между поколениями вообще. Семья как аккумулятор этнокультурных традиций и ценностей, микросреда этнических процессов и социализации личности перестает осуществлять одну из важнейших своих функций – передачу социального опыта и этнокультурной информации молодым поколениям, обеспечивая тем самым преемственность этнической культуры. Поэтому нередко кажется, что раньше семья была прочнее, отношения в ней лучше, значение семьи в ее широком понимании, ее истории, предков выше.

Как показывают исследования, бурятские семьи, как городские, так и сельские, придают большое значение национальным традициям [2], которые, присущие бурятскому народу, передаются новым поколениям прежде всего через семью, которая, в свою очередь, является хранителем и ретранслятором национальных традиций.

Следует отметить, что в древности у монголов и бурят традиция памятования родословного древа хранилась устно и передавалась из поколения в поколение. Многие буряты могли по памяти воспроизвести свою родословную до 17-го

колена, а знать родословную до седьмого колена был обязан каждый ребенок. С распространением письма (начиная с XIII века) эти данные стали записывать. Среди оригинальных монгольских текстов светского содержания отмечают уникальные исторические источники – образцы родословных летописей бурят. Родословные летописи, а также рисунки-схемы родословного древа «угай бичиг» очень ценили и передавали из поколения в поколение как главную фамильную драгоценность.

К сожалению, в годы советской власти были утрачены или существенно девальвированы некоторые элементы бурятской традиционной культуры. Однако остаются неизменными такие этнические ценности, как особое почитание родителей, родных и предков, любовь к своей земле, доброжелательное отношение к другим этносам.

У бурят в условиях господства или преобладания натурального крестьянского хозяйства доминирующее место в семейной организации занимала семейная община или большая патриархальная семья, состоящая из нескольких брачных пар с их потомством – малых семей, ведущих общее хозяйство.

Большая семья представляла собой первичную экономическую единицу бурятского общества, насчитывающую в своем составе до нескольких десятков членов.

Но уже к середине XIX века она все более вступает в противоречие со складывающимися общественно-экономическими отношениями. И это приводит к активному распаду большой патриархальной семьи, из которой выделяются самостоятельное хозяйство отдельные малые семьи. Во второй половине XIX века господствующей формой становится отдельная семья, хотя традиции большой еще остаются достаточно крепкими [4].

С формой и размерами семьи самым тесным образом были связаны и ее структурные особенности, то есть родственный состав семей.

Бурятские семьи состояли из нескольких поколений кровных родственников по восходя-

щей и нисходящей линиям: из двух поколений (родителей и детей) в малой семье и из трех и более поколений (стариков-родителей, их женатых сыновей и внуков, а иногда и правнуков) в большой неразделенной семье. Иногда женатые братья в неразделенной семье и после смерти главы семьи – отца или деда – на какое-то время сохраняли единство семьи. Существование ее основывалось на общности хозяйства – неразделенном владении землей, скотом и орудиями производства.

Продолжительность общности семьи зависела от разных причин, и в первую очередь от хозяйственных потребностей и от того, насколько дружно жили члены семьи. Там, где более демократичными были взаимоотношения главы семьи с взрослыми членами, как правило, отсутствовали семейные неурядицы и большая семья сохранялась дольше.

Необходимо отметить, что для бурятской семьи было характерно большое разнообразие в соотношении различных групп родственников, образующих семью. В ее состав, помимо кровных родственников (родителей, детей и их потомства) могли входить и родственники по боковой линии: одинокие дяди или тетки главы семьи или его жены, неженатые родные или двоюродные братья, племянники.

Взаимоотношения членов как в большой неразделенной, так и в малой семье определялись патриархальными традициями, которые и обуславливали права и место в семье каждого его члена.

Возглавлял семью старший по возрасту мужчина, обычно отец семейства, и лишь в очень редких случаях мать-вдова. Отец был полновластным хозяином всего движимого и недвижимого имущества семьи и мог, в сущности, распоряжаться им единолично. Он руководил всеми хозяйственными работами, связанными в первую очередь с полеводством и животноводством, распределяя обязанности между отдельными ее членами.

Главенство в экономике семьи давало право и на морально-психологический авторитет: ему должны были беспрекословно подчиняться все остальные члены семьи. Он имел право распоряжаться судьбой своих дочерей до их замужества, после чего они попадали под власть мужа, и держать в повиновении своих сыновей до их полной зрелости.

Считалось, что совершеннолетие для мужчин наступает в 18 лет, но власть отца продолжалась до 35-40 лет, до полного совершеннолетия,

пока сын не делался «полным хозяином». Хотя по нормам обычного права отец обладал неограниченной властью, случаев грубого деспотизма или самоуправства с его стороны в бурятских семьях, как правило, не наблюдалось.

Патриархальная власть главы семьи смягчалась тем почтением, которое обязан был соблюдать каждый бурят по отношению к родителям, старшим членам рода, почетным старикам. Воля, желание отца для всех членов семьи были законом. И даже великовозрастные сыновья не смели возражать ему. Но на практике обычно отец при решении важных вопросов мог советоваться со взрослыми членами семьи, хозяйственные дела могли решаться сообща, однако последнее слово принадлежало ему. Исходило это из традиционного почитания старших в семье, ослушаться или перечить которым считалось невозможным. Этим определялись и отношения между остальными членами семьи: младшие неукоснительно подчинялись старшим.

Поскольку семья, будучи социальной микроячейкой, отражает качественное своеобразие каждой ступени развития общества, то и в течение XX века семья бурят развивалась, как и повсюду, в самой тесной связи с общими социально-политическими, экономическими и культурными преобразованиями, которые происходили в обществе.

Начиная с конца 20-х годов, и особенно в последующие десятилетия, в семейных отношениях бурят и их быте произошли глубокие изменения. Перестройка происходила постепенно, и формирование новых черт в семье определялось изменениями в общественно-экономической и культурной жизни народа.

Одним из значительных достижений, обусловивших утверждение новых семейно-бытовых отношений у бурят, было изменение социального положения женщины, вовлечение ее в общественное производство и общественную жизнь.

Всеобщее обучение подрастающего поколения (без предпочтения мальчикам, как было в прошлом), ликвидация неграмотности, все возрастающая общественная активность бурятки поставили ее в один ряд с мужчиной в разных сферах жизни.

Все эти процессы вели к изменениям в социально-экономической основе семьи, ее структурных связях, семейно-бытовой культуре.

До конца 30-х годов, несмотря на происшедшие преобразования в целом в жизни общества, в семейной сфере бурят продолжали сохраняться многие традиционные нормы и формы,

традиции и обычаи. Активный процесс трансформации всех сторон семьи и семейного быта начался в послевоенные годы. В это время заметно увеличивается число городского населения.

Материалы исследований, проведенных в 70-е годы XX века, показывают, что преобладающим типом семьи стала двухпоколенная семья, в большинстве своем состоящая из родителей и несовершеннолетних детей (от 53% до 68% в разных местах). На втором месте идут трехпоколенные семьи, состоящие из родителей (или одного из них), их женатых и неженатых детей и внуков (их насчитывается от 19,6% до 32%); на третьем месте – однопоколенные семьи, составляющие от 10,3% до 22,7% [3].

Однако при всех отмеченных новых чертах в сельских семьях старшего и среднего поколений сохраняется особое отношение к мужчине, отцу как главному человеку в семье.

В начале XXI века существенно изменились отношения между родителями и детьми. Традиционные нормы, ориентированные на безоговорочное послушание младших старшим, без попыток возражения или обсуждения, трансформировались.

Отношения основаны на взаимопонимании, дружбе и уважении друг к другу. Молодежь в большинстве своем с почитанием относится к родителям, а те, в свою очередь, уважительно – к более грамотному, образованному молодому поколению. Немало семей, возглавляемых представителями молодого поколения при жизни ещё трудоспособных родителей – в этих случаях решающую роль играют факторы образования и общего культурного уровня, которые выше у молодых. Но и в таких случаях взрослые дети признают лидерство родителей, выслушивают их советы и по возможности следуют их указаниям.

Изменения, произошедшие во взаимоотношениях членов семьи, связаны прежде всего с тем, что все взрослые члены семьи имеют самостоятельные источники дохода и материально независимы друг от друга.

Рост национально-смешанных браков и многие другие факторы отразились на существенном изменении внутрисемейного строя, нормах поведения супругов и других взрослых членов семьи.

Духовно-нравственное воспитание подрастающего поколения во все времена существования Российского государства являлось самым важным и всегда основывалось на почитании предков, уважении семейных традиций и сохранении памяти о прошлом.

Издревле проверенная временем жизненная мудрость россиян, мораль и нравственность народа оседала в его памяти, сохранялась и передавалась из поколения в поколение. Долог и тернист был путь формирования духовного наследия народа в форме летописей, сказаний и практических знаний о предках. Только в конце XIX века знания о предках определились как самостоятельная наука – историческая генеалогия.

В научной литературе существуют различные определения генеалогии. Наиболее удачное определение, на наш взгляд, на основе всестороннего анализа понятийного аппарата генеалогии, ее значения в современном научном знании и ее места среди других исторических, гуманитарных и негуманитарных наук приведено в работе известного в России историка Е.В. Пчелова «Теоретические понятия генеалогии».

Е.В. Пчелов определяет «...историческую генеалогия как науку, которая изучает:

- 1) генеалогические связи между людьми (родство и свойство);
- 2) те системы, которые вследствие этих связей возникают (роды, семьи и др.);
- 3) историю самих этих систем (их происхождение, развитие и гибель)» [6, с.54].

Генеалогия помогает и самоидентификации человека, ибо, как отмечает Е.В. Пчелов, «...пока человек живет в обществе, он неизбежно будет ощущать необходимость в познании своих генеалогических связей, т.е. в причислении себя к какой-то более широкой, чем отдельная личность, системе, совокупность которых это общество и составляет. Следовательно, генеалогия неотделима от самой психологии человека как «существа общественного» и будет актуальна всегда, пока существует человеческое общество» [6].

В России были нарушены выработанные веками традиции: установившаяся в 1917 году советская власть отказалась от наследия царской России, от сформированного свода законов по пяти сословиям, нарушив у людей чувство уважения рода, чувство исторической памяти в семьях советских граждан. Более 70 лет просуществовали советские декреты, искоренив из повседневного обихода основополагающие аспекты социальной памяти, лежащие в основе генеалогических знаний.

Русский синоним слова «генеалогия» – «родословие». В одной из своих работ академик С.О. Шмидт отметил: «Занятие генеалогией – это выявление родственных связей с наибольшей полнотой и в хронологической последовательности, составление поколенных росписей, выяс-

нение биографических данных по возможности обо всех этих лицах» [7].

А это в советских условиях оказывалось отнюдь не безопасным и для занимавшихся такими изысканиями, и главное – для лиц, родственные связи которых их заинтересовывали, поскольку таким путем могли выявиться родственники и за границей, и среди тех, кого именовали «врагами народа». И потому с семейными преданиями опасались знакомить детей, оберегая их, скрывали от них и подозрительные с точки зрения официальной идеологии дорогие семейные реликвии (царские ордена, изображения в мундирах, парадных платьях, фотографии домов, некогда принадлежавших предкам и родственникам и т.п.). В результате это обедняло семейные отношения и взаимосвязи поколений.

Принятая всенародным голосованием 12 декабря 1993 года Конституция Российской Федерации вернула своим, теперь уже бессловесным гражданам, право безнаказанно заниматься разысканием историй семей, выстраивать родословные, проследивать становление своих и породненных фамилий, устанавливать из глубины веков историческую правду о предках и чтить родство свое.

Теперь любой гражданин России может ощутить себя посредником между прошлым и будущим, предками и потомками. Однако как это делается, с чего начинается возрождение семейной памяти – знают немногие.

В последние годы в СМИ, в научных и общественных кругах широко дискутируются вопросы о восстановлении исторической преемственности поколений, о формировании общественного сознания на основе традиционных российских духовных и нравственных ценностей, о возрождении величия Отечества.

По словам нашего современника-генеалога, С.А. Сапожникова: «Генеалогия, родословие, геральдика – это могучее нравственное средство и для укрепления семьи, и для укрепления государства. И это государственная задача – научить людей ценить цепь поколений, которая была перед ними, и чувствовать себя звеном этой цепи. Это философская основа и жизни, и гражданственности, и патриотизма» [8].

Нами было проведено исследование, направленное на изучение осведомленности молодежи о предках, истории своей семьи, степени значимости семейных традиций для современной молодежи посредством составления генеалогического древа.

Основными задачами данного исследования

являлись: пробуждение интереса к истории семьи, привлечение молодежи к родословным исследованиям, обучение будущих специалистов по социальной работе применению социально-психологических методов в работе с различными типами семей.

В исследовательских целях нами использовался метод генограммы семьи, представляющий собой графическое изображение генеалогического древа с указанием важных дат и событий из жизни членов семьи, а также сочинение-анализ, отражающее вопросы осведомленности о жизни родственников и предков, значения этого знания для молодого человека.

Важным моментом являлось то, каким способом автор семейного древа воспринимает действующих лиц и связи, которые соединяют их и его самого с предками по вертикали и родственниками по горизонтали, а также с их ролями. Иногда даже белые пятна, «провалы в памяти семьи» могут сказать многое о том, что было «вычеркнуто из семейной памяти».

Самым информативным, интересным и актуальным в этой работе является установление вероятных связей между событиями, фактами, датами, возрастными ситуациями.

Можно предположить вероятную взаимосвязь, например между смертью и рождением или совпадением дат и возрастов (синхрония, синдром годовщины); сюда же относится повторяемость определенных событий и т.п. [9].

Можно выдвинуть несколько социологических или историко-социологических гипотез о жизни кого-либо из родственников на основе того, что происходило в данный исторический период. Эмпирической базой исследования стали генограммы, представленные студентами 4-го курса социально-психологического факультета Бурятского государственного университета.

Было исследовано 25 респондентов, из которых 60% – буряты, 36% – русские, 4% – семейские, 16% – юноши, 84% – девушки. Данное задание студенты выполняли в течение одного семестра.

Осведомленность о предках и истории семьи оценивалась по количеству отображенных на генограмме поколений людей, имена-отчества и некоторые факты жизни которых испытуемый мог назвать.

Анализ осведомленности отдельно по отцовской и материнской линиям обнаружил интересную тенденцию: знание дальних предков по материнской линии часто больше, чем по отцовской, – в русских семьях, а знание дальних

Число указанных поколений	Число респондентов (человек)	Процентное соотношение (%)
4	2	8
5	9	36
6	10	40
7	3	12
8	1	4

Генограмма поколений

предков по отцовской линии больше, чем по материнской – в бурятских семьях.

Максимальное (по материнской и отцовской линиям) количество представленных на генограмме поколений предков у испытуемых различается и колеблется в пределах от 4 (8% случаев) до 8 (4%) поколений, включая испытуемого.

Максимальное число рассмотренных ими поколений – 8, минимальное – 4.

Из таблицы видно, что 76% респондентов смогли исследовать 5-6 поколений, 12% – дали характеристику семи поколениям и лишь 4% знают своих предков до восьмого колена.

Причин такой слабой осведомленности может быть несколько. В первую очередь, это политическая история жизни страны, связанная с репрессиями и ссылками, вынуждавшая родственников отказываться, порвать связи с осужденным членом семьи; война, гибель на фронте и потеря контакта с другими родственниками; традиция перехода девушки после свадьбы в семью мужа и отрыв от своих корней, развод родителей, разрыв связей с родственниками родителя, проживающего отдельно после развода и т.д.

В исследовании анализировался также такой показатель, как количество изображаемых членов семьи, который, на наш взгляд, является не столько показателем широты семьи и количества родственников, сколько показателем уровня активности взаимоотношений и общения с ними, поддержанием контактов и, как следствие, осведомленности об их жизни.

Тот показатель на представленных генограммах варьируется от 7 до 47 человек.

Большая часть испытуемых (35%) включала в семейное дерево от 26 до 35 человек, чуть меньший процент респондентов (28%) отображали на генограмме от 36 до 47 человек.

Отдельно по материнской (62% случаев) и отцовской (82%) линиям изображается в основном от 1 до 25 родственников.

В 20% (5 респондентов) генограмм бурятских

семей указаны не все родственники, т.к. у бурят досоветского периода было принято знать имена только мужчин по отцовской линии.

В семейской же семье были указаны все родственники по горизонтальной линии родства, но описано было лишь четыре поколения. По количеству указанных членов семей можно судить о средней степени активности семейных взаимоотношений между родственниками.

В некоторых случаях (2%) на генограмме отражается только один отец, что, вероятно, связано с полным разрывом отношений с ним вследствие развода родителей.

Нужно отметить, что у респондентов-девушек генограммы были составлены точнее, с приведением необходимых для анализа дат и указания продолжительности браков, количественным показателем детской смертности в определенные периоды, случаев суицидов и т.д.

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что в семьях большинства респондентов сохранились традиции почитания предков и уважительного отношения к старшему поколению, что подтвердило выдвинутую ранее гипотезу.

При составлении генограмм респонденты выдвигали собственные гипотезы, которые они сформулировали по результатам изучения истории семьи.

Например, были выдвинуты гипотезы о возможном сокращении детности будущих поколений и долголетию женщин – членов семей. Один респондент проследил такую особенность: на протяжении четырех поколений один из мужчин рода становился ламой. Некоторые респонденты отметили закономерность всплеска многодетности в своих семьях в периоды политической нестабильности и послевоенного времени, на этапе экономического кризиса наблюдается повышение количества разводов.

После составления генеалогического древа был использован метод «сочинение-анализ»,

цель которого состояла в выяснении отношения респондентов к исследованию своей родословной, осведомленности о жизни родственников и предков, значении этого знания для молодого человека.

Сочинения испытуемых обрабатывались при помощи контент-анализа, позволившего выделить 15 типов описаний, которые мы объединили в пять категорий, обобщающих значение знания о предках и истории семьи: осведомленность о фактах жизни предков, знание о себе, наследование в семейном древе, эмоциональный и социальный аспекты.

Первой по частоте ответов выступает категория – наследование в семейном древе. Сюда входит описание значения знания истории семьи, связанное с исследованием, осознанием передачи, закономерной повторяемости личностных характеристик, а также осознанием повторяющихся проблем семьи и на этой основе – попытка работы над собой, над изменением семейного сценария.

На втором месте по частоте встречаемости находятся ответы, отражающие важность знания особенностей происхождения, корней, истории рода, ситуаций и особенностей жизни предков и родственников.

Иными словами, это исследовательский интерес к фактам жизни членов семьи.

Третья позиция – значение знания предков, истории семьи для саморазвития, построения личностной идентичности. Испытуемые отвечают, что эта информация дает знание о себе, более глубокое понимание себя, как строить свою жизнь, понимать ее.

Эмоциональный аспект этого знания по частоте встречаемости среди других ответов на четвертом месте. Сюда включаются описания различных позитивных и негативных чувств, связанных с историей семьи.

Чаще это и ресурсные ощущения – родства, неодинокства, уверенности в себе и своих силах, гордости за предков. Однако, исследуя многопоколенную жизнь семьи, человек может столкнуться с негативными фактами, вызывающими тревогу, возможности их повторения, обиду.

Немаловажное значение имеют ответы, отражающие значимость этого знания для формирования ценностной сферы личности, общего уровня культуры и развития.

Встречаются высказывания о том, что компетентность в вопросах истории семьи является основой знания и правильного отношения не только к родственникам, но и к людям в целом

(«так посмотреть – мы все родня»), краю, родине. Это явление, конечно, служит удовлетворению потребности в принадлежности, обретению личностной и родовой идентичности. Но, с другой стороны, это и специфический для нашей страны с ее историей репрессий, ссылок и войн социальный феномен, выражающийся в потребности восстановить, компенсировать ввиду объективных причин утраченные родственные отношения и связи. Поэтому часто ответы испытуемых повторяемы, стереотипны.

В целом респонденты высказали положительное мнение о подобном исследовании, им было интересно узнать своих предков, дальних родственников, они были удивлены некоторыми фактами из жизни членов семьи.

Об актуальности исследований такого характера можно судить по словам одного из респондентов: «...составление генеалогического древа семьи было интересным, увлекательным и важным для меня и не только из-за результата, но и самого процесса. Для составления полного «древа» я общалась со многими своими родственниками, с которыми даже не была знакома. В процессе составления генеалогического древа я узнала историю знакомства своих бабушек и дедушки, а также других членов семьи. Узнала, что корни моей семьи из Польши, и многое другое. Семье то, что я занялась этим делом, помогло вспомнить всех дальних родственников, восстановить семейные связи».

Таким образом, проведенное исследование может свидетельствовать о том, что семья в Бурятии как аккумулятор этнокультурных традиций и ценностей, микросреда этнических процессов и социализации личности продолжает осуществлять одну из важнейших своих функций – передачу социального опыта и этнокультурной информации молодым поколениям, обеспечивая тем самым преемственность этнической культуры. К сожалению, в учебных заведениях основах генеалогии не учат, хотя общество заинтересованно в духовно-нравственном возрождении России, во многом зависящем от того, как в современных семьях восстанавливается прерванная в XX веке духовная память о предках, возрождается традиция помнить и продолжать историю семей и чтить свое родство.

Нередко приходится слышать вопрос: «Знаете ли вы свою родословную?». Он чаще всего адресован молодежи. Кажущаяся простота и незначительная информативность вопроса не вызывают порой у человека желания ответить на него.

Вопрос в ряде случаев может оказаться дискомфортным, и тогда можно услышать легкомысленный ответ: «А в чем проблема? Спрошу у родителей». Такой ответ, скорее всего, результат неграмотности в знании истории своей семьи: не исключено, что подросток или юноша не сможет даже по отчеству назвать двух своих дедов. Не каждый молодой человек сам в процессе самообразования сможет преодолеть трудности становления и формирования своей генеалогической памяти и семейной культуры, и тем самым отчасти поможет решить важные духовно-нравственные проблемы воспитания общества.

В последние годы государство пытается привлечь внимание молодежи к работе над родословными изысканиями посредством подключения к этой проблеме библиотек, музеев, архивов, государственных просветительских (образовательных) учреждений и некоторых общественных организаций, имеющих дело с краеведением.

Создан Союз возрождения родословных традиций, который организует ежегодные Всероссийские генеалогические выставки, сотрудничает с редакциями детских краеведческих журналов, стремясь познакомить молодое поколение с миром прошлого, приобщить к родословным исследованиям.

В Республике Бурятия также проводится достаточно большая работа по возрождению родословных традиций, особенно – в сельских национальных школах.

Ребята, приезжающие на учебу в наш университет из села, как правило, хорошо знают своих предков и гордятся ими, могут назвать не только имена своих дальних родственников, но и то, чем они были знамениты, чем славился их род, о семейных династиях и рассказать о многом другом. Они привозят свои родословные, доставшиеся им от бабушек и дедушек, некоторые из которых являются экспонатами краеведческих музеев.

Во время проведения республиканских фестивалей, конкурсов «Семья года», «Дангина», «Гэсэр» обязательным условием является знание своей родословной, традиций своей семьи, своего рода.

Традиционно проводятся выставки семейных реликвий, фотографий, семейного древа. В городе Улан-Удэ регулярно проходит Всероссийский фестиваль клубов молодых семей, где молодые супруги и их дети демонстрируют достойные знания своих корней.

В целях более глубокого изучения истории

своей семьи мы предлагаем ввести элективный курс «Генеалогия» в школьную программу и программу высших учебных заведений, что позволит в системе развивающего обучения стимулировать мощный импульс к формированию интеллектуального и нравственного развития личности.

Знание основ генеалогии, примененное школьниками и студентами для воспроизведения истории своей семьи, позволит сформировать и закрепить в их сознании мотивированный интерес к познанию и почитанию предков из глубины веков до наших дней, что и является главным признаком духовного роста самосознания личности.

Поскольку нам не приходилось встречать аналогичных программ для высших учебных заведений, мы изучили опыт трехгодичного эксперимента, проведенного по программе «Генеалогия и история семьи» в старших классах школы № 25 «Олимп» г. Великого Новгорода.

Программа направлена на решение следующих задач:

- сбор и систематизация базы данных для написания истории своей семьи;
- составление подробного плана сочинения по истории семьи и приложений для него (родословная таблица по схеме восходящего родства и описи персоналий к ней);
- работа над сочинением «История моей семьи» и обсуждение его результатов;
- подготовка и участие в итоговом генеалогическом коллоквиуме «Знаю ли я историю своей семьи?».

Данная программа была разработана с учетом межпредметных связей (русский язык, литература, информатика, история, география, изобразительное искусство, музыка) и внеклассной самостоятельной работы.

При работе с учителями-предметниками углубляются знания по отечественной истории, географии, литературе на примере изучения жизнедеятельности поколений предков. На уроках информатики приобретаются навыки работы с компьютером и выхода в Интернет в поисках информации по генеалогии на российских генеалогических сайтах.

Во внеклассную работу включаются посещения музеев, художественных выставок, концертов, тематических (ознакомительных) экскурсий (архивы, научные библиотеки и др.).

Программа построена с учетом принципов системности, научности, доступности, преемственности и перспективности между темами

курса и базовыми дисциплинами смежных предметов, направлена на развитие личности учащихся и способствует углубленному изучению литературы, истории, географии и других наук, изучаемых не только в школе, но и выявляемых в процессе изучения исторической генеалогии (ономастика, антропонимика, геральдика, сфрагистика, нумизматика).

На наш взгляд, данная программа позволит не только сформировать практические знания, умения и навыки по сбору, систематизации и хранению семейных генеалогических материалов, но и создать условия для осознания себя в качестве посредника между прошлым и будущим, предками и потомками; позволит развить исследовательский интерес к истории своей семьи, рода, села или города, страны в целом

В настоящее время повысился интерес к вопросам исторических корней и путей развития наций, возросла тяга к познанию утраченных за последние десятилетия ценностей своей этнической культуры, традиций и обычаев.

В этой связи интересным и актуальным является исследование осведомленности современного молодого человека о предках, членах семейно-родственного коллектива и значения этого знания с использованием метода генограммы.

Изучение истории семьи, семейного древа позволит в некоторой степени восполнить пробелы в знании конкретных особенностей этнической культуры, поскольку семья и семейный быт – это та сфера в жизни любого общества, где наиболее устойчиво сохраняются этнокультурные традиции и ценности, т.е. этническое своеобразие народа.

Литература

1. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Семейная психология и семейная терапия. // Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. – СПб., 2003. – 280 с.
2. Осинский И.И. Гылыкова Э.В. Бурятская городская семья на рубеже XX-XXI веков. // И.И. Осинский, Э.В. Гылыкова: Улан-Удэ, 2003. – 352 с.
3. Басаева К.Д. Семья и семейный быт./Современный быт и этнокультурные процессы в Бурятии.// К.Д. Басаева: Новосибирск, 1984. – С.84-88.
4. Басаева Н.Б. Семья и брак у бурят.//Н.Б. Басаева: Улан-Удэ, 1991. – 192 с.
5. Буряты // Отв. ред. Л.Л. Абаева, Н.Л. Жуковская. – Москва: Наука, 2004. – 633 с.
6. Пчелов Е.В. Теоретические понятия генеалогии//Е.В. Пчелов. Гербовед, № 45: Москва, Изд-во РГК. 2000. – С.52-59.
7. Сапожников С.А. Генеалогия и геральдика как средство сохранения семейных традиций.//С.А. Сапожников. Гербовед, № 61. – Москва, Изд-во РГК. – 2003, С. 20-27.
8. Шмидт С.О. О книге «500 лет на службе России»//И.Н.Извеков., А.И. Извеков С.Ю.Баранов 500 лет на службе России: дворянский род Извековых от вяземских вотчинников до наших дней. – СПб.: Наука. 2002. –270 с.
9. Шутценбергер А.А. Синдром предков. Трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциогаммы//А.А. Шутценбергер. – Москва, 2001. – 240 с.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОЦИАЛЬНО-ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

МАКУЛИНА Евгения Юрьевна
ДАНИЛОВА Раиса Игнатьевна

Северный (Арктический) федеральный университет
Институт комплексной безопасности
г. Архангельск

В работе проанализирована сущность информационных технологий в социально-геронтологической работе

Не секрет, что пожилой возраст отличается высоким уровнем интровертности, замкнутости и необщительности. Круг общения пожилого человека существенно сужен по сравнению с молодыми и взрослыми людьми. Все это является причиной обостренного у пожилых людей чувства одиночества, заброшенности, бесполезности и бесперспективности жизни.

В условиях стремительного развития информационных технологий в XXI столетии возникает закономерный вопрос: способны ли информационные технологии стать новым средством преодоления хотя бы части социально-геронтологических проблем.

Если подходить к решению этого вопроса с самой общей, т.е. формальной стороны, то, с одной стороны, складывается впечатление, что информационные технологии могут успешно решить часть проблем, которые детерминированы спецификой жизни пожилого человека; с другой стороны, на сегодняшний день мы уже знаем, что информационные технологии могут не только помогать, то также и предопределяют часть проблем современного общества: интернет-зависимость, тиражирование негативной информации в Сети и др.

Однако все-таки информационные технологии, по нашему мнению, способны преодолеть часть социально-геронтологических проблем, например, общение в режиме онлайн не только с родными и друзьями, но и социально-геронтологическим работником.

Снятие ограничения на удовлетворение информационно-коммуникативных потребностей пожилых также должно оказать положительный эффект на реализацию тех целей, которые ставит перед собой социально-геронтологическая служба.

По данным ВЦИОМ, в возрастной группе 56-60 лет Интернетом пользуются 32% людей этой возрастной группы, 13% – в возрастной группе 61-72, и 6% в возрасте 72 лет и старше [2].

Информационные технологии способны преодолеть такие негативные атрибуты старости, как чувство заточения в четырех стенах, догматический отказ от нового, утрате многокрасочности бытия. Так, согласно О.А. Аслановой, «Именно информационная адаптация помогает пожилым людям в преодолении одиночества, чувства ненужности и отсталости от современной жизни. Информационные коммуникации в дальнейшем украсят и обогатят их жизнь» [1].

Если мы обратимся к зарубежному опыту, то выясним, что информационные технологии уже давно и прочно заняли свою нишу как в работе с пожилыми, так и подготовке геронтологических работников.

Согласно данным О.Э. Булла, в «Соединенных Штатах проводятся конкурсы лучших сайтов для пожилых пользователей. Среди конкурсантов отмечаются сто лучших ресурсов, а участников, естественно, значительно больше. Есть в этой стране и организации, которые предоставляют сервис в поисках специальной информации, законодательных актов и ресурсов для защиты прав по вопросам пенсионной реформы и медицинской страховки.

Кроме тематических ресурсов за рубежом для пользователей старшего поколения в интернете есть несколько социальных сетей для пожилых. На Западе социальные сети для тех, кому за 50: Saga Zone, Friends Over 50, Second Prime, Over 50s поощряют беби-бумеров наслаждаться жизнью и общаться со сверстниками...

Лидером по количеству и масштабу подобных проектов является Германия. Здесь доля пользователей сети Интернет старше 50 лет составляет около 10%. Примерно половина этих пожилых пользователей проводят в интернете до 6 часов в неделю.

Образовательные программы, нацеленные на повышение компьютерной и интернет-грамотности старшего поколения, здесь значительно различаются по формам организации, целям и степени формальности.

Большую известность, в частности, получил реализуемый на протяжении нескольких лет в

этой стране проект «ИНФОмобиль». Передвижная станция с компьютерной техникой и доступом в интернет на базе автобуса дала возможность тысячам пожилых немцев в первый раз соприкоснуться с компьютерной техникой» [3].

Итак, основные направления развития информационных технологий социально-геронтологической работы можно определить следующим образом:

1. Интенсификация поддержания родственных связей.

2. Информатизация участия пожилых в воспитании внуков и правнуков, живущих в других городах.

3. Усиление эмоционально-эмпатической связи между поколениями.

4. Снятие ограничений на удовлетворение информационно-коммуникативных потребностей пожилых людей.

5. Формирование компетенций пожилых людей, определяющих коммуникативные возможности их выхода на сайты социальных учреждений, знакомства и выбора поставщиков и видов социальных услуг, определенных в ФЗ от 28.12.2013 № 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

6. Активизация творческого начала пожилого человека.

7. Обеспечение информационной насыщенности жизни.

8. Создание условий для возможности публичного аргументирования мнения и оценок пожилых людей в отношении различных проблем.

9. Создание информационного социально-геронтологического пространства по интересам.

Освоение выше обозначенных направлений зависит от создания специальных информационных программ для обучения социально-геронтологических работников.

По мнению Л.П. Ситяевой, Н.Н. Остапенко, «Культурно-адаптивный критерий гуманизации пожилого возраста утверждает недопустимость сведения этого периода жизни к примитивному доживанию. Стремительный ритм современной жизни, смена доминирующих ценностей неизбежно рождают у пожилого человека ощущение отсталости, маргинальности, существования на обочине жизни. Возможна ли в этих условиях адаптация к обновляющемуся миру? Несомненно, возможна, а благодаря ИТ адаптация для большинства пожилых людей осуществляется эффективно. Особенно наглядно это проявляется в бытовой культуре: активное пользование

сотовой связью, Интернетом, гаджетами и др. Следует подчеркнуть, что культурно-адаптивный процесс не сводится к пассивному приспособлению и культурной «всеядности», а характеризуется активностью и избирательностью. ИТ предоставляют пожилому человеку возможность сформировать траекторию самосовершенствования путем приобщения к шедеврам изобразительного искусства, музыки, архитектуры, кинематографии, театра и др.» [4].

Социальная работа в XXI веке должна отвечать на современные запросы общества и решать возникающие проблемы быстрее, эффективнее и с учетом развития современной науки и информационных технологий [5].

Литература

1. Асланова О.А. Социальное самочувствие пожилых людей в современном информационном обществе // Общество и право №4, 2011 – С.307-310.

2. Бершадская Л., Биккулов А., Жук Д., Низомутдинов Б. Интернет и пожилые: включенность старших возрастных групп и внимание к их проблемам // Информационные ресурсы России, 2014; №5. – С.11-15.

3. Булла О.Э. Опыт реализации социальных проектов в России и за рубежом, направленных на преодоление социального одиночества и социальной изоляции пожилых людей / <http://www.scienceforum.ru/2014/pdf/1730.pdf> (Дата обращения 29.06.16).

4. Ситяева Л.П., Остапенко Н.Н. Гуманистический потенциал информационных технологий: социогеронтологический аспект / Новые информационные технологии в образовании материалы VIII Международной научно-практической конференции. Российский государственный профессионально-педагогический университет. 2015. – С. 154-159.

5. Социальная работа XXI: Глобальные вызовы и региональная практика / Данилова Р.И., Трошина Т.И., Малик Л.С., Бобылева Н.И., Голубева Е.Ю., Голубева Е.Ю., Есеева О.В., Калинин Л.В., Кудря Л.И., Магнуссон М., Никифорова А.А., Тевлина В.В., Рыбак Е.В., Федулова А.Б., Цихончик Н.В., Шрага М.Х. – Архангельск, 2015. – С.138.

ВОЗРАСТНАЯ ДИСКРИМИНАЦИЯ И САМОДИСКРИМИНАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЯХ

МИКЛЯЕВА Анастасия Владимировна

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена

г. Санкт-Петербург

Одной из особенностей социализации на поздних этапах жизненного пути является сокращение объема социальных контактов, сужение «кругов общения». Особенно ярко эта тенденция проявляется по мере выключения пожилого человека из сферы профессиональной деятельности, благодаря которой на первый план выходят взаимоотношения внутри семьи.

Именно внутрисемейные отношения зачастую представляют для пожилого человека основное пространство межличностной коммуникации, поэтому их качество во многом определяет уровень его психологического благополучия и качество жизни в целом.

На этом фоне парадоксальным выглядит тот факт, что современная психология обращается к проблемам, связанным с положением пожилых людей в системе семейных межличностных отношений, довольно редко, в отличие от традиционно изучаемых детско-родительского и супружеского взаимодействия.

Результаты проведенного нами эмпирического исследования, в котором приняли участие 236 человек в возрасте от 16 до 82 лет (из них 141 женщина и 95 мужчин), показало, что в отношениях, разворачивающихся между членами многопоколенной семьи, около 20 % пожилых людей становятся объектами возрастной дискриминации (эйджизма).

Возрастная дискриминация представляет собой комбинацию трех взаимосвязанных элементов (негативных стереотипов старости и старения, дискриминационных практик в межличностном взаимодействии людей, дискриминационных практик на уровне функционирования различных общественных институтов) [8, 13] и проявляется предубеждениями против возраста [7, 10].

С целью изучения субъективно воспринимаемой реальности возрастно-дискриминирующей модели внутрисемейных отношений в нашем исследовании использовался модифицированный вариант «Опросника эйджизма», предложенного Е. Palmore для оценки субъективного уровня возрастной дискриминированности человека [12, модификация 4].

Результаты исследования позволяют утверждать, что, вопреки ожиданиям, для пожилых людей характерен самый низкий (в сравнении с представителями других поколений семьи) уровень субъективно отражаемой возрастной дискриминированности в семейных отношениях.

Среднее значение по суммарному показателю «Опросника эйджизма» среди пожилых людей составляет 2,90 балла (из 16 возможных), тогда как в группах детей и взрослых этот показатель составляет 5,62 и 4,01 и соответственно (различия между всеми подгруппами являются статистически значимыми).

Учитывая результаты многочисленных социологических исследований, в которых наглядно показано, что объектами эйджизма в семейных отношениях чаще всего становятся именно пожилые люди [1, 2, 5], полученные нами данные выглядят весьма неожиданными, но тем не менее объяснимыми.

На наш взгляд, они отражают сложившуюся в современном общественном сознании практику игнорирования проблемы возрастной дискриминации. Хотя исследования показывают, что возрастная дискриминация – это крайне актуальная проблема современного общества, которая по распространенности с успехом соперничает с сексизмом и расизмом [12], ее значительно труднее обнаружить, поскольку она воспринимается как нормативное, «правильное» по своей сути явление [11], будучи основанной на распространенных негативных стереотипах в отношении людей того или иного возраста, особенно пожилых [3, 9].

Довольно ярко эта тенденция проявляется и в российском обществе, в котором проблема эйджизма практически не осознается ни субъектами, ни объектами дискриминации [6].

В итоге, пожилые люди, испытывая в практике повседневного взаимодействия с близкими людьми проявления возрастной дискриминации, рефлексируют их как нормативную модель взаимодействия, не отдавая себе отчета в том, что такие отношения носят деструктивный характер и существенно ухудшают качество их жизни.

Эта гипотеза нашла подтверждение и в процессе качественного анализа результатов, полученных в исследовании. Так, описывая свой опыт переживания возрастной дискриминации в семейных отношениях, пожилые люди довольно часто затрудняются привести конкретные примеры возрастно-дискриминирующих ситуаций (в 44,21% случаев), что, на наш взгляд, является результатом недостаточной осознанности данной проблематики.

В тех случаях, когда пожилым людям удавалось описать ситуации возрастной дискриминации в семейных отношениях, они опирались на рефлексию преимущественно актуального опыта (92,60% от общего числа ответов), значительно реже – опыта, имеющего отношение к прошлому.

В качестве субъектов возрастной дискриминации в семье они чаще других рассматривали младшее поколение – «внуков» (71,23%), реже взрослых – «детей» (20,09%) и представителей своего поколения (8,68%).

Контент-анализ позволил выделить три наиболее распространенных типа возрастно-дискриминирующих ситуаций, с которыми сталкиваются пожилые люди в семье: ограничения, опосредованные «возрастным дисплеем» («в твоём возрасте уже нельзя /не положено /стыдно» – 0,588), частичное или полное исключение из принятия значимых для семьи решений (0,201), а также ситуации, когда в качестве возрастно-дискриминирующих практик рассматриваются проявления заботы со стороны более младших членов семьи (0,113): «беспокоятся, когда я одна выхожу из дома», «стараются оградить меня от бытовых проблем», «считают, что мне уже трудно работать в огороде» и т.д.

С помощью критериального анализа было выявлено, что последний тип ситуаций достоверно выше встречается в ответах тех пожилых испытуемых, которые идентифицируют себя с группой взрослых, а не пожилых людей, то есть являются носителями парадоксальной возрастной идентичности (критерий χ^2 , $\alpha < 0,05$).

Таким образом, оказалось, что для пожилых людей проблема возрастной дискриминации в семейных отношениях заостряется в том случае, если их положение в поколенческой структуре семьи не соответствует актуальной возрастной идентичности. В случае нормативной возрастной идентичности, напротив, проявления возрастной дискриминации не рефлексируются пожилыми людьми как неконструктивные формы отношений.

Напротив, в ответах пожилых людей с нормативной возрастной идентичностью часто прослеживаются особый эффект, который можно назвать возрастной самодискриминацией.

Суть этого эффекта заключается в том, что пожилой человек, принимающий данную возрастную роль, готов считать проявления эйджизма в свой адрес естественной формой отношений между поколениями в семье.

Проиллюстрируем явление возрастной самодискриминации несколькими примерами: «Я отдала внуку свою комнату, ушла на диван в проходную. Действительно, ему нужнее, у него друзья, а мне все равно, где лежать» (жен., 69 лет); «В нашем возрасте нужно больше помалкивать, разговаривая с детьми и внуками, молодежь значительно лучше понимает в нынешней жизни» (муж., 72 года); «Глупо их ругать за грубость, спасибо, что на улицу не гонят, кому я нужна – такая беспомощная» (жен., 74 года).

Таким образом, полученные в нашем исследовании данные показывают, что, несмотря на довольно большую фактическую распространенность, проблема дискриминации пожилых людей в семейных отношениях в условиях современного российского общества недостаточно осознается как представителями младших поколений семьи, так и самими пожилыми людьми.

Учитывая, что проявления эйджизма в семейных отношениях могут существенно снижать качество жизни пожилых людей, эта проблема требует пристального внимания как со стороны ученых-исследователей, так и широкой общественности.

Как показывают результаты проведенных нами исследований [4], эйджизм не является феноменом исключительно межличностного взаимодействия, но проявляется и в разнообразных видах общественных отношений, в силу чего первым шагом на пути его преодоления должно стать развенчание наличествующего в обыденном сознании мифа о нормативности и естественности дискриминации пожилых людей в семейных отношениях.

Литература

1. Вдовина М.В. Функциональные изменения межпоколенческого конфликта в современной семье. Автореферат дис. ... д.п.с.н. – М., 2008. – 36 с.
2. Елютина М.Э., Чеконова Э.Е. Социальная геронтология. – М.: ИНФРА-М, 2004. – 157 с.
3. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старости. – М.: Академия, 2002. – 228 с.

4. Микляева А.В. Психология межвозрастных отношений. – М.: Перо, 2014. – 159 с.
5. Пучков П. В. Геронтологическое насилие в условиях демографического кризиса (социологический анализ). Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора социологических наук. – Саратов, 2006. – 49 с.
6. Сикорская Л.С. Толерантность в представлениях молодых российских и немецких волонтеров социальной работы // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – с. 52-58.
7. Breckler S. J. Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude // Journal of Personality and Social Psychology. – 1984. – Vol. 47. – pp.1191-1205.
8. Butler R. N. Age-ism: Another form of bigotry // The Gerontologist. – 1969. – Vol. 9. – pp. 243-246.
9. Cuddy A. J. C., Fiske S. T. Doddering but dear:

process, content, and function in stereotyping of older persons // Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older Persons /Edited by Todd D. Nelson. – N.Y.: Brandford book, 2002. – 388 p. – pp. 3-27.

10. Kimmel D. C. Ageism, Psychology, and Public Policy // American Psychologist. – 1988. – Vol. 43. – No. 3. – pp. 175-178.

11. Levy B. R., Banaji M. R. Implicit ageism // Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons /Nelson T. D. (Ed). – Cambridge, MA, US: The MIT Press, 2002. – 388 pp. – pp. 49-75.

12. Palmore E. The Ageism Survey. First Findings // The Gerontologist. – 2001. – Vol. 41. – No5. – pp. 572-575.

13. Pritchard R.D., Maxwell S.E., Jordan W. C. Interpreting Relationships Between Age and Promotion in Age-Discrimination Cases // Journal of Applied Psychology. – 1984. – Vol. 69. – No. 2. – pp. 199-206.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ОКАНЧИВАЮЩИХ СВОЮ ЖИЗНЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И НА ДОМУ

МОРДОВСКИЙ Эдгар Артурович
СОЛОВЬЕВ Андрей Горгоньевич
САННИКОВ Анатолий Леонидович

Северный государственный медицинский университет
г. Архангельск

Ряд аспектов катастрофического по масштабу процесса депопуляции в России в 1990-2000 годы остается недостаточно изученным. В их числе причины высокой общей смертности и смертности от ряда состояний в старших возрастных группах, их взаимосвязь с социальным статусом граждан и особенности влияния на эту ситуацию отечественной системы здравоохранения [1, 3]. Методом опосредованного анализа указанной медико-социальной проблемы является оценка особенностей социального статуса умерших в зависимости от места наступления смерти, поскольку в пожилом возрасте «выбор» последнего определяется не только сложившимися культурными традициями, но и возможностью обратиться и получить медицинскую помощь в случае угрозы жизни [4, 5, 6].

Цель исследования – выявить особенности социального статуса лиц пожилого возраста (старше 60 лет), оканчивающих свою жизнь в медицинской организации и на дому.

Выполнено документальное наблюдение – сплошной анализ данных медицинских свидетельств о смерти (ф.106/у-08), умерших в Архангельске в течение одного года (01.07.2011 – 30.06.2012). Согласно рекомендациям Департамента по экономическим и социальным вопросам ООН при анализе данных лица, умершие в «пожилом» (elderly) и «старческом» (senile) возрасте, рассматривались как одна возрастная группа. Общая численность умерших за указанный период составила 4137 чел. (из них в возрасте 60 лет и старше – 2814 (68,0%)). Для определения наличия взаимосвязи между ними использовался тест χ^2 Пирсона. Достоверными считались отличия при $p < 0,05$. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 13.

Доля мужчин, умерших в возрасте 60-69 лет на дому, составила 35,6%; в медицинской организации – 54,5%; на улице – 9,9%; умерших в воз-

расте 70-79 лет – 38,8%, 56,0% и 5,2%; умерших в возрасте 80 лет – 42,1%, 52,2% и 2,8% соответственно. Доля женщин, умерших в возрасте 60-69 лет на дому составила 42,2%; в медицинской организации – 55,3%; «на улице» – 2,5%; умерших в возрасте 70-79 лет – 41,2%, 55,2% и 3,6%; умерших в возрасте 80 лет – 33,5%, 64,7% и 1,8% соответственно. Социальные характеристики умерших в большинстве своем статистически значимо отличаются в зависимости от «выбора» места наступления смерти (табл. 1).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пожилые, состоявшие в браке на момент смерти, имевшие среднее специальное или среднее образование, чаще умирали на дому, чем в медицинском учреждении. Причины обнаруженной закономерности следует искать в плоскости неравенства доступности медицинских услуг для обозначенных социальных групп.

Можно предположить, что, вследствие низкого уровня знаний и общей культуры, многие из лиц пожилого возраста считают свое состояние часто сопровождающееся физическим дискомфортом или болью, «возрастной нормой». В случае обострения заболевания они могут пренебречь потенциальной угрозой и не успеть обратиться за медицинской помощью [2].

Объяснением обнаруженных отличий социальных характеристик лиц пожилого возраста, умерших на дому, в сравнении с умершими в медицинском учреждении, может быть различная степень их функциональной ограниченности (ей значимо чаще подвержены мужчины и женщины с более негативными характеристиками социально-экономического статуса) [5].

Таким образом, результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о неэквивалентности в режиме взаимодействия населения пожилого возраста г. Архангельска с системой здравоохранения. Лица с более негативными социальными характеристиками имеют большую

	Медицинская организация	На дому	χ^2, p
Пол			
- мужчины	440 (41,7)	634 (39,1)	$\chi^2 (37,0)$ $p < 0,0001$
- женщины	614 (58,3)	989 (60,9)	
Образовательный статус			
- высшее	157 (14,9)	195 (12,0)	$\chi^2 (256,9)$ $p < 0,0001$
- среднее специальное	543 (51,5)	487 (30,0)	
- среднее	253 (24,0)	854 (52,6)	
- неизвестно	101 (9,6)	87 (5,4)	
Брачный статус			
- в браке	818 (77,6)	966 (59,5)	$\chi^2 (184,8)$ $p < 0,0001$
- одинокие	160 (15,2)	588 (36,2)	
- неизвестно	76 (7,2)	69 (4,3)	
Занятость			
- специалисты	6 (0,6)	4 (0,2)	$\chi^2 (180,4)$ $p < 0,0001$
- рабочие	9 (0,9)	18 (1,1)	
- пенсионеры	1011 (95,9)	1577 (97,2)	
- прочие	28 (2,6)	24 (1,5)	
Структура причин смерти			
Класс 2. Новообразования (C00-D48)	214 (20,3)	417 (25,7)	$\chi^2 (278,2)$ $p < 0,0001$
Класс 9. Болезни системы кровообращения (I00-I99)	553 (52,4)	977 (60,2)	
Класс 19. Травмы, отравления и некоторые другие последствия действия внешних причин (S00-T98)	25 (2,4)	86 (5,3)	
Прочие классы МКБ-10	262 (24,9)	143 (8,8)	

Табл. 1. Структура причин смерти, характеристики социального статуса умерших в пожилом возрасте в зависимости от места наступления смерти, абс. (%) [3]

вероятность умереть на дому, т.е. без оказания медицинской помощи. Соответственно, лиц, обладающих такими характеристиками, можно считать «резервом» сокращения смертности населения в группе пожилых.

Литература

1. Возраст человека: системный подход / А.М. Вязьмин, Л.А. Заросликова, Е.Г. Шукина и др.; под ред. проф. А.Л. Санникова. – Архангельск: СОЛ-ТИ, 2010. – С.160-200.

2. Косенко О.Ю. Особенности социальных проблем лиц пожилого возраста и связанных с ними потребностей в услугах // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. 2010. № 2 (22). – URL: <http://www.uecs.ru/uecs-22-222010/item/167-2011-03-23-08-25-54> (дата проверки: 10.09.2014).

3. Соловьев А.Г., Мордовский Э.А., Вязьмин А.М. Социально-демографический статус лиц пожилого и старческого возрастов, умерших от алкоголь-атрибутивных состояний в г. Архангельске // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27. – № 1. – С. 165-171.

4. De Roo ML, Miccinesi G, Onwuteaka-Philipsen BD et al. Actual and Preferred Place of Death of Home Dwelling Patients in Four European Countries: Making Sense of Quality Indicators // PLoS ONE. 2014. 9(4): e93762. doi:10.1371/journal.pone.0093762.

5. Dorynska A., Pajak A., Kubinova R. et al. Socioeconomic circumstances, health behaviours and functional limitations in older persons in four Central and Eastern European populations // Age and Ageing. 2012;41:728–735. doi: 10.1093/ageing/afs114.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ТЕМПАМИ СТАРЕНИЯ

МОРОЗ Таисия Петровна

ДЁМИН Александр Викторович

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

Институт медико-биологических исследований

г. Архангельск

Принято считать, что физиологическое старение предполагает постепенное развитие старческих изменений, характерных для человека, которые ограничивают приспособительные способности организма, тогда как преждевременное старение подразумевает частичное или общее ускорение темпа старения, которое приводит к тому, что данный индивид опережает средний уровень старения своей возрастной группы.

Сегодня многие исследователи отмечают, что изменения при преждевременном старении происходят во всем организме человека, затрагивая многие органы и системы, включая изменения и в параметрах пострурального контроля [1].

В настоящее время хорошо известно, что нормальное старение характеризуется определенным сдвигом и последовательностью возрастных изменений, соответствующих биологическим, адаптационно-регуляторным возможностям организма человека.

Нормальный темп старения пожилых женщин – это пограничное состояние между физиологическим и преждевременным старением.

В свою очередь, замедленный и медленный темпы старения у пожилых женщин можно рассматривать как основу «оптимального старения», оказывающую положительное влияние на процессы их успешного старения и активного долголетия [11].

Тревожность – один из основных факторов, способствующих развитию у человека психических и соматических заболеваний, что, в свою очередь, может привести к увеличению темпа старения.

Цель данной работы заключалась в выявлении особенностей тревожности у женщин 60–74 лет с разными темпами старения.

Было обследовано 168 женщин в возрасте 60–74 лет (средний возраст (M±SD): 65,4±4,3).

В работу не были включены женщины, находящиеся на учете в психоневрологических диспансерах, имеющие в анамнезе инсульты, деменцию, черепно-мозговые травмы, а также лица, постоянно проживающие в домах престарелых.

Кроме того, все женщины на момент обследования были мобильны, могли передвигаться без посторонней помощи и не использовали специальные средства для передвижения.

Для вычисления темпа старения использовали формулы определения биологического (БВ) и должного биологического (ДБВ) возрастов по 3-му варианту методики В.П. Войтенко.

Величину темпа старения (ТС) определяли по формуле $ТС = БВ - ДБВ$. В первую группу – группу исследования – были включены женщины, темп старения которых находился от 10 лет и менее, что по классификации соответствует медленному темпу старения. Во вторую группу – группу сравнения – женщины, темп старения которых находился в пределах +4,9 до -4,9 года, что соответствует нормальному темпу старения [1].

Также у пожилых женщин определяли субъективно-переживаемый возраст путем опроса респондентов о возрасте, на который они себя чувствуют. Данный показатель зависит от напряженности, событийной наполненности и удовлетворенности жизнью, переживаний и воспринимаемой степени самореализации стареющего человека и его социально-экономического статуса [12].

С помощью методики диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина определялся уровень ситуационной и личностной тревожности. Методика включала в себя 40 вопросов. Полученные значения по методике до 30 баллов оценивались как низкая тревожность, 31–45 – средняя, 46 и более баллов – высокая тревожность. Анализ показателей календарного возраста показал (табл. 1), что все квартили в группе сравнения были больше, чем у женщин в группе исследования ($p = 0,031$). Полученные результаты позволяют предположить, что преобладание медленного темпа старения будет оказывать положительное влияние на продолжительность жизни у женщин после 67 лет.

При сравнительной оценке субъективно переживаемого возраста обнаружены различия на уровне статистической тенденции ($0,05 > p \leq 0,1$).

Показатели	Группа исследования n = 85 Me (Q1-Q3)	Группа сравнения n = 83 Me (Q1-Q3)	Уровень статистической значимости (p)
Календарный возраст, лет	64 (61-67)	65 (63-70)	0,031
Субъективно переживаемый возраст, лет	62 (59-65)	60 (55-65)	0,055
Темп старения, лет	-2 (-3...0)	-13 (-15...-11)	< 0,001
Ситуационная тревожность, баллы	42 (38-48)	38 (32-42)	< 0,001
Личностная тревожность, баллы	51 (46-54)	44 (39-49)	< 0,001

Табл. 1. Сравнительная оценка возрастных особенностей и уровней тревожности у женщин пожилого возраста с нормальным (группа исследования) и медленным (группа сравнения) темпом старения

Установлено, что развитие медленного темпа старения у женщин 60–74 лет будет способствовать ощущению себя моложе своего календарного возраста на 5 лет и более. Однако у женщин того же возраста при нормальном темпе старения ощущение моложе своего календарного возраста в среднем составляет 2 года.

Обнаружено, что все квартили ситуационной тревожности у женщин в группе сравнения были ниже, чем у женщин в группе исследования ($p < 0,001$). Кроме того, в группе исследования третий квартиль были выше 45 баллов.

Можно сделать следующие выводы, во-первых, у женщин в пожилом возрасте 60–74 лет с нормальным темпом старения наблюдается не только повышение, но и риск развития высоких уровней ситуационной тревожности.

У женщин в группе сравнения все квартили личностной тревожности были ниже, чем у женщин в группе исследования. При этом все квартили в группе исследования и третий квартиль в группе сравнения находились выше 45 баллов.

Таким образом, для пожилых женщин с нормальным темпом старения характерно преобладание высоких уровней личностной тревожности. Также у женщин 60–74 лет даже при медленном темпе старения существует риск развития высоких уровней личностной тревожности.

Обсуждение результатов. Известно, что показатель субъективно переживаемого возраста у людей пожилого и старческого возраста можно рассматривать как критерий оценки процесса их успешного старения [1]. В связи с этим можно говорить о том, что медленный темп старения у женщин 60–74 лет будет оказывать более благоприятное влияние на процесс их успешного старения, нежели нормальный темп старения.

Кроме того, полученные данные позволяют предположить, что отсутствие изменений компонентов простой ходьбы и сложно-двигательных актов будет оказывать положительное влияние на процесс успешного старения у женщин в пожилом возрасте.

Установлено, что при нормальном темпе старения у женщин 60–74 лет риск развития высоких уровней ситуационной и личностной тревожности намного выше, чем при медленном темпе старения.

Наши исследования еще раз доказывают, что развитие высоких уровней тревожности будет негативно отражаться на процессе успешного старения у пожилых женщин [2].

В настоящее время установлено, что прогрессирование высоких уровней тревожности у пожилых людей повышает у них риск развития депрессии и когнитивных изменений, ухудшая при этом качество их жизни [3–5].

Можно предположить, что у женщин 60–74 лет с нормальным темпом старения риск развития депрессии и когнитивных изменений намного выше, чем при медленном темпе старения.

Все это позволяет рассматривать оценку ситуационной и личностной тревожности у пожилых женщин как степень оценки их психофизиологической и психоэмоциональной адаптации при старении.

Необходимы исследования, направленные на оценку динамических компонентов пострурального контроля у женщин пожилого и старческого возраста в зависимости от когнитивных изменений и риска развития у них депрессии.

Таким образом, у женщин 60–74 лет с нормальным темпом старения выше риск развития высоких уровней ситуационной и личностной

тревожности, чем у женщин того же возраста с медленным темпом старения.

Литература

1. Грибанов А.В., Дерябина И.С., Мороз Т.П., Большевидцева И. Л. Особенности ходьбы и уровня тревожности у женщин пожилого возраста с синдромом падений // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2014. №3 (49). – С. 164-166.
2. Brain Aging: Models, Methods, and Mechanisms (Frontiers in Neuroscience). In: Riddle D. R., editor. Boca Raton (FL), USA: CRC Press; 2007. 408 p.

3. Heesch K.C., Burton N.W., Brown W.J. Concurrent and prospective associations between physical activities, walking and mental health in older women. // Journal of epidemiology and community health. 2011. Vol. 65, № 9. – P. 807–813.

4. Белозерова Л.М. Работоспособность и возраст: Том избранных трудов / Л.М. Белозерова. – Пермь: Прикамский социальный институт. – 2001. – 328 с.

5. Практикум по психологии состояний. Под ред. А.О. Прохорова. СПб.: Речь. – 2004. – 480 с.

СПЕЦИФИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

НАГОРНОВА Анна Юрьевна

Тольяттинский государственный университет
г. Тольятти

Одной из ведущих современных тенденций развития мировой практики социальной работы является ее направленность на своевременное выявление и эффективное решение проблем, возникающих у конкретного клиента, семьи, социальных проблем в целом. Социальная работа (social work) рассматривается как профессиональная деятельность по оказанию помощи индивидам, группам в целях улучшения и восстановления их способности к социальному функционированию; созданию условий, благоприятствующих достижению этих целей в социуме. Социальную работу с престарелыми людьми важно рассматривать как развитие возможностей личности в условиях семьи или самостоятельного проживания.

Для социального работника, изучающего в вузе особенности профессиональной деятельности с пожилыми, имеет значение целый ряд факторов социального и психологического плана, связанных с образом жизни пожилых людей, положением в семье, возможностью и желанием трудиться, состоянием здоровья, социально-бытовыми условиями. Для того чтобы работать с пожилыми людьми, нужно знать их социальное положение в прошлом и настоящем, особенности психики, материальные и духовные потребности и в этой области опираться на научный подход. Как следствие этого существует необходимость индивидуального подхода в работе с пожилыми [3, 4, 6–8].

Среди ключевых моментов, которые следует помнить, чтобы развивать и совершенствовать социальную работу с престарелыми людьми, выделяются уникальность индивидуального опыта, необходимость биологического и психологического подходов к старости, важность социального окружения с его поддержкой и взаимопомощью, общественное отношение к немощности в старости, понятие об индивидуальных ресурсах, доступных любому человеку.

Если исходить из обобщенной системы принципиальных положений о содержании деятельности студента вуза – будущего социального работника, то оказывается возможным опре-

деление круга основных задач, возлагаемых на работников социальной сферы в процессе непосредственного общения с пожилыми людьми.

Это прежде всего:

- 1) оказывать помощь индивидам и группам, осознавать и устранять затруднения личного, социального, экологического и духовного характера, неблагоприятно влияющие на них;
- 2) помогать пожилым людям справляться с этими затруднениями путем поддерживающего, реабилитирующего, защитного или корректирующего воздействия;
- 3) защищать беспомощных в соответствии с законом, прибегая к использованию власти;
- 4) способствовать более широкому использованию каждым клиентом собственных возможностей для социальной самозащиты;
- 5) использовать все средства и источники для социальной защиты нуждающихся в этом людей и др.

Рассматриваемый круг задач со всей определенностью показывает, что они включают в себя широчайший диапазон тех навыков и умений, которые потребуются студентам, осваивающим специальность «социальная работа», для их выполнения.

Если рассмотреть в контексте с задачами социальной работы круг основных обязанностей, которые должен выполнять социальный работник как профессионал, то в основном это выглядит следующим образом:

- создавать и поддерживать рабочую обстановку и атмосферу;
- выявлять и преодолевать негативные чувства, которые влияют на людей и на него самого;
- опознавать и преодолевать в отношениях с людьми агрессию и враждебность;
- содействовать предоставлению физической заботы нуждающимся и престарелым;
- наблюдать, понимать и интерпретировать поведение и отношения между людьми;
- общаться вербально и письменно;
- организовывать и вести беседу в различных обстоятельствах;
- вести переговоры, выступать по радио и т.д.

Профессиональная социальная работа с пожилыми клиентами включает в себя несколько взаимосвязанных этапов, знание которых студентами является, с нашей точки зрения, основополагающим при их подготовке к деятельности с пожилыми людьми (рис. 1).

Когда пожилой человек попадает в отдел социальной службы, он становится клиентом. Его появление означает, что наступает ответственность социального работника по совершению действий ради этого клиента.

Работу с пожилым клиентом социальный работник начинает с выявления проблемы обращения клиента. Диагноз проблемы начинается с небольших установочных интервью. Такое обсуждение должно быть «генерализованным». Это значит, что в нем охватываются аспекты здоровья, повседневной жизнедеятельности, эмоциональные потребности клиента, выражающиеся в депрессии, тревоге или несчастье, чувстве зависимости. Взвешивание всех этих фактов и дает понимание степени трудности проблемы.

В социальном диагнозе (М. Ричмонд) существенное место занимает получение информации о клиенте. Информация может быть получена в результате обследования человека, его жизненных и бытовых условий, окружения, а также с помощью опросников.

В диагностике клиента социальный работник делает следующее:

1) принимает ситуацию как сложное взаимодействие физического, психического, эмоционального и социального факторов, сил и слабостей пожилого клиента, значимости для него ситуации;

2) уравнивает его желания и потребности;

3) согласовывает набор услуг и те приемлемые изменения у всех, кто включен в ситуацию клиента [12].

Когда все нюансы исследованы, социальный работник вступает в фазу планирования социальной помощи. Это включает в себя разработку стратегий:

- 1) по решению существующих проблем;
- 2) с целью предотвращения развития проблем в будущем;
- 3) с целью возобновления или усиления ресурсов пожилого клиента для тех проблем, которые все равно появляются.

Все планирование может варьировать от простой координации действий до более сложных планов, которые в зарубежной практике включают ведение данного случая, полный спектр социальной защиты, службы мониторинга.

В рамках рассмотренного следует обратить внимание еще на два характерных аспекта полноценной социальной работы с пожилыми людьми. Полезным является сбор информации от представителей смежных профессий и из



Рис. 1. Этапы социальной работы с пожилыми людьми

семейного окружения пожилого клиента, что задает критерии биопсихологической оценки и определяет подход.

Во многих ситуациях социальному работнику ради блага и нужд пожилого клиента приходится тесно работать с некоторыми представителями других профессий и смежных дисциплин. Полезными оказываются в первую очередь связи с медицинскими работниками поликлиник или больниц (терапевтами, физиотерапевтами, хирургами и т.д.). Однако эти связи могут быть еще шире и вовлекать соседское окружение, местное управление, правоохранительные органы и т.п.

Работа с семьей является в социальной работе с пожилыми людьми смысловой составляющей и, как правило, начинается с понимания особенностей семьи пожилых людей, с аспектов ее повседневной жизнедеятельности, внутрисемейных интеракций, взаимоотношения поколений, организации паттернов поведения и т.д.

Пожилым человеком в некотором понимании является часть семьи с ее сферой социальных отношений и поддержки. Любое изменение в его каждодневном существовании должно рассматриваться в контексте его положения в семейной группе и ее способности реагировать на подобные изменения.

Работа с семьей пожилого клиента включает самого пожилого человека, членов его семьи, круг семейных отношений и социальную поддержку соседства. Контекст этой работы возникает из попыток, предпринятых самим пожилым клиентом, его родственниками, окружением, другим социальным работником. В принципе, появление пожилого клиента уже дает социальному работнику возможность начинать социальную работу с семьей, поскольку постановка вопросов, на которые надо дать ответ, почти всегда вовлекает значимых людей в окружение клиента. Поэтому прямой работе с пожилым человеком сопутствует работа с одним или несколькими членами его семьи.

Рассматривая специфику профессиональной подготовки социального работника к деятельности с пожилыми людьми, необходимо проанализировать его основные функции, которые позволяют конкретизировать данную профессиональную деятельность [9].

Это реализация диагностической, прогностической, предупредительно-профилактической (или социально-терапевтической), правозащитной, социально-педагогической, психологической, социально-медицинской, социально-бытовой, коммуникативной, реклам-

но-пропагандистской, нравственно-гуманистической, организационной и других функций.

Так, реализация диагностической функции предполагает изучение социальным работником особенностей пожилых людей как группы, слоя, отдельного человека, степени и направленности на них микросреды и постановку «социального диагноза».

Прогностическая функция реализуется путем программирования и прогнозирования влияния на пожилого человека как объекта социальной работы всех социальных институтов общества, выработки определенной модели социального поведения этих объектов.

Предупредительно-профилактическая (или социально-терапевтическая) функция позволяет предусмотреть и привести в действие социально-правовые, юридические, психологические, социально-медицинские, педагогические и другие механизмы предупреждения и преодоления негативных явлений, организовать оказание социотерапевтической, социально-бытовой, психолого-педагогической, медицинской, юридической и иной помощи нуждающимся пожилым людям.

Правозащитная функция в социальной работе предусматривает использование всего комплекса законов и правовых норм, направленных на оказание помощи и поддержки, защиту пожилого человека.

В соответствии с социально-педагогической функцией социальный работник призван выявлять интересы и потребности пожилых людей в различных видах деятельности (культурно-досуговой, спортивно-оздоровительной, технического и художественного творчества, туризма) и привлекать к работе с ними различные учреждения, организации, общественные, творческие и другие союзы, специалистов, тренеров, организаторов культурно-досуговой деятельности и т.д.

Психологическая функция предполагает различные виды консультирования и коррекции межличностных отношений, помощь в социальной реабилитации всем нуждающимся пожилым, призвана способствовать их социальной адаптации.

При реализации социально-медицинской функции социальный работник обязан организовать работу по профилактике здоровья, помогать овладевать основами оказания первой медицинской помощи, культурой питания, санитарно-гигиеническими нормами, развивать трудотерапию, способствовать формированию здорового образа жизни.

В деятельности социального работника важна реализация социально-бытовой функции, а именно: социальный работник обязан оказывать поддержку и необходимую помощь людям пожилого возраста в улучшении их жилищных условий, организации нормального быта.

Коммуникативная функция призвана устанавливать контакты с нуждающимися пожилыми людьми в той или иной помощи и поддержке, организовывать обмен информацией, способствовать включению различных институтов общества в деятельность социальных служб, помогать восприятию и пониманию другого человека, больных и здоровых, нуждающихся и не нуждающихся в помощи и поддержке.

Рекламно-пропагандистская функция социальной работы проявляется в организации рекламы социальных услуг, в пропаганде идей социальной защиты человека.

Нравственно-гуманистическая функция (как своеобразная концентрация определенных свойств, черт всех других функций) придает социальной работе высокие гуманистические цели, создает условия для достойного функционирования человека, групп и слоев в обществе.

Организационная функция способствует организации социальных служб на предприятиях и по месту жительства, привлекает к их работе общественность и направляет их деятельность на оказание различных видов помощи и социальных услуг населению.

При профессиональной подготовке социальных работников к деятельности с людьми пожилого возраста нами изучался также и зарубежный опыт социальной работы с пожилыми клиентами.

Анализируя его, можно отметить глубину накопленного практического опыта и вследствие этого широту теоретической интерпретации воззрений.

В целом непосредственная социальная работа достаточно четко может быть представлена в виде составляющих ее ключевых звеньев:

- 1) установление отношений с клиентом;
- 2) коммуникативного процесса;
- 3) обсуждения и консультирования по проблеме;
- 4) защиты интересов клиента;
- 5) вмешательства в кризисную ситуацию;
- 6) целевого подхода;
- 7) психотерапии [10].

Центральный элемент профессиональной социальной работы с клиентом состоит в развитии социальным работником коммуникативного мастерства, необходимого ему, чтобы

вести социальную работу «лицом к лицу». Для этого необходимо обладать различными умениями, эффективно строить взаимоотношения с клиентом. Грамотная коммуникация выступает как одна из основных составляющих профессиональной пригодности студента, обучающегося социальной работе с пожилыми людьми.

При этом общение происходит на разных уровнях: социальный работник как представитель государства, оказывающий помощь членам общества; социальный работник – группа, и наконец, социальный работник и клиент. Последнее наиболее значимо, т.к. в конечном счете самым главным является конкретный человек.

Поэтому овладение умениями общения считается очень важным и значимым при профессиональной подготовке социальных работников для работы с пожилыми людьми.

К ним относятся:

- умение выслушать других с пониманием и целенаправленно;
- умение выявить информацию и собрать факты, необходимые для анализа и оценки ситуации;
- умение создать и развивать отношения;
- умение наблюдать и интерпретировать вербальное и невербальное поведение, применять знания по теории личности и диагностические методы;
- умение добиться доверия подопечных;
- умение обсуждать острые проблемы в позитивном эмоциональном настрое;
- умение вести исследования или интерпретировать выводы;
- умение посредничать и улаживать отношения между конфликтующими индивидами, группами;
- умение налаживать межинституциональные связи;
- умение интерпретировать социальные нужды и докладывать о них в соответствующие службы, институты;
- умение активизировать усилия подопечных по решению собственных проблем [5].

Способность построить отношения является основой любой интеракции в социальной работе. Например, будущему социальному работнику при организации интервью надо быть готовым начать разговор с теми, у кого трудности и проблемы, кто испытывает нужду, и далее, собрав все факты, почувствовать ситуацию.

Ключ к этому – эмпатия, характеристика, которую в непосредственной работе надо отличать от симпатии.

Эмпатия более профессиональное чувство и реакция. Будучи эмпатийным, социальный работник понимает чувства другого и свое личное отношение в ответ на них, но не заполняется ими. Помимо эмпатии отношения также нуждаются в теплоте и уважении, которые проявляются в построении доверия, серьезном принятии другой точки зрения или личного мнения. Такие эмоциональные проявления участия особенно уместны с пожилым клиентом.

Основываясь на изучении библиографических источников для студента, обучающегося социальной работе, который впоследствии будет осуществлять профессиональную деятельность с пожилыми людьми, можно выделить следующие характеристики специализации:

– способность обеспечить допустимое и целесообразное посредничество между личностью или семьей престарелых, с одной стороны, и обществом, различными государственными и общественными структурами – с другой;

– выполнять своеобразную роль «третьего человека», связующего звена между личностью и микросредой, личностью и родственниками и обществом;

– умение влиять на общение, отношения между людьми, на ситуацию в микросоциуме, стимулировать, побуждать клиента к той или иной деятельности;

– умение работать в условиях неформального общения, оставаясь «за спиной», в позиции неформального лидера, помощника, советчика, способствующего проявлению инициативы, активной субъектной позиции клиента;

– способность соучаствовать с клиентом в решении его проблем;

– умение строить взаимоотношения на основе диалога, на равных; коммуникабельность, экстравертность [2].

Вслед за коммуникационными умениями в непосредственной работе с пожилым клиентом следуют ключевые составляющие, формирующие любое взаимодействие в социальной работе. Это обсуждение, переговоры, защита интересов клиента и консультирование. Это тот профессиональный набор, который студент сможет использовать в интересах клиента и его семьи, и часто ради их общей пользы.

Чтобы иметь четкий план, в начале обсуждения требуется прояснить следующие моменты:

- 1) что нужно сделать;
- 2) какие ресурсы потребуются;
- 3) кто является участниками обсуждения;
- 4) какова желаемая цель и минимальная цель;

5) какие будут действия;

6) сколько потребуется времени.

Переговоры носят чисто деловой (обычно финансовый) оттенок, в котором выясняются ожидания и притязания каждой из интерактивных сторон. Как процесс переговоры можно разделить на фазы (заявка, обсуждение, согласование, принятие выбранного решения и т.п.).

Защиту интересов клиента можно определить как некоторую систему действий социального работника по поддержке этого клиента в противостоянии напорам внешней реальности. Но при этом важно максимально активное участие самого клиента, так как пожилые люди часто теряют веру в собственные силы.

Консультирование как процесс требует активного слушания, что значит для социального работника сконцентрированность и подтверждение того, что ему рассказывает клиент (например, кивками, выражением лица, короткими ответными ремарками). Слушать пожилого клиента надо внимательно, события и озабоченность, на которых он заикливается, требуют тщательного дальнейшего обсуждения.

Поэтому социальный работник принимает во внимание сказанное и не сказанное словами, взгляды, молчание, невербальную коммуникацию. Таким образом, два-три интервью позволяют построить четкое понимание клиента, а заодно и его проблемы.

Особое значение при профессиональной подготовке студентов, обучающихся социальной работе с престарелыми людьми, имеет теория вмешательства в кризисную ситуацию. Кризисной ситуации часто предшествует внезапное событие, порождающее изменение в здоровье и поведении старого человека, и каждый раз требуется различное понимание социальным работником природы кризиса и своей роли в его разрешении. Кризис может быть вызван произошедшей или угрожающей потерей, травмирующим событием, которое актуализирует имеющуюся способность пожилого клиента и его семьи ему противостоять.

В практике социальной работы обнаруживаются требующие немедленного реагирования ситуации паники, хаоса, травмы, однако поиск решения может иногда занимать недели или месяцы, чтобы пожилой клиент и его семья «созрели» для полного понимания проблемы.

Обычно после периода стресса, дискомфорта и предпринятых попыток находится некоторая, кажущаяся более или менее успешной реакция на ситуацию.

В зарубежной практике социальной работы с престарелыми и их семьями достаточно успешно применяется такая форма (модель) непосредственной работы с клиентом, как целевой подход.

Этот вид краткосрочной сфокусированной работы определяет проблемные области, в которых возможны изменения – например, межличностные конфликты, неудовлетворенность отношениями с социумом, социальные роли, эмоциональные расстройства, неадекватные ресурсы и т.д.

Особенное значение целевого подхода состоит в том, что он основывается на достижении соглашения и установлении контакта между социальным работником и клиентом, что освобождает последнего от чувства «благодарного реципиента». Во-вторых, клиент и социальный работник вместе определяют главную проблему или распределяют проблемы по порядку, решая, с чего начать. В-третьих, задается лимит времени, за которое планируется достигнуть каких-либо результатов. В-четвертых, предпринимаемые действия разбиваются в индивидуальные задания и распределяются между клиентом и социальным работником. Наконец, в-пятых, анализ прогресса и установка следующего блока заданий позволяют вовлечь что-то из уже достигнутого, а это, в свою очередь, хороший способ повысить эффективность вмешательства в социальной работе.

Целевой подход обеспечивает более четкую сосредоточенность при интервьюировании, помогает социальному работнику справиться с потоками реминисценций пожилых людей.

Также эффективно его применение в работе с членами семьи и представителями других профессий для выявления спектра трудностей и поиска решений.

У психотерапевтов, практикующих в непосредственной социальной работе с клиентом пожилого возраста, имеется ценный опыт, который может быть адаптирован социальным работником.

Психотерапевтические навыки ему пригодятся при обсуждении переживаний потери и утраты, при переносах клиентом на социального работника установок или желаний. Также они помогают в определении устанавливаемых целей и времени на их достижение, подразумеваемая освобождение от нереальных ожиданий и увеличение преимуществ совместной работы. Кроме того, более открытое разделение чувств позволяет установить тесный и необходимый

контакт, для чего используются невербальная коммуникация, эмоциональные реакции, например смех или плач клиента.

Наконец, психотерапия может прояснить «внутренний» возраст пожилого клиента (насколько он/она чувствует себя старым) и активно работать с его возможными самообвинениями или чувством вины за прошлое.

Главным образом, психотерапия помогает глубинному пониманию эмоционального опыта в поздних периодах жизни. Взаимосвязь между психотерапевтическим консультированием и социальной работой проявляется в реабилитации пожилого клиента, в пробуждении его самооценки, активизации его, поскольку бывает потребность и жизнь в порядок привести, и целиком ее увидеть, и быть способным наслаждаться одиночеством, и справляться с недугами старости [10].

Программа социальной помощи, реабилитации, коррекции пожилого человека разрабатывается в зависимости от его индивидуальных особенностей, с этим же связано использование различных принципов, методов и приемов работы с клиентом, которые должны быть хорошо изучены и усвоены студентами.

Кроме этого, для того чтобы осмыслить процесс общения с пожилым человеком, важно определить его направленность, ценности, в соответствии с которым оно должно строиться.

Ценности социальной работы формируются в соответствии с гуманистической этикой общения, а ее высшей ценностью является человек.

Этика межличностного взаимодействия исключительно сложна. В основе ее – главные принципы доверия и доброжелательности, уважения к другому человеку. Признание ценности другого человека может выражаться и в конкретных оценках, и даже, если эта положительная оценка опережает действительные достоинства человека, он будет стараться ее оправдать, т.е. выполнить ту социальную роль, которая ему предписывается извне [11].

Одним из основных принципов работы с пожилыми людьми является уважение к личности.

Необходимо уважать и принимать клиента таким, каков он есть.

Профессиональная компетентность будущего социального работника заключается, безусловно, в знаниях геронтологических и психологических особенностей возраста, учете принадлежности клиентов к той или иной социальной и профессиональной группе. Потребности, интересы, увлечения, мировоззрение, ближайшее

окружение, жилищно-бытовые, материальные условия, уклад жизни клиентов – это и многое другое находится в поле зрения подлинного профессионала, что, несомненно, дает возможность выбрать оптимальную технологию социальной помощи, грамотно определить проблему и пути ее решения.

Терпимость – также один из важных принципов, свидетельствующих о культуре общения, о нравственном кредо социального работника. Терпимость помогает гуманизировать межличностные отношения, сделать их более человечными, доброжелательными.

Кроме того, гуманистическая этика общения с пожилыми людьми ориентируется на такие нравственные общечеловеческие ценности, как доверие, откровенность, бескорыстие, милосердие, доброта, забота, правдивость, выполнение долга и верность слову. Общение предполагает и такие чувства, как товарищество, сопереживание, чувство вины, стыда, раскаяния.

Идеальное общение неотделимо от таких ценностей, как свобода, справедливость, равенство, любовь. Ценить в общении надо не только свою свободу, но и свободу пожилого клиента, уважение его внутреннего мира.

Социальная работа в ее теперешнем понимании и трактовке не может обойтись без деонтологии. Деонтология (сочетание греческих слов: деонтос – долг, должное, надлежащее, логос – наука) – это наука, изучающая этические принципы поведения при исполнении своих профессиональных обязанностей.

Л.В. Топчий и А.А. Козлов определяют деонтологию как совокупность этических норм профессионального поведения работников социальных служб.

В деонтологию они включают основные принципы, моральные заповеди, позволяющие обеспечить эффективное социальное обслуживание населения, исключая неблагоприятные факторы в социальной работе, направленные на оптимизацию системы взаимоотношений между различными категориями персонала социальных служб и клиентами, предупреждающие негативные последствия социального обслуживания: профессиональный долг, бескорыстие, профессиональную выдержку и самообладание, доверие между специалистами и клиентами, профессиональную тайну и т.д. [14].

Особенно остро деонтологические проблемы встают при общении с тяжелобольными старыми людьми, утратившими способность к самообслуживанию.

Общеизвестно, что наиболее успешно справляются с уходом за стариками терпеливые и уравновешенные люди. Разумеется, моральная поддержка является наиболее ценной, поэтому социальный работник, не ограничивающий свою деятельность формальными услугами, сумевший к тому же стать доброжелательным и внимательным собеседником, помощником и советчиком, окажется для старого человека идеальным утешителем.

Слишком суровые, властные, работающие главным образом из-за денег или ради карьеры, не справляются с таким видом деятельности.

В свою очередь, старые люди со своим жизненным опытом очень легко понимают и улавливают фальшь и неискренность в отношении к ним. Никогда не приобретет доверия со стороны старых людей и торопливый человек, не умеющий выслушать, озабоченный своими собственными проблемами.

Важно обратить внимание студентов на то, что социальному работнику нужно особое внимание уделять своей внешности и форме общения со старыми клиентами. Слишком модная одежда, изобилие косметики и украшений не способствуют налаживанию контактов между старыми людьми и социальными работниками.

Р.С. Яцемирская, И.Г. Беленькая подчеркивают, что особенно недоверчивы пожилые люди к легкомысленным, поверхностным людям, дающим обещания, но не выполняющим их.

Несобранность, неаккуратность, непоседливость, многоречивость также вызывают настороженность со стороны старого человека к социальному работнику и не способствуют установлению доверительных контактов, которые необходимы обеим сторонам.

При уходе за старыми, больными, утратившими способность к самообслуживанию людьми социальный работник всем своим поведением и действиями должен поддерживать и пробуждать у них желание как можно дольше сохранить максимальную подвижность и выполнять хотя бы самые элементарные действия по самообслуживанию.

В любом случае необходимо с уважением относиться к достоинству и чувству независимости старых людей. Старый человек должен стать для социального работника субъектом индивидуального подхода.

Чувство уважения к старому человеку, заинтересованность его жизненным путем и опытом обычно повышают доверие к социальному работнику, его авторитету как специалиста.

Никогда нельзя забывать о том, что при беседе со старым человеком нужно стараться сохранять на лице выражение интереса, сочувствия и доброжелательности.

Все это позволит ознакомиться с социальным анамнезом старого человека, местом и условиями проживания, уяснить внутрисемейные отношения, их значимость для старого человека, разобраться в межличностных отношениях между молодыми членами семьи и стариком, помочь разрешить их внутренние несогласия и обиды.

Роль реабилитации пожилых и старых людей в этом случае следует оценивать как с социальной, так и моральной точки зрения.

Она также дает значительный экономический эффект, поскольку восстановление способности к самообслуживанию освобождает от ухода за больными стариками большое количество медицинского персонала в случае помещения их в больницу, а также родственников, избавляя их от необходимости оставить профессиональную деятельность.

Суммируя все вышесказанное, выделим основные этические стандарты социального работника*, взаимодействующего с пожилым человеком. К ним относятся следующие правила:

- быть образцом личного поведения, в работе руководствоваться в первую очередь интересами клиентов;
- делать все, чтобы способствовать максимальной самостоятельности клиентов;
- уважать частную жизнь клиента и держать в тайне всю информацию, полученную в ходе работы с ним;
- в отношении с коллегами быть доброжелательным, уважительным;
- в процессе работы действовать в соответствии с ценностями, моральными нормами и предназначением своей профессии;
- служить своей профессией на благо окружающих.

К этическим стандартам профессионального общения социального работника с пожилыми людьми можно отнести и следующие положения:

1. Социальный работник не должен участвовать в делах, связанных с ложью, обманом, подлогом.
2. Социальный работник должен четко ограничивать свои заявления и действия как частного лица и как социального работника.
3. Социальный работник должен стремиться совершенствовать свои профессиональные знания и практический опыт, ставить служебный долг превыше всего.
4. Социальный работник должен направлять

усилия на предупреждение негуманных или дискриминационных действий, направленных против одного человека или групп людей.

5. Социальный работник не должен использовать профессиональные отношения для достижения личных целей.

6. Социальный работник, занимающийся научной или исследовательской работой, должен проанализировать и предусмотреть ее возможные последствия для людей, убедиться, что участники исследования добровольно участвуют в нем, информировать об этом заранее и не оказывать на них давления (при этом сохранять конфиденциальность и уважать достоинство участников исследования).

7. Социальный работник должен защищать своих подопечных от дискомфорта, вреда, угрозы, лишения каких-либо прав.

8. Социальный работник, анализирующий разнообразные случаи, может обсуждать их только с профессиональной целью и только с людьми, профессионально связанными с ними.

9. Информация, полученная в процессе исследовательской работы, должна считаться конфиденциальной.

Что касается непосредственных этических обязательств социального работника перед клиентом – пожилым человеком, то:

1. Интересы клиента всегда должны быть на первом месте.
2. Социальный работник должен работать с клиентом доброжелательно, лояльно, упорно, максимально используя профессиональные навыки.
3. Никогда не использовать взаимоотношения с клиентом для достижения личной выгоды.
4. Никогда не проявлять, не способствовать, не участвовать в любой форме дискриминации на основе расовых предрассудков или в связи с полом, возрастом, вероисповеданием, национальностью, семейным положением, политическими убеждениями, умственными или физическими недостатками или по какому-либо другому признаку или личностным характеристикам, условиям, статусу.
5. Социальный работник должен информировать клиента о возможном риске, правах, возможностях и обязанностях, представляемых ему социальной службой.
6. Следует советоваться с коллегами, руководителями, если это может оказаться полезным для клиента.
7. Социальный работник может прервать работу с клиентом только в особых случаях, при-

няв при этом меры, чтобы нанести клиенту как можно меньший ущерб.

8. Социальный работник должен стараться максимально давать возможность клиенту самоопределяться, т.е. принимать решения по поводу своих проблем, методов «лечения».

9. Социальному работнику не следует участвовать от имени клиента в действии, которое нарушает или подрывает гражданские или юридические права клиента.

Что касается такого важного этического момента, как конфиденциальность, то социальный работник должен:

1) уважать личную жизнь клиента и сохранять конфиденциальность всей полученной информации;

2) информировать клиента о границах ее конфиденциальности в каждой конкретной ситуации, целях получения информации и ее использования;

3) получить согласие клиента на печатание, запись разговоров, участие третьего лица;

4) в отношении с коллегами должен быть уважителен, справедлив, честен, корректен [13].

Анализируя вопрос о необходимых будущему социальному работнику при взаимодействии с пожилыми людьми навыках и умениях, мы опирались на результаты социально-психологического исследования, проведенного психологами Ростовского госуниверситета по заказу областного департамента социальной защиты.

На вопрос, какими качествами должен обладать социальный работник, пришелся максимум активности пожилых людей. Они указывали 35 качеств и умений, повторив их в общей сложности 446 раз.

Подобная заинтересованность клиентов свидетельствует о значении, которое они придают личности социального работника.

Наиболее часто повторялись 20 качеств, имеющих разный уровень обобщения. Все их условно можно разделить на 3 группы:

1. Личностные особенности: доброта, заботливость, честность, отзывчивость, приветливость, терпимость, человечность, общительность, сострадание, бескорыстность, уравновешенность.

2. Навыки общения: внимание к другим, умение выслушать, обходительность, вежливое отношение к людям.

3. Отношение к работе: добросовестность, исполнительность, ответственность, требовательность к себе.

Неприемлемыми для социальных работников

клиенты считают следующие 32 качества, на которые указали 437 раз. Все их можно разделить на три условные группы:

1. Личностные особенности: нервозность, корысть, душевная черствость, высокомерие, нечестность, жестокость.

2. Навыки общения: грубость, неуважение к старым людям, брезгливость, злость, невежливость, дерзость.

3. Отношение к работе: безразличие к подопечным, постоянная спешка, безответственность, лень, недобросовестность, нежелание помочь, легкомыслие, несобранность, вымогательство.

По результатам данного исследования клиенты хотели бы видеть в социальных работниках людей более великодушных, понимающих, способных сострадать. Пожилые люди, таким образом, констатируют свою потребность в большем внимании, бескорыстной помощи и опережающей активной заботе социального работника [1].

В целом процесс организации профессиональной деятельности социального работника с людьми пожилого возраста можно представить схематично (см. схему 1) с выделением трех основных смысловых блоков:

Постановка социального диагноза:

– социальный работник как субъект профессиональной деятельности;

– организация профессиональной социальной работы с пожилым клиентом;

– объект (клиент) социальной работы – пожилой человек.

Цель социального работника как профессионала – поставить социальный диагноз пожилому клиенту, находящемуся в трудной жизненной ситуации. При этом социальный работник должен активно взаимодействовать с социальным окружением клиента.

Оказывая непосредственную социальную работу специалист решает основные задачи, возложенные на него, и выполняет широкий круг обязанностей.

Для осуществления профессиональной деятельности социальному работнику должны быть свойственны определенные личностные качества, у него должны быть сформированы необходимые навыки и умения работы с пожилыми людьми. Специалист по социальной работе при взаимодействии с пожилым клиентом должен опираться на этические стандарты профессионального общения, которые опосредованы ценностями социальной работы как профессиональной деятельности.

В свою очередь, непосредственная социальная работа с пожилым человеком выражается в осуществлении основных функций и стандартов профессиональной деятельности.

Резюмируя вышесказанное, можно сделать вывод, что специфической установкой в работе с пожилыми людьми должно являться принятие их не только в качестве ее объекта, но и как субъекта.

Это поможет социальному работнику определить и подключить их внутренние резервы, способствующие самореализации, самоподдержке, самозащите. Это будет служить импульсом для улучшения как физического, так и духовного самочувствия пожилых.

Вместе с тем важно помнить, что в жизни человека наступает такой период, когда происходит потеря независимости, возникает растущая зависимость от других.

Поэтому социальным работникам необходимо приложить усилия как внешнего, так и внутреннего характера, чтобы поддержать пожилого человека, сохранить его независимость как можно дольше.

Литература

1. Альперович В.Д. Старость. Социально-философский анализ. Ростов-на-Дону: издательство СКНЦ ВШ, 1998. – 104 с.

2. Володькин М.А. Некоторые аспекты непосредственной социальной работы с пожилыми людьми (на основе зарубежного опыта) // Российский журнал социальной работы. № 2/8. 1998. – С. 187-194.

3. Левагина А.Ю., Овсяник О.А. Понятие старости и классификация лиц пожилого возраста // Со-

циальная работа с пожилыми людьми учебно-методическое пособие. Отв. редактор А.Ю. Левагина: Ульяновск, 2002. – С. 6-10.

4. Левагина А.Ю., Шубович М.М. Основные направления организации культурно-досуговой деятельности пожилых людей // Социальная работа с пожилыми людьми учебно-методическое пособие. Отв. редактор А.Ю. Левагина: – Ульяновск, 2002. – С. 153-161.

5. Леннеер-Аксельсон Б., Тюлефорс И. Психосоциальная помощь населению. – М., 1996.

6. Нагорнова А.Ю. Возрастная специфика и гендерные характеристики пожилых людей // Гендерный подход в гуманитарных исследованиях: коллективная научная монография / отв. ред. А.Ю. Нагорнова. – Ульяновск: Зебра, 2016. – С. 179-184.

7. Нагорнова А.Ю. Теория и технология социальной работы с пожилыми людьми. Ульяновск: УлГПУ им. И.Н. Ульянова, 2012. – 149 с.

8. Нагорнова А.Ю. Формирование психологически комфортной среды для людей пожилого возраста // Психология, социология и педагогика. 2014. № 2 (29). С. 10.

9. Основы социальной работы. Учебник / Отв. ред. П.Д. Павленок. – М.: ИНФРА-М, 1999. – 368 с.

10. Социальная работа с пожилыми: Настольная книга специалиста. М., 1995. 110 с.

11. Социальная работа: Учебное пособие / Под ред. А.М. Панова, Е.И. Холостовой. М.: Социально-технологический институт, 1997. – 234 с.

12. Холостова Е.И. Пожилой человек в обществе. Ч. 1-2. – М., 1999.

13. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. – М., 1996.

14. Энциклопедия социальной работы. В 3 т. /Пер. с англ. – М., 1994., Т. 1. – 480 с.

НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ОКУЛОВА Юлия Александровна

ГОЛУБЕВА Елена Юрьевна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

г. Архангельск

Высокое качество социального обслуживания (ухода) подразумевает предоставление лицам пожилого и старческого возраста качественных социальных и медико-социальных услуг, соответствующих их функциональным возможностям и индивидуальным потребностям.

В связи с тем что высокий уровень качества социального обслуживания является приоритетной целью, именно нуждаемость и интересы лиц старшей возрастной группы должны определять стратегию планирования и развития в сфере социального и медико-социального обслуживания.

Обеспечение населения доступными гарантированными социальными услугами социально приемлемого качества – это путь к продлению автономной, независимой жизни и социальной интеграции, сохранению и эффективному использованию человеческих ресурсов, реализации прав человека в социальной области.

Для реализации всего комплекса мероприятий, направленных на обеспечение качества социальных услуг и его постоянное повышение, активно используются стандарты социального обслуживания.

Значительная удаленность сел и деревень, трудные климато-географические условия, слабое транспортное сообщение или его отсутствие, низкая плотность населения в Архангельской области актуализируют задачи органов и учреждений социальной защиты населения по своевременному и качественному предоставлению гражданам всего комплекса услуг, предусмотренных законодательством, внедрению новых форм и методов работы, максимальному приближению социальной помощи к людям, к месту их проживания [4].

Система независимой оценки была введена Указом Президента Российской Федерации о мероприятиях по реализации государственной социальной политики № 597 от 7 мая 2012 года. Правительству Российской Федерации было постановлено: «совместно с общественными

организациями до 1 апреля 2013 г. обеспечить формирование независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включая определение критериев эффективности работы таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности» [1]. В Архангельской области была сформирована нормативно-правовая база, образован общественный совет при министерстве труда, занятости и социального развития Архангельской области, который и осуществляет процесс независимого оценивания.

Алгоритм проведения независимой оценки. Процесс включает в себя 4 основных этапа.

1 этап – организационный; основной субъект деятельности здесь – общественный совет при министерстве. Он определяет порядок проведения независимой оценки; утверждает перечень организаций, участвующих в оценке; рассчитывает балльно-рейтинговую систему; разрабатывает анкеты для опросов и формы отчета для общественных советов при организации; утверждает программу мониторинга качества работы учреждения.

2 этап – подготовительный. При учреждениях социального обслуживания образуются наблюдательные советы, в состав которых входят представители общественных организаций, профессиональных ассоциаций, независимые эксперты. Они проводят непосредственную оценку качества социальных услуг с помощью анкетирования и изучения информации, например, анализа документов.

Также члены наблюдательного совета готовят предложения по совершенствованию работы организации; составляют отчет по проведению независимой оценки и предоставляют его в общественный совет при министерстве. На сайте организации размещается итоговый протокол. Наблюдательный совет проводит мониторинг качества оказания социальных услуг

3 этап – общественный совет при министерстве подводит итоги проведения независимой

оценки и представляет направления по улучшению качества работы организаций социального обслуживания, изучив и обобщив представленные наблюдательными советами данные.

Итоговый отчет и предложения по улучшению качества направляются в министерство.

4 этап – корректировочный. Общественный совет при министерстве ежегодно корректирует показатели оценки, формы анкет, формы отчетов, порядок проведения независимой оценки; перечень организаций, участвующих в оценке качества социальных услуг. [5].

В апреле 2016 г. было проведено исследование, которое заключалось в выявлении особенностей работы общественного совета при министерстве труда, занятости и социального развития Архангельской области в отношении независимой оценки социальных услуг. Методы исследования: экспертный опрос в форме интервью, составление плотного описания.

В качестве метода исследования был выбран экспертный опрос четырех членов общественного совета при министерстве, выборка была сформирована на основании роли и функциональных обязанностей членов общественного совета при выполнении независимой оценки центров социального обслуживания населения, предоставляющих услуги населению пожилого и старческого возраста.

Респондент 1 (далее Р1) следующим образом описывает работу общественного совета. Прежде всего, отмечено, что независимая оценка – одна из основных составляющих деятельности Общественного совета. По мнению эксперта, независимая оценка призвана повысить качество социальных услуг: уже есть точечные результаты этого процесса, насколько система сработает в целом, покажет время. «Я считаю, эта система должна работать и даст положительные результаты. Один из них уже достигнут: в 28 учреждениях, в которых была проведена оценка, налажена информационная доступность, в этой части вопросов к ним не возникает».

Общественный совет при министерстве труда, занятости и социального развития Архангельской области сформирован на основании Приказа Минтруда России от 30 августа 2013 года № 391а «О методических рекомендациях по проведению независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги в сфере социального обслуживания» [2].

«В первую очередь в состав общественного совета входят общественники. Ни одно официальное лицо не задействовано в процессе про-

ведения независимой оценки...». Что касается непосредственной деятельности, то она также имеет свою специфику, но прежде эксперт определяет причины, по которым общественный совет привлечен к процессу независимой оценки. «Основной причиной является огромная территория и огромное количество разноплановых учреждений».

Работа общественного совета организована в рамках положения об общественном совете, это относится и к общественному совету при министерстве, и к общественным советам при организациях. В этом документе прописаны основные задачи, права и обязанности членов. В итоге выстраивается следующий алгоритм: «Общественный совет участвует только посредством заполнения анкет, которые разрабатываются, обрабатываются и анализируются организацией-оператором.

Кроме того, организация-оператор проводит обучающие семинары для членов общественных советов при организациях социального обслуживания. Оператор обязательно входит в состав Общественного совета и принимает участие в оценке. Обрабатывает полученные данные. Итоговый результат оператор представляет общественному совету при министерстве.

Результат утверждается общественным советом, который подготавливает блок вопросов для министерства, блок – для организаций и предложения для общественности (последние могут быть / могут не быть)».

В настоящее время в Архангельской области используется три вида опросных листов: «Опросный лист получателя социальных услуг»; «Опросный лист члена общественного совета организации социального обслуживания»; «Опросный лист члена общественного совета министерства труда, занятости и социального развития Архангельской области». Два последних практически не отличаются друг от друга.

По мнению эксперта, данная форма является эффективной. «Анкетный опрос эффективен по той причине, что определяет единые показатели и субъективизм приобретает форму».

Р1 дал общую характеристику деятельности общественного совета при министерстве, которая послужила своеобразным фундаментом в изучении данной темы.

В интервью респондент 2 (далее Р2) отмечает: «Общественный контроль должен влиять на качество социальных услуг, но пока что это получается не на 100%».

Р2 выделяет несколько ситуаций, в отноше-

нии которых работает форма общественного контроля.

1. Организация не выполняет нормы действующего законодательства. Общественный контроль оценивает это соответствие.

2. Возникает необходимость принять управленческое решение. В этом случае субъекты общественного контроля направляют свои рекомендации в областное профильное министерство.

Данные направления реализуются общественным советом при министерстве труда, занятости и социального развития Архангельской области. Еще одной составляющей работы Общественного совета является независимая оценка качества социальных услуг. P2 рассказал о том, кем же осуществляется работа, как сформирован состав общественного совета: «В общественный совет при министерстве входят представители общественных организаций, представители Общественных советов при организациях социального обслуживания.

50% – председатели общественных организаций, остальные возглавляют определенное направление в общественной работе», что еще раз подчеркивает, что работа Общественного совета осуществляется силами общественности.

Поскольку независимая оценка – основополагающий компонент работы общественного совета, ей было уделено особое внимание. В частности, P2 рассказал о тех проблемах в использовании показателей и методик, которые наблюдаются в нашем регионе в настоящее время. P2 отмечает, что сама система оценки не совсем верно понята поставщиками социальных услуг – «...на основании соответствия показателям выстраивается рейтинг. Организации стремятся попасть на первое место и тяжело воспринимают, если оказываются ниже, но следует понимать: рейтинг выстраивается главным образом для министерства, чтобы оно обратило особое внимание на тех, кто внизу списка, а только затем для получателей услуг и самих организаций».

Отмечается и необходимость реформирования самих методик. «Следует применять формализованные методики с целью избегания субъективизма в ответах получателей...».

Таким образом, P2 показал, что независимая оценка – только часть деятельности общественного совета, однако является основной.

Кроме того, эксперт определил ключевую проблему: поставщики социальных услуг – организации социального обслуживания демонстрируют, может быть, не всегда верное понимание работы данного механизма.

Респондент 3 (далее P3) в своем интервью особое внимание уделил глобальным вопросам, связанным, в первую очередь, с тем, что привнесла система независимой оценки и как ее [систему] можно реформировать. В частности, эксперт выразил субъективное мнение о том, что механизм независимой оценки влияет на качество социальных услуг. «Например, те люди, которые приезжают на наши обучающие семинары (нередко это сотрудники социальных учреждений), вообще ничего не знают о независимой оценке, а после посещения полностью меняют свои сайты, что повышает информационную доступность».

Информационная доступность – один из основных показателей качества социальных услуг. Данный аспект подробно проработан в применяемых методиках, что также показывает его значимость. Однако это текущий результат, о долгосрочных – говорить преждевременно, считает эксперт. «Говорить о долгосрочном влиянии еще рано – процесс длительный; покажет время». Процесс независимой оценки качества социальных услуг осуществляется всего второй год.

Кроме того, респондент отмечает, что некоммерческие организации (НКО) играют одну из главных ролей в процессе оценивания, придавая ему независимость. «НКО – хороший участник этого процесса, поскольку он независим от государства полностью». Роль определяется тем функционалом, который возложен на некоммерческие организации: представители НКО не только входят в состав общественного совета при министерстве труда, занятости и социального развития, а также общественных советов организаций социального обслуживания, но и могут являться и являются организацией-оператором. Обязанности оператора раскрыты в интервью P1.

Дальнейшие реформы процесса оценки связаны прежде всего с совершенствованием инструментария. Безусловно, применяемые анкеты отвечают требованиям законодательства и национальных стандартов РФ, но могут быть доработаны. P3 отмечает: «Показатели выделены в соответствии с законодательством, но будут добавляться со временем». Был поднят вопрос об эффективности методик.

По мнению P3, эффективность определяется наличием и применением методик как таковых. «Если учесть, что раньше не было ничего, то можно сказать, что эта методика эффективна». Кроме того, P3 говорит о преимуществах методики, основным из которых является примене-

ние количественных и качественных методов. Что касается путей совершенствования, то здесь эксперт предлагает следующие пути: «На мой взгляд, необходимо добавить больше элементов качественной оценки...»; «разрабатывать методики под каждый тип учреждения либо модернизировать ту, которая применяется сейчас».

Таким образом, P3 не только выразил свое отношение к процессу независимой оценки социальных услуг в системе социального обслуживания, но и предложил использовать более широкий круг методов, как количественных, так и качественных, сформировав их под каждый тип социального учреждения.

Респондент 4 (далее P4) следующим образом описывает влияние независимой оценки на качество социальных услуг: «...при оценке выявляются проблемы по условиям, в которых оказываются социальные услуги, данные проблемы могут быть разрешены самостоятельно самими организациями либо с привлечением дополнительных ресурсов от учредителей».

Создание или улучшение условий предоставления социальных услуг – тот самый рычаг воздействия, с помощью которого достигается и обеспечивается качество. В связи с этим применяемые в настоящее время анкетные опросы по большей части вопросов направлены на оценку условий в организациях социального обслуживания.

Общественный совет при министерстве труда, занятости и социального развития как субъект независимой оценки выступает посредником между министерством труда, занятости и социального развития и организациями социального обслуживания, сообщая о тех проблемах, которые есть в организациях посредством проведенного исследования и подготовки рекомендаций.

Состав общественного совета при министерстве сформирован на основании указа губернатора Архангельской области от 19 июня 2015 года № 68-у «Об общественных советах при ИОГВ Архангельской области». Согласно указу «Общественный совет формируется на основе добровольного участия в его деятельности граждан Российской Федерации» [3].

Значит, любой социально активный гражданин РФ может входить в состав общественных советов при организациях социального обслуживания или при министерстве. «В настоящее время он [общественный совет при министерстве] сформирован по инициативе министерства труда, занятости и социального развития, в ноябре 2016 года – новый состав, который будет

формироваться с участием Общественной палаты Архангельской области». P4 считает: «Значительный социальный эффект от включения общественности в оценку заключается в том, что представители общественности в большей мере начинают понимать проблемы, которые имеют получатели услуг в тех или иных условиях, непосредственно оказывающих влияние на качество оказания услуг».

В целом эксперт подчеркивает состоятельность данной системы оценки. «Важно продолжать проведение независимой оценки, на мой взгляд, система вполне может существовать в том виде, в котором работает сейчас».

P4 выделяет ряд преимуществ:

1. Деятельность общественных советов позволяет сэкономить в части сбора эмпирического материала. «Проведение оценки силами общественных советов организаций, которые выступают в роли интервьюеров и экспертов, позволяет значительно сократить расходы в части социологических исследований...».

2. Организации социального обслуживания получают рекомендации по улучшению условий. «Представители общественных советов организаций не только фиксируют условия получения услуг, но и вырабатывают рекомендации с тем, чтобы улучшить условия получения услуг».

3. Выполнение предложенных рекомендаций чаще не требует больших финансовых вложений, значит, они вполне достижимы. «Чаще всего такие предложения реализуются самими организациями без привлечения дополнительных ресурсов, но в некоторых случаях необходимы инвестиции от учредителя».

В заключение P4 отметил, что «для принятия управленческих решений также важен неформальный подход к проведению независимой оценки, так как более низкие баллы в итоговом рейтинге организаций должны мотивировать учредителей к перераспределению ресурсов с целью выравнивания условий для получателей услуг во всех организациях».

Экспертами отмечается, что совершенствовать систему оценки преждевременно: «О совершенствовании говорить очень рано, даже подводить итоги следует осторожно, не упуская детали». Подчеркивается состоятельность настоящей системы, выделяются ее плюсы:

1. Деятельность общественных советов позволяет сэкономить в части сбора эмпирического материала.

2. Организации социального обслуживания получают рекомендации по улучшению условий;

3. Выполнение предложенных рекомендаций чаще не требует больших финансовых вложений, значит, они вполне достижимы.

Из возможных направлений совершенствования на данном этапе использования эксперты выделяют совершенствование методов оценки: «Привлекать более широкий круг методов оценки и разрабатывать методики под каждый тип учреждения, либо модернизировать ту, которая применяется сейчас».

Таким образом, разработаны единые методики оценки качества услуг для лиц пожилого возраста, которые являются потребителями услуг в центрах социального обслуживания населения, но применение методик по содержанию и процедуре в Архангельской области требует доработки.

Показатели оценки выделены с учетом действующего законодательства. Анкетный опрос признан оптимальной формой проведения оценки. Порядок проведения независимой оценки услуг, применяемый в настоящее время, еще не дал значительных результатов, но сама система имеет существенные преимущества: экономический эффект и практикоориентированность.

Литература

1. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года N 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

2. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 30 августа 2013 № 391а «О методических рекомендациях по проведению независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги в сфере социального обслуживания». – С. 13.

3. Указ Губернатора Архангельской области от 19 июня 2015 года № 68-у «Об общественных советах при исполнительных органах государственной власти Архангельской области»

4. Голубева Е.Ю. Социальные стандарты качества социальных услуг как практическая основа социальной безопасности пожилого населения РФ/ Е.Ю. Голубева, Р.И. Данилова // Материалы международной научно-практической конференции «Качество услуг социальной работы». – Казань: КГМУ. – 2011. – С.76-77.

5. Кудрина, Ю.Н. Независимая оценка качества оказания социальных услуг: методическое пособие по проведению независимой оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания / Ю.Н. Кудрина, О.Н. Руссова, Е.Ю. Шинкарева. – Архангельск, Лоция, 2015. – 48.с.

ТОЧКИ РОСТА В СИТУАЦИИ ВЫЖИВАНИЯ, ИЛИ КАК ВЫЖИТЬ ПОЖИЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ В ГЛУБИНКЕ

ОНДАР Ульяна Олеговна

Бурятский государственный университет

г. Улан-Удэ

Удаленность от политической, экономической и культурной активности, суровые климатические условия, слабая освоенность территории и малонаселенность обусловили изолированность Республики Бурятия от основных потоков социокультурного пространства. Поэтому в столь сложных условиях приходится выживать пожилым людям, которые находятся на пенсии.

Новые сочетания глобального, национально-регионального, общественно-группового и личного оказывают противоречивое влияние на жизнедеятельность людей старшего возраста. В этой возрастной группе преобладают процессы дифференциации, причем дифференцирующие факторы проявляются более зримо, чем интегрирующие.

Это связано с тем, что в условиях социальных изменений происходит усложнение социальной структуры современного общества. Все большая часть пожилых людей оказывается в трудной жизненной ситуации и подвергается риску постепенного исключения из общества.

По мнению исследователей Института социологии РАН, социально исключенные составляют устойчивую и довольно многочисленную группу современного российского общества и насчитывают порядка 12-13% [6]. Попытки рассмотрения эксклюзии старости в теоретических концепциях структурного функционализма были сделаны в 60-е годы XX века Э. Камминз и У. Генри.

Теория отчуждения или разобщения (disengagement), предложенная учеными, «исследует тенденцию постепенного отлучения пожилых людей от некоторых существенных для общества функций и ролей для того, чтобы это общество могло продолжить нормально функционировать» [3].

В ситуации выживания находится многочисленная группа людей старшего возраста, находящаяся за чертой бедности или балансирующая на грани бедности, особенно в сельской местности. Старость для большинства населения ассоциируется с негативными тенденциями и выражается в таких характеристиках, как беспо-

мощность, одиночество, череда болезней, малообеспеченность, хотя в последнее время наметилась тенденция удовлетворенности социальным самочувствием всех возрастных групп, в том числе и старшего поколения, по сравнению с началом 2000 годов.

Об этом свидетельствуют социологические исследования Института социологии РАН. «...несмотря на наличие значительного негатива в жизни людей, на протяжении всех последних лет в российском обществе наблюдалось хотя и не очень быстрое, но последовательное нарастание позитивных умонастроений» [2].

Исследователи отмечают у людей старшего возраста существенные изменения в системе ценностных ориентаций. В социологических исследованиях, посвященных старшему поколению, набор ценностных ориентаций отличается абстрактностью, не позволяющей выявить, в чем же состоит «полноценная, активная жизнь», если человек не занят в сфере трудовой деятельности, введение понятия «общественная работа» не вносит ясность, т.к. тоже встает вопрос об ее определенности.

Думается, недостает таких понятий, как передача жизненного, духовного и профессионального опыта, участие в жизни семьи и поддержание родственных связей, межпоколенные взаимодействия, добровольные услуги обществу, развитие внутренней духовной культуры, постоянное совершенствование путем самообразования и обучения, желание участвовать в общественных организациях и политической деятельности.

В нашей стране считается, что социальная работа с пожилыми людьми должна ограничиваться помощью по хозяйству и покупкой продуктов. Между тем в мире это мнение уже давно доказало свою несостоятельность.

И лучшее тому доказательство – это обучение компьютерным технологиями пенсионеров, которое популярно в европейских странах, а его результаты – это миллионы пожилых пользователей Интернета, которые ничуть не хуже ориентируются в Мировой паутине, чем молодое поколение.

В Республике Бурятия в 2008 году был открыт общественный университет «Знание» для пенсионеров при Бурятском республиканском отделении Союза пенсионеров России.

С 2012 г. при университете работает факультет «Основы компьютерной грамотности». Преподавателями курсов выступают студенты отделения «социальная работа» социально-психологического факультета Бурятского государственного университета, которые в своей будущей профессиональной деятельности будут взаимодействовать со старшим поколением.

Взаимоотношение поколений в непосредственной обстановке учит толерантности и умению находить точки соприкосновения представителям различных возрастных групп. За время деятельности факультета прошли обучение около 160 слушателей, средний возраст которых составил 66 лет (например, одному из слушателей исполнился 81 год) [1].

В связи с развитием инновационных технологий все молодое поколение активно пользуется сетью Интернет, но и наши дорогие бабушки дедушки желают освоить данную инновацию.

Я уже третий год подряд являюсь волонтером на курсах компьютерной грамотности для людей пенсионного возраста. Каждый год у меня остаются лишь положительные впечатления. Обучая пожилых людей основам компьютерной грамотности, я считаю, что мы делаем их чуточку счастливее, очень приятно видеть, когда они словно дети радуются, сделав что-нибудь самостоятельно, без посторонней помощи. Пожилые люди очень добрые, мудрые, интересные, и с ними очень приятно общаться.

Перед тем как решиться на обучение навыкам компьютерной грамотности, пожилым людям требуется самое главное – желание. При этом уверенности в результате на первом этапе у них не будет. Но для успешного обучения важно все-таки его начать. Интернет – глобальная сеть, которая охватила весь мир. Мне кажется, что в современном мире каждый человек, от мала до велика, для нормального функционирования в обществе должен уметь пользоваться компьютером и Интернетом.

Пожилые люди не исключение. При освоении сети Интернет многие испытывают страх, неуверенность, плохо запоминают информацию, не понимают некоторые функции.

За две недели обучения люди старшего возраста научились самостоятельно включать компьютер, пользоваться мышкой, овладели программой Word, а также самостоятельно заходят

в электронную почту, отправляют письма, общаются в социальных сетях.

Здесь важно учитывать тот барьер, который преодолевают пожилые люди, ведь учителями выступают молодые люди. Как справедливо пишут А. Кузнецов и О. Сергеева, «когда в роли проводника выступают представители младших поколений (дети или внуки), тогда нарушается житейская максима «младшие не учат старших» [4]. Поэтому «важную роль в становлении пользователем ПК играет наличие проводника: родственника, коллеги, знакомого человека, способного дать консультацию и обучить пользоваться компьютером» [4].

В целом наши занятия проводятся на хорошем уровне, мы стараемся найти индивидуальный подход к каждому, и слушатели остаются довольными проведенными занятиями. Конечно же в связи с их возрастом им не удается с первого раза понять данную информацию, поэтому приходится несколько раз повторять. Но усердие слушателей и ответственность студентов дает хорошие результаты.

Таким образом, активное вовлечение представителей третьего возраста в современное информационное общество может способствовать преодолению их неравенства в области современных технологий и послужит точками роста в их жизнедеятельности.

Литература

1. Бутуева З.А. Роль образования в ценностных ориентациях старших граждан: новые вызовы в изменяющемся мире / З.А. Бутуева // Вестник Бурятского государственного университета. Вып. 5 Психология, социальная работа. – 2012. – С. 163-167.
2. Горшков М.К. Российское общество в социологическом измерении. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.civisbook.ru>.
3. Козлов А.А. Теории и традиции западной социальной геронтологии / Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В.Краснова, А.Г.Лидерс. – М., 2003. – С. 17.
4. Кузнецов А., Сергеева О. «Новые» технологии и «старые» люди: исследование опыта пользования компьютером у представителей третьего возраста // Социология власти. – 2014. – №3. – С.112. [Электронный ресурс]. – URL.: <http://socofofpower.rane.ru/3-2014-politika-vozrasta/>; С.111. [Электронный ресурс]. – URL.: <http://socofofpower.rane.ru/3-2014-politika-vozrasta/>.
5. Модернизация социальной структуры современного российского общества / Отв. ред. З.Т. Голенкова. – М., 2008. – С. 129.

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС У ГЕРОНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

ПОПОВА Елена Капитоновна

Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова
Якутский научный центр комплексных медицинских проблем

АРХИПОВА Наталия Спартаковна

Якутский научный центр комплексных медицинских проблем

ПОПОВ Иван Олегович

Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова
г. Якутск

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в том числе ишемическая болезнь сердца (ИБС), занимают ведущие позиции по уровню заболеваемости и смертности среди населения большинства экономически развитых стран.

Для лиц пожилого возраста перечень факторов риска (ФР) остается таким же, как и для людей среднего возраста. В этой связи повышается актуальность изучения факторов риска ИБС у представителей старшей возрастной категории, особенно с учетом этнической принадлежности.

Известно, что население Республики Саха (Якутия) проживает в суровых условиях Крайнего Севера, где состояние здоровья определяет много дополнительных факторов: длительный период низких температур воздуха, выраженная циклоническая деятельность с резкими колебаниями атмосферного давления, температуры, влажности и скорости движения воздуха, повышенная гелиомагнитная активность [1].

Причем если коренное население адаптировано к условиям жизни в данной местности, то для пришлого населения условия проживания являются экстремальными.

Цель исследования – оценка факторов риска ИБС на развитие и прогрессирование атеросклероза у лиц пожилого возраста, проживающих в условиях Крайнего Севера, в зависимости от этнической принадлежности.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 442 больных мужчин пожилого возраста, 60 лет и старше (средний возраст 80,24 ± 1,36 года). Исследуемые были подразделены на две группы. В первую группу вошли 234 пациента с ИБС, во вторую группу – 208 без ИБС.

Диагноз ИБС верифицирован на основании ЭКГ (Q – позитивные изменения миокарда, нарушение ритма сердца), ЭхоКГ (зоны гипокинеза), средний возраст 79,41 ± 1,27 года.

Вторая группа: больные-геронты с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и деформирующим остеоартрозом (ДОА), (средний возраст 80,64 ± 1,38 года).

Все участники исследования в группах были подразделены на подгруппы по возрасту и этнической принадлежности: коренной (К) и геронты некоренной (НК) национальности.

Подгруппа коренных пациентов полностью представлена якутами: больные ИБС (n-124, средний возраст 79,96 ± 1,16 года); без ИБС (n-136, средний возраст 80,25 ± 1,24 года). Вторую подгруппу составили пациенты с ИБС русской национальности (n-110, средний возраст 78,85 ± 1,06 года); в группе без ИБС (n-72, средний возраст 81,04 ± 1,12 года).

Все пациенты прошли тщательный медицинский осмотр на базе Республиканского гериатрического центра. Определяли степень АГ (ВНОК, ЕОК, 2011 г.), абдоминальное ожирение (АО) согласно окружности талии (ОТ) > 94 см (IDF, 2005 г.), рассчитывали индекс массы тела (ИМТ).

За избыточную МТ принимали ИМТ ≥ 25 и < 30 кг/м², ожирение при ИМТ ≥ 30 кг/м² (ЕОК, 2012). К гиперхолестеремии (ГХС) относили значение ОХС > 175 мг/дл, ХС ЛПНП > 100 мг/дл, ХС ЛПВП у мужчин < 40 мг/дл, ТГ > 150 мг/дл (ЕОК, 2012).

Результаты и обсуждение. Выявлены значимые различия по этнической принадлежности в зависимости от модифицируемых факторов риска ИБС. В группе больных коренного этноса наблюдается статистическое различие по ИМТ (25,4±0,2 кг/м²) в сравнении с лицами некоренной этнической принадлежности (27,4±0,3 кг/м²) (p<0,001). Аналогичные различия отмечались и при оценке наличия артериальной гипертензии: доля больных, имеющих АГ, более значительная в группе некоренных больных ИБС (R²=16,53; p<0,001).

У К было обнаружено отсутствие АГ в 14,1%, а у НК – 3,7%.

В связи с чем можно предположить, что наличие такого значимого фактора риска как АГ, имеет весомый вклад среди коренного этноса, что не исключает влияния холодного фактора.

Сравнение показателей по уровню САД и ДАД выявило, что достоверно выше определялось у представителей НК ($p < 0,001$).

Полученные в нашей работе результаты согласуются с данными ряда других исследований, продемонстрировавших более высокую распространенность и смертность от ИБС у представителей некоренной национальности в городах Уфа, Бишкек [2, 3].

При определении концентрации липидов крови были обнаружены статистически значимые различия между некоренными и коренными больными по уровню ТГ и липидных фракций сыворотки крови. Так, ТГ ($t=3,94$; $p < 0,001$), ХС ЛПНП ($t=3,75$; $p < 0,001$), ХС ЛПОНП ($t=3,89$; $p < 0,001$), КА ($t=4,91$; $p < 0,001$).

Наблюдалось более высокий уровень ХС ЛПВП у якутов ($44,7 \pm 0,5$ мг/дл) в сравнении с больными некоренного этноса ($38,5 \pm 0,7$ мг/дл) ($t=4,91$; $p < 0,001$). Результаты исследований других авторов также свидетельствуют о более значительном повышении атерогенных липопротеидов крови у лиц некоренного этноса [2, 3, 4].

По мнению некоторых авторов, среди курящих ИБС встречается чаще, чем среди лиц без этого фактора [2, 3].

Проведенный сравнительный анализ показал, что в группе некурящих мужчин гериатрического возраста не отмечены признаки верифицированного атеросклероза.

В группе курящих якутов значимо чаще выявлялась ИБС ($R^2=11,04$; $p < 0,001$), что, возможно, связано с наличием более высоких уровней атерогенных фракций липидного профиля крови и как следствие – более тяжелым прогрессированием атеросклероза.

Заключение.

Уровни САД, ДАД выше у геронтов некоренного этноса, чем у якутов. Выявлена корреляционная связь уровня САД с возрастом у геронтов НК, проживающих в климатических условиях Якутии.

Уровни атерогенных липопротеидов крови (ОХС, ХС ЛПНП) значительно выше у лиц НК по сравнению с якутами.

Выявлены значимо более низкие показатели ИМТ у геронтов-якутов по сравнению с представителями некоренной национальности.

С возрастом отмечено снижение атерогенных липопротеидов крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ТГ), ИМТ.

Значимо высокие средние уровни атерогенных фракций липидного профиля крови наблюдались среди курящих, независимо от этнической принадлежности.

Литература

1. Панин Л. Е. Гомеостаз и проблемы приполярной медицины (методологические аспекты адаптации) // Л.Е. Панин // Бюллетень СО РАМН. – 2010. Т. 30. № 3. – С. 6-11.
2. Манчук В. Т. Состояние и тенденции формирования здоровья коренного населения Севера и Сибири / В. Т. Манчук, Л. А. Надточий // Бюллетень СО РАМН. – 2010. Т. 30. № 3. – С. 24-32.
3. Небесных А.Л. Особенности проявления метаболического синдрома в разных этнических группах / А.Л. Небесных // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2013. Т. 122. № 7. – С. 19-23.
4. Архипова Н.С., Арьев А.Л., Попова Е.К. и др. Этнические особенности факторов риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца у гериатрического контингента Республики Саха (Якутия) / Н.С. Архипова, А.Л. Арьев, Е.К. Попова и др. // Успехи геронтологии. – 2011. Т. 24. № 3. – С. 472-477.

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В КОНТЕКСТЕ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ПОКОЛЕНИЯМИ

ПОСТНИКОВА Маргарита Игоревна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

г. Архангельск

Анализ подходов к изучению жизнестойкости в отечественной и зарубежной психологии свидетельствует о том, что в ряде исследований ставилась цель выявить связь между результатами измерения жизнестойкости и ее отдельными компонентами, с одной стороны, и другими переменными (показатели здоровья / болезни, эффективности, совладание с проблемными ситуациями, личностные характеристики и т.д.).

Было выявлено:

- чем выше жизнестойкость, тем быстрее происходит адаптация к новым условиям, меньше выражены культурный шок и субъективный уровень стресса [12];
- жизнестойкость связана со стабилизацией эмоционального состояния человека [2, 10];
- жизнестойкость коррелирует с чувством связности [9];
- жизнестойкость связана со смысло-жизненными ориентациями, целеустремленностью [2, 4];
- прослеживается связь жизнестойкости и копинг-стратегий [5];
- установлена связь жизнестойкости и личностных характеристик (толерантность, тревожность, самооффективность, социальный интерес; креативность; самомотивация; эмоциональный интеллект) [1, 2].

Результаты этих исследований послужили основанием предположить, что существует связь между уровнем жизнестойкости представителей разных поколений и характером отношений между ними.

Для реализации этой задачи – изучения уровня жизнестойкости у разных поколений и выявления взаимосвязи между уровнем жизнестойкости человека и характером отношений его к представителям других поколений – использовался тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой [4] и методика «Субъективной оценки межличностных отношений» (СОМО) С.В. Духновского [3].

Были выявлены интеркорреляции показателей опросника «Жизнестойкость» для всех поколений. Все показатели коррелируют друг с другом на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,001$).

Для каждого поколения в отдельности характер взаимосвязей между показателями тот же.

Взаимосвязь показателей «жизнестойкость» и СОМО анализировалась для каждого из 4 х поколений по следующей схеме. Вначале вычислялись корреляции Пирсона между показателями опросника «жизнестойкость» и СОМО.

Затем проводился множественный регрессионный анализ (пошаговый): зависимая переменная – показатель «жизнестойкость», независимые переменные – показатели СОМО (напряженность, отчужденность, конфликтность, агрессивность).

Множественный регрессионный анализ (пошаговый) позволяет отобразить в регрессионную модель такой набор независимых переменных, который обеспечивает, во-первых, статистически значимый коэффициент множественной корреляции зависимой переменной с набором независимых переменных, во-вторых, статистически значимый вклад каждой независимой переменной в оценку зависимой переменной, с учетом ее взаимосвязи с остальными включенными в модель переменными.

Сравнение 4-х регрессионных моделей (для каждого поколения) позволяет выяснить, во-первых, насколько сильно связаны между собой Жизнестойкость и показатели СОМО (значение множественной корреляции и ее квадрата), во-вторых, какие показатели СОМО вносят наибольший вклад в эту связь (статистическая значимость, знаки и значения стандартизованных коэффициентов регрессии R).

Анализ математической обработки полученных данных позволил сделать следующие выводы.

У представителей первого поколения (людей старше 60 лет) уровень жизнестойкости связан с напряженностью в отношениях» ($R=0,258$). Чем ниже напряженность, тем выше жизнестойкость. $R=0,256$, 6,6% дисперсии зависимой переменной можно объяснить влиянием независимой переменной.

Пожилые люди, умудренные жизненным опытом, оказываются более приспособленными к жизненным трудностям и более успешно с ними справляются, если выстраивают свои от-

ношения с другими людьми, представителями своего и других поколений на основе терпимости, понимания другого человека, принятия его недостатков и слабостей, предпочитают отношения, отличающиеся эмоциональной устойчивостью. И наоборот, люди, в отношениях которых преобладают дискомфорт, излишняя эмоциональная напряженность, связанная с конфликтами и ссорами, обидами, менее защищены от стрессов.

Эта же тенденция прослеживается и у представителей второго поколения, людей, которым от 46 до 60 лет ($R=-0,319$). $R=0,319$, 10,2% дисперсии зависимой переменной можно объяснить влиянием независимой переменной.

У представителей третьего поколения (людей которым от 31 до 45 лет) уровень жизнестойкости также связан с напряженностью в отношениях ($R=-0,583$). Чем ниже напряженность, тем выше жизнестойкость.

При этом добавляется еще и характеристика, связанная с конфликтностью в отношениях: чем выше конфликтность, тем выше жизнестойкость ($R=0,349$). Правда, влияние напряженности сильнее, чем конфликтности.

Представители этого поколения (поколения зрелости) наиболее активные и задействованные в профессиональной сфере, политической жизни страны, считают, по всей видимости, что, только уверенно и жестко отстаивая свои интересы, открыто и целенаправленно борясь за реализацию своих жизненных планов, можно добиться в современном мире успеха.

Это находит подтверждение в исследованиях других авторов [6, 8]. С их точки зрения, вполне допустим конфликт мнений, интересов, в этом жестком мире побеждает сильнейший, умеющий отстаивать свои позиции.

Вполне, на наш взгляд, закономерный результат проводимой в последние десятилетия государственной политики, пропагандирующей образцы западной демократии.

Именно на данный период пришлось становление самосознания представителей этого поколения. $R=0,481$, 23,2% дисперсии зависимой переменной можно объяснить влиянием независимых переменных.

Еще более интересные результаты у представителей четвертого поколения, молодых людей от 16 до 30 лет.

Пошаговая регрессия включила в модель три переменные: «отчужденность» ($R=-0,416$), «гармоничность» ($R=0,396$), «напряженность» ($R=0,360$).

Чем ниже отчужденность, тем выше жизнестойкость. Это, на наш взгляд, можно объяснить открытостью молодых людей миру, стремлением познать его через общение с другими, прежде всего своими ровесниками. Это общение, дружба, в свою очередь, позволяют противостоять трудностям жизни.

Возрастные особенности этого периода также подтверждают эти данные. «Жизненная стратегия молодости в самом общем виде определяется как приведение в соответствие своей личности, характера, индивидуальности с выбранным способом реализации в обществе, среди других людей.

Для части молодежи остается характерным жить по чужим образцам (рассматриваемым как некая социальная норма), что сохраняет несамостоятельность и приводит к не всегда адекватному жизненному выражению» [7].

Психологическое содержание молодости составляет стремление организовать свою жизнь, включающее поиск партнера для жизни, стремление к признанию в референтных группах и к близким дружеским связям с другими людьми. В этот период жизни особую значимость приобретают любовь и дружба.

Характерно усиление значения позитивных эмоциональных связей с другими людьми, прежде всего со своими ровесниками, преобладание сближающих чувств (дружба, любовь и т.д.) над удаляющими (одиночество, неприязнь, злость, вина, раскаяние, зависть, стыд, обида и т.д.).

Эти возрастные особенности в полной мере объясняют тот факт, что высокий уровень жизнестойкости связан с низким значением отчужденности и высоким уровнем гармоничности.

Независимые переменные перечислены в порядке убывания их влияния на зависимую переменную.

$R=0,530$, 28% дисперсии зависимой переменной можно объяснить влиянием независимых переменных. В целом можно отметить монотонное ослабление взаимосвязи показателей «жизнестойкость» и СОМО от младшего поколения старшему.

Общим для всех поколений является отрицательная связь жизнестойкости и напряженности. Это, на наш взгляд, означает, что чем более позитивно настроен человек на других людей, на их принятие, прощение, тем более жизнестойким (жизнеспособным) он становится. А учитывая данные зарубежных ученых, согласно которым уровень жизнестойкости связан с соматическим здоровьем человека [11], можно

предположить, что и болеют такие люди гораздо реже. Поистине подтверждаются библейские истины, в которых постулируются доброта и любовь к ближнему.

Особый смысл и значимость в этой связи приобретают слова «Возлюби ближнего твоего, как самого себя».

Таким образом, результаты изучения жизнестойкости представителей разных поколений подтверждают нашу гипотезу о связи характера отношений между поколениями и уровня их жизнестойкости.

Статистически значимые различия подтверждают частично гипотезу о критериях выделенных поколений. Некоторую настороженность вызывает тот факт, что уровень жизнестойкости четвертого поколения ниже нормативного.

С учетом общей тенденции снижения с возрастом уровня жизнестойкости, можно предположить, что по мере взросления и старения этого поколения у его представителей могут возрасти различные проблемы, прежде всего связанные со здоровьем.

Это необходимо учитывать при определении основных приоритетов социальной политики в стране.

Литература

1. Александрова, Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии / Л.А. Александрова // Сибирская психология сегодня: сб. науч. тр. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. – Вып. 2 / под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. – С. 82–90.
2. Богомаз С.А. Жизнестойкость человека как личностный ресурс совладания со стрессами и достижения высокого уровня здоровья / С.А. Богомаз // Здоровье нации – основа процветания России: материалы науч.-практ. мероприятий V Всерос. Форума. – М., 2009. – Т. 4: Здоровье нации и образование: материалы всерос. науч.-практ. конгресса. – С. 18–20.

3. Духновский, С.В. Субъективная оценка межличностных отношений: рук. по применению / С.В. Духновский. – СПб.: Речь, 2006. – 51, [1] с.: табл. – (Практикум по психодиагностике).

4. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с. – (Психодиагностическая серия).

5. Логинова, М.В. Психологическое содержание жизнестойкости личности студентов: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / М.В. Логинова. – М., 2010. – 31 с.

6. Пищик, В.И. Психология трансформации ментальности поколений: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.05 / В.И. Пищик. – Ростов-на-Дону, 2010. – 44 с.

7. Сапогова, Е.Е. Психология развития человека: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям «Психология» / Е.Е. Сапогова. – М.: Аспект пресс, 2001. – 458, [2] с.

8. Сиврикова, Н.В. Социально-психологические особенности представителей поколений 70-90-х гг.: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05 / Н.В. Сиврикова. – Ростов-на-Дону, 2015. – 22 с.

9. Antonovsky, A. The Sense of Coherence as a Determinant of Health / A. Antonovsky // Behavioral Health: a Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention / J.D. Matarazzo, N. Miller (eds.). – New York: Wiley, 1984. – P. 194–202.

10. Maddi, S. Hardiness Training at Illinois Bell Telephone / S. Maddi // Health promotion evaluation / J.P. Opatz (ed.). – Stevens Point (WI): National Wellness Institute, 1987. – P. 101–115.

11. Maddi, S. Dispositional Hardiness in Health and Effectiveness / S. Maddi // Encyclopedia of Mental Health / H.S. Friedman (ed.). – San Diego (CA): Academic Press, 1998. – P. 323–335.

12. Maddi, S. Hardiness Considered Across Cultures / S. Maddi, R. Harvey // Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping / P.T.P. Wong, L.C.J. Wong (eds.). – New York: Springer, 2005. – P. 403–420.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ МОСКВЫ И САНКТ-ПЕТЕРБУРГА*

САФАРОВА Гаяне Леоновна

САФАРОВА А.А.

ИЛЬИН Е.М.

Санкт-Петербургский экономико-математический институт РАН

ГАЛКИНА Н.А.

Санкт-Петербургский экономико-математический институт РАН

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

г. Москва, г. Санкт-Петербург

Одной из важнейших тенденций мирового демографического развития является трансформация возрастной структуры населения, выражающаяся, в частности, в прогрессирующем старении населения. Глобальный долгосрочный процесс демографического старения ставит перед обществом серьезные задачи. В России процесс старения населения также стремительно набирает силу: растет как доля пожилого населения, так и его численность, стареет трудоспособное население. В то же время состояние экономики и социальной инфраструктуры плохо адаптировано к «стареющей» возрастной структуре населения, и для изменения этой ситуации необходимы немалые усилия.

Москва и Санкт-Петербург являются крупнейшими по величине городами России. Эти города вносят существенный вклад в национальный валовой внутренний продукт, в них сосредоточена значительная доля экономически активного и трудоспособного населения, но в то же время в обоих городах намечается тенденция к возникновению постарения и дефицита трудовых ресурсов, особенно в условиях старения населения в России в целом, и в мегаполисах, в частности.

Значительный вклад в эти явления вносит преобладание малодетных семей в общем их количестве и специфика миграционных процессов. Нельзя также игнорировать относительно высокую, по европейским меркам, смертность, низкий уровень здоровья населения и вопиющую разницу в ожидаемой продолжительности жизни мужчин, особенно трудоспособного возраста, по сравнению с женщинами тех же возрастов.

Целью работы является сравнительный анализ динамики возрастной структуры Москвы и Санкт-Петербурга с 1990 г. по настоящее время, проводимый в рамках проекта, направленного на исследование современного состояния,

тенденций и среднесрочных перспектив процесса старения населения Москвы и Санкт-Петербурга.

Несмотря на значительное количество работ, посвященных демографическому развитию Москвы и Санкт-Петербурга по отдельности [1, 2, 4, 5], работ, носящих сопоставительный характер, практически нет.

Расчеты основаны на данных Федеральной службы государственной статистики (Росстата) [3]. Вычисления проведены в программе Excel.

Происходящее в ходе демографического перехода снижение рождаемости и смертности влияет на трансформацию возрастной структуры населения. Предполагается произвести сравнение динамики агрегированной возрастной структуры – основных возрастных групп (детей, населения трудоспособного возраста и лиц старше трудоспособного возраста или пожилых) Москвы и Санкт-Петербурга в 1990–2015 годах. По сути дела, соотношения численности (или удельного веса) основных возрастных групп населения составляют ядро традиционных показателей старения населения.

Прежде всего, напомним, что в России люди трудоспособного возраста считаются мужчины от 16 до 59 и женщины от 16 до 54 лет. Людей старше предельного трудоспособного возраста относят к категории пожилых, а моложе – к группе детей. В соответствии с международной классификацией к лицам трудоспособного возраста относят мужчин и женщин в возрасте 15–59 (или 15–64 года), а к группе пожилых лиц – в возрасте 60 (или 65) лет и старше соответственно (для краткости обозначается 60+ или 65+) [5].

В данной работе используется международная классификация укрупненных возрастных групп населения.

Рис. 1, 2 и табл. 1 представляют динамику общей численности населения и общей числен-

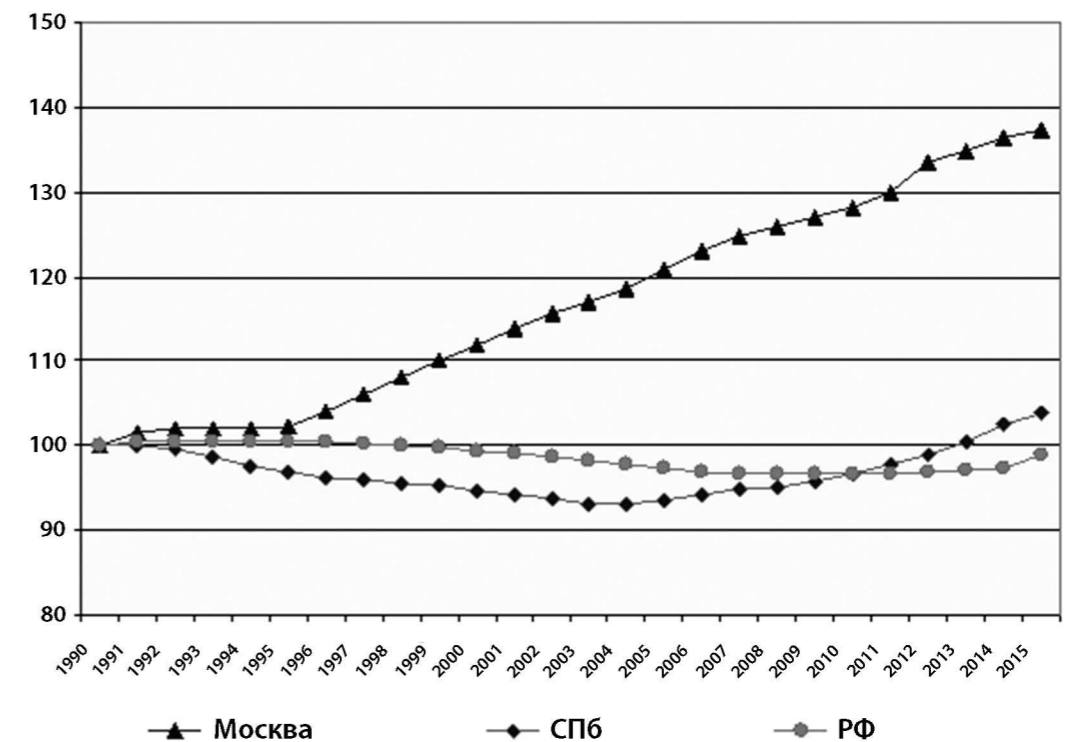


Табл. 1. Динамика общей численности населения (относительно 1990 г., %), Россия, Москва и Санкт-Петербург, 1990 – 2015 гг.

Источник: собственные расчеты на основе данных Росстата

ности пожилых (относительно 1990 г.), а также абсолютной численности пожилых для России, Москвы и Санкт-Петербурга в 1990–2015 гг.

Общая численность мегаполисов, в отличие от России в целом, за рассматриваемый период возросла, но динамика этого показателя для Москвы и Санкт-Петербурга была различной.

С 1994 г. для Москвы наблюдался монотонный рост общей численности населения, составивший 37,4% относительно значения в 1990 г., при этом такой значительный рост в немалой степени обусловлен административно-территориальными преобразованиями.

Численность населения Санкт-Петербурга снижалась до 2003 г., тогда она составила 93,1% от исходной численности 1990 года, после чего стал наблюдаться ее небольшой монотонный рост, в целом за рассматриваемый период составивший 3,8% относительно значения в 1990 г.

Общая численность пожилого населения мегаполисов и России в целом в рассматриваемом периоде имела возрастающие линейные тренды.

При этом в полном соответствии с многочисленными демографическими перспективными расчетами в первой половине первой декады 21-го века имело место некоторое сокращение численности пожилого населения, после чего возобновился ее рост.

В целом за рассматриваемую четверть века общая численность пожилого населения Москвы увеличилась на 59,5%, Санкт-Петербурга – на 29,2%, России – на 24,9% относительно значений в 1990 г.

Столь значительный рост этого показателя для Москвы и увеличивающееся превышение его значений для Москвы по сравнению с Санкт-Петербургом (рис. 2) с начала XXI века могут быть связаны с тем, что с 2005 года суммарный коэффициент рождаемости (СКР) для Санкт-Петербурга выше, чем для Москвы, а ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в Москве выше, чем в Санкт-Петербурге с 1997 г.

Оба эти обстоятельства – более низкая рождаемость и более высокая ОПЖ – ведут к более быстрому росту пожилого населения.

Ниже кратко проанализирована динамика удельного веса основных групп населения – детей, населения трудоспособного возраста и пожилых (в соответствии с международной классификацией) для Москвы, Санкт-Петербурга и России в 1990–2015 гг. (рис. 3 – 5).

Лишь в первой половине 90-х годов прошлого века удельный вес пожилых в общей численности населения (Prop. 60+) для Москвы был выше, чем для Санкт-Петербурга.

Prop. 60+ для обоих мегаполисов был в тече-

Табл. 1. Динамика общей численности пожилых (60+), Россия, Москва и Санкт-Петербург, тыс. человек, 1990 – 2015 гг.
Источник: собственные расчеты на основе данных Росстата

Год	Россия	Москва	Санкт-Петербург
1990	23262,3	1647,4	875,4
1991	23969,6	1677,3	893,7
1992	24390,3	1695,2	905,2
1993	24761,9	1709,8	914,0
1994	24670,0	1693,8	903,5
1995	24503,6	1674,8	894,4
1996	24655,9	1680,1	894,6
1997	25025,4	1706,0	904,9
1998	25709,5	1782,3	941,9
1999	26365,5	1841,5	969,0
2000	26842,5	1893,6	984,2
2001	27065,8	1935,3	987,2
2002	27125,8	1967,5	981,1
2003	26581,1	1959,3	955,7
2004	25733,8	1935,3	929,2
2005	25022,3	1940,9	918,9
2006	24514,2	1975,2	924,3
2007	24585,2	2041,9	948,6
2008	24812,0	2106,0	972,5
2009	25034,9	2158,2	989,8
2010	25597,7	2227,0	1013,4
2011	26113,9	2302,5	1039,0
2012	26655,8	2411,6	1058,6
2013	27242,1	2482,6	1079,8
2014	27804,3	2550,2	1102,1
2015	29064,2	2626,8	1131,0

ние всего рассматриваемого периода выше, чем для России в целом.

В начале XXI века Прор. 60+ снижалась, отражая последствия Великой Отечественной войны, а середины первой декады начался ее монотонный рост. В целом за четверть века Прор. 60+ возросла для Москвы с 18,6% в 1990 г. до 21,5% в 2015 г., для Санкт-Петербурга – с 17,5% до 21,8%, а для России – с 15,6% до 19,9%.

Следует отметить, что с середины первой декады XXI века фиксируется рост доли детей, что связано с ростом рождаемости. На фоне роста долей детей и пожилых удельный вес населения трудоспособного возраста с середины первой декады XXI века снижался.

Очень наглядную картину изменения воз-

растной структуры Москвы и Санкт-Петербурга за последние четверть века дают рис. 6, 7, представляющие возрастные пирамиды Санкт-Петербурга и Москвы в 1990 г. и 2015 г.

Заключение. Крупные города вообще, а Москва и Санкт-Петербург в особенности, находятся в авангарде демографических изменений в России. Совокупное население «столиц» составляет существенную часть (около 10%) общей численности населения страны, и в мегаполисах особенно остро стоит вопрос эффективности мер социальной политики.

Результаты работы дают новые знания о закономерностях развития процесса старения населения в крупных городах. Переживая сходные политические, экономические и социальные

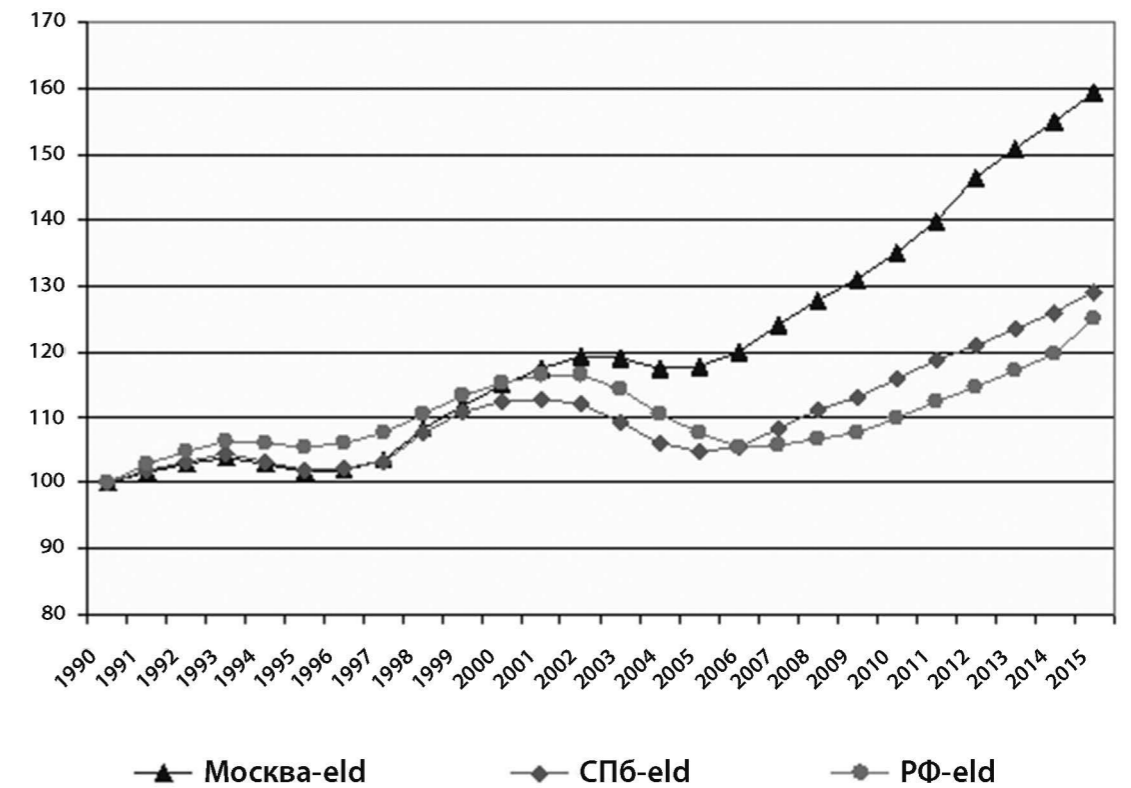


Рис. 2. Динамика общей численности пожилых, 60+ (относительно 1990 г., %), Россия, Москва и Санкт-Петербург, 1990 – 2015 гг.
Источник: собственные расчеты на основе данных Росстата.

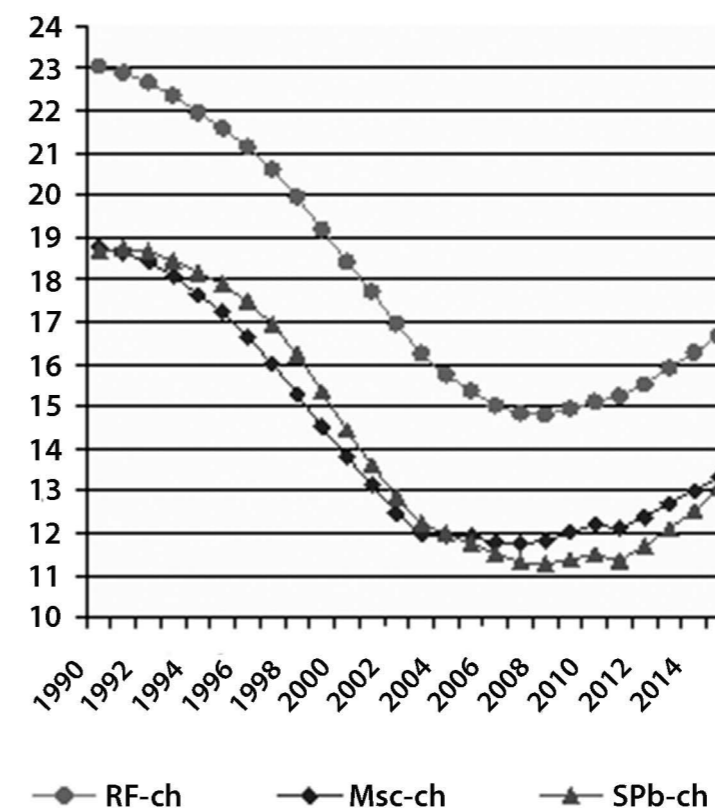


Рис 3. Изменение удельного веса детей (ch) в общей численности населения, %

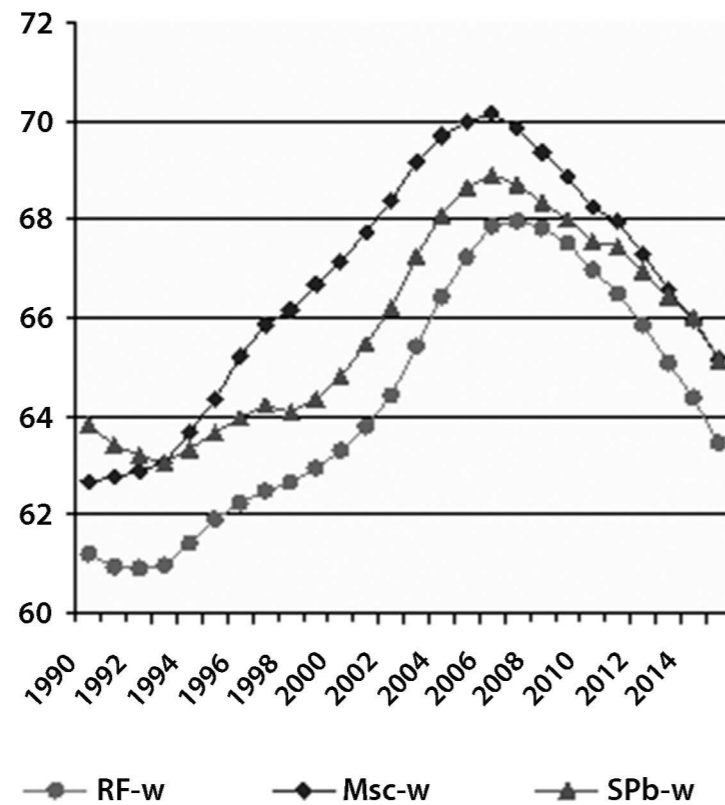


Рис. 4. Изменение удельного веса населения трудоспособного возраста в общей численности населения, %, Москва, Санкт-Петербург, Россия, 1990 – 2015 гг.

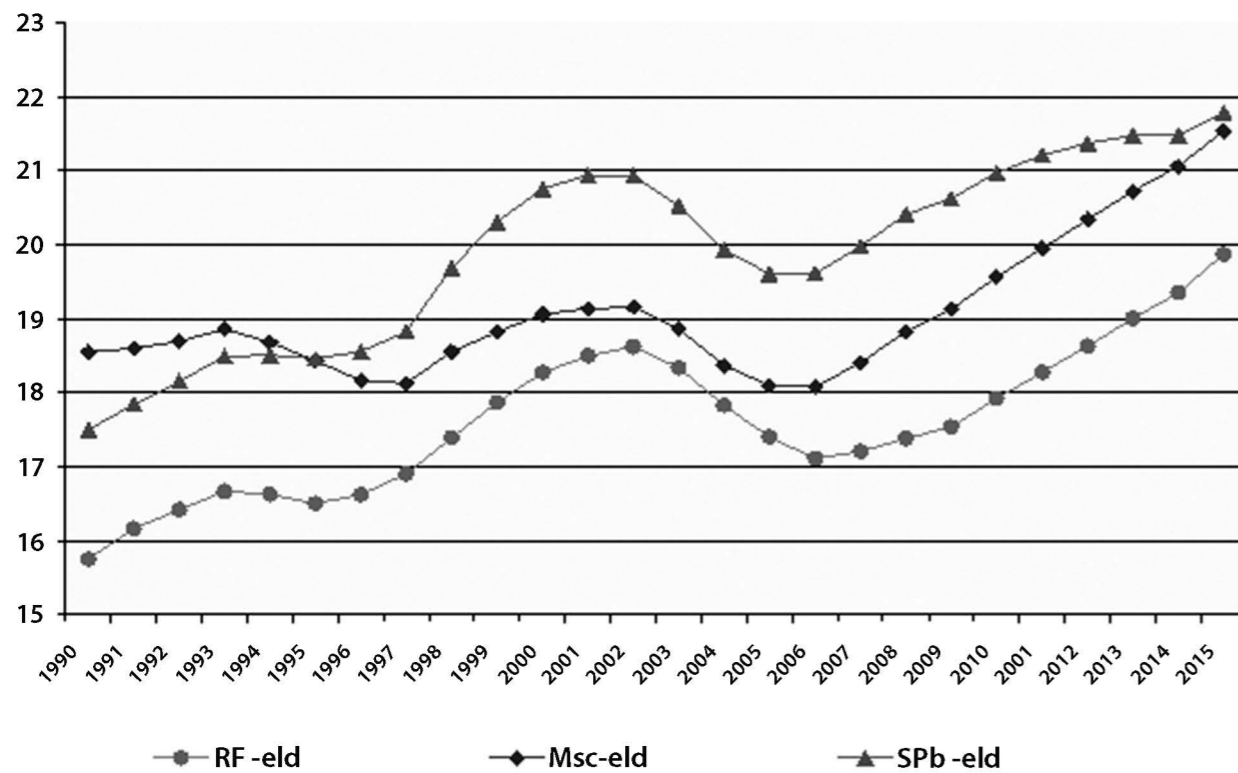


Рис. 5. Изменение удельного веса пожилых (eld) в общей численности населения, %, Москва, Санкт-Петербург, Россия, 1990 – 2015 гг. Источник: собственные расчеты на основе данных Росстата.

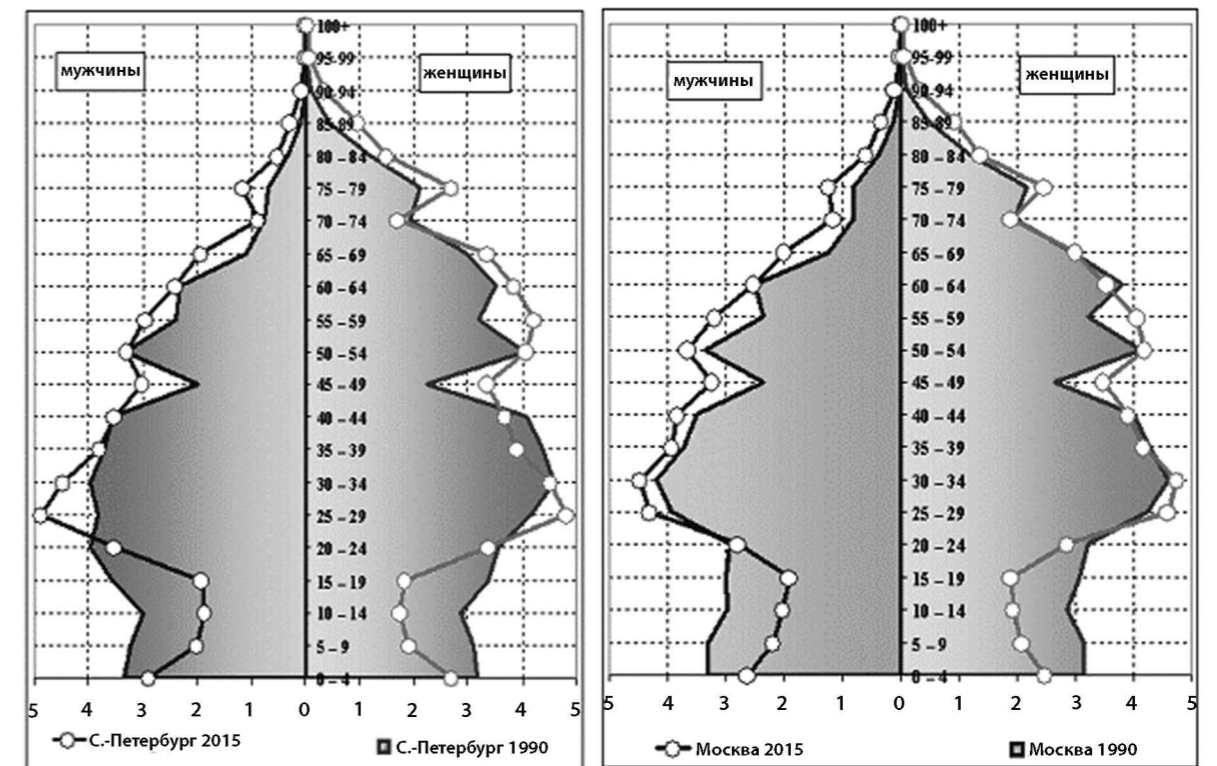


Рис. 6. Возрастные пирамиды, Санкт-Петербург, 1990 и 2015 гг. (%) Источник: данные Росстата

Рис. 7. Возрастные пирамиды, Москва, 1990 и 2015 гг. (%) Источник: данные Росстата

преобразования, каждая из двух «столиц», тем не менее, обладает собственной спецификой и различными возможностями для формирования мер по адаптации общества к протекающим демографическим процессам.

Поэтому результаты сравнительного анализа динамики возрастной структуры Москвы и Санкт-Петербурга с 1990 г. по настоящее время, являясь начальным этапом исследования современного состояния, тенденций и перспектив развития процесса старения населения в Москве и Санкт-Петербурге, представляют как научную значимость, так и практический интерес.

*Работа выполнена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, грант № 16-02-00595

Литература

1. Кваша Е.А., Харькова Т.Л. Московский феномен смертности – уроки для России/Вопросы статистики. – 2008. – № 9. – С. 6-17.
2. Сафарова Г.Л., Козлов Л.В. Демографический анализ смертности и продолжительности жизни пожилого населения Санкт-Петербурга /СПб.: Наука, 2014. – 108 с. (монография, при участии Сафаровой А.А. и Лисененкова А.И.)
3. Официальный сайт Росстата <http://www.gks.ru>
4. Сафарова А.А., Сафарова Г.Л., Косолапенко Н.Г. Демографические аспекты старения населения Санкт-Петербурга в конце XX – начале XXI века. Часть 1. Традиционные меры старения населения / Успехи геронтологии. -2015. Т.28. № 4. – С.605-611.
5. Старение населения Санкт-Петербурга: социально-демографические аспекты/ под ред. Г.Л. Сафаровой. – СПб: Система, 2006. – 176 с.

ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

СВЕТЛИЧНАЯ Татьяна Геннадьевна
ВОРОБЬЕВА Надежда Александровна

Северный государственный медицинский университет
г. Архангельск

Актуальность гендерных исследований в медицине обусловлена высокой медицинской и социальной значимостью гендерного фактора в сохранении и укреплении здоровья отдельных индивидов, социальных групп и общества в целом. Согласно теории социального конструирования гендер представляет собой организованную модель социальных отношений между полами и определяет специфический характер их отношений как в межличностном взаимодействии, так и в основных социальных институтах общества [2].

Конструирование гендера происходит в процессе повседневной социальной практики через институты социализации, разделения труда и культуры путем интериоризации индивидом принятых в обществе норм, правил и ценностей [1].

В гендерных группах взаимодействие индивидов осуществляется на основе специфических гендерных ожиданий. Последние являются тесно связанными с гендерными представлениями и гендерными стереотипами [3].

И.С. Клецина определяет гендерные представления как согласованную систему взглядов о социальном статусе и содержании социальных ролей мужчин и женщин [4].

В свою очередь, гендерные стереотипы, представляя собой привычное отношение к какому-либо явлению, сложившееся под влиянием социальных условий и предшествующего опыта, действуют как специфические схемы, образцы социально-одобряемого и социально-допустимого поведения мужчин и женщин [3].

Учитывая особенности существования гендерных групп, которые, с одной стороны, обусловлены биологической принадлежностью, а с другой стороны, совокупностью социальных норм, регулирующих поведение членов группы, мы провели специальное медико-социологическое исследование.

Его целью явилось изучение полоспецифического поведения пожилых мужчин и женщин при использовании ими медицинских услуг.

Предметом исследования явились гендерные стереотипы медицинского поведения пожилого

населения; объектом исследования – пациенты в возрасте 60–74 года. Базой для проведения исследования послужил один из 18 сельских районов Архангельской области.

По состоянию на 01.01.2015 года в общей численности населения района лица в возрасте 60–74 года составили 17,1 %.

Инструментом для проведения данного медико-социологического исследования явилась специально разработанная «Анкета для изучения доступности медицинской помощи гражданам пожилого возраста». Ее основой стала методика, предложенная А.В. Решетниковым и С.А. Ефименко [5].

Анкета включала 40 вопросов, объединенных в четыре основных и пятый, заключительный (паспортный) блок, характеризующий статус опрашиваемых (5 вопросов).

Первый блок анкеты посвящен характеристике здоровья и медицинского поведения пациентов (11 вопросов), второй – условиям оказания медицинской помощи (11 вопросов), третий – отношениям с врачами (9 вопросов), четвертый – оценке качества медицинской помощи (четыре вопроса).

Анкетирование проводилось независимыми интервьюерами (волонтерами) при посещении пожилыми гражданами поликлиники Центральной районной больницы. Сбор материала осуществлялся в течение второй недели ноября 2015 г.

При формировании выборочной совокупности использовался метод простого случайного отбора. Выделение социально-демографической группы пожилых проводилось на основании возрастной классификации ВОЗ, согласно которой к пожилым относятся люди в возрасте от 60 до 75 лет.

Критериями включения являлись: возраст – 60–74 года, постоянное место жительства, согласие на участие в исследовании; критериями не включения – возраст – 18–59 лет и 75 лет и старше, временное место жительства, отказ от участия в исследовании.

После проверки качества и полноты запол-

нения всех пунктов программы в исследование было включено 240 анкет (или 18,0% от общего числа принятых в поликлинике за этот период), в том числе мужчин – 106 (44,2%), женщин – 134 (55,8%).

При статистической обработке цифровых данных рассчитывались количественные и качественные показатели. Критический уровень значимости принят равным 0,05. Расчет 95% доверительных интервалов (ДИ) проводился методом Fisher. Обработка статистических данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 21 и WinPepi.

В составе опрошенных по полу доля мужчин (44,2%; 95% ДИ 38,0–50,5) несколько меньше, чем женщин (55,8%; 95% ДИ 49,7–62,0).

Их средний возраст примерно одинаков (мужчины – 66,6 лет; женщины – 66,3 года). Большинство пожилых мужчин (64,2%; 95% ДИ 54,7–72,6) и женщин (58,2%; 95% ДИ 49,7–66,2) являются семейными людьми ($\chi^2=0,877$, $p=0,349$).

Однако доля вдов среди женщин (32,8%; 95% ДИ 25,5–41,2) значимо больше, чем среди мужчин (18,9%; 95% ДИ 12,6–27,4) ($\chi^2=5,905$, $p=0,015$).

После выхода на пенсию мужчины реже продолжают трудовую деятельность (9,4%; 95% ДИ 5,2–16,5 против 22,4%; 95% ДИ 16,2–30,2) ($\chi^2=7,151$, $p=0,007$). Их материальное положение значительно хуже. Мужчинам чаще (54,7%; 95% ДИ 45,2–63,9) не хватает денег на покупку одежды и даже продуктов питания (у женщин – 32,8%; 95% ДИ 25,5–41,2) ($\chi^2=11,595$, $p=0,001$).

Состояние своего здоровья пожилые мужчины субъективно воспринимают хуже, чем женщины. Среди них больше доля лиц, оценивающих его как плохое (24,5%; 95% ДИ 17,3–33,5 против 14,9%; 95% ДИ 9,9–21,9) ($\chi^2=3,523$, $p=0,061$).

И хотя доля признанных инвалидами мужчин является несколько меньшей (22,6%; 95% ДИ 15,7–31,5 против 32,8%; 95% ДИ 25,5–41,2) ($\chi^2=3,029$, $p=0,082$), среди них значимо больше имеющих 1 группу инвалидности и нуждающихся в постороннем уходе (5,7%; 95% ДИ 2,6–11,8 против 0,0%; 95% ДИ 0,0–2,8) ($\chi^2=7,779$, $p=0,005$).

Ухудшение своего здоровья пожилые мужчины (81,1%; 95% ДИ 72,7–87,4) и женщины (79,1%; 95% ДИ 71,5–85,1) единодушно связывают с возрастом ($\chi^2=0,152$, $p=0,697$).

Однако мужчины чаще объясняют нарушения в здоровье наличием вредных привычек (32,1%;

95% ДИ 24,0–41,4 против 13,4%; 95% ДИ 8,7–20,2) ($\chi^2=12,119$, $p=0,000$) и плохим питанием (11,3%; 95% ДИ 6,6–18,8 против 1,5%; 95% ДИ 0,4–5,3) ($\chi^2=10,407$, $p=0,001$) и реже – недоступностью качественной медицинской помощи (9,4%; 95% ДИ 5,2–16,5 против 17,9%; 95% ДИ 12,3–25,3) ($\chi^2=3,497$, $p=0,061$).

Сохранение здоровья в пожилом возрасте во многом зависит от качества питания. Вместе с тем, мужчины питаются намного хуже, чем женщины. Среди них меньше доля лиц, питающихся хорошо (35,9%; 95% ДИ 27,4–45,3 против 50,8%; 95% ДИ 42,4–59,1) ($\chi^2=5,326$, $p=0,021$), и больше – питающихся плохо (11,3%; 95% ДИ 6,6–18,8 против 1,5%; 95% ДИ 0,4–5,3) ($\chi^2=10,407$, $p=0,001$).

Основной причиной неудовлетворительного качества питания мужчин являются материальные трудности (43,4%; 95% ДИ 34,4–52,9 против 29,9%; 95% ДИ 22,8–38,1) ($\chi^2=4,723$, $p=0,030$).

Однако определяющее значение в сохранении и укреплении здоровья в пожилом возрасте принадлежит медицинскому (или гигиеническому) поведению.

Практически все пожилые мужчины (92,5%; 95% ДИ 85,8–96,1) и женщины (95,5%; 95% ДИ 90,6–97,9) в течение года регулярно (1–5 раз и более) обращаются за медицинской помощью ($\chi^2=1,015$, $p=0,314$). Однако среди мужчин значимо меньше доля посещающих поликлинику часто (5 раз и более) (17,0%; 95% ДИ 11,0–25,3 против 29,9%; 95% ДИ 22,8–38,1) ($\chi^2=5,349$, $p=0,021$).

Обычно за медицинской помощью пожилые люди обращаются в поликлинику Центральной районной больницы (мужчины – 86,8%; 95% ДИ 79,0–92,0; женщины – 92,5%; 95% ДИ 86,8–95,9) ($\chi^2=2,170$, $p=0,141$). В основном они посещают поликлинику с лечебной (мужчины – 79,3%; 95% ДИ 70,6–79,3; женщины – 77,6%; 95% ДИ 69,8–83,8) ($\chi^2=0,093$, $p=0,760$) и консультативной (мужчины – 15,1%; 95% ДИ 9,5–23,1; женщины – 23,9%; 95% ДИ 17,5–31,8) ($\chi^2=2,856$, $p=0,091$) целью.

Однако мужчины значимо реже проходят профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию (7,6%; 95% ДИ 3,9–14,2 против 20,9%; 95% ДИ 14,9–28,5) ($\chi^2=8,271$, $p=0,004$).

На дорогу до поликлиники мужчины тратят гораздо больше времени (1 час и более) (41,5%; 95% ДИ 32,6–51,0 против 14,9%; 95% ДИ 9,9–21,9) ($\chi^2=21,388$, $p=0,000$).

Среди них больше доля недовольных графиком работы врачей и служб поликлиники

(35,9%; 95% ДИ 27,4–45,3 против 14,9%; 95% ДИ 9,9–21,9) ($\chi^2 = 14,138$, $p = 0,000$).

Врачебный прием в день обращения и на следующий день доступен для половины мужчин (45,3%; 95% ДИ 36,1–54,8) и женщин (53,7%; 95% ДИ 45,3–61,9) ($\chi^2 = 1,690$, $p = 0,194$). Однако среди мужчин почти втрое больше доля лиц, ожидающих прием врача 7 дней и более (28,3%; 95% ДИ 20,6–37,5 против 10,5%; 95% ДИ 6,3–16,8) ($\chi^2 = 12,601$, $p = 0,000$).

Но и в назначенный для приема день у мужчин уходит больше времени на его ожидание (1-2 часа и более) (17,0%; 95% ДИ 11,0–25,3 против 7,5%; 95% ДИ 4,1–13,2) ($\chi^2 = 5,203$, $p = 0,023$).

Недостаточным время приема врача является примерно для одинакового числа мужчин (41,5%; 95% ДИ 32,6–51,0) и женщин (44,8%; 95% ДИ 36,6–53,2) ($\chi^2 = 0,257$, $p = 0,612$).

Однако мужчины чаще затрудняются в оценке его продолжительности (32,1%; 95% ДИ 24,0–41,5 против 20,9%; 95% ДИ 14,9–28,5) ($\chi^2 = 3,861$, $p = 0,049$).

У пожилых мужчин чаще возникают трудности при получении медицинской помощи за пределами постоянного места жительства. С ее отказом при отсутствии и даже наличии страхового полиса сталкивались в 1,8 раза больше мужчин (18,9%; 95% ДИ 12,6–27,4 против 10,5%; 95% ДИ 6,3–16,8) ($\chi^2 = 3,451$, $p = 0,063$).

Трудности при выписке льготных лекарств в поликлинике возникали примерно у одинакового числа мужчин (24,5%; 95% ДИ 17,3–33,5) и женщин (20,9%; 95% ДИ 14,9–28,5) ($\chi^2 = 0,448$, $p = 0,503$). Однако мужчины чаще сталкивались с ними при получении лекарств в аптеке (24,5%; 95% ДИ 17,3–33,5 против 11,9%; 95% ДИ 7,5–18,5) ($\chi^2 = 6,496$, $p = 0,011$).

Оплачивать медицинские услуги из своих личных средств когда-либо в своей жизни приходилось большинству мужчин (56,6%; 95% ДИ 47,1–65,6) и женщин (59,7%; 95% ДИ 51,2–67,6) ($\chi^2 = 0,234$, $p = 0,629$).

При этом мужчины из-за отсутствия денег чаще отказывались от медицинской помощи (54,7%; 95% ДИ 45,2–63,9 против 38,8%; 95% ДИ 31,0–47,3) ($\chi^2 = 6,035$, $p = 0,014$).

Вместе с тем и мужчины (92,5%; 95% ДИ 85,8–96,1) и женщины (86,6%; 95% ДИ 79,8–91,3) одинаково готовы тратить собственные деньги на оплату медицинских услуг и лекарственных средств ($\chi^2 = 2,122$, $p = 0,145$).

Однако суммы, которые они могут выделить на эти нужды, являются весьма незначительными. Они и не превышают 4-х тысяч в год.

Наиболее постоянный контакт пожилых мужчин (86,8%; 95% ДИ 79,0–92,0) и женщин (91,0%; 95% ДИ 85,0–94,8) с системой здравоохранения обеспечивают терапевты ($\chi^2 = 1,108$, $p = 0,293$). Вместе с тем мужчины значимо чаще обращаются к хирургу (39,6%; 95% ДИ 30,8–49,1 против 25,4%; 95% ДИ 18,8–33,4) ($\chi^2 = 5,553$, $p = 0,018$) и реже – к отоларингологу (3,8%; 95% ДИ 1,5–9,3 против 14,9%; 95% ДИ 9,9–21,9) ($\chi^2 = 8,178$, $p = 0,004$).

Основным источником медицинской информации для пожилых людей являются медицинские работники и подготовленные ими наглядные информационные материалы (мужчины – 64,2%; 95% ДИ 54,7–72,6; женщины – 67,2%; 95% ДИ 58,8–74,5) ($\chi^2 = 0,239$, $p = 0,625$). Однако среди мужчин меньше доля лиц, довольных объемом и качеством получаемых от медицинских работников сведений (41,5%; 95% ДИ 32,6–51,0 против 55,2%; 95% ДИ 46,8–63,4) ($\chi^2 = 4,454$, $p = 0,035$), и больше число тех, кто вообще не получает от них никакой информации (7,6%; 95% ДИ 3,9–14,2 против 0,0%; 95% ДИ 0,0–2,8) ($\chi^2 = 10,462$, $p = 0,001$).

Вместе с тем дополнительными сведениями из средств масс-медиа (радио, телевидение, Интернет) мужчины пользуются значимо реже (34,0%; 95% ДИ 25,7–43,4), чем женщины (53,7%; 95% ДИ 45,3–61,9) ($\chi^2 = 9,345$, $p = 0,002$).

Пожилые мужчины недостаточно строго выполняют медицинские рекомендации. Среди них меньше доля лиц, всегда следующих предписаниям врача (58,5%; 95% ДИ 48,9–67,4 против 70,2%; 95% ДИ 61,9–77,3) ($\chi^2 = 3,536$, $p = 0,060$).

В случае несогласия с медицинскими рекомендациями они реже объясняют врачу свою позицию (9,4%; 95% ДИ 5,2–16,5 против 23,9%; 95% ДИ 17,5–31,8) ($\chi^2 = 8,555$, $p = 0,003$) и чаще не станут выполнять его рекомендации, не давая никаких объяснений (22,6%; 95% ДИ 15,7–31,5 против 13,4%; 95% ДИ 8,7–20,2) ($\chi^2 = 3,476$, $p = 0,062$).

Скорее всего, это объясняется недостаточно полноценным взаимодействием врачей с пожилыми пациентами-мужчинами. Среди них меньше доля лиц, которым полностью понятны все врачебные рекомендации (49,1%; 95% ДИ 39,7–58,4 против 64,2%; 95% ДИ 55,8–71,8) ($\chi^2 = 5,538$, $p = 0,019$), и больше тех, кому ничего не понятно (9,4%; 95% ДИ 5,2–16,5 против 0,0%; 95% ДИ 0,0–2,8) ($\chi^2 = 13,191$, $p = 0,000$).

Мужчины и женщины одинаково объясняют возникающие у них трудности в понимании врачей. В основном они заключаются в использовании врачами сложных специальных терминов

(мужчины – 35,9%; 95% ДИ 27,4–45,3; женщины – 30,0%; 95% ДИ 22,7–38,1) ($\chi^2 = 0,971$, $p = 0,325$); в быстрой речи без повторений (мужчины – 11,3%; 95% ДИ 6,6–18,8; женщины – 10,5%; 95% ДИ 6,3–16,8) ($\chi^2 = 0,047$, $p = 0,829$) и неразборчивом почерке (мужчины – 28,3%; 95% ДИ 20,6–37,5; женщины – 32,3%; 95% ДИ 26,8–42,7) ($\chi^2 = 0,993$, $p = 0,319$).

Среди пожилых мужчин (50,9%; 95% ДИ 41,6–60,3) и женщин (56,7%; 95% ДИ 48,3–64,8) одинаково часто распространено мнение о том, что врачи не всегда проводят необходимые медицинские процедуры и делают нужные назначения ($\chi^2 = 0,794$, $p = 0,373$).

Вместе с тем, мужчины реже считают, что врачи всегда учитывают их состояние здоровья (60,4%; 95% ДИ 50,1–69,2 против 71,6%; 95% ДИ 63,5–78,6) ($\chi^2 = 3,379$, $p = 0,066$), и чаще – что они невнимательно выслушивают их жалобы (9,4%; 95% ДИ 5,2–16,5 против 3,0%; 95% ДИ 1,2–7,4) ($\chi^2 = 4,481$, $p = 0,034$).

Оценивая содержание врачебной деятельности, мужчины реже считают, что врачи занимаются профилактической работой (45,3%; 95% ДИ 36,1–54,8 против 67,2%; 95% ДИ 58,8–74,5) ($\chi^2 = 11,595$, $p = 0,001$), и чаще – что они не проводят ее (18,9%; 95% ДИ 12,6–27,4 против 3,0%; 95% ДИ 1,2–7,4) ($\chi^2 = 16,589$, $p = 0,000$).

При оценке квалификации врачей мужчины реже считают ее достаточной (49,1%; 95% ДИ 39,7–58,4 против 70,2%; 95% ДИ 61,9–77,3) ($\chi^2 = 11,051$, $p = 0,001$) и чаще затрудняются дать ей конкретную оценку (45,3%; 95% ДИ 36,1–54,8 против 20,9%; 95% ДИ 14,9–28,5) ($\chi^2 = 16,267$, $p = 0,000$).

Когда-либо в своей жизни с претензиями к работе лечащего врача или медицинского учреждения обращались лишь единицы мужчин (1,9%; 95% ДИ 0,5–6,6) и женщин (4,5%; 95% ДИ 2,1–9,4) ($\chi^2 = 1,233$, $p = 0,267$). При этом мужчины реже воспринимают работу медицинского учреждения за последний год неизменной (35,9%; 95% ДИ 27,4–45,3 против 47,8%; 95% ДИ 39,5–56,2) ($\chi^2 = 3,437$, $p = 0,064$) и чаще – ухудшившейся (15,1%; 95% ДИ 9,5–23,1 против 7,5%; 95% ДИ 4,1–13,2) ($\chi^2 = 3,568$, $p = 0,059$).

Качество получаемой медицинской помощи пожилые мужчины и женщины в целом оценивают одинаково: хорошо – 34,0%; 95% ДИ 25,7–43,4 и 38,8%; 95% ДИ 31,0–47,3 соответственно ($\chi^2 = 0,598$, $p = 0,439$), удовлетворительно – 60,4%; 95% ДИ 50,9–69,2 и 56,7%; 95% ДИ 48,3–64,8 соответственно ($\chi^2 = 0,326$, $p = 0,568$) и плохо – 7,6%; 95% ДИ 3,9–14,2 и 4,5%; 95% ДИ

2,1–9,4 соответственно ($\chi^2 = 1,015$, $p = 0,314$). Однако мужчины реже чувствуют себя социально защищенными в случае болезни (22,6%; 95% ДИ 15,7–31,5 против 37,3%; 95% ДИ 29,6–45,8) ($\chi^2 = 5,974$, $p = 0,015$) и чаще сомневаются в наличии такой защиты (60,4%; 95% ДИ 50,9–69,2 против 34,3%; 95% ДИ 26,8–42,7) ($\chi^2 = 16,176$, $p = 0,000$).

Таким образом, проведенный нами анализ гендерных стереотипов потребления медицинских услуг пожилыми людьми позволяет сделать следующие выводы.

1. Гендер оказывает негативное влияние на здоровье, образ жизни и медицинское поведение мужчин. Его изучение позволяет понять причины, почему мужчины, традиционно занимая доминирующее положение во многих сферах жизнедеятельности общества, чаще подвержены риску заболеваний, стойкой утраты трудоспособности и преждевременной смерти.

2. В пожилом возрасте (60–74 года) состояние здоровья мужчин и женщин существенно различается. Мужчины чаще (в 1,6 раза) субъективно воспринимают его плохим (24,5% против 14,9%) и чаще объективно нуждаются в постороннем уходе (5,7% против 0,0%). Из-за нарушений в здоровье они реже (в 2,4 раза) продолжают трудовую деятельность (9,4% против 22,4%) и чаще (в 1,7 раза) не имеют средств на покупку одежды и продуктов питания (54,7% против 32,8%).

Ухудшение здоровья с увеличением возраста мужчины чаще (в 2,4 раза) связывают с наличием вредных привычек (32,1% против 13,4%) и плохим питанием (в 7,5 раза) (11,3% против 1,5%).

3. Медицинское поведение мужчин и женщин различно. Мужчины менее (в 1,7 раза) склонны к частому (5 раз и более в год) посещению поликлиники (17,0% против 29,9%) и обращению (в 2,8 раза) за медицинской помощью с профилактической целью (7,6% против 20,9%).

При этом они чаще сталкиваются с трудностями при получении медицинской помощи.

Мужчинам требуется гораздо больше времени (в 2,8 раза) на дорогу до поликлиники (1 час и более) (41,5 против 14,9%); на ожидание приема врача (7 дней и более) по записи (в 2,7 раза) (28,3% против 10,5%) и в день обращения (1-2 часа и более) (17,0% против 7,5%).

Им чаще (в 1,8 раза) отказывают в медицинской помощи за пределами постоянного места жительства (18,9% против 10,5%) и при получении лекарств в аптеке (в 2,1 раза) (24,5% против 11,9%).

Они чаще (в 1,4 раза) сами вынуждены отказываться от медицинских услуг из-за отсутствия денег (54,7% против 38,8%).

4. Контакт с врачом мужчины устанавливают значительно труднее. Они реже (в 1,2 раза) выполняют врачебные рекомендации (58,5% против 70,2%), плохо понимают все объяснения врача (49,1% против 64,2%), чаще не понимают ничего (9,4% против 0,0%).

Мужчины реже считают, что врачи при проведении осмотра и назначении лечения учитывают состояние здоровья пациента (60,4% против 71,6%) и внимательно выслушивают жалобы (9,4% против 3,0%).

При несогласии с врачом они не станут объяснять ему свою позицию (9,4% против 23,9%), а просто не будут выполнять рекомендации, не давая никаких объяснений (22,6% против 13,4%).

5. При оценке организации медицинской помощи мужчины чаще (в 2,4 раза) не довольны графиком работы врачей и служб поликлиники (35,9% против 14,9%) и чаще (в 2,0 раза) считают работу медицинского учреждения за последний год ухудшившейся (15,1% против 7,5%).

При оценке квалификации врачей мужчины реже (в 1,4 раза) воспринимают ее достаточной (49,1% против 70,2%). Они реже (в 1,3 раза) довольны получаемыми от врачей медицинскими сведениями (41,5 % против 55,2%) и чаще (в 6,3 раза) считают, что врачи не занимаются профилактической работой (18,9% против 3,0%).

В результате мужчины реже (в 1,7 раза) испытывают чувство социальной защищенности в случае болезни (22,6% против 37,3%) и чаще (в 1,8 раза) сомневаются в наличии такой защиты (60,4% против 34,3%).

Литература

1. Воронина О.А. Социокультурные детерминанты развития гендерной теории в России и на Западе / О.А. Воронина // ОНС. – 2000. – № 4. – С. 9-20.

2. Здравомыслова Е.А. Социология гендерных отношений и гендерный подход в социологии / Е.А. Здравомыслова // Социс. – 2000. № 11. – С. 15-24.

3. Ильиных С.А. Гендерная проблематика: понятия, интерпретация данных и эвристические возможности корреляционного анализа [Электронный ресурс].- URL: <http://www.sworld.com.ua/index.php/ru/modern-linguistics-and-intercultural-communication-c112/11930-c112-032> (Дата обращения 16.05.2016)

4. Клецина И.С. Психология гендерных отношений: теория и практика / И.С. Клецина. – СПб.: Алетейя, 2004. – 408 с.

5. Решетников А.В., Ефименко С.А. Проведение медико-социологического мониторинга / А.В. Решетников, С.А. Ефименко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 136-156.

ОТКРЫТЫЕ БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ОТНОШЕНИЕ К НИМ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

СВЕТЛИЧНАЯ Татьяна Геннадьевна

СТЕПАНОВ Егор Сергеевич

ХАРЬКОВА Ольга Александровна

Северный государственный медицинский университет

г. Архангельск

Широкое внедрение в медицинскую практику новейших биомедицинских технологий обусловило появление в медицине и здравоохранении сложных морально-нравственных дилемм. Их возникновение связано с необходимостью принятия морально ответственных медицинских решений по открытым биоэтическим проблемам, для которых до сих пор нет однозначного решения [4]. К ним относятся такие биомедицинские технологии, как экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство, клонирование, трансплантация органов, терапия фетальными клетками, искусственное прерывание беременности, эвтаназия и т.д.

Все более активное вовлечение пациентов в процесс принятия медицинских решений вызвало необходимость морально-нравственного осмысления технологических возможностей биомедицины XXI века в их тесной взаимосвязи и взаимообусловленности с системой общечеловеческих ценностей [1].

Данный факт послужил основанием для проведения настоящего медико-социологического исследования.

Его целью явилось изучение биоэтических репрезентаций представителей старших возрастных групп (60 лет и старше) о пределах медицинских вмешательств в естественные биологические процессы жизни и смерти человека.

Предметом исследования явилось отношение пожилых людей к биомедицинским технологиям; объектом исследования – пациенты амбулаторно-поликлинических учреждений в возрасте 60–74 года.

Базой для проведения исследования послужила Архангельская область. Инструментом данного исследования явилась статистическая «Карта изучения биоэтических представлений пациентов», разработанная на основе методики, предложенной сотрудниками кафедры биомедицинской этики РГМУ (г. Москва) [3].

Программа исследования включала 48 вопросов, объединенных в два основных и третий заключительный (паспортный) блок, характе-

ризующий статус опрашиваемых (11 вопросов). Первый блок анкеты посвящен морально-нравственной характеристике пациентов (18 вопросов), второй – их отношению к биомедицинским технологиям: экстракорпоральному оплодотворению, суррогатному материнству, клонированию человека, трансплантации органов, терапии фетальными клетками, искусственному прерыванию беременности и эвтаназии (19 вопросов).

Сбор материала проводился независимыми интервьюерами (волонтерами) при обращении населения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения в марте-апреле 2015 года.

При формировании выборочной совокупности использовался метод простого случайного отбора. Критериями включения являлись: возраст – 60–74 года, согласие на участие в исследовании; критериями не включения – возраст – 18–59 лет и 75 лет и старше, отказ от участия в исследовании.

После проверки полноты и качества заполнения всех пунктов программы в исследование было включено 88 статистических карт.

При статистическом анализе полученного материала рассчитывались количественные и качественные показатели. Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 21; расчет 95%-х доверительных интервалов (ДИ) – методом Fisher.

По нашим данным, состав опрошенных пациентов по полу женщинами (56,8%; 95% ДИ 46,4–66,7) представлен несколько больше, чем мужчинами (43,2%; 95% ДИ 33,3–53,6). По семейному положению они в основном являются одиночками (57,9%) людьми: вдовыми (40,9%; 95% ДИ 31,2–51,3) и разведенными (17,0%; 95% ДИ 10,6–26,2). Лишь каждый третий (35,2%; 95% ДИ 26,1–45,6) из них имеет семью, а 6,8 % (95% ДИ 3,2–14,1) никогда не были женаты или замужем.

Уровень образования пожилых пациентов весьма невысок. Большинство (58,0%; 47,5–67,7) из них получили только среднее общее образо-

вание; еще 26,1% (95% ДИ 18,1–36,2) – среднее специальное и только 15,9% (95% ДИ 9,7–24,9) – высшее образование.

Изучение биоэтических репрезентаций пожилых людей относительно открытых биоэтических проблем нами начато с выявления их мнений о начале жизни человека, которые оказались весьма различными.

Большинство (69,3%; 95% ДИ 59,0–78,0) пожилых людей началом жизни человека считает момент зачатия. Только для 21,6% (95% ДИ 14,3–31,3) им является рождение. Лишь 2,3% (95% ДИ 0,6–7,9) к началу жизни относят 22-недельный срок беременности, в который законодательно разрешено ее искусственное прерывание по медицинским показаниям. А 6,8% (95% ДИ 3,2–14,1) пожилых пациентов по этому вопросу не имеют собственного мнения.

Добрачное целомудрие достоинством человека считают большинство (68,2%; 95% ДИ 57,9–77,0) пожилых людей. Лишь 22,7% (95% ДИ 15,2–32,5) имеют противоположное мнение. И только 9,1% (95% ДИ 4,7–16,9) затруднились определить к нему свое отношение.

Далее мы изучили представления пожилых пациентов относительно допустимости применения каждой из семи анализируемых нами биомедицинских технологий.

По нашим данным, доли лиц, положительно и отрицательно относящихся к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО), оказались примерно равными (29,5%; 95% ДИ 21,0–39,8 и 27,3%; 95% ДИ 19,1–37,4 соответственно).

Еще 10,2% (95% ДИ 5,5–18,3) относятся к данной технологии нейтрально. А большинство (33,0%; 95% ДИ 24,0–43,3) до сих пор не имеет к ней определенного отношения.

Только 31,8% (95% ДИ 23,0–42,1) пожилых людей допускают использование экстракорпорального оплодотворения в случае бездетности независимо от сопровождающих ее обстоятельств. Еще 14,8% (95% ДИ 8,8–23,6) оказались не столь однозначными в своих суждениях, допуская экстракорпоральное оплодотворение лишь в крайних случаях, что предполагает введение определенных ограничений. А 21,6% (95% ДИ 14,3–31,3) его категорически отрицают.

Значительная часть (31,8%; 95% ДИ 23,0–42,1) не имеет собственного мнения об обстоятельствах применения экстракорпорального оплодотворения.

Детей, рожденных в результате ЭКО, такими же, как и остальные, воспринимают лишь 34,1% (95% ДИ 25,0–44,5) пожилых людей.

Примерно столько же (30,7%) имеют противоположное мнение: 28,4% (95% ДИ 20,0–38,6) считают таких детей появившимися на свет противоестественным путем, а 2,3% (95% ДИ 0,6–7,9) – менее здоровыми. Каждый третий (35,2%; 95% ДИ 26,1–45,6) затруднился дать им какую-либо определенную оценку.

Еще одной широко распространенной репродуктивной технологией является суррогатное материнство. Отрицательно к данной репродуктивной технологии относится большинство (47,7%; 95% ДИ 37,6–58,0) пожилых людей.

Доля положительно относящихся весьма невелика (15,9%; 95% ДИ 9,7–24,9). Примерно такая же их часть (13,6%; 95% ДИ 8,0–22,3) занимает нейтральную позицию, а 22,8% (95% ДИ 15,2–32,5) уклонились от ответа.

Безоговорочно допускают использование суррогатного материнства, как и в случае с экстракорпоральным оплодотворением при наличии бесплодия лишь 20,5% (95% ДИ 13,3–30,0) пожилых людей. Еще очень небольшая часть (9,1%; 95% ДИ 4,7–16,9) считает возможным ее использование только в крайних случаях, предполагая этим необходимость введения определенных ограничений.

Однако большинство (36,4%; 95% ДИ 27,1–46,8) ни при каких обстоятельствах не допускает возможность использования суррогатного материнства. На этот счет не имеют собственного мнения значительное число (34,0%; 95% ДИ 1,1–4,8) пожилых людей.

В отношении к клонированию человека пожилые люди являются наиболее единодушными. Большинство к данной технологии относится отрицательно (70,5%; 95% ДИ 60,2–79,0). Еще 25,0% (95% ДИ 17,1–35,0) по этому поводу не имеют собственного мнения.

И только исчезающе малое число относится к клонированию человека либо нейтрально (3,4%; 95% ДИ 1,2–9,6), либо положительно (1,1%; 95% ДИ 0,2–6,2). Большинство (73,9%; 95% ДИ 63,8–81,9) данную технологию не допускает ни при каких обстоятельствах. Каждый четвертый (25,0%; 95% ДИ 17,1–35,0) затрудняется в ответе на данный вопрос. И лишь 1,1% (95% ДИ 0,2–6,2) считает клонирование человека возможным.

Далее мы проанализировали представления пожилых людей о биомедицинских технологиях продления жизни человека и, в частности, их отношение к трансплантации органов и терапии фетальными клетками.

Большинство (56,8%; 95% ДИ 46,4–66,7) к трансплантации органов относится отрицатель-

но, еще 13,6% (95% ДИ 8,0–22,3) – нейтрально и только 9,1% (95% ДИ 4,7–16,9) – положительно.

Каждый пятый (20,5%; 95% ДИ 13,3–30,0) затруднился в определении характера своего восприятия данного медицинского вмешательства. Свое отношение к трансплантации органов пожилые люди в основном объясняют противоестественной природой данной технологии (30,7%; 95% ДИ 22,0–41,0), создающей условия для торговли органами и людьми (11,4%; 95% ДИ 6,3–19,7), допуская возможность ее использования лишь в крайних случаях (21,6%; 95% ДИ 14,3–31,3). Только 6,8% (95% ДИ 3,2–14,1) считают трансплантацию органов шагом вперед в медицине. Не могут объяснить свое отношение к ней 29,5% (95% ДИ 21,0–39,8) пожилых людей.

Вопрос о допустимости фетальной терапии, основанной на использовании абортивных тканей и «лишних» эмбрионов человека, полученных при ЭКО, вызвал у пожилых людей наибольшие затруднения. Каждый второй (50,0%; 95% ДИ 39,8–60,2) пожилой человек не знает на него ответа. Однако значительная часть (38,6%; 95% ДИ 29,1–49,1) не допускает использование методов фетальной терапии. И лишь очень небольшое число (11,4%; 95% ДИ 15,2–24,2) считают такую терапию возможной.

При анализе отношения пожилых людей к биомедицинским технологиям прекращения жизни наблюдается не меньше противоречий. Так, лишь очень небольшая (8,0%; 95% ДИ 3,9–15,5) их часть является сторонниками аборта, безоговорочно допуская его проведение.

Большинство (45,5%; 95% ДИ 35,5–55,8), в целом допуская искусственное прерывание беременности, считает необходимым принятие подобного рода решений обосновывать медицинскими и социальными обстоятельствами. Однако весьма значительная часть (34,1%; 95% ДИ 25,0–44,5) является убежденными противниками аборта, совершенно не допуская его проведение ни при каких обстоятельствах. И лишь 12,4% (95% ДИ 7,1–21,0) не смогли определить своего отношения к нему.

По-видимому, те, кто категорически отвергает возможность искусственного прерывания беременности, признают за врачом и право отказа от его проведения по моральным убеждениям (30,7%; 95% ДИ 22,0–41,0). Однако большинство (40,9%; 95% ДИ 31,2–51,3) имеет диаметрально противоположное мнение. А 28,4% (95% ДИ 20,0–38,6) не знают ответа на данный вопрос.

Чуть более однородным является отношение пожилых людей к эвтаназии.

Большинство к ней относится отрицательно (52,3%; 95% ДИ 42,0–62,4), еще 13,6% (95% ДИ 8,0–22,3) – нейтрально и только 10,2% (95% ДИ 5,5–18,3) – положительно. Однако каждый пятый (23,9%; 95% ДИ 16,2–33,7) до сих пор не имеет по этому поводу определенного мнения.

Объяснение отрицательного отношения к эвтаназии заключается в восприятии данной технологии убийством (37,5%; 95% ДИ 28,1–47,9) и недопустимости ее ни при каких обстоятельствах (10,2%; 95% ДИ 5,5–18,3). Однако 39,6%, теоретически рассматривая такую возможность, допускают самостоятельное принятие человеком решения об уходе из жизни (21,6%; 95% ДИ 14,3–31,3), а 8,0% (95% ДИ 3,9–15,5) право на принятие такого решения отдают врачу. Каждый пятый (22,7%; 95% ДИ 15,2–32,5) свое отношение к эвтаназии объяснить не может.

В основном отрицательное отношение к эвтаназии нашло отражение в других суждениях пожилых людей по этому поводу. В частности, большинство (48,9%; 95% ДИ 38,7–59,1) из них категорически возражает против законодательного разрешения эвтаназии в нашей стране.

Вместе с тем, его поддерживают 17,0% (95% ДИ 10,6–26,2) пожилых людей. А 34,1% (95% ДИ 25,0–44,5) не имеют собственного мнения.

Эвтаназию не считают спасением для смертельно больного человека 38,6% (95% ДИ 29,1–49,1) пожилых людей. Однако у такого же их числа (38,6%; 95% ДИ 29,1–49,1) собственное мнение отсутствует, а у 22,8% (95% ДИ 15,2–32,5) оно является противоположным.

Отказ от лечения смертельно больного близкого человека не поддержит большинство (54,5%; 95% ДИ 44,2–64,5) пожилых людей, его поддержат 17,0% (95% ДИ 10,6–26,2), а 28,5% (95% ДИ 20,0–38,6) не знают, как поступят в такой ситуации. В результате большинство (56,8%; 95% ДИ 46,4–66,7) пожилых людей не станут помогать неизлечимо больному близкому человеку в его решении самостоятельного ухода из жизни, ему помогут 17,0% (95% ДИ 10,6–26,2), а 26,2% (95% ДИ 18,1–36,2) не знают, как они поступят в такой ситуации.

Учитывая тот факт, что основу нравственности индивидов составляют моральные «эталоны жизни», формируемые в неразрывной связи с развитием религии [40], изучение биоэтических репрезентаций пожилых людей дополнено исследованием их мировоззренческих стереотипов.

По нашим данным, большинство (61,4%; 95% ДИ 50,9–70,9) представителей старшего поколения считают себя религиозными людьми.

Только 25,0% (95% ДИ 17,1–35,0) к таковым себя не относят, а 13,6% (95% ДИ 8,0–22,3) затрудняются в ответе на данный вопрос. Мировоззренческой основой большинства (73,9%; 95% ДИ 63,8–81,9) является православное христианство.

Другие варианты христианского вероучения представлены исчезающе малыми величинами (католицизм – 1,1%; 95% ДИ 0,2–6,2; протестантизм – 1,1%; 95% ДИ 0,2–6,2). Атеистами являются только 9,1% (95% ДИ 4,7–16,9) пожилых людей. Затруднились в определении основ своего мировоззрения 17,0% (95% ДИ 10,6–26,2).

В этой связи вполне понятной является позиция большинства (70,5%; 95% ДИ 60,2–79,0) пожилых людей по отношению к необходимости сохранения в России традиционных религиозных ценностей. Вместе с тем, 20,5% (95% ДИ 13,3–30,0) их сохранение не считают таким уж необходимым делом. Собственное мнение по этому поводу отсутствует у 9,0% (4,7–16,9).

Подавляющее большинство (81,9%) пожилых людей задумываются о вопросах морали: часто (58,0%; 95% ДИ 47,5–67,7) и иногда (23,9%; 95% ДИ 16,2–33,7). Лишь у 5,7% (95 % ДИ 2,4–12,6) они никогда не вызывали и не вызывают интереса, а 12,4% (95% ДИ 7,1–21,0) не смогли припомнить данные факты.

Относительное большинство (33,0%; 95% ДИ 24,0–43,3) пожилых людей природу происхождения морали видят в деятельности бога, еще 20,5% (95% ДИ 13,3–30,0) – считают ее результатом человеческой деятельности, а 15,9% (95% ДИ 9,7–24,9) – происходящей от законов природы. Никогда не задумывались об этом 18,2% (95% ДИ 11,5–27,5) и затруднились ответить 12,4% (95% ДИ 7,1–21,0).

Мораль, медицина и религия тесно связаны между собой и взаимообусловлены.

Большая часть (53,4%; 95% ДИ 43,1–63,5) пожилых людей признает факт зависимости медицины от морали, отрицает его только 15,9% (95% ДИ 9,7–24,9). Однако точно такое же их число (15,9%; 95 % ДИ 9,7–24,9) даже считает, что медицина противоречит законам морали.

Ничего не смогли ответить по этому поводу 14,8% (95% ДИ 8,8–23,6).

Факт зависимости морали и религии признают большинство (55,7%; 95 % ДИ 45,3–65,6) пожилых людей. Его отрицает только 20,5% (95% ДИ 13,3–30,0). Затруднились ответить 26,1% (95% ДИ 18,1–36,2).

Однако факт влияния своих религиозных взглядов на принятие медицинских решений от-

мечает меньшинство (36,4%; 95% ДИ 27,1–46,8) пожилых людей.

Большинство же (54,5%; 95% ДИ 44,2–64,5), наоборот, возможность такого влияния полностью отрицает. Относительно небольшая часть (9,1%; 95% ДИ 4,7–16,9) не имеет собственного мнения.

Необходимость вмешательства религии в медицину поддерживают 23,9% (95% ДИ 16,2–33,7) пожилых людей.

Однако большинство (67,0%; 95% ДИ 56,7–76,0) выступает против религиозного вмешательства в медицинскую деятельность.

А каждый десятый (9,1%; 95% ДИ 4,7–16,9) затруднился ответить на данный вопрос. Подтверждением занятой пожилыми людьми позиции является их отношение к передаче преподавания в медицинском вузе экзистенциальных тем биоэтики (смерть, жизнь как ценность) священнослужителям. Ее целесообразность осознает меньшинство (23,9%; 95% ДИ 16,2–33,7). Чуть менее половины (44,3%; 95% ДИ 34,4–54,7) не поддерживают эту идею. Значительная часть (31,8%; 95% ДИ 23,0–42,1) уклонилась от ответа на данный вопрос.

Предпосылкой морально ответственных медицинских решений служит приверженность медицинского сообщества к нормам морали и наличие у его представителей нравственных ориентиров в избранной профессии. Однако только 71,6% (95 % ДИ 61,4–80,0) пожилых людей достижение профессионализма в медицине связывают с приобретением врачом этических знаний и развитием моральных качеств его личности. Их не признают необходимыми 19,3% (95% ДИ 12,4–28,8) и затруднились ответить 9,1% (95% ДИ 4,7–16,9).

В результате далеко не все (79,5%; 95% ДИ 70,0–86,6) пожилые люди считают необходимым принятие выпускниками медицинских вузов клятвы врача. Ее необходимость отрицают 13,6% (95% ДИ 8,0–22,3), а 6,8% (95 % ДИ 3,2–14,1) затруднились ответить на этот вопрос.

Оценивая внешние условия (контекстные факторы) существования российского общества и здравоохранения большинство (53,4%; 95% ДИ 43,1–63,5) пожилых людей отмечают развернутую в масс-медиа пропаганду потребления и гедонистических ценностей.

Ее не замечают только 17,0% (95% ДИ 10,6–26,2), а 29,6% (95% ДИ 21,0–39,8) затрудняются дать какую-либо оценку этому явлению.

При анализе причин неблагополучия в отечественной медицине одни (56,8%; 95% ДИ

46,4–66,7) их видят в недостатке материальных средств, а другие (43,2%; 95% ДИ 33,3–53,6) к ним относят утрату морально-нравственных ценностей. Затруднились в оценке причин 11,4% (95% ДИ 6,3–19,7).

При предоставлении права выбора места жительства останутся в России большинство (75,0%; 95% ДИ 65,0–82,9) пожилых людей, уедут из страны только 8,0% (95% ДИ 3,9–15,5), а 17,0 (95% ДИ 10,6–26,2) до сих пор не решили для себя этот вопрос.

Таким образом, результаты проведенного нами медико-социологического исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. По поводу ни одной из рассмотренных нами открытых биоэтических проблем у пожилых людей нет единого мнения. Отношение к ним широко варьирует: от позитивного (12,5%) и нейтрального (13,6%) до преимущественно негативного (46,6%) и отсутствующего (27,3%).

2. У имеющих вполне сформированные взгляды (72,7%) в отношении биомедицинских технологий преобладают негативные оценки (46,6%). Особенно неприятие у них вызывает клонирование человека (70,5%), трансплантация органов (56,8%), эвтаназия (52,3%) и суррогатное материнство (47,7%).

Несколько менее отрицательно они относятся к терапии фетальными клетками (38,6%) и искусственному прерыванию беременности (34,1 %) и менее всего – к экстракорпоральному оплодотворению (27,3%).

3. Пожилые люди в большей степени склонны к сомнениям. Доля затруднившихся в четком определении своего отношения к биомедицинским технологиям является весьма значительной, в среднем составляя 27,3%.

Наибольшие трудности пожилые люди испытывают в формулировании своего отношения к терапии фетальными клетками (50,0%), экстракорпоральному оплодотворению (33,0%) и клонированию человека (25,0%).

Значительно меньше затруднений у них возникает при определении отношения к суррогатному материнству (22,8%) и трансплантации органов (20,5%) и менее всего – к искусственному прерыванию беременности (12,4%).

4. Доля пожилых людей, положительно относящихся к медицинским вмешательствам в жизнь и смерть человека, является весьма незначительной, в среднем составляя всего лишь 12,5%.

Наиболее позитивное восприятие у них вызывает экстракорпоральное оплодотворение (29,5%), суррогатное материнство (15,9%) и терапия фетальными клетками (11,4 %).

Существенно меньше доли позитивно воспринимающих эвтаназию (10,2%), трансплантацию органов (9,1%) и искусственное прерывание беременности (8,0 %) и меньше всего – клонирование человека (1,1%).

5. Весьма сдержанное отношение пожилых людей к биомедицинским технологиям объясняется преимущественно религиозным типом их мировоззрения, основу которого составляет православное христианство (73,9%).

Определенный вклад в формирование отношения пожилых людей к биомедицинским технологиям вносит осознание ими зависимости морали и религии (55,7%), медицины и морали (53,4%), а также признание «нечеловеческой» природы морали (53,5%) и необходимости вмешательства религии в медицину (23,9%).

Литература

1. Бартко А.Н. Биомедицинская этика: к вопросу о философских основаниях концепций субъективности и современная теория морали / А.Н. Бартко // Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. – М., 2003. – С. 126-137.

2. Ильясов Ф.Н. Религиозное сознание и поведение // Социологические исследования, 1987. – №3. – С. 50-55.

3. Ляуш Л.Б. Мировоззрение и биоэтические представления российских студентов-медиков / Л.Б. Ляуш, В.И. Сабурова, И.В. Силуянова, .Н.А. Сушко // Медицинское право и этика. – 2002. – № 2. – С. 67-82.

4. Светличная Т.Г. Характеристика начальных биоэтических представлений обучающихся в медицинском вузе / Т.Г. Светличная, Г.Н. Чумакова, Е.С. Степанов, Н.С. Ларионова // Экология человека. – 2015. – №5. – С.14-20.

ПОСТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ: АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

СВЕТЛИЧНАЯ Татьяна Геннадьевна

Северный государственный медицинский университет

г. Архангельск

СМИРНОВА Елена Алексеевна

Череповецкий государственный университет

г. Череповец

В начале 80-х годов XX столетия постарение населения стало одной из наиболее ключевых мировых тенденций. Сегодня количество людей в мире старше 60 лет составляет 12% от общей численности населения планеты, а к 2050 году оно превысит 2 млрд человек, и составит 22%. Парадоксальность ситуации заключена в том, что уже к 2020 году число людей старше 60 лет превысит количество детей младше 5 лет [1].

Демографическая ситуация в Российской Федерации не отличается от общемировой. Согласно классификации ООН население считается старым, если удельный вес лиц в возрасте 65 лет и старше в общей численности населения превышает 7%.

В Российской Федерации он составляет 13,1% [11]. К 2016 году численность населения трудоспособного возраста в России сократится на 4,6% [6]. Коэффициент демографической нагрузки колеблется на уровне 0,58.

Современные демографические процессы являются одной из актуальных проблем национальной безопасности. Для улучшения ситуации создаются условия для повышения качества человеческого потенциала, предпосылки для устойчивого демографического развития.

Развитие национального проекта «Здоровье» оказало значительное влияние на демографическую ситуацию в стране. За два года коэффициент рождаемости увеличился на 11%, а коэффициент смертности населения снизился на 9% [8].

Однако негативные тенденции уменьшения населения России пока сохраняются, и чтобы преодолеть этот демографический тренд, понадобится еще много лет. Пожилые люди представляют собой многочисленную и весьма сложную социальную общность. Последний отрезок их жизни характеризуется снижением социальной активности, отчуждением от прежних профессиональных и социальных обязанностей, физиологическими изменениями организма. Поддержание экономической и социальной активности населения позднего возраста невозможно без системной медико-социальной помощи.

Согласно классификации ВОЗ, лица 60-74 лет считаются пожилыми, 75-89 лет – старыми и 90 лет и старше – долгожителями. К пожилым относятся самые разные люди – от относительно здоровых до людей, обремененных недугами.

При этом личность каждого из них развивается в процессе общения с другими людьми. Они являются выходцами из разных социальных слоев, имеющие разные уровни образования, квалификации и разные интересы.

Это накладывает отпечаток на стиль их поведения, манеры, обычаи, определяет особенности групповой и коллективной деятельности, что отражается на их межличностных контактах и медицинском поведении.

Оказание лечебно-профилактической помощи этой категории граждан имеет широкий спектр социальных, клинических, организационных особенностей, поскольку определяется спецификой возрастных изменений, хронической заболеваемостью, усталостью организма.

Потребность пожилых людей в медицинской помощи на 50% выше, чем у лиц среднего возраста, а уровень заболеваемости в 8 раз выше, чем у молодых. Накапливаются хронические заболевания с тенденцией к прогрессированию и инвалидизации.

На одного пожилого больного приходится от 2 до 4 заболеваний, стоимость лечения в 1,5 раза выше, чем у молодых людей [12], что обуславливает их медико-социальную уязвимость.

По данным, полученными В.А. Подолько, Т.М. Шаршаковой, И.В. Вуевской, Ж.А. Чубуковым (2011), на догоспитальном этапе нуждаемость в медицинской помощи в амбулаторных условиях у лиц старше 60 лет в 2–4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста, хотя реальная обращаемость за ней в 1,5 раза превышает аналогичный показатель для населения трудоспособного возраста [10].

Потребность в стационарном лечении лиц старших возрастов также в 1,5–3 раза выше, чем у людей молодого и среднего возрастов.

В то же время уровень их фактической госпи-

тализации колеблется в пределах 40–60% от числа всех госпитализированных (в сельских участковых больницах – до 80%) [2].

По-видимому, с одной стороны, это связано со снижением обращаемости за медицинской помощью из-за ограничения мобильности, самолечения и других причин. С другой, коммерциализация медицины стала фактором социальной эксклюзии пожилых людей.

По данным ВОЗ, приверженность любому виду лечения определяется следующим поведением: обращение за медицинской помощью, выполнение предписаний, ответственный прием лекарств, строгое соблюдение назначений и др.

При этом общение врача и пациента перестает быть исключительно патерналистским. У пациента, как правило, имеется сформированная система ценностных ориентаций и социальных установок по отношению к медицине как социальному институту, применяемым способам и методам лечения.

Все это с учетом личностных характеристик оказывает влияние на медицинское поведение. Выполнение пациентом предписаний врача определяется целым рядом факторов.

В частности, пациент может просто не понимать, что ему говорит врач или нуждаться в дополнительных объяснениях, а также это может происходить из-за сложности соблюдения режима и наличия побочных эффектов.

В этом случае он самостоятельно может снизить дозу лекарственных препаратов, сделать перерыв в лечении или принимать лекарства нерегулярно [5].

Свое здоровье в целом лица пенсионного возраста оценивают весьма низко. Среди пациентов пожилого возраста 72,4% мужчин и 71,7% женщин оценили свое здоровье как плохое или скорее плохое [14].

По данным других авторов [10] 42% городских жителей и 32% сельских оценивают свое здоровье как плохое.

Кроме того, не выявлено статистически значимой взаимосвязи при оценке пожилыми людьми своего здоровья с уровнем образования, местом жительства и проживанием одиноко либо с родственниками.

50% мужчин и 93,5% женщин имеют в анамнезе хроническое заболевание (три и более – 25% и 32,6% соответственно) [10]. Большинство из них (97,2%) выполняют назначения врача. При этом каждый пятый (17% мужчин и 22% женщин) принимает лекарственные средства, не прописанные им врачом.

Большинство (90%) за последние 12 месяцев за медицинской помощью в поликлинику обращались однократно, при этом 33% мужчин и 17% женщин делали это 6 и более раз.

Оценка функциональных возможностей пожилых людей выявила, что испытывают трудности в повседневной жизни 83% опрошенных.

Наиболее частой трудностью (76%) они назвали передвижение на дальние расстояния, для трети (33%) пожилых людей трудно самостоятельно поддерживать гигиенические требования в квартире, столько же (31%) отметили трудности при осуществлении покупок.

Помощью социальных работников воспользовались лишь 10% пожилых граждан. Причем в 70% случаях это были одинокие пожилые люди.

Большинство пожилых людей нуждаются в материальной, социальной и психологической поддержке [4].

Потребность в получении медицинской помощи испытывают 71%, психологической – 19%, социальной – 17% и юридической – 4% пожилых людей [10].

Сегодня интерес к продлению активности в позднем возрасте сосредоточен в основном на анализе медицинского поведения, социального отношения к пожилым людям, их роли и месте в обществе.

Другим, не менее важным направлением социальной практики поддержки и защиты пожилого населения, является поиск путей минимизации возрастной дискриминации в профессионально-трудовой сфере.

Явление возрастной дискриминации попало в поле внимания социологов и психологов сравнительно недавно – в 1950–1960-х годах.

В 1969 г. американский социолог R.N. Butler предложил для обозначения возрастной дискриминации использовать понятие «эйджизм», по аналогии с расизмом и сексизмом.

С тех пор возрастная дискриминация активно изучается в западной социологии и социальной психологии в контексте проблемы возрастного взаимодействия.

Термин «дискриминация» происходит от латинского *discriminatio* («различение»). Согласно словарю С.И. Ожегова, дискриминацию можно определить как ограничение в правах, лишение равноправия.

Современный толковый словарь русского языка трактует это понятие как намеренное ограничение или лишение прав, преимуществ каких-либо лиц, организаций или государств по признакам расы, национальности, государ-

ственной принадлежности, имущественного положения, политических или религиозных убеждений и т.п.

Необходимо отметить, что понятие возрастной дискриминации отсутствует в законодательных актах Российской Федерации. Более того, в п. 2 ст. 19 Конституции России не говорится ни слова о запрете ограничения прав граждан по признаку возраста [16].

Первым шагом к искоренению возрастной дискриминации стала поправка к ст. 3 Трудового кодекса (2013) о запрете ограничения в трудовых правах по признаку возраста [17].

Почти аналогичная поправка была принята в отношении ст. 25 Федерального закона «О занятости населения в Российской Федерации», в которой говорится о запрете распространения информации о свободных рабочих местах или вакантных должностях, содержащей сведения, о каком бы то ни было прямом или косвенном ограничении прав в зависимости от возраста [18].

На международном уровне в 1980 году Международной организацией труда была принята Рекомендация «О пожилых трудящихся», где в п. 5 говорится, что пожилые трудящиеся без дискриминации по возрасту должны пользоваться равенством возможностей и обращения наравне с другими трудящимися [19].

В действительности в условиях сложившейся в последние годы в стране неблагоприятной социально-экономической обстановки продолжение профессиональной деятельности для представителей пожилого возраста является основным способом улучшения их материального благосостояния.

По данным Окулич А.И. (2015) в последнее десятилетие численность работающих людей, перешагнувших пенсионный рубеж, значительно сократилась в сравнении с советским периодом. По данным Котельникова Г.П. (2004) в России продолжают работать 15% одиноких мужчин-пенсионеров и 12% женщин.

При приеме на работу в большинстве случаев работодатели останавливают свой выбор на 30–35-летних кандидатах. Это обусловлено стереотипными представлениями о том, что люди старшего возраста не свободны от рудиментов советского сознания и трудовых навыков.

Средняя продолжительность жизни свидетельствует об усилиях государства и общества, направленных на снижение смертности и укрепления здоровья одиноких пожилых людей, зависящих не только от биологических, но и социальных факторов, состояния здравоохранения.

В современной России на фоне ухудшающегося здоровья пожилых граждан отмечается рост качества и средней продолжительности жизни.

Так, средняя продолжительность жизни в 30-х годах прошлого столетия была значительно ниже, и большинство советских граждан в возрасте 55 и 60 лет были уже нетрудоспособны, в 2004 г. средняя продолжительность жизни мужчин составила 59 лет, женщин – 74,8 года [3], сейчас люди в возрасте не только трудоспособны, но и активны, и готовы дальше продолжать трудовую деятельность и средняя продолжительность их жизни составила 71,4 года (мужчины – 65,6 лет, женщины – 77,2 года) [13].

Сложившаяся ситуация вынуждает пенсионеров регистрироваться на бирже труда и трудиться на низкооплачиваемых работах, в большинстве случаев не соответствующей ни их образованию, ни их квалификации. Психологически сложнее обстоят дела у лиц с высшим образованием.

Эффективное решение проблемы постарения населения на микросоциальном уровне может быть достигнуто межпрофессиональным взаимодействием медицинской и социальной служб, направленным на оказание доступной и качественной медико-социальной помощи всем без исключения гражданам пожилого возраста.

Литература

1. ВОЗ: число пожилых людей в мире к 2050 году превысит 2 млрд. [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: http://www.chemrar.ru/i-news/index.php?ELEMENT_ID=20209 (Дата обращения 03.05.2016).
2. Выявление, динамическое наблюдение и реабилитация больных пожилого и старческого возраста: метод. Рекомендации Министерства здравоохранения Республики Беларусь. – №192-0012 от 28.12.2000 г.
3. Козлова Т.З. Социальное время пенсионеров: этапы самореализации личности. – М., 2004. – С. 87.
4. Котельников Г.П. Энциклопедия жизни пожилого человека. – М., 2004. – С. 162.
5. Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Комплаенс в психиатрии и способ его оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10. – №1. – С. 8-12.;
6. Минтруд РФ: Численность населения трудоспособного возраста сократиться к 2016 году на 4 млн. человек [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: <http://www.business-gazeta.ru/article/93731/> (Дата обращения 04.05.2016).
7. Микляева А.В. Возрастная дискриминация как социально-психологический феномен. Монография. – СПб.: Речь, 2009. – 160 с.
8. Мошкина К.А., Лубова Т.Н. Уровень заболеваемости населения России // Электронный научный

журнал «Международный студенческий научный вестник» [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: <http://www.scienceforum.ru/2013/108/2946> (Дата обращения 04.05.2016).

9. Окулич А.И. Теоретико-правовой анализ проблемы защиты личности от возрастной дискриминации при реализации права на труд // Проблемы права. – 2015. № 5 (53). – С. 165-169.

10. Подоляко В.А., Шаршакова Т.М., Вуевская И.В., Чубуков Ж.А. Медико-социальные проблемы и потребности пожилых людей Гомельского региона // Проблемы здоровья и экологии. – 2011. № 2 (28). – С. 132-139.

11. «Проект стратегии действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 года» [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/protection/203> (Дата обращения: 03.05.2016).

12. Россия в цифрах: Краткий стат. Сб. / Госкомстат России. – М., 2005. – С. 74.

13. Статистика: продолжительность жизни в России [Электронный ресурс] [Интернет-портал], URL: <http://ruxpert.ru/> (Дата обращения 09.05.2016).

14. Туровская Е.В. Здоровье лиц пенсионного возраста как медико-социальная проблема: Дис. к.м.н. – Волгоград, 2012. – 228 с.

15. Чернышкова Е.В. Медико-социальные механизмы пролонгирования здорового образа жизни в пожилом возрасте: Дис. д.с.н. – Волгоград, 2013. – 386 с.

16. Конституция Российской Федерации, принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. // Российская газета. – 1993. – № 237. – 25дек.

17. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ // СЗ РФ. – 2002. – № 1 (ч. 1) – Ст. 3.

18. О занятости населения в Российской Федерации: Закон РФ от 19 апреля 1991 г. № 1032-1 // СЗ РФ. – 1996. – № 17 – Ст. 1915.

19. О пожилых трудящихся: Рекомендация № 162 Международной организации труда от 23 июня 1980 г. // Международное бюро труда. – 1991. – С. 1927–1934.

КОМФОРТНОСТЬ ГОРОДСКОГО ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ (на примере города Архангельска)

СМИРНОВА Марина Александровна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова
г. Архангельск

Материалы статьи основаны на личных впечатлениях автора и беседах с несколькими людьми пожилого возраста, проживающими в микрорайонах Варавино, Соломбала и Привокзальном, специального исследования не проводилось.

Век XX, а следом и XXI стали временем урбанистики. Стремительно разрушалась деревня, росли города. Россия, будучи преимущественно аграрной страной до середины XX века, в силу разных причин политического и экономического характера утратила большое количество деревень, жители которых вынуждены были стать горожанами.

Новые проблемы, которые появились в процессе урбанизации, стали изучаться в Европе и Америке, где активно развивались социальные, в т.ч. социологические, науки.

В 1975 г. американские урбанисты Уильям Уайт и его ученик Фред Кент предложили теорию, позволяющую обеспечить комфортную городскую среду для жителей, и создали международную неправительственную организацию PPS (Project for Public Spaces), которая пытается координировать усилия тех, кто может создавать успешное городское пространство – от чиновников и девелоперов (создателей новых объектов недвижимости) до активистов, а также осуществляет проекты по изучению, осмыслению и реконструкции общественных пространств, организует тренинги, семинары и мастер-классы по плейсмейкингу, которые проходят по всему миру – от Нигерии до Сербии [1].

Термин «плейсмейкинг» еще не стал популярным и понятным в нашей стране, но он предполагает создание комфортного общественного пространства для любого человека, находящегося в нем.

Городское пространство формируется людьми и для людей. Население страны стареет. Этот процесс коснулся и Архангельска, особенно в последние годы, когда закрываются многие промышленные предприятия, и безработица вынуждает трудоспособное население искать другие места проживания. В городе остаются люди более старшего возраста, так называемо-

го «третьего возраста». Статистика показывает, что «каждый восьмой северянин находится в возрасте 65 лет и старше. Показатели рождаемости систематически уменьшаются в связи с нарастанием доли пожилых людей». Если в 1970 г. население в возрасте 60 лет и старше составляло 9,4%, то в 2002 г. – уже 16,7% [2]. Ситуация не улучшается и причин для этого много. Но готов ли город Архангельск с населением 351 226 чел. (2016) стать родным домом для всех, кто в нём живет?

Архангельск уже в XIX веке, превратившись в центр лесопильной промышленности, притягивал сельское население на свои заводы. Но этот процесс шел постепенно и заводские рабочие часто не разрывали связи с родными деревнями. 1930–1940-е гг. перемешали все российское население. В городах можно было как-то «пересидеть» сложные времена, хотя это большинству людей и не удавалось.

Архангельск как главный город Северного края, затем – Архангельской области стал развиваться также как культурно-научный центр. В то же время здесь появилась такая категория населения, как административно высланные. Для них Архангельск был изначально чужим, и лишь немногие, обладавшие хорошим образованием и позитивным взглядом на мир, находили здесь своё место.

Послевоенное восстановление, развитие промышленности, флота принесли новую волну приезжих в город, а 1960–1970-е годы объявившие «перечень перспективных деревень», вынудили селян окончательно переселяться в города. Процесс этот активно происходит и в наше время.

Пожилое население Архангельска неоднородно. Часть его, и немалая, – коренные архангелогородцы или прожившие в этом месте большую часть жизни. Здесь у них есть родственники и друзья, давно отработаны привычные маршруты прогулок, походов в магазин, поликлинику, аптеку.

Более комфортно, безусловно, чувствуют себя жители благоустроенных квартир. Хотя и здесь могут быть дома без лифта, с некачественным коммунальным обслуживанием.

Огромные лужи после дождей вокруг домов, и не только на окраинах, ограничивают возможности передвижения, как гололед в зимнее время. Жителям деревянного ветхого жилого фонда добавляется множество коммунальных проблем.

У пожилого человека немного личных потребностей. Главной проблемой становится нехватка денег. Большинство пенсионеров стараются вовремя оплатить все коммунальные расходы, а оставшуюся часть пенсии тратят осторожно, стараясь не покупать ничего лишнего.

В перечень «лишнего» входят не только одежда, но и продукты питания. Обычно пенсионеры хорошо знают магазины в своем районе, ассортимент товаров в них и цены. Но магазины в последнее время часто меняют свое местоположение из-за высокой арендной платы или каких-либо других причин, что вызывает большое неудовольствие у покупателей – как у пожилых, так и у других возрастов.

Постоянный рост цен приводит к снижению качества тех продуктов питания, которые может себе позволить купить пожилой человек, особенно одинокий. Питание становится не только скудным, но и однообразным. Крайне редко можно встретить пожилых людей в магазинах промышленных товаров. Одежду и обувь они стараются донашивать, ремонтировать, а покупают что-то новое, когда старое уже невозможно носить. Причём выбирают модели попроще и подешевле.

Наши пенсионеры выглядят неброско и немодно на улицах своего города. Настоящей трагедией для пенсионеров становится поломка бытовой техники, даже простого утюга. Без помощи родственников замену вряд ли они будут делать.

У пожилого человека резко сужается жизненное пространство. В Архангельске мало мест, где можно просто погулять. У жителей центра города для этого есть набережная, можно выйти к реке в Соломбале, в районе улицы Галушина, есть сквер у реки в районе улицы Химиков на Сульфате, но в других микрорайонах, даже Привокзальном, который близок к центру, такой возможности нет. Скамейки у подъездов почти исчезли, парков и скверов мало. Поэтому многие пожилые считают прогулкой поход в магазин или поликлинику.

Досуг пожилых – тоже одна из проблем современного города. У кого-то сохранились привычки посещать выставки, театральные постановки. Всегда можно встретить пожилых людей

на таких мероприятиях. Клуб «Горожанка», а также социальные центры в округах стараются организовывать развлекательно-познавательные мероприятия для пожилых. Но принимают в них участие ограниченное количество людей, которых приглашают специально.

Жаль, что в Архангельске почти не осталось кинотеатров, да и фильмы идут по тематике, которая не интересна для пожилых. Нет в Архангельске и проката старых фильмов, хотя дома можно посмотреть видеокассету с любым фильмом, но поход в кинотеатр – это ностальгия по прежним временам, это общение с окружающими, это – психологическое включение себя в ту жизнь, которая уже ушла или уходит.

Городские праздники тоже становятся недоступной мечтой для многих пожилых, живущих не в центре. А локальные праздничные мероприятия, которые проводятся во всех округах, часто рассчитаны лишь на молодёжь и детей.

Старожилы города всё же более адаптированы к окружающему пространству и в меньшей степени страдают от своего возраста.

Среди пожилых архангелогородцев растёт категория людей, которые переезжают в город по настоянию своих детей. Проживая в заброшенных деревнях, без медицинской помощи, конечно, они требуют ухода и заботы. Но не все выдерживают городскую жизнь, скучают без привычного окружения и быстро уходят в мир иной. Непривычным и тяжёлым испытанием для них становится городской ритм, обилие людей и транспорта, невозможность общения со всеми, кто встретится на пути. У них нет окружения, кроме родственников, что приводит к психологическим травмам.

Бабушка, привезенная детьми в город на постоянное место жительства, решила в первый день сходить в ближайший магазин. Её потрясло, что никто с ней не здоровался и не спрашивал, кто она и откуда. А в деревне каждый новый человек на виду. Привыкание к городу проходило очень сложно. Многие бывшие сельские жители часто просят обратно, считая, что в родной деревне гораздо лучше даже без медицинской помощи. И если дети всё же не отпускают их, то остаток жизни они проводят в стенах квартиры, гуляя лишь на балконе, если он имеется.

Транспортные связи – важная составляющая городского пространства. Но в последнее время исчезли некоторые городские маршруты, удобные для людей. Автобусы сейчас не так переполнены, как в былые времена, молодёжь уступает место пожилым.

Но нет в городе электротранспорта (трамвая и троллейбуса), а нужные автобусные маршруты не всегда удобны. Куда необходимо ехать на транспорте пожилому человеку? В поликлинику, которая в стороне от дома. В магазин, где что-то можно купить подешевле, как сказала соседка. Но чаще – к детям и внукам в гости или «на работу» – нянчиться.

Для пожилых есть льгота на проезд – специальные талоны, которые бесплатно выдают социальные службы округов. Они дифференцированы по категориям, выдаются на квартал, и пенсионер по нему может ездить по всему городу. Но не все городские маршруты обеспечивают проезд по этим талонам. Поэтому пенсионеры подолгу стоят на остановках, дожидаясь нужного автобуса, замерзая и простужаясь в непогоду, опаздывая на назначенные встречи.

Городской транспорт рано завершает свою работу. После 20.00 вернуться домой, в другой район бывает очень проблематично, что вновь ограничивает возможности общения.

Улицы, заполненные потоком машин и автобусов, могут пугать негорожан, но современный пенсионер все-таки знает правила дорожного движения, а в последнее время автотранспорт города вежливо останавливается у перекрёстков, пропуская пешеходов.

Телефон, который сегодня есть у всех, помогает передать какое-то срочное сообщение, вызвать врача, например.

Но мобильный телефон, даже простейшей модели, иногда вызывает недоверие у пенсионеров. Мне неоднократно приходилось срочно приезжать к пожилой маме, чтобы в очередной раз показать нужную кнопку на мобильнике.

Подолгу разговаривать по телефону, как любят пенсионеры, мобильный телефон уже не даст, а стационарные телефоны исчезают из жизни. Обрывается еще один канал связи пожилого человека с окружающим миром.

В Архангельске появились храмы, которые посещают люди разного возраста. Многие пенсионеры, прожившие атеистами всю свою сознательную жизнь, начинают заходить в храмы, если не регулярно, то хотя бы в церковные праздники, интересуются церковной жизнью и историей.

Здесь появляется и новый канал общения, так как в храме можно встретить старых знакомых или завести новых, пообщаться со священником или просто провести время среди людей.

Городское пространство формируется природно-географическими условиями и самим

человеком. Внутригородское пространство предназначено для удовлетворения потребностей человека: жилище, безопасность, общение, управление, обеспечение продовольствием и водой, санитарно-гигиенические требования и эстетическое удовлетворение – все это мы называем удобством проживания в городе.

Но пожилой человек, особенно одинокий, не может вписать себя в это пространство или ограничивает его для себя крохотным миром своего жилища и ближнего магазина. Проектировщики городского пространства не учитывают скромные потребности пожилых.

Современное развитие Архангельска меняет облик города. Исчезают знакомые улицы, дома, появляются новые сооружения, которые вызывают раздражение.

Это относится прежде всего к многочисленным торгово-развлекательным центрам, которые заполняют улицы города, но абсолютно не нужны пожилым. Если несколько десятилетий назад городские пространства были засыпаны песком и все знали, что это готовятся площадки под новые жилые районы, поэтому радовались такому процессу, то сегодня строительные площадки вызывают недовольство.

Под строительную площадку вырубается деревья, которых и так не хватает в городе, забирается иногда очень нужное городское пространство – вставки между старыми домами, кусок набережной, площадь перед морским-речным вокзалом. При этом в городе много деревянных ветхих домов, доживающих свой век, которые могли бы заменяться на современные жилища.

Муниципальное жилье для ветеранов строится не в центре, а переехать в другой район в пожилом возрасте – всегда психологическая травма, когда рушатся многолетние связи, а новые создавать не всегда получается.

Видимо, пройдет немало лет, прежде чем город повернется лицом к своим жителям «серебряного возраста». Необходимо создавать специальные службы не только социальной помощи, но также исследовательские, которые могли бы выявлять все проблемы и потребности горожан разного возраста, на научной основе развернуть философско-антропологическое исследование урбанизационных процессов, происходящих в Архангельске.

Урбанисты уже сумели понять горожанина: «Человек городской во многом – обособленная личность, самостоятельно делающая выбор рода и вида своего занятия, способа добычи своего хлеба насущного, этических норм поведения,

убранства жилища и типа одежды. Городской человек живет бок о бок с людьми, с которыми у него нет кровнородственных связей, но есть и формируются отношения соседства.

Сосед – человек, с которым при всей близости и тесноте необходимо научиться соблюдать определенную социальную дистанцию, не вмешиваясь в его личную жизнь и не допуская его слишком близко в свою собственную. Эти отношения регулирует этикет и более жестко – закон» [3].

При всех негативах город всё же даёт возможность пожилому человеку проще, чем в сельской местности, пережить последние свои годы – медицинская помощь, культурно-познавательные ресурсы, близкие люди, находящиеся рядом... Ведь у кого-то именно в преклонном возрасте могут появиться новые интересы.

Литература

1. Ореханов С. Что такое плейсмейкинг и как он помогает менять городское пространство. URL: <http://urbanurban.ru/blog/space/383/Chto-takoe-pleysmeyking-i-kak-on-pomogaet-menyat-gorodskoe-prostranstvo>.

2. Преминина Я.К. Современный демографический кризис в Архангельской области // Вестник САФУ. Серия: Естественные науки. 2010. № 4. С. 20–26.

3. Тыхеева Ю.Ц. Человек в городском пространстве (философско-антропологические основания урбанографии). URL: <http://www.mosgu.ru/nauchnaya/publications/professor.ru/Tyheeva/>.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: СОЦИАЛЬНАЯ ОБРЕЧЕННОСТЬ ИЛИ УПРАВЛЯЕМАЯ ПЕРСПЕКТИВА?*

СОЛОВЬЕВ Андрей Горгоньевич

Северный государственный медицинский университет
г. Архангельск

ПЕЗЕШКИАН Хамид

Академия психотерапии
Висбаден, Германия

ГОЛУБЕВА Елена Юрьевна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В.Ломоносова
г. Архангельск

Рост числа лиц пожилого возраста в общей массе населения рождает необходимость поиска направлений для повышения эффективности работы медико-психологических и социальных служб с данной категорией граждан [9].

Прекращение трудовой деятельности с выходом на пенсию серьезно меняет ценностные приоритеты, образ жизни, общение и нередко является причиной целого ряда проблем с психическим здоровьем.

Частота распространенности психических расстройств в старшей возрастной группе встречается в 40–74% случаев [6]. Не случайно, ухудшение психического здоровья лиц пожилого возраста продекларировано Всемирной организацией здравоохранения в качестве одной из актуальных проблем оценки здоровья населения по всем мире [5].

В последние годы все более важное значение приобретает ранняя оценка психического здоровья лиц пожилого возраста и прогноз возможных ее социально-экономических последствий [3], как для самих представителей старшей возрастной группы, так и микросоциального окружения; среди последних могут выступать не только родственники, но и члены приемной семьи – активно развивающейся инновационной формы социального обслуживания в России.

Она направлена на укрепление института семьи, традиций взаимопомощи, профилактику социального одиночества, депрессий, что позволит повысить качество жизни пожилых людей и укрепит забытые традиции семейной заботы о старшем поколении, что особенно значимо для северных регионов России с обширной территорией и низкой плотностью проживания населения.

Субъективные и объективные сложности выявления психических нарушений у лиц старшей возрастной группы связаны с малозаметной на-

чальной симптоматикой, медленным, но прогрессирующим развитием, наличием проблем памяти с невозможностью точно оценить свое состояние; к психическим расстройствам постепенно присоединяются соматические и неврологические симптомы.

Этот список у лиц пожилого возраста дополняют социальные стрессы, ведущие к психосоматическим расстройствам, значительно ухудшающим качество жизни [4]. Имеет место нередкое сокрытие нарастающих проблем родственниками в силу сложившегося стереотипа и приписыванием многих изменений (бессонницы, депрессии, беспокойства и других) возрастным особенностям, а также отсутствие углубленных знаний у медицинских работников о психических изменениях в генезе различных заболеваний у пожилых лиц.

Как правило, контакты с психиатрическим учреждением начинаются лишь тогда, когда у пожилого пациента уже есть явные признаки нарушений психического здоровья и прогноз лечения является неопределенным, что нарушает внутрисемейные отношения.

В данной ситуации наиболее перспективным видится работа по двум направлениям. Во-первых, перенос акцента в первичной и вторичной профилактической, а также диагностической работе с психиатрических служб, к которым в силу известной стигматизации мы не ожидаем повышения обращений, на специалистов в сфере социальных услуг и врачей первичного звена, работающих в области семейной медицины.

В то же время это повышает необходимость целенаправленного последилового образования в области психогеронтологии, нацеленного на внедрение активного психосоциального консультирования. В реализации данного направле-

ния важен учет европейского опыта подготовки специалистов – с возможностью организации междисциплинарных тренингов для медиков, психологов, социальных работников с учетом региональных, культуральных и транскультуральных аспектов преподавания [10].

При обучении психотерапевтическим методикам приоритет в данном случае отдается симптомо- и проблемно-ориентированным, когнитивно-поведенческим, позитивным и рационально-разъяснительным направлениям в виде индивидуальной и семейной форм работы.

При необходимости назначения пожилому контингенту лекарственных средств в образовательных программах подчеркивается ограничение терапии «тяжелыми» нейрелептиками с приоритетным использованием «легкой» фармакологической поддержки – транквилизаторов, психостимуляторов и ноотропных средств.

Актуальным является обучение использованием специалистами скринирующих инструментов, в первую очередь, ориентированных на диагностику когнитивной и эмоциональной сфер [7], а также внедрение методических разработок для врачей общей практики [8], поддерживаемых на федеральном уровне Геронтологическим обществом Российской академии наук.

Например, в связи со снижением скорости восприятия и анализа информации, повышенной истощаемостью внимания пожилых лиц подбор диагностических методов основан на выборе заданий с меньшим количеством вопросов, предпочтением их с коротким временем проведения, использованием упрощенных для восприятия и в основном требующих выбора из предложенных вариантов.

Во-вторых, принципиально необходима психологическая подготовка микросоциального окружения – родственников и членов приемных семей – с обучением их владению простейшими приемами выявления у лиц пожилого возраста нарушений психической деятельности с разработкой «критериев старта» для контакта с медицинскими и социальными службами, а также умению общения с представителями старшей возрастной группы, используя принципы семейной и позитивной психотерапии.

Использование описанного алгоритма основано на принципах междисциплинарных проектов Европейского Союза – «Социальные инновации, обеспечивающие активное и здоровое долголетие» (INNOVAGE, 2012–2015) и «Мобилизация потенциала активного долголетия в Европе» (MOPACT, 2013–2016).

В качестве социальных инноваций в проектах рассматриваются идеи, продукты, услуги или модели, которые являются новыми или могут применяться в новых контекстах, предназначенных для улучшения качества жизни людей по мере того, как они стареют.

«Социальные инновации» – не новая концепция, но в широком смысле означает новые идеи для удовлетворения социальных нужд, привязанных к целевым группам населения, создание новых отношений как средства для повышения качества жизни пожилых людей [2].

Широкое внедрение предложенного подхода позволяет выявить уровень психического здоровья у лиц пожилого возраста с уточнением региональной картины распространенности психических расстройств в старшей возрастной группе, оценивать потребность в уходе [1], а также разрабатывать групповые и индивидуальные маршруты первичной и вторичной профилактической работы, с сохранением межличностных отношений в родной или приемной семье и превенцией социальной изолированности.

**Публикация подготовлена при поддержке Центра социальных технологий «Гарант» в рамках проекта «Приемная семья для пожилого человека как новая социальная технология в отдаленных сельских территориях» Программы «Активное поколение»–2016 Благотворительного фонда Елены и Геннадия Тимченко.*

Литература

1. Голубева Е.Ю., Данилова Р.И., Соловьев А.Г. Социально-экологические подходы в оценке потребности в уходе за пожилыми людьми // Экология человека. – 2005. – № 9. – С. 48-53.
2. Голубева Е.Ю. Современные направления научно-практических исследований в области политики активного и здорового долголетия: опыт и перспективы // Успехи геронтологии. – 2015. – Т.28. – № 4. – С. 634-638.
3. Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М., Осипова В.А., Захарченко Д.В. Ранняя диагностика коморбидных психических расстройств в пожилом возрасте. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – 28 с.
4. Новикова Н.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 5. – С. 7-10.
5. Промежуточный отчет о социальных детерминантах и различиях по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ, 2012. – 45 с. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/124460/e94370R.pdf?ua=1.
6. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций: автореф. дисс. на соиск. уч. ст. д.м.н. – Томск, 2010. – 52 с.

7. Соловьев А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В. Диагностика когнитивной сферы у лиц пожилого возраста // Успехи геронтологии. – 2015. – № 2. – С. 366-371.

8. Соловьев А.Г., Попов В.В., Новикова И.А. Ранняя диагностика и профилактика психических расстройств в пожилом возрасте: Учебно-методическое пособие. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2016. – 160 с.

9. Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 г. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 5.02.2016 г. – № 164-р. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/71322816>

10. Peseschkian H. Herausforderungen der psychotherapeutischen Ausbildung und Ausbildungsselbsterfahrung unter Berücksichtigung des transkulturellen Kontextes. In: Thomas Heise, Solmaz Golsabahi-Broclawski, Marina Chernivsky, Tülay Atac & Ibrahim Özkan (Hrsg.): Identitätsbegriff im Wandel. Zu Vielfalt und Diversität in Klinik, Praxis und Gesellschaft. Beiträge zum 7. und 8. Kongress des Dachverbandes der Transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum. Berlin, VWB Verlag, 2015 (Das transkulturelle Psychoforum, Band 21).

«ЦЕННОСТЬ» СТАРИКОВ В НАРОДНОЙ КУЛЬТУРЕ: ИСТОРИЧЕСКИЙ И РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ

ТРОШИНА Татьяна Игоревна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

г. Архангельск

Старость как социальная проблема обострилась в XX веке, притом прежде всего в странах, которые сейчас принято называть странами «золотого миллиарда». Тому послужил комплекс причин: демографический переход, существенно увеличивший продолжительность жизни, подняв тем самым удельный вес лиц старших возрастов в общей возрастной структуре населения; экономическая, культурная и социальная модернизация, сделавшая молодежь менее зависимой в выборе жизненного пути и обострившая «конфликт поколений»; информационный взрыв, лишивший особого значения жизненный опыт и приобретенные практические знания, что всегда было прерогативой пожилых людей.

Чтобы актуализировать проблему, положенную в основу статьи, отметим, что демографический переход для человечества в целом еще не закончился: результатом его промежуточного этапа является неконтролируемый рост населения, что вкупе с остальными вышеперечисленными факторами создает особые сложности для представителей старших возрастов.

Переживаемый странами «третьего мира» демографический взрыв, усложненный культурной экспансией Запада, делает ненужным наличие большого количества лиц старших возрастов. В структуре населения их удельный вес здесь значительно меньше, чем в странах «золотого миллиарда».

Но в последних благодаря высоким социальным стандартам пожилые люди находятся в лучшем положении. К сожалению, только экономическом, поскольку жизнь их менее наполнена смыслом, чем в бедных странах, где общество все еще опирается на систему традиционных норм и представлений.

Вместе с тем, и в странах «третьего мира» приходится ожидать нагнетания межпоколенного напряжения, и это делает затребованным исторический опыт обществ, переживших «конфликт поколений», в том числе опыт российский, в частности – региональный.

В качестве примера в статье предлагается рассмотреть положение старых людей в северорус-

ской культуре, отличительной чертой которой является промысловый или полупромысловый характер занятий населения.

В традиционных культурах в условиях высокой смертности и связанной с этим быстрой сменой поколений пожилой, тем более старый человек, рассматривался как уникальное явление, а наличие межпоколенного способа обмена культурной информацией придавало ценность житейской мудрости и практическим знаниям стариков.

В особой степени это касалось промыслового (неземледельческого) населения. Если для аграриев достаточно было коллективного опыта, то для промысловиков важнее был опыт индивидуальный. Именно поэтому уважительное отношение к старикам долее всего сохранялось у тех групп русского населения, которые занимались промысловой деятельностью (в частности, у русских поморов).

К старикам – но не к старухам! Ценность последних выше была именно в земледельческих районах, поскольку крестьянское хозяйство, заинтересованное в любых рабочих руках, использовало молодых женщин для внедомашних занятий, а уход за детьми целиком ложился на слабых, неспособных к другим видам деятельности старых женщин.

Если рассмотреть возрастную статистику населения Архангельской губернии на протяжении конца XVIII – начала XX в. по отдельным хозяйственным районам, можно увидеть, что в группах старше 50-летнего возраста происходило расслоение: так, старые мужчины чаще встречаются в промысловых, особенно поморских поселениях, а старухи – в земледельческих.

Среди умерших в 1795 году в Архангельской губернии 15% составляли лица старше 70 лет; из их числа 10% были старше 90 лет. Самому старшему из умерших было 103 года [2]. Эти данные косвенно показывают, что долгожителей на Севере было достаточно много.

Разумеется, к этим цифрам, относящимся к концу XVIII века, можно отнестись скептически: высокий процент старых людей объясняется не-

точностью исчисления их возраста. Метрические книги были введены, когда они уже были вполне взрослыми людьми, и вполне возможно, что просто не помнили числа прожитых лет.

В те годы многим из пожилых людей при переписи возраст определялся «на глазок», либо по их собственным словам, а им казалось что они живут очень долго, поскольку все сверстники уже умерли...

Этим можно объяснить встречающиеся в различных источниках утверждения, что «раньше столетних стариков было много».

Однако и более поздняя статистика указывает, что долгожителей было немало. В 1920 году в Архангельской губернии с населением около 400 тысяч человек лиц 90 лет и старше было 174 (из них 50 мужчин). 6 мужчин и 22 женщины перешагнули через 100-летний возрастной рубеж [22].

При этом удельный вес пожилых людей был невысок. В середине и второй половине XIX века в Архангельской губернии лица старше 60 лет составляли в среднем 6,6% населения губернии. В Архангельском уезде таковых было 8%, в Онежском – 7%; в Пинежском, Кемском, Мезенском и Холмогорском – 6%; менее всего, 4%, – в чисто земледельческом Шенкурском уезде.

Внутри уездов также отмечалась разница: в волостях с развитыми отхожими промыслами наблюдалась «особенно неблагоприятная ситуация» – то есть нетрудоспособных (стариков) было больше. Разница по полу практически не отмечалась. Только в промысловых Кемском и Архангельском уездах и Онежском и Холмогорском (уездах с развитым отходом) лиц женского пола среди старших поколений было на 1-2% больше, чем мужского [15].

По переписи 1897 года старшая возрастная группа составляла уже 8,3% населения, однако старых женщин было на треть больше, чем мужчин [17]. Схожие показатели были и в других северных губерниях.

Таким образом, повышалось количество старух, имевших меньшую, чем старики, экономическую ценность. В 1910–1920-е годы эти показатели остались прежними, но на фоне роста других иждивенческих групп (детей и подростков) такой удельный вес стариков создавал в обществе дополнительное напряжение.

Разница в половом отношении стала замечаться к концу XIX столетия, и современники видели в этом влияние города: «Северяне вообще отличаются здоровьем и живут долго; 80 лет – не редкость, особенно для женщин; мужчины ух-

дят [на заработки в город] и живут меньше» [13]. Наблюдатели утверждали, что «прежде» стариков в промысловых уездах было больше; а наметившееся к концу XIX века положение, когда «старух очень много», «мало стариков и много старух» – свидетельствует «о легкости женских работ» [15] и о том, что «мужчины редко до старости доживают», так как либо погибают, либо надрыдают здоровье на промыслах [10].

Если увеличение удельного веса старших возрастов в общей структуре населения можно объяснить повышением продолжительности жизни (важный признак демографического перехода!), то сохраняющая относительная стабильность этого показателя вызвана ростом численности лиц детского и молодого возраста.

До определенного периода эти два показателя были взаимозависимы. Высокая рождаемость, которая «снималась» высокой же детской смертностью, обеспечивала выжившим крепкое здоровье и долголетие (если не влияли социальные факторы, уносящие из жизни молодые поколения).

Структура смертности населения Архангелогородской губернии, по данным 1795 года, показывает, что среди умерших 70% составляли дети до 5 лет и 15% – лица старше 70 лет.

Такая ситуация сохранялась и в первой половине XIX века: как отмечал губернатор во «всеподданнейшем отчете» за 1842 г., умирают «по большей части старики и малолетние дети» [3]; «смерть похищала в основном стариков от 60 до 80 лет и детей до 10 лет» [21].

С конца XIX века детская смертность стала постепенно снижаться. Рост населения приводил к понижению «ценности» не только детей, но и стариков. С этого времени постепенно и стала создаваться проблема старости как обузы – и на семью, и на общество.

В промысловых районах Северной России период старости не был временем отдыха от тяжелых трудов, как у других народов, живших в более благоприятных климатических условиях.

По причине малонаселенности территории, а также в связи со структурой занятости (когда мужчины в большинстве своем находились на отхожих промыслах и других видах заработков) старики несли на себе немалый груз ответственности за домохозяйство.

Это особенно касалось женщин. Если старый мужчина мог рассчитывать на уважительное к себе отношение как глава семьи, от решения которого зависело выделение сына или распределение наследства, то старуха понимала, что ее благополучие зависит от способности выпол-

нить какую-то работу. Как бы ни тяжело было положение хозяйки в большой неразделенной семье, «старуха изнемогает в своих трудах, но не уступит права невестке, ворча и приговаривая: не отстану от печки, пока жива, не хочу из рук куска глядеть...» [11].

В земледельческой Вологодской губернии ухудшение отношения к старикам отмечалось уже со второй половины XIX века: «беспольность стариков и старух, к которым относятся без всякого уважения, в лучших случаях – с холодным равнодушием» [12]; «тяжелое положение старух – их никто не одевает, сами до старости занимаются выращиванием льна, прядением и ткачеством, иначе донашивают старое. Внушата для старух – счастье; благодаря им обеспечивается старухам сносное житье» [18].

На Севере (как и в других регионах России) положение старого человека зависело от наличия у него земельного надела и другой собственности, которая могла быть привлекательной для наследников.

Такое отношение к старости было характерным в пореформенный период для всей России: «Старики богатые и многосемейные пользуются авторитетом у семьи. Слабые, бедные, бесхарактерные подвергаются избиению; домохозяйном пишется сын. Старуха нужна, пока от нее есть польза. Сельский суд смотрит только на то, чтобы стариков кормили. Слабые, больные никому не нужны» [16].

Если наследников, которые могли бы поддерживать хозяйство, не было, старик мог взять «приемыша», который «дохаживал» его, пользуясь при жизни хозяина его наделом. Таким образом, благополучие стариков зависело от наличия у них общинной земли (надела).

Система распределения общинной земли была такой, что сход мог лишить мужчину надела, если считал, что он не в состоянии его обработать. Поэтому «старики, несмотря на возраст, надела не теряют. Бывает так: старик сам не может справиться, его берут на прокормление родственники с согласия общества, и после его смерти пользуются наделом как наследством отца» [4]. Потерявший надел крестьянин нередко вынужден был нищенствовать и жить «из милости» по людям.

Итак, первыми признаками начавшегося демографического перехода было изменение отношения к старикам.

С одной стороны, высокая выживаемость детей делала затребуемым труд старушек-пестуний. С другой – малоспособные к труду рассма-

тривались уже как обуза, к тому же отнимающие кусок у более молодых, которых при высокой рождаемости и относительно высокой выживаемости детей становилось все больше. За детьми уже могли присмотреть и старшие девочки, благо семьи становились многодетными.

Возможно, именно такое отношение к старикам, а также их ощущение собственной ненужности вели к уменьшению продолжительности жизни – не в целом (она как раз росла, поскольку сокращалась детская смертность), а как отдельные примеры долгожительства.

Чувствуя, что он уже бесполезен для своей семьи и даже служит обузой, человек спокойно готовился к смерти. Сама смерть воспринималась людьми как естественный ход событий: на Севере была записана присказка – «отца-мать похоронил, будто поле убрал».

Последние годы жизни даже самого крепкого человека обычно сопровождаются беспомощностью, дряхлостью (по терминологии того времени – «изнеможением»). Но и в этом возрасте люди психологически готовы были жить, чувствуя свою нужность.

До середины XVIII века (когда в России была проведена секуляризация) существовало большое количество небольших монастырей, своего рода богаделен при церквях, где совершенно немощные люди выполняли то, на что еще были способны, – молились за своих детей, за односельчан. Те же, посещая церковь, приносили им пищу, обеспечивали определенный уход.

Эта традиция сохранилась до наших дней в прошении милостыни на паперти, а уход за стариками видоизменился в устройстве богаделен.

По мере повышения общего благосостояния народа отношение к немощным старикам стало более терпимым. На такое смягчение нравов повлияла и политика государства, которое с петровских времен обязывало не только близких родственников, но общину и сословную организацию заботиться о старых и немощных, не допуская их нищенства вдали от родных мест.

В тех селах и городах, к которым немощный и одинокий человек (так называемый «сирота») был приписан, ему нищенствовать не воспрещалось. «Прокормление» таких людей было общей обязанностью.

Зимой же не только «свои» старики, но и «приживалы» могли найти место на теплой печи крестьянского дома. За такое благодеяние семья, приютившая «ничейную» бабушку или старичка, получала определенные преференции от общины – например, освобождение от мирских

повинностей или право пользоваться земельным наделом облагодетельствованного.

Правительство на протяжении XIX века периодически устраивало кампании, направленные на искоренение нищенства, которым прежде всего вынуждены были заниматься старики (среди причин нищенствования чаще всего называлось «прихождение в старость и дряхлость» [5]).

Частная и при этом массовая благотворительность заключалась в том, что каждый человек считал своим моральным долгом помочь нуждающимся чем мог. Например, в городе Кола Архангельской губернии (современная Мурманская обл.) в 1870-е годы отмечалось, что «все нищие пользуются частными даровыми квартирами и обедами, которые устраивают беднякам более обеспеченные жители». Таких обедов в год давалось 15-20, обычно в праздничные дни, и на них «приглашаются старушки... В дни поминовения жители разносят этим старушкам так наз. “мякушки”, т.е. печенье из ржаного или белого хлеба (смотря по возможностям), чаще из белого...» [6].

В других местах существовали иные общепринятые формы помощи.

По мнению чиновника, «христорадничанье не могло бы существовать, если бы оно не поддерживалось неразвитою массою, рассчитывающей грошовыми подачками дойти до ворот рая и уклоняющихся от внесения своих сбережений в общества, устроенные для призрения неимущих» [7].

Таким образом, в глазах «просвещенного общества» частная благотворительность была «мелочными подачками»; поощрялась не личная помощь, основанная на традиции или милосердии к конкретному человеку, а «слепое» жертвование на некое общее доброе дело.

Стала развиваться мысль, что благотворительность в виде оказания милосердия унижает человеческое достоинство, поэтому каждый человек имеет право получать по мере надобности вспомоществование от общества в целом, а не от отдельных добрых людей. Для престарелых и нетрудоспособных, например, такая помощь должна была выражаться в пенсионном обеспечении, а при необходимости – в социальном уходе.

В целом с этим можно согласиться. Однако результатом реализации этих благих идей становится отчуждение не только от «чужих», но и от «своих» стариков.

В земледельческих районах конфликт поколений, выразившийся в пренебрежительном отношении к старшим, стал одним из наиболее ярких проявлений социальной и культурной мо-

дернизации. Нарастающее малоземелье, когда каждый лишний рот воспринимался как обуза, усугубляло недоброжелательное отношение к нетрудоспособным группам населения.

И все же общий уровень благосостояния был достаточно высок, чтобы объяснять изменение отношения к старикам только недостатком ресурсов (земли, продовольствия). Скорее подобное отношение стало проявлением раздражения против авторитета традиции, навязываемой старшими в противовес тем привлекательным новшествам, которые предлагала чужая, прежде всего городская культура.

Отрицательное отношение к традиции проявлялось опосредованно, как пренебрежительное отношение к старикам. В начале XX в. достаточно обычным становится обращение пожилого человека в суд с жалобой на своих детей, которые не только не дают престарелым родителям обеспечения, но даже избивают их.

Священники фиксировали участвовавшие жалобы матерей на грубое обращение со стороны сыновей [18]. Представители духовенства отмечали, что «“старшие” в селениях и обществах не смеют ныне возвысить своего разумного голоса против своеволия молодого поколения, боясь всяких от них оскорблений, в отчаянии молчат и опускают руки перед страшною действительностью» [1].

В таких обстоятельствах на защиту стариков вставал закон, установивший обязанности взрослых детей по отношению к родителям. Однако революция 1917 года смела и эти законы, и государство, их принимавшее...

Анализ отношения к старикам показывает, что процесс понижения их «ценности» для общества происходил активно, быстро. Он приобрел форму парадоксального, казалось бы, на фоне роста общего благосостояния сокращения продолжительности их жизни.

Если исходить из того, что на сокращение продолжительность жизни стариков влияло их психологическое состояние, возрастание ощущения своей ненужности под влиянием роста населения (известного как «демографический взрыв») и общей модернизации с начала XX века, то в результате политических обстоятельств Русской революции этот процесс получил ускорение и приобрел форму необратимого.

Усилия советской власти по отрыву молодежи от традиционной культуры, казалось бы, могли быть не слишком мощными. Однако в период Мировой войны, революции, гражданского противостояния, вынужденной миграции

значительной части молодых людей проблема малоземелья перестала быть столь болезненной.

Рабочие руки можно было использовать для расчистки лесных участков под пашню, что активно практиковалось в связи с ослаблением государственного контроля за лесами. В этих обстоятельствах традиционная семейная и возрастная структура оказалась восстановленной и пребывала в относительно стабильном состоянии. В связи с этим советской власти для достижения своей цели приходилось предпринимать довольно активные усилия.

У новой власти были все основания делать ставку на молодежь. И не только потому, что в силу возраста она склонна воспринимать любые новаторские начинания.

Причиной являлось также то, что старшее поколение воспринималось как реальная угроза революции. Политические сводки из северных уездов фиксировали, что «население за Советы, за исключением стариков, которые более консервативны»; «политическое настроение хорошее, за исключением небольшого количества лиц, которые уже пожилых и преклонных лет» [8].

Если молодежь была на стороне советской власти, то «лица в возрасте старше 50 лет, по своей закоренелости и пропитанности старым духом, а часто по своей некультурности» негативно относились к происходящим изменениям [9].

Старые, опытные люди становились не нужными. Сначала идеологи большевизма стремились оторвать их от семьи, создавая доступные богадельни и призывая население отправлять туда утративших трудоспособность стариков, о которых, как объясняли, должно заботиться общество. В первые послереволюционные годы были попытки (неудачные) ввести всеобъемлющее социальное обеспечение.

Общество было уже готово отказаться от утомлявшей традиции семейного «дохаживания» стариков. В условиях общих тягот жизни люди достаточно легко приняли новые стандарты отношения к немощным, «вытравив» воспитанное традицией милосердие к нуждающимся, в том числе к немощным старикам.

Старые люди, опираясь на собственный опыт, считали себя вправе рассчитывать на милосердие более молодых. Проблема нищенствующих стариков стала вопиющей.

В 1920 г. в Холмогорском уезде «много старых стариков и старушек ходят, побираются, т.е. просят под окном хлеб, а потому население желает, чтобы открылись богадельни для престарелых и необеспеченных».

Сельские общества обращались за социальной помощью, поскольку, с одной стороны, государство само продекларировало свое стремление оказывать ее всем нуждающимся, а во-вторых – потому что не в состоянии было содержать, как это было принято прежде, все возрастающее количество неимущих и нетрудоспособных бедняков. Волости обращались в органы соцобеспечения с просьбой о помещении своих нуждающихся членов в учреждения социальной помощи, так как сами не в состоянии были их обеспечить. Престарелые граждане ходатайствовали о пенсиях, так как «никто куска не подает, потому что у самих нет».

Предполагалось, что нетрудоспособные, не имеющие родственников и хозяйств люди будут помещены в социальные учреждения типа богаделен, где получают всю необходимую социальную помощь: кров, уход, питание, медицинское обслуживание.

Однако у разоренной войной страны не было средств для этого и, выбирая между «детскими домами» и «домами для престарелых», принималось решение поддерживать детей, потому что «они – наше будущее».

Взамен социального обеспечения появилось советское законодательство, по которому алиментные обязанности по отношению к престарелым были распространены на довольно широкий круг родственников, что не способствовало улучшению психологического комфорта стариков.

Литература

1. Вятские епархиальные ведомости. 1907. № 1. С. 17.
2. Государственный архив Архангельской области. Ф. 29. О.1, т.1 Д.38 Л. 2; Л. 2-2об.
3. Государственный архив Архангельской области. Ф. 1. Оп. 4, т. 2. Д. 188 (Отчет о состоянии губернии за 1842 год). Л. 61-62
4. Государственный архив Архангельской области. Ф. 1. Оп. 9. Д. 678. Л. 27
5. Государственный архив Архангельской области. Ф. 12. Оп. 2 Д. 456. Л. 22.
6. Государственный архив Архангельской области. Ф. 12. Оп. 2 Д. 456. Л. 81об.
7. Государственный архив Архангельской области. Ф. 12. Оп. 2 Д. 456. Л. 90об.
8. Государственный архив Архангельской области. Ф. 301. Оп. 1. Д. 30-6. Л.9, 9об., 11.
9. Государственный архив Архангельской области. Отдел документов социально-политической истории. Ф. 104. Оп.1. Д. 50. Л.31.
10. Домашняя жизнь, нравы и некоторые обычаи поморов. // Известия Архангельского общества изучения Русского Севера. – 1910. – № 24.

11. Ефименко П.С. Сборник народных юридических обычаев Архангельской губернии. / Труды Архангельского губернского статистического комитета. – Выпуск 3, книга 1. – Архангельск, 1869.

12. Иваницкий Н.А. Материалы по этнографии Вологодской губернии: сб. сведений для изучения быта крестьянского населения России. – Вып. 2. – М, 1890.

13. Калинин И. Онежане // Известия Архангельского общества изучения Русского Севера. – 1911. – № 5.

14. Минейко П.Г. Статистическое описание сельского населения и его промышленности в Архангельской губернии. – СПб, 1875.

15. Мужчины и женщины в Кемском Поморье. // Известия Архангельского общества изучения Русского Севера. – 1910. – № 15.

16. Новиков А. Записки земского начальника. – СПб, 1899.

17. Первая всеобщая перепись населения Российской Империи 1897 г. Вып. I: Архангельская губерния. Тетрадь 3. СПб, 1904. – С. III-XI.

18. Потанин Г.Н. Никольский уезд и его жители [1878] // Никольская старина: исторические и этнографические очерки. – Вологда, 2000.

19. Преображенский В. Из дневника сельского священника // Вологодские епархиальные ведомости. – 1906. – № 5.

20. Путешествия академика Ивана Лепехина в 1772 году. Ч. IV – СПб, 1805.

21. Пушкарев И. Описание Вологодской губернии. – СПб, 1846.

22. Статистический сборник по Архангельской губернии за 1917-1924 гг. – Архангельск, 1925.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПОКОЛЕНИЙ В СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬЕ КАК УСЛОВИЕ СОХРАНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ

ФЕДУЛОВА Анна Борисовна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

г. Архангельск

Функционирование семьи в современном обществе характеризуется сложностью и противоречивостью взаимоотношений, с одной стороны, между супругами, родителем, детьми, с другой стороны, – между общественными институтами, обществом в целом. Современные исследования фамилистической направленности фиксируют падение уровня рождаемости и увеличение количества внебрачных рождений; рост количества незарегистрированных браков; либерализацию сексуальных норм и снижение возраста начала сексуальной активности.

Для современной семьи характерна трансформация экономической функции (снижение экономической роли мужчины в семье); изменение роли женщины в семье; усиление стереотипных семейных проблем (отсутствие жилья, достойного заработка и др.); снижение эффективности взаимодействия между поколениями в семье, а также деформация нравственных основ семьи как социального института и малой группы.

Семья, как традиционный институт, меняется по мере усложнения процессов, которые происходят в современном обществе. И.С. Кон, проводя параллель между техническим прогрессом и тупиком, в котором оказалась традиционная система ценностей, отмечает, что «в современном обществе, когда на протяжении одного демографического поколения происходит смена нескольких поколений техники, увеличение разрыва между поколениями усугубляет напряжение и неустойчивость процесса социализации, ведет к модификации всех без исключения социализирующих институтов» [3].

Для современной семьи характерна утрата патриархальной роли отца и супруга в связи с возрастанием материнского участия по обеспечению домашнего хозяйства по сравнению с отцовским. Значение роли отца в семье сведено до минимума, поскольку часть его обязанностей взяло на себя государство.

Как справедливо отмечает Б. Рассел, «развитие цивилизации всегда приводит к этому результату. Если в примитивном обществе отец поддерживает благополучное существование семьи и защищает мать и детей от возможного на-

силия, то теперь последняя функция уже относится к компенсации государства» [6]. Прямым выражением этого противоречия явилась социальная проблема супружеского неравенства при новых семейных ролях, что существенно сказывается на реальных процессах образования родительского авторитета и актуализацию «кризиса поколений».

Разрушение патриархальных внутрисемейных связей привело к усложнению межличностных отношений между супругами, родителями и детьми в сфере родительства. Потребность в детях стала занимать невысокое положение в структуре потребностей личности.

Большую часть времени родители заняты в сфере общественного воспроизводства, незначительное количество времени проводят с детьми, предоставляя профессионалам воспитывать ребенка, и заменяют личное общение материальным «откупом».

В сфере добрачного поведения и выбора брачного партнера ценностные ориентации юношей и девушек утратили матримониальное направление. Согласие родителей на брак перестало быть общепринятой нормой. В ситуации усложняющихся миграционных процессов родители вообще могут не знать о сексуальных контактах своих подростков. Зачастую родители принимают выбор партнера своего отпрыска как принятое решение.

Все это способствует тому, что существующая в современном обществе «власть больше не переживается в бессознательном как образ Отца – наставника, покровителя и воплощения ценностей, а напоминает, скорее, архаичный образ всемогущей Матери. Материнское начало представлено всемогущей техникой, перед которой человек чувствует себя бессильным» [10].

Это означает, что юноша не соперничает с отцом, чтобы в конечном счете идентифицироваться с ним, а полностью отвергает его как образец, отказываясь от своего социально-культурного наследия.

Разрыв межпоколенческих связей, отчуждение младших поколений от духовного опыта, который накоплен старшими поколениями,

является одной из причин утраты духовности современной молодежи [12], что является следствием изменения традиционного механизма социального наследования.

Как отмечает А.З. Шамсутдинова, сегодня в России активно развивается новый тип социальной коммуникации – коммуникация в рамках префигуративной культуры [12]. Данный тип коммуникации в большей степени ориентирован на будущее, когда прошлый опыт не только недостаточен, но часто оказывается даже вредным, мешая смелым и прогрессивным подходам.

Это предполагает, что не только молодежь учится у старших, как было всегда, но и старшее поколение все больше прислушивается к молодому поколению.

При этом важно понимать, что префигуративный тип культуры возникает в условиях чрезвычайно динамичных изменений, когда прежний социокультурный опыт утрачивает адекватность новым целям и задачам, стоящим перед членами общества.

Данное положение, с одной стороны, способствует освоению новых социальных статусов и ролей молодежью, смягчению процессов адаптации к новым изменяющимся условиям, а с другой стороны, обостряется социокультурный конфликт поколений, актуализируются конфликты между молодежью и институтами социализации.

Молодежь с измененными ценностями и новыми установками на жизнь теряет связь со старшим поколением, вследствие чего нарушается преемственность поколений.

Сложность и динамизм переходной социокультурной ситуации современного общества порождают изменение оснований социальных взаимодействий на институциональном и обыденном уровнях, приводят к пересмотру устоявшихся ценностных суждений, оправдывающих сложившиеся социальные отношения.

Как отмечает О.И. Волжина: «в этих условиях ценности семейной культуры, которые в течение почти века принимались как нечто само собой разумеющееся, подвергаются сомнению, равно как и социокультурные стереотипы традиционных форм супружества, родительства, родства» [2].

В этой связи взаимодействие поколений является одним из существенных факторов развития, функционирования и стабильности современного общества.

А разработка идеала, который бы снял внутренний раскол в обществе, в том числе и разрыв между поколениями, примирив прошлое и

настоящее, становится важнейшей задачей институтов социализации.

Семья развивается и изменяется вместе с обществом, оставаясь наиболее устойчивым и консервативным его элементом. Реальная форма существования семьи не является универсальной. Она специфична для каждой культуры и каждой социокультурной ситуации в ее конкретно-историческом измерении.

Являясь уникальным социальным образованием, семья принципиально отличается от других социальных институтов своей ролью в становлении и сохранении культуры, поскольку только в семье эксплицируется культурный смысл жизненных ценностей индивида.

В России семья является одним из значимых элементов культуры, выступает в качестве некой сверхценности, и это относится в равной степени ко всем группам и слоям населения [4, 5, 11].

На основе социологических данных Европейского социального исследования (European Social Survey – ESS) [8] внесемейные ценностные ориентации европейцев выражены заметнее – они в девять раз чаще одобряют бездетность, чем россияне [1].

Как отмечают исследователи, в ответах россиян проявляется специфическое отношение, которое может говорить о более сильном, чем в Европе, влиянии на респондентов системы ценностей традиционной семьи. Семейный традиционализм как направленность жизненных ценностей и норм характерен для россиян и стал реликтовым среди европейцев, при этом важную роль в семейной атмосфере играет позитивный настрой в семейных отношениях вопреки фактической малодетности.

В нынешних российских условиях возрастает роль института семьи как функциональной социальной системы, обладающей высокой способностью выполнять защитные функции; в период кризисов семья выступает как важный «буфер» между индивидом и социальными переменами [9].

А семейная культура как «совокупность определенных культурных норм, ценностей, традиций, которые присущи конкретной семье, и которые представляют собой продукт взаимодействия традиций макро- и мезоуровня с собственно семейными традициями, формирующимися в рамках культурной и социальной повседневности семьи» [7] не только сохраняет свою нормативно-регулирующую функцию, но и в современном социокультурном контексте приобретает особую социально значимую роль.

В этой связи актуальным является сохранение и возрождение традиционных семейных ценностей, которые представляют значимость для национальной культуры.

В рамках заявленной проблемы было проведено эмпирическое исследование, направленное на анализ межпоколенных отношений в современном обществе. Объектом исследования стала молодежь разных возрастных групп, а именно молодежь, которая находится на этапе завершения среднего образования, студенческая молодежь и молодежь, осуществляющая профессиональную деятельность. Всего был опрошен 61 респондент, проживающий в г. Архангельске в возрасте от 17 до 30 лет.

В основе преемственности поколений лежит межпоколенная связь, которая является результатом процесса передачи и принятия различной информации и опыта от поколения к поколению.

Как показали результаты исследования, почти 76% опрошенных респондентов принимают советы старшего поколения и родительской семьи. 19% респондентов к данным советам не прислушиваются. Часть респондентов советы со стороны родительской семьи связывает с материальной поддержкой: 5% респондентов «прислушиваются к советам, но не считают их важными», так как не могут рассчитывать на помощь и материальную поддержку со стороны родителей.

Характер межпоколенных связей оказывает влияние как на семью в целом, так и на каждого члена семьи в отдельности, определяя его идеалы, особенности общения с окружающими, выбор способов преодоления трудностей.

Это во многом обуславливает особенности взаимодействия родителей с собственными детьми. Почти 32% опрошенных респондентов, а это большая часть, общаются со своими бабушками и дедушками каждый день, 27% – 1-2 раза в неделю, 10% – по выходным, 20% респондентов предпочитают общаться со старшим поколением 1-2 раза в месяц и 11% не поддерживают отношения с прародителями.

Как показало исследование, частота общения внуков с прародителями зачастую зависит от фактора удаленности места жительства. Так, у 20% опрошенных респондентов прародители проживают в отдаленной сельской местности, что осложняет коммуникацию и не способствует более частому общению и взаимодействию.

Сохранение преемственности в воспитании способствует осознанному заимствованию наиболее эффективных воспитательных моделей из

опыта старших поколений, что повышает воспитательную уверенность родителей и делает процесс воспитания собственных детей более последовательным. Вместе с тем при сохранении преемственности – на неосознанном уровне – происходит перенос модели воспитания, существовавшей в прародительской семье, что может отрицательно сказаться на молодом поколении.

По результатам исследования только у 10% респондентов прародители редко общаются с внуками, так как не проявляют особого интереса, и только 6% респондентов это объясняют фактором удаленности места проживания.

Особого внимания заслуживает проблема неполноты родительской семьи и формирования модели воспитания. Так, почти половина опрошенных респондентов проживала или проживает в настоящее время в неполной семье, что, безусловно, сказывается на преемственности поколений, искажает представления о желаемой модели семейной жизни, не формирует семейные традиции, которые представляют собой результат социального опыта нескольких поколений и усиливает отчуждение от родительского поколения.

В целом утрачивает свою значимость межпоколенческая преемственность, основанная на культурных и морально-этических нормах, жизненных стандартах и образцах поведения расширенной семьи.

Причинами конфликтного взаимодействия поколений в семье являются типичные социальные противоречия между представителями разных поколений, обусловленные социальными факторами нарушения взаимных ожиданий и непониманием поколениями друг друга.

Предметом конфликтного взаимодействия поколений являются наиболее острые противоречия в конкретной ситуации, ущемляющие материальные и духовные интересы и ожидания. Факторами конфликтного взаимодействия поколений в современной семье являются столкновение субкультур поколений, социальная дискриминация по признаку возраста, социально-статусные характеристики семьи.

Как показали результаты исследования, причинами конфликтного взаимодействия между поколениями являются: изменение ценностных приоритетов, новые принципы и нормы поведения у современной молодежи, отсутствие и несоблюдение семейных традиций, распад традиционной модели семьи, миграционная активность молодежи, непринятие позиции молодого поколения, недостатки воспитания.

Рассуждая о семейных традициях и ценностях, все респонденты сошлись во мнении, что передача семейных традиций и ценностей может носить только положительный характер. По мнению респондентов, «семейные традиции объединяют семью и являются поводом, чтобы собраться вместе».

Причинами разрыва между поколениями респонденты называют постоянные конфликты и ссоры, обиду, агрессию, нежелание идти на уступки и находить компромиссы, несовпадение взглядов на повседневную жизнь и нормы общества. Для респондентов женского пола преемственность поколений – это усвоение, передача и сохранение опыта, ценностей и традиций, как материальных, так и духовных. Для респондентов мужского пола преемственность поколений – это в первую очередь уважение к людям старшего поколения, умение прислушиваться к их советам и соблюдение семейных традиций.

Среди мер, способствующих преодолению разрыва связи поколений, респонденты называют следующие: значимость уважительного отношения к старшему поколению, возрождение и сохранение традиций и ценностей, а также отмечают, что «старшее поколение должно научиться жить в новых, быстро меняющихся условиях, адаптироваться и примерять на себя новые роли, в чем-то идти на уступки молодым».

В заключение отметим, что семья как социальный институт имеет исключительную роль в становлении гражданских отношений, передаче традиций и ценностей, является гарантом сбережения и накопления ресурсного потенциала.

Культура общества немыслима без семьи, родственных, родительских, супружеских отношений. Данное основание позволяет рассматривать традиционную семейную культуру в качестве «идеального типа» (по М. Веберу) или идеальной модели того, что наиболее полезно человеку, что объективно отвечает его интересам и потребностям в современном социокультурном контексте российского общества, а преемственность поколений в семье является значимым условием сохранения семейных ценностей и традиций.

Литература

1. Антонов А.И., Лебедь О.Л., Новоселова Е.Н., Соколов А.А. Репродуктивные установки и удовлетворенность семейной жизнью в России и Европе (по данным европейского социального исследования – 2006) // III Всероссийский социологический конгресс: Программа, тезисы докладов, публикации, организаторы. – М.: ИС РАН, РОС, 2008.
2. Волжина О.И. Семья как социокультурная ценность [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.fw.ru/Lib/Text/St/615-1%20\(v\).html](http://www.fw.ru/Lib/Text/St/615-1%20(v).html).
3. Кон И.С. Психология ранней юности. – М.: Просвещение, 1989. – 254 с.
4. Митрикас А.А. Семья как ценность: состояние и перспективы ценностного выбора // Социологические исследования. – 2004. – №5. – С. 65-73.
5. Осадчая Г.И. Семейные ценности и репродуктивные установки россиян: мифы и реальность // Социальная политика и социология. – 2007. – №3. – С. 79-90.
6. Рассел Б. Брак и мораль. – М.: АСТ. – 2015. – 320 с.
7. Розенберг Н.В. Семья как культурная единица, способ сохранения и трансляции культурных традиций // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. – Гуманитарные науки. Философия. – 2008. – №4. – С. 45-53.
8. Россия в Европе: по материалам международного проекта «Европейское социальное исследование» / Под общей редакцией А.В. Андреевской и Л.А. Беляевой. – М.: Academia, 2009. – 384 с.
9. Савинов Л.И. Семьеведение. – Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2000. – 196 с.
10. Социология молодежи: Учебник / Под ред. проф. В.Т. Лисовского. – СПб: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 1996. – 460 с.
11. Тихомирова В.В. Социальное самочувствие и ценностные ориентации молодой семьи // Социологические исследования. – 2010. – №2. – С. 118-125.
12. Шамсутдинова А.З. Разрушение связи поколений в современном российском обществе как духовная проблема и пути ее преодоления // Вестник Башкирского университета. – 2011. – Т.16. – №4. – С. 1361-1364.

МЕЖПОКОЛЕННЫЕ ПРАКТИКИ КАК РЕСУРС СОЦИАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

ЦИХОНЧИК Надежда Васильевна

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова

г. Архангельск

Вопросы безопасности сегодня стоят достаточно остро на повестке дня любой социальной системы, общности, института, но официальный статус «социальной опасности» и систематизация ее видов и типов не подтверждены правовыми актами и государственными доктринами. Социальная безопасность представляется достаточно размытой областью реагирования властей и гражданского общества, хотя все интуитивно ощущают ее невероятную значимость.

Социальная безопасность представляет собой состояние и способность государственной и общественной системы страны обеспечить эффективное функционирование социальной сферы, предотвращение деструктивных явлений и процессов, сохранение и развитие условий, средств и способов социализации человека, его благосостояния, неотъемлемых прав и свобод, духовно-нравственных ценностей [5].

В широком смысле социальная безопасность зачастую отождествляется с национальной, в узкой трактовке понятия – с социальным обеспечением и социальной защитой.

Основу социальной безопасности составляют модели воспроизводства, решающие демографические и генетические проблемы, а также подсистема социализации [3].

В этом смысле демографическая безопасность составляет важную часть безопасности социальной и включает в себя актуализацию и коррекцию ряда демографических угроз, в частности в отношении [1]:

– численности населения страны и региона (депопуляция, нежелательное изменение удельного веса жителей страны в численности населения региона, мира и т.п.; низкая или высокая плотность населения и др.);

– структуры населения (старение популяции; диспропорциональность полового состава населения; трансформация этнических (расовых, национальных, религиозных и языковых) пропорций населения и др.);

– естественного движения населения (низкая рождаемость населения; высокая смертность населения; отрицательный естественный прирост населения и др.);

– воспроизводства населения (суженное замещение поколений популяции; низкая продолжительность жизни населения; большие потери в воспроизводстве населения вследствие смертности и др.)

Такие глобальные вопросы, конечно же, являются сферой ответственности государства, но, тем не менее, «разноплановая деятельность социально ориентированного государства по обеспечению безопасности не может быть вполне самодостаточной без поддержки его усилий со стороны структур гражданского общества» [3].

Поэтому особую роль в обеспечении социальной безопасности населения играют социальные институты брака и семьи, образования и культуры, а также социально-демографические группы, включенные в их деятельность.

Таким образом, рассматриваемая проблематика затрагивает многие сферы социальной практики, а также создает исследовательские поля различных наук, в частности, это вопросы социальной безопасности семьи (семейная коммуникация, семейные традиции, конфликт «отцов и детей», качество жизни, репродуктивные установки) [6, 9], подростков и молодежи (стереотипы старости, развитие толерантности и преодоление эйджизма, межпоколенная коммуникация) [7], образовательного пространства (направления воспитательной работы, межпоколенные практики, геронтообразование) [2, 10], социальной сферы [8].

Межпоколенные практики – это проекты, предусматривающие систематическое и преднамеренное взаимодействие между представителями различных поколений в обществе.

Все проекты, направленные на развитие межпоколенных отношений, реализуемые в социальной сфере, организуют взаимодействие между представителями разных поколений, таких как: дошкольники, школьники, подростки, молодежь, люди среднего возраста и пожилые люди.

Контакты преимущественно устанавливаются через формальные учреждения, общественные организации и группы, существующие на данной территории.

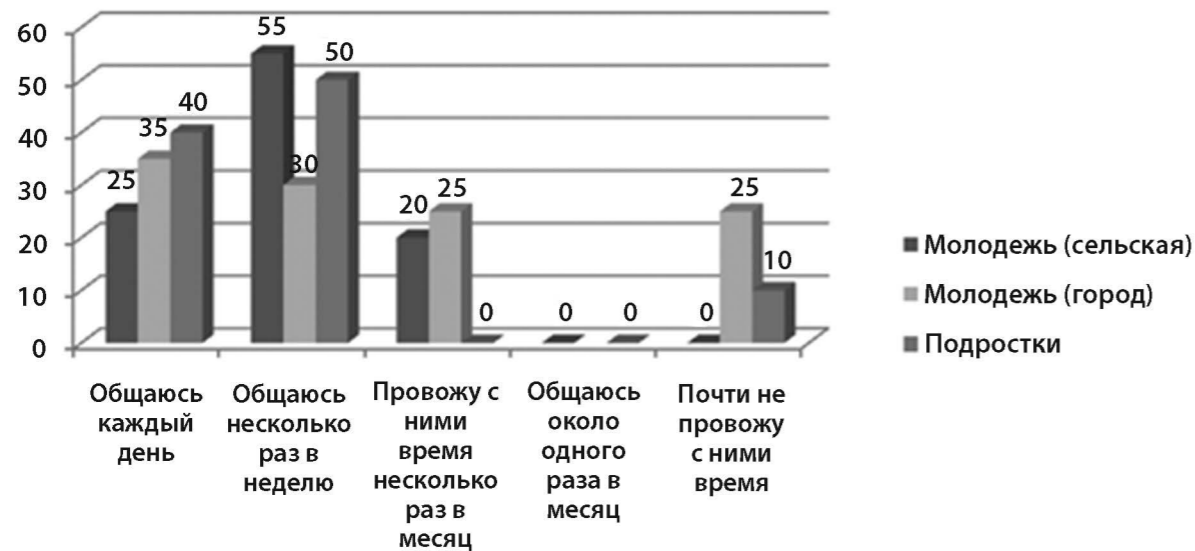


Рис. 1. Распределение ответов респондентов на вопрос о частоте общения с пожилыми родственниками, %

Межпоколенные практики можно разделить на три основные группы:

- 1) активность пожилых людей, консолидирующая детей и подростков;
- 2) мероприятия в молодежной среде, направленные на взаимодействие с представителями старшего поколения;
- 3) объединение детей, подростков и пожилых людей для поддержки и обслуживания представителей других возрастов.

Таким образом, социализация и социальное воспитание подрастающего поколения, в котором задействованы межпоколенные связи, может, по сути, осуществляться через целенаправленную реализацию тех или иных межпоколенных проектов, что в свою очередь выступает базовой основой для становления социальной безопасности.

Для изучения межпоколенных отношений было проведено исследование в виде анкетирования, инструментарием которого выступила самостоятельно разработанная анкета, состоящая из 23 вопросов, выявляющих отношение подростков и молодежи к взаимодействию со старшим поколением.

В исследовании приняли участие 60 респондентов. Были выбраны следующие молодежные группы: 1) молодежь, проживающая в поселке Кодино Онежского района в возрасте 27-30 лет (20 человек); 2) молодежь, проживающая в городе Архангельске в возрасте 27-30 лет (20 человек); 3) подростки, учащиеся в МБОУ «Кодинская СОШ» в возрасте 16 и 17 лет (20 человек).

В качестве рабочих были сформулированы следующие гипотезы:

- 1) межпоколенные отношения, взаимодействия и практики их реализации полнее реализуются и ярче прослеживаются в сельском социуме, где традиционные корни социального взаимодействия еще достаточно сильны. Следовательно, значимость межпоколенных отношений ярче выражена у сельской молодежи;
- 2) потребность в межпоколенных отношениях обусловлена в том числе и возрастом. В частности, юношество, в силу возрастных особенностей, менее включено в межпоколенные взаимодействия и более конфликтно, чем 30-летняя молодежь, что делает проблему включения подростков и молодежи в межпоколенные практики еще более актуальной.

В ходе опроса было выявлено, что большинство опрошенных среди молодежи и подростков (95%) имеют и бабушек или дедушек.

При этом большинство опрошенных (93,5%) проживают отдельно от прародительской семьи, то есть характер встреч носит временный, непостоянный характер – несколько раз в неделю или месяц (рис. 1).

Респонденты также отмечают, что общение с прародителями вызывает у молодых людей положительные эмоции (95%). При этом 60% молодежи и 85% подростков отмечают, что у них случаются конфликты с бабушками.

Конфликты со старшим поколением происходят у подростков чаще, чем у молодежи, что может быть обусловлено возрастными особенностями подростков, а также жизненным опы-

том молодежи. Наиболее частыми причинами конфликтов респонденты считают: неприятие точек зрения старшего поколения (50%), неприятие точек зрения младшего поколения (35%), нежелание со стороны старших признать право младших на самостоятельность (25%), сложность характера старшего поколения (25%), сложность характера младшего поколения (20%).

Возможно, в связи с этим большинство опрошенных констатируют, что связь поколений утрачивается (75% молодежи и 80% подростков), но отмечают необходимость укрепления межпоколенных связей (75–80%).

Мероприятия, которые могли бы объединить молодежь и пожилых людей, городские и сельские респонденты видят несколько по-разному (рис. 2).

Так, сельская молодежь Онежского района в качестве приоритетных направлений видит оказание помощи друг другу – медицинской, психологической, бытовой, а также в учебе (85%).

У молодежи г. Архангельска предпочтения более разнообразны: 50% опрошенных высказались за совместные занятия хобби, кружки (50%), 40% – за оказание помощи друг другу (медицинской, психологической, бытовой, в учебе), 35% – за очистку городских улиц и природных объектов от мусора 30% – за работы по озеленению (организация клумб, озеленение парков и улиц) (предполагалось несколько вариантов ответов).

Возможно, городская среда и инфраструктура предоставляет больше возможностей для межпоколенных практик.

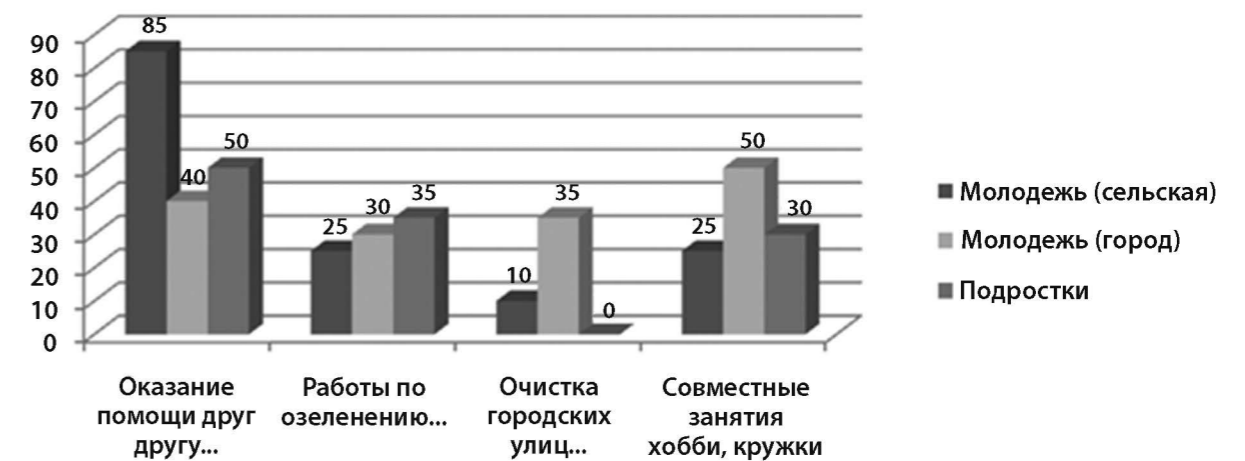


Рис. 2. Распределение ответов респондентов на вопрос об общих делах, объединяющих молодое поколение и пожилых людей, %

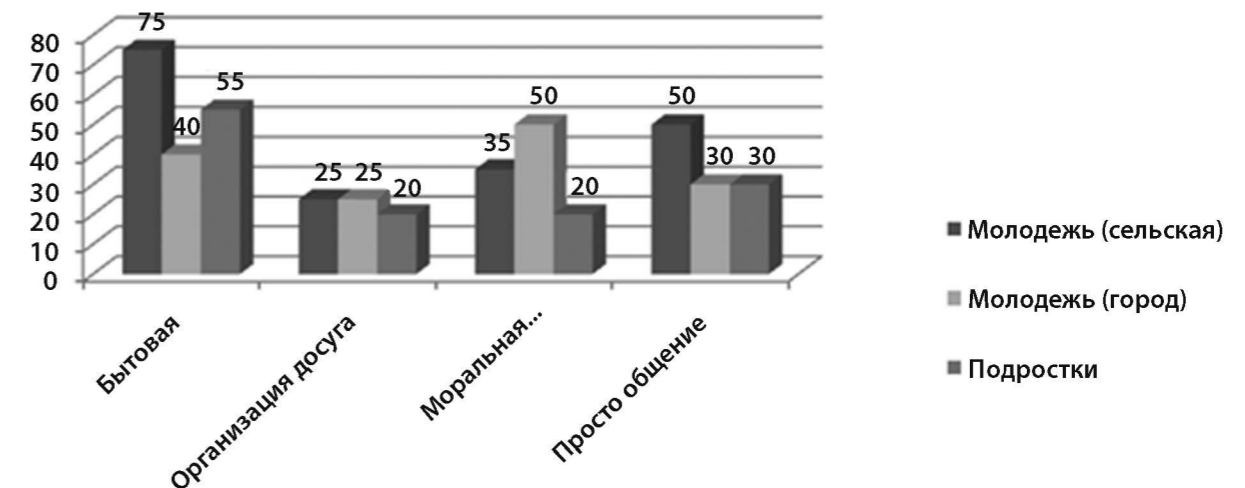


Рис. 3. Распределение ответов респондентов на вопрос об оказании помощи пожилым людям, %

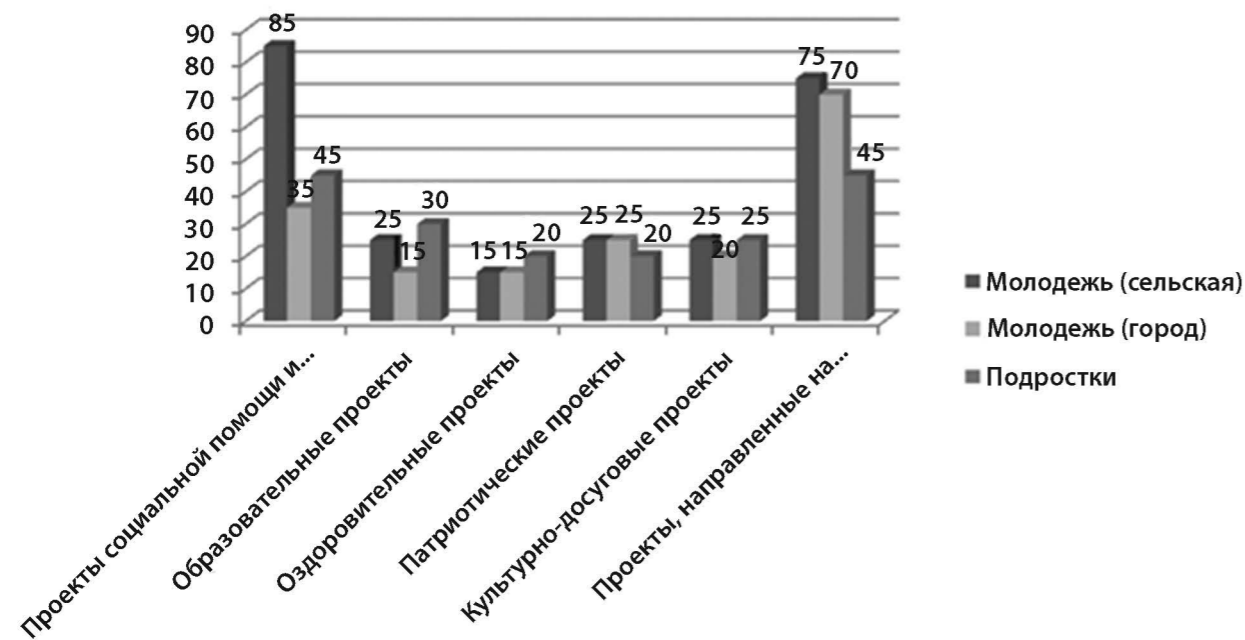


Рис. 4. Распределение ответов респондентов на вопрос об участии в межпоколенных проектах, %

Эти результаты подтверждаются данными опроса о видах помощи пожилым людям, которые могут оказывать молодые люди (рис. 3). Так, сельская молодежь ориентирована на бытовую помощь (75%) и общение со старшим поколением (50%). Городская молодежь готова к моральной, психологической поддержке (50%) и бытовой помощи (40%). Группа сельских подростков солидарна с приоритетами сельской молодежи, но помощь их представляется менее дозированной (55% и 30% соответственно).

Таким образом, городской и сельский образ жизни определяет специфику помощи старшему поколению, что подкрепляет гипотезы нашего исследования.

Последний вопрос анкеты должен был прояснить ситуацию о том, в каких межпоколенных проектах приняли бы участие молодежь и подростки. Среди сельской молодежи 85% опрошиваемых как приоритетные отметили проекты социальной помощи и поддержки, 75% – проекты, направленные на укрепление межсемейных отношений, 25% – образовательные, 25% – патриотические, 25% – культурно-досуговые, 15% – оздоровительные проекты (рис. 4).

У городской молодежи предпочтения выстроились следующим образом: проекты, направленные на укрепление межсемейных отношений (70%), проекты социальной помощи (35%), патриотические проекты (25%), культурно-досуговые проекты (20%), образовательные и оздоровительные проекты (по 15%).

Подросткам кажутся наиболее привлекательными: проекты социальной помощи и поддержки, проекты, направленные на укрепление межсемейных отношений (по 45%), образовательные проекты (30%), культурно-досуговые (25%), оздоровительные и патриотические (по 20%).

Различия в ответах предположительно связаны с факторами возраста и места жительства. Так, подростки в силу жизненного опыта меньше знают и задумываются о социальной помощи (45%). А в городе система социальной помощи развита гораздо лучше, что позволяет (или заставляет) молодежь сосредотачиваться на межличностных способах поддержки старшего поколения. Это объясняет сравнительно небольшой процент выбора этого варианта ответа у городской молодежи (35%).

Сравнительно низкий показатель выбора культурно-досугового проекта сельской молодежью можно связать с большой занятостью населения выполняемыми бытовыми обязанностями. Тогда как в городе возможности досуговых учреждений и выбора занятий и мероприятий для свободного времяпрепровождения более значительны.

Следует также отметить субъективную значимость проектов укрепления межсемейных отношений для молодежи, проживающей и в сельской местности, и в городе (75% и 70% респондентов). Также межпоколенные проекты, направленные на укрепление межсемейных отношений, значимы и в ответах подростков

(45%). В целом оказание социальной помощи и укрепление межсемейных отношений являются приоритетными направлениями для всех опрошенных.

Таким образом, понятие социальной безопасности предполагает стабильность и сбалансированность системы общественных отношений, обеспечивающих единство и взаимообусловленность системы интересов в обществе (личных, общественных, государственных при заинтересованности взаимодействующих сторон); устойчивость воспроизводства мотивов позитивного поведения и продуктивного взаимодействия различных социальных общностей в конкретном социуме [4]. Укрепление социальной безопасности возможно через укрепление межпоколенных отношений, которые реализуются в межпоколенных практиках.

Данные исследования показывают, что связь между поколениями в современном обществе истончается, но в ответах респондентов присутствует осознание необходимости укрепления межпоколенных связей.

При этом подрастающее поколение отдает предпочтение таким межпоколенным практикам, как: проекты социальной помощи и поддержки; проекты, направленные на укрепление межсемейных отношений, образовательные проекты, которые являются традиционными и интуитивно понятными российской ментальности.

Применение межпоколенных практик способно обеспечить сбалансированные отношения между представителями различных поколений, что трансформируется в устойчивое состояние и ощущение социальной безопасности.

Литература

1. Белоусова С.В. Социальная и демографическая безопасность национального и регионального развития // Право и безопасность. – 2013. – № 1-2. – С. 113-117.
2. Князева О.В., Кучумова О.Л. Развитие толерантности к стареющим людям в процессе обучения медицинских работников // Здоровье и образование в XXI веке. – 2013. – Т. 15. – № 1-4. – С. 292-293.
3. Красноперов А.Ф. Социальная безопасность как условие устойчивого состояния и развития социосферы // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2010. – № 10. – С. 50-53.
4. Лыгина М.А. Социальная работа в системе социальной безопасности общества // Известия Пензенского государственного педагогического университета имени В.Г. Белинского. – 2012. № 28. – С. 42-45.
5. Маргулян Я. А. Социальная политика: учебник. – СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета управления и экономики, 2011. – 236 с.
6. Морозова О.Н. Межпоколенные взаимоотношения в современной российской семье как фактор социализации молодежи // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2010. – № 4 (20). – С. 76-82.
7. Петрова Т.А. Развитие толерантности молодежи к собственному старению посредством вовлечения в практики межпоколенного взаимодействия // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2007. – Т. 13. № 4. – С. 67-72.
8. Радушинский Д.А. Создание многофункциональных социальных пространств на уровне муниципалитетов // Вестник ИНЖЭКОНа. Серия: Гуманитарные науки. – 2012. – № 4. – С. 161-167.
9. Сапоровская М.В. Теория и практика исследования межпоколенной связи в семейном контексте // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2010. – № 1 (9). – С. 4-14.
10. Цинченко Г.М. Межпоколенные практики // Управленческое консультирование. – 2015. – № 4 (76). – С. 130-136.

ПРОБЛЕМА ОФОРМЛЕНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

ЦЫГАНОВА Ольга Альбертовна

Северный государственный медицинский университет
г. Архангельск

Согласно статье 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

С возрастом когнитивные функции человека, к сожалению, снижаются и получение согласия на медицинское вмешательство у лиц пожилого возраста нередко превращается в целый комплекс сложно решаемых задач. И первой задачей, которую должен решить лечащий или дежурный врач перед оказанием медицинской помощи такому пациенту, будет оценка его возможности выразить свою волю.

В российском законодательстве не дается характеристика лица, способного самостоятельно принимать адекватные решения о медицинском вмешательстве или отказе от него. Определены лишь формальные критерии, к которым относятся нижняя граница возраста (15 лет, а для лиц, страдающих наркоманией – 16 лет) и способность выразить свою волю.

Значительно более детально подходы к оценке способности пациента принять решение в отношении медицинского вмешательства регламентированы законом о психической правоспособности (Mental Capacity Act), принятым в Великобритании в 2005 году [5].

Так, пациент будет считаться не способным принять решение, если после всей полученной надлежащей помощи и поддержки в принятии решения он не может сделать следующих действий:

– понять информацию, относящуюся к принятию решения, включающую в себя осознание

возможных последствий при согласии или отказе от лечения;

– запомнить эту информацию;
– использовать эту информацию в процессе принятия решения;
– сообщить о своём решении (средством речи, языка жестов или другими способами).

Также понятие лица, способного выразить свою волю, дано и в законодательстве Канады.

Так, к категории «способный выразить свою волю» относится лицо, понимающее (после объяснений врача) смысл предлагаемого лечения, его последствия, риски и возможность отказаться от него.

При этом «способный выразить свою волю» пациент может рассуждать и выражать свой выбор [2].

В действующем российском законодательстве факт недееспособности пациента, установленный определением суда, не имеет решающего значения при принятии решения о медицинском вмешательстве.

Если недееспособный пациент может выразить свою волю, то он дает согласие или отказ от медицинского вмешательства самостоятельно.

Учитывая особенности оказания медицинской помощи таким лицам, необходимо закрепить в российском законодательстве четко определенные подходы к работе с этой категорией пациентов.

В качестве примера можно привести пять основных принципов, установленных тем же законом о психической правоспособности Великобритании [5]:

– любой взрослый человек имеет право принимать решения самостоятельно, и должно считаться, что он в состоянии это сделать, пока не доказано обратное;

– должна оказываться максимальная помощь людям в принятии самостоятельного решения до тех пор, пока не будет доказано, что они не могут принимать решения. Если даже установлено, что лицо неспособно выразить свою волю, следует вовлекать его в принятие решения настолько, насколько это возможно;

– люди имеют право принимать решения, которые другие могут посчитать необдуманными или поспешными.

У каждого есть свои собственные убеждения, ценности и предпочтения, которые могут не совпадать с таковыми у других людей.

– что бы ни было сделано от имени лица, неспособного выразить свою волю, должно быть сделано в его лучших интересах;

– любое решение, принимаемое за лицо, неспособное выразить свою волю, должно в наименьшей степени ограничивать его права и свободы.

Согласно действующему российскому законодательству, если лечащий или дежурный врач пришел к выводу, что пациент способен принять решение в отношении медицинского вмешательства, то дальнейшие действия медицинского работника должны быть направлены на информирование пациента и получение добровольного информированного согласия в письменной форме.

Если врач считает, что физическое и/или психическое состояние пожилого пациента не позволяет ему выразить свою волю, то алгоритм его дальнейших действий зависит от факта наличия или отсутствия решения о признании данного лица недееспособным.

За лицо, не признанное недееспособным и вместе с тем не способное выразить свою волю, решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум врачей.

При невозможности собрать консилиум – единолично лечащий или дежурный врач.

Решение о согласии на медицинское вмешательство или отказе от него за недееспособное лицо, не способное выразить свою волю, принимает законный представитель.

К категории законных представителей для совершеннолетних лиц российское законодательство относит опекунов, попечителей и должностных лиц, выполняющих функции опеки или попечительства.

При совпадении мнений врача и законного представителя пациенту оказывается медицинская помощь, на которую в письменной форме дал согласие опекун.

При расхождении мнений, согласно статье 20 Федерального закона 323-ФЗ, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов недееспособного лица, не способного выразить свою волю.

Вместе с тем законом предусмотрено ограничение для реализации данной нормы, каса-

ющееся принятия решений лишь в отношении медицинских вмешательств, необходимых для спасения жизни.

Законодательством развитых стран предусмотрено гораздо большее количество способов реализации воли пациента в отношении медицинской помощи.

Так, законодательством Канады, Австралии, США и др. предусмотрен институт предварительного медицинского указания (advance directive).

При этом в Канаде оно реализуется только как заблаговременное распоряжение (living will), тогда как в США существует еще и доверенность на право предоставлять интересы больного (health care power of attorney).

Кроме того, если пациент заблаговременно не выразил свою волю в отношении конкретных медицинских вмешательств или общего подхода к оказанию медицинской помощи, а также не назначил доверенное лицо, уполномоченное принимать решение за пациента, то законодательством многих стран предусмотрен институт ответственного лица.

К этой категории относятся лица, обладающие полномочиями давать согласие на проведение медицинского вмешательства за пациента, который временно не может выразить свою волю. В законодательстве Австралии иерархия тех, кто может быть ответственным лицом, представлена следующим образом:

– супруг или сожитель, с которым пациент имеет близкие и постоянные отношения;
– сопровождающее пациента лицо (не являющееся наемным);
– родственник или друг, с которым пациент имеет тесные и близкие отношения [4].

В законодательстве США [3] также установлен перечень ответственных лиц. К ним относятся:

– супруг/супруга;
– взрослые дети;
– братья/сестры;
– остальные члены семьи.

Таким образом, несмотря на существующую в российском законодательстве регламентацию механизма оказания медицинской помощи лицам, не способным выразить свою волю, отсутствие детализации данного механизма, критериев, позволяющих отнести пациента к данной категории, а также ограниченность способов реализации права на медицинскую помощь у таких лиц создают препятствия для реализации права на автономию пациента.

Эта проблема обретает особую актуальность для пожилых пациентов вследствие большей частоты их обращений за медицинской помощью и большей распространенности ситуаций, в которых врачу крайне сложно определиться в оценке способности данного пациента выразить свою волю.

Литература

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья населения в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. / URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/ (дата обращения 25.05.2016 г.).
2. Dave Unger BA, MSc (Bioethics), MD, CCFP(C), FCFP, The Canadian Bioethics Companion.

Chapter 2: Caring for Patients /URL: www.canadianbioethicscompanion.ca/the-canadian-bioethics-companion/chapter-2-the-doctor-patient-relationship/#_ENREF_3_22 (дата обращения: 22.04.2016).

Patient Self Determination. Advance Directives. Ethics Booklet. A Nurses Guide URL: www.massnurses.org/files/file/Nursing-Resources/Ethics/Patientselfdeterm.pdf (дата обращения 25.05.2016 г.).

3. The Medical Treatment Act 1988. URL:http://www.austlii.edu.au/au/legis/vic/consol_act/mta1988168/ (дата обращения 16.01.2016).

4. The Mental Capacity Implementation Programme, Making decisions. A guide for people who work in health and social care/ Office of the Public Guardian 2009 C. 7 / URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents> (дата обращения 29.04.2016).

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

ШЕМЯКИНА Наталья Яковлевна

Северный государственный медицинский университет
Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич

БУЗИНОВА Евгения Владимировна

Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич
г. Архангельск

Существует мнение о необходимости лишь симптоматического лечения ишемической болезни головного мозга у пожилых и престарелых пациентов и о незначительном влиянии медикаментозного и хирургического вмешательства на прогноз жизни в этом возрасте.

Между тем некоторые клинические исследования свидетельствуют, что возраст пациента не является помехой к активному медикаментозному и хирургическому лечению многих сердечно-сосудистых заболеваний – ИБС, артериальной гипертензии, стенозирующего атеросклероза магистральных артерий, нарушений ритма сердца.

Более того, поскольку абсолютный риск сердечно-сосудистых осложнений у пожилых выше, лечение ССЗ у них даже эффективнее, чем у лиц молодого и среднего возраста.

Цель исследования: сравнить течение раннего послеоперационного периода после каротидной эндартерэктомии у пациентов различных возрастных групп.

В исследование были включены две группы пациентов с мультифокальным атеросклерозом: 15 пациентов в возрасте до 50 лет и 18 пациентов в возрасте старше 70 лет.

Пациенты подверглись хирургической реваскуляризации головного мозга в отделении хирургии сосудов ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница имени Е.Е. Волосевич» в период с 2008 по 2015 год.

В исследование были включены только пациенты мужского пола. Анализировались все периоперационные и постоперационные (церебральные, нейротравматические, тромбоэмболические, раневые) осложнения, возникшие в течение 10 – 12 дней после оперативного вмешательства.

В раннем послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: удлинение времени периоперационного кровотечения (свыше 15 минут) в группе молодых пациентов наблюда-

лось в 20% случаев, в старшей возрастной группе в 11,2%.

Преходящий неврологический дефицит в вертебробазилярном бассейне регистрировался у 16,7% пожилых и у 6,7% молодых пациентов.

Декомпенсация энцефалопатии, проявляющаяся легкими общемозговыми и кратковременными когнитивными нарушениями наблюдалась у 33,3% «возрастных» пациентов и у 6,7% пациентов младшей возрастной группы.

Клинические проявления сино-каротидного синдрома в виде нестабильной гемодинамики и кратковременных эпизодов брадикардии отмечены у 20% молодых пациентов и у 33,3% пожилых мужчин.

Ухудшение коронарного кровотока по данным ЭКГ без клинических и/или лабораторных изменений зарегистрированы у 13,3 % пациентов в группе до 50 лет и лишь у 5,4% пациентов старшей возрастной группы.

Клиническая и лабораторная декомпенсация сахарного диабета выявлена у 13,1% молодых мужчин и у 11,1% пожилых пациентов.

У одного пациента в возрасте до 50 лет развилась гематома послеоперационной раны, потребовавшая реоперативного вмешательства в первые сутки постоперационного периода.

Статистически значимых различий в частоте периоперационных и послеоперационных осложнений после хирургической реваскуляризации головного мозга в группах мужчин в возрасте до 50 лет и старше 70 лет не выявлено ($p=0.1076$).

Течение раннего послеоперационного периода в старшей возрастной группе отличается большей нестабильностью гемодинамических показателей, что, однако, не удлиняет сроков госпитализации и не ухудшает качество жизни пожилых пациентов.

Литература

1. Денисова Т.П., Малинова Л.И. Клиническая геронтология: Избранные лекции. М.: Медицинское инфо5. Руководство по геронтологии и гериатрии: в IV т. Под редакцией В.Н.Ярыгина, А.С. Мелентьева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. т. III Клиническая гериатрия. – 896 с.
 2. Лазебник Л.Б., Комиссаренко И.А., Милюкова О.М. «Медикаментозное лечение изолированной систолической гипертонии у пожилых» – РМЖ, 1998. – Т. 6, №21 – С. 25–29

3. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий: Москва, 2013.
 4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в IV т. Под редакцией В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – Т. III Клиническая гериатрия. – 896 с.
 5. Jackson G. «Стабильная стенокардия у пожилых». Сердце и метаболизм, 2003; 10:7–11.

**АНАЛИЗ РАЦИОНАЛЬНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ
 У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
 ПЕРВОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
 БОЛЬНИЦЫ ИМ. Е. Е. ВОЛОСЕВИЧ (г. Архангельск)**

ЩАПКОВ Алексей Андреевич

ВОРОБЬЁВА Надежда Александровна

Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич
 Северный государственный медицинский университет
 Северный филиал гематологического научного центра
 г. Архангельск

В РФ частота развития медикаментозных осложнений на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи составляет 10–20 % больных, на этапе стационара – 17–30% всех пациентов. У категории пожилых частота развития нежелательных лекарственных реакций превышает 20% случаев. Но все эти случаи являются потенциально обратимыми. Одним из путей снижения частоты побочных реакций является раннее выявление потенциально не рекомендуемых препаратов и их комбинаций, которых следует избегать у пожилых пациентов. Отмечено, что частота назначения потенциально не рекомендуемых препаратов у пожилых пациентов варьирует от 5,8 до 41,9% в амбулаторной практике и достигает 50% в стационаре [1].

Профилактика нежелательных лекарственных реакций является одной из важнейших задач современной практической медицины, учитывая современный научно-технический прогресс и высокую степень изученности многих заболеваний, высокую селективность современных лекарственных средств и достижения фармакогенетики, благодаря которой появилась возможность предсказывать побочные реакции на лекарственные препараты [2]

Существуют различные методы для снижения частоты назначения потенциально не рекомендуемых лекарственных препаратов, одним из которых является набор критериев STOPP/START.

Табл. 1. Характеристика пациентов, включенных в исследование

Характеристика	Число (N)
Всего	55 чел.
Мужчины	19 (34,5%)
Женщины	3 (65,5%)
Средний возраст	66,8 лет
Среднее кол-во получаемых лекарственных средств	4,55
Кол-во получаемых препаратов:	
Больше 5	31 (56,4%)
Меньше 5	24 (43,6%)
Где получает лечение:	11 (20%)
1-е терапевтическое отделение	3 (5,5%)
2-е терапевтическое отделение	7 (12,6%)
4 терапевтическое отделение	14 (25,5%)
Кардиохирургическое отделение	1 (1,8%)
Нейро-реанимационный центр	1 (1,8%)
Отделение сосудистой хирургии	1 (1,8%)
1-е хирургическое отделение	17 (31%)
Амбулаторные пациенты	

STOPP (Screening Tool of Older Person's Potentially in appropriate Prescriptions) и START (Screening Tool Alert Doctor to the Right Treatment) критерии были впервые опубликованы в 2008 году, включали в себя 65 STOPP-критериев – потенциально не рекомендованных лекарственных препаратов и клинических ситуаций у пожилых пациентов, при которых риск от применения лекарственных препаратов достоверно превышает пользу, и 22 START-критерия, ассоциированных с пользой для пожилых пациентов [3].

В 2014 году критерии были пересмотрены и в результате их количество увеличилось: 80 STOPP-критериев и 34 START-критерия.

По мнению экспертов STOPP/START критерии имеют большую практическую ценность, так как их применение в течение 72 часов после госпитализации может значительно уменьшить риск развития нежелательных лекарственных реакций (примерно на 9,3%) и длительность госпитализа-

ции на 3 дня у пожилых пациентов, госпитализированных по поводу острой патологии [4].

Цель работы: оценка качества проводимой фармакотерапии пожилым пациентам с использованием STOPP/START-критериев в многопрофильном стационаре ГБУЗ АО «Первая ГКБ им. Е.Е. Волосевич».

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни, получающих лекарственную терапию в ГБУЗ АО «Первая ГКБ им. Е.Е. Волосевич» в период с 1 июня по 1 июля 2016 года. Характеристика пациентов представлена в *табл. 1*.

Результаты и обсуждение. За данный период проанализировано 55 историй болезни и амбулаторных карт. Среднее количество применяемых лекарственных препаратов составило 4,55 на одного пациента.

Установлено, что 31 пациент получал больше пяти лекарственных средств, что является фак-

Табл. 2. Частота назначений препаратов по критериям START

START-критерии	Частота назначения, абс, (%)
Варфарин при персистирующей/постоянной форме фибрилляции предсердий	25 (45,5%)
Аспирин/клопидогрел при коронарном, церебральном или периферическом поражении сосудов	30 (54,5%)
Антигипертензивная терапия при систолическом АД > 160 мм рт. ст.	49 (89%)
Статины при коронарном, церебральном или периферическом поражении сосудов	24 (43,6%)
ИАПФ/БРА при ХСН или перенесённом инфаркте миокарда	35 (%)
Бета-блокаторы при стабильной стенокардии напряжения	16 (29%)
B2-агонисты или антихолинергические препараты при лёгкой умеренной степени тяжести бронхиальной астмы/ХОБЛ	6 (10,9%)
Ингаляционные глюкокортикостероиды при умеренной тяжелой бронхиальной астме/ХОБЛ	5 (9,1%)
Продлённая кислородотерапия при дыхательной недостаточности 1-го или 2-го типа	3 (5,5%)
Ингибиторы протонной помпы при хронической тяжёлой ГЭРБ или пептической стриктуры пищевода, требующей дилатации	1 (1,8%)
Кальций и витамин D3 при подтверждённом остеопорозе	2 (3,6%)
Метформин при Сахарном диабете 2-го типа +/- метаболический синдром (исключая случаи, когда креатинин > 200 мкмоль/л)	8 (14,5%)
ИАПФ/БРА при диабетической нефропатии и ХБП	3 (5,5%)
Аспирин при сахарном диабете при хорошо контролируемом АД	4 (7,2%)
Статины при сахарном диабете, когда холестерин >5 ммоль/л или есть дополнительный сердечно-сосудистый риск	3 (5,5%)

Табл. 3. Частота назначения препаратов по STOPP-критериям

STOPP-критерии	Частота назначения, абс, (%)
Аспирин или варфарин без назначения ингибиторов протонной помпы/ H2-гистаминоблокаторов	5 (9,1%)
НПВС у пациентов с умеренной/тяжелой АГ	3 (5,5%)
НПВС при хронической сердечной недостаточности	3 (5,5%)
Антагонисты кальция у пациента с запорами	1 (1,8%)
Ипратропия бромид при глаукоме	1 (1,8%)
Петлевые диуретики только для лечения отёков	1 (1,8%)
Итого: назначение нежелательных лекарственных препаратов или не назначение нужного ЛС	14 (25,5%)

тором риска нежелательных лекарственных реакций.

Во всех случаях были выявлены критерии назначения лекарственной терапии, ассоциированной с пользой для пожилого пациента.

Характеристика выявленных START-критериев представлена в *табл. 2*.

При анализе фармакотерапии в 10 случаях (18,2%) выявлено назначение потенциально не рекомендуемых лекарственных средств и клинических ситуаций у пожилых пациентов, при которых риск от применения лекарственных препаратов достоверно превышает пользу согласно критериям STOPP. Характеристика данных критериев представлена в *табл. 3*.

Заключение. В проведённом исследовании установлено, что среди пациентов, получающих лекарственную терапию в ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич», полипрагмазия и назначение потенциально не рекомендуемых лекарственных препаратов согласно STOPP/START-критериям встречаются с частотой 56,4% и 25,5%.

Также установлена средняя частота назначения антисекреторных препаратов типа ингибиторов протонной помпы или H2-гистаминоблокаторов в 9,1%.

Подобная ситуация требует индивидуального подхода к каждому пациенту с оценкой риска и пользы всех назначаемых лекарственных средств.

Для оптимизации лекарственной терапии у пожилых людей могут быть использованы STOPP/START-критерии, которые способствуют снижению частоты развития нежелательных лекарственных реакций.

Литература

1. Cruz-Jentoft A. J. New therapies for an ageing. Europe: 2011 EUGMS Malaga Congress / A. J. Cruz-Jentoft//European Geriatric Medicine. – 2011. №2. – P.128.
2. Юргель Н. В. Профилактика неблагоприятных побочных реакций / Под ред. Н. В. Юргелья, В. Г. Кукеца. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 450 с.
3. Fromm M. F. Potentially inappropriate medications in a large cohort of patients in geriatric units: association with clinical and functional characteristics / M. F. Fromm, R. Maas, Th. Tumens // European Journal of Clinical Pharmacology/ – 2013. – 69. – P.975-984.
4. Gallagher P. STOPP (Screening Tool of Older Person's Potentially inappropriate Prescriptions) and START (Screening Tool Alert to doctors to the Right Treatment). Consensus validation / P. Gallagher, C. Ryan, S. Byrne // Clinical Pharmacology&Therapeutics. – 2008. – 46. – 2. – P.72-83.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ЮШМАНОВА Татьяна Николаевна
СКРИПОВА Наталья Владимировна
ДАВЫДОВА Надежда Геннадьевна
ПОЛИВАННАЯ Елена Альбертовна
ЮРЬЕВ Юрий Юрьевич

Северный государственный медицинский университет
г. Архангельск

Здоровье населения является одним из важнейших критериев благополучного развития общества. Формирование здоровья населения происходит под действием многих факторов социально-экономического и природно-биологического характера.

Исследованиями отечественных и зарубежных ученых установлено, что определяющее значение в нарушении здоровья населения принадлежит образу жизни (50%), загрязнению природной среды (20%), генотипу популяций (20%). Роль здравоохранения оценивается в 10%.

Согласно критериям оценки экологической нагрузки (заболеваемость взрослых и детей, рождаемость, преждевременная смертность), разработанным Министерством экологии и природных ресурсов РФ, Архангельская область соответствует зоне чрезвычайного риска развития экпатологии человека.

Значительная часть области подвергается активному техногенному воздействию, экосфера региона находится в серьезной опасности.

Суровый климат Севера, дополненный воздухом, отравленным целлюлозно-бумажными гигантами, водой, которая становится опасной для жизни, радиационно-космическая опасность и др. оказывают серьезное влияние на состояние здоровья населения. Аналогичного спектра различных воздействий на природу (ядерный полигон, атомное судостроение, космодром, крупные предприятия лесопромышленного комплекса, разработка месторождений нефти, газа, алмазов, сплошные рубки леса) нет не только в России, но и ни в одной другой стране. Это предопределяет настоятельную необходимость разработки комплексных научных программ по защите не только экосферы, но и здоровья населения.

Всемирная организация здравоохранения (1980) разработала и апробировала во многих странах мира универсальные измеримые критерии стоматологического здоровья, которые были предложены в качестве долгосрочных це-

лей в рамках программы ВОЗ «Здоровье всем к 2000 году». В 1993 году эти цели были сформулированы и на последующие годы. Для пожилых людей в возрасте 65 лет и старше предложены следующие критерии стоматологического здоровья, которые должны были быть достигнуты к 2010 году: среди пожилых лиц беззубых должно быть не более 10%, иметь 20 или более функционирующих зубов должны 75% пожилых, у пожилого человека должно быть не более 0,5 секстанта с глубокими пародонтальными карманами (код CPI «4»).

Как показали исследования, проведенные как в странах СНГ, так и в большинстве стран мира в 90-е годы XX столетия, в начале XXI века стоматологическое здоровье пожилого населения характеризуется невысоким уровнем, основные показатели которого далеки от измеримых задач, определенных ВОЗ как цели стоматологического здоровья населения.

В настоящее время изучение стоматологической заболеваемости населения является одним из актуальных направлений научных исследований в области стоматологии во всем мире.

Для достижения данной цели во многих странах проводятся национальные эпидемиологические обследования, позволяющие определить распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний и выявить потребность в лечении и профилактике среди большой выборки населения ключевых возрастных групп, проживающих в районах с различными климато-географическими и социально-экономическими условиями, а затем экстраполировать полученные результаты на все население страны.

Использование унифицированных критериев оценки стоматологического статуса, разработанных экспертами Всемирной организации здравоохранения, дает возможность получить сравнимые показатели и осуществлять мониторинг стоматологической заболеваемости в разных странах мира.

В России первый опыт проведения национального эпидемиологического стоматологического обследования был получен в 1996–1998 гг., когда в рамках деятельности Сотрудничающего центра ВОЗ и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ № 181 от 06.05.96 в 46 регионах было осмотрено более 47 тысяч детей и взрослых.

Нами было проведено обследование населения Архангельской области. Спустя десять лет, в 2008 году, было проведено второе национальное обследование с использованием тех же критериев ВОЗ. Население Архангельской области также было обследовано. Однако ранее, еще в 1984 году, в России было проведено аналогичное обследование, в котором Архангельская область также принимала участие. Следовательно, есть возможность сравнить результаты и оценить стоматологическое здоровье населения почти за 25-летний период.

В 2016 г. проводилось третье национальное обследование, но результаты пока Сотрудничающим центром ВОЗ (Москва, МГМСУ) не представлены. Одной из обследуемых возрастных групп населения были люди пожилого возраста, т.е. старше 65 лет.

Обследование показало, что распространенность кариеса в Архангельской области составляла 100%. Средняя интенсивность кариеса по индексу КПУ (зубы с кариесом+пломбированные зубы+ удаленные зубы) в 1984 г. была 23,5, в 1998 году – 28,83, в 2008 году – 26,71. Сравнивая показатель 2008 г. со средним показателем по России – 22,75, необходимо отметить, что он существенно выше. Наибольшие значения КПУ в 1997 г. были отмечены в Вельском, Пинежском и Устьянском районах (более 30), в 2008 г. – в Вельском (29,68) и Котласском районах (27,86).

В структуре КПУ преобладал компонент «У» (удаленные зубы), он был равен в 1984 г. – 13,2, в 1998 г. – 24,08, в 2008 г. – 24,06. То есть у каждого пожилого человека к возрасту 64–75 лет удалено в среднем 24 зуба из 36. Этот показатель в среднем по России равен 18,26.

В 2008 г. компонент «К» (кариес) составил 1,67 (по России в среднем 1,72), т.е. разница на первый взгляд небольшая, но если оценить компонент «П» (пломба), то в Архангельской области он составил 1,015, а по России – 2,77, следовательно, пролеченных зубов у нас значительно меньше (более чем в 2,5 раза).

В 1998 г. эти показатели были равны соответственно 2,53 и 1,34, т.е. число пломбированных зубов составило всего 4,65%.

Глобальные цели стоматологического здоровья ВОЗ предусматривали, что еще к 2010 г. людей с полным отсутствием зубов будет не более 10%, а 75% будут иметь 20 или более функционирующих зубов. В нашей области полностью отсутствовали зубы у 37,5% обследованных в 1998 г. и у 36,4% пожилых людей – в 2008 г. (по России – у 14% населения этого возраста), т.е. полностью беззубых людей в нашей области в 2,6 раза больше, чем в среднем по России.

Наиболее высокий показатель отмечен в Вельском районе – 48%, в Лешуконском и Котласском – 38%, Коношском – 36%. Таким образом, более трети людей не имеют зубов, а в Вельском районе – половина.

При анализе интенсивности кариеса по поверхностям зубов выявлено преимущественное поражение кариесом двух (39,04%), трех (30,69%) поверхностей. Значительной по численности (23%) была группа обследованных, сохранивших от 1 до 3 одиночно стоящих зубов, имеющих, как правило, оголенный корень и большую степень подвижности. Кариес корня был обнаружен у 15,5 обследованных с интенсивностью $0,35 \pm 0,04$.

Некариозные поражения зубов, возникшие после их прорезывания, встречались у 29,52% людей, в том числе повышенная стираемость (у 2,57%), клиновидные дефекты (у 6,25%), эрозии эмали (0,7%) обследованных. Достаточно достоверное определение этих показателей затруднено, поскольку 14,8% сохранившихся зубов были покрыты коронками, число которых в среднем на одного человека составило $0,99 \pm 0,10$.

Распространенность заболеваний пародонта составила 50,35%. Поскольку у 49,65% обследованных имелась полная утрата зубов или обследуемые секстанты были представлены одиночно стоящими зубами, индекс CPI не регистрировался.

Из числа лиц, имеющих CPI 0-4, количество пожилых людей, имеющих зубной камень, как правило, в сочетании с кровоточивостью, составило 13,79%, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм – 59,31%, карманы глубиной 6 мм и более – 26,9%.

В 2008 г. в пожилых людей здоровых секстантов было всего 0,11 (по России в среднем 0,57), число исключенных секстантов – 4,52, в то время как средний показатель по России – 3,24. Таким образом, состояние пародонта у пожилых людей Архангельской области, как и другие показатели стоматологического здоровья, значительно хуже, чем в других регионах России.

Заболевания слизистой оболочки полости

рта обнаружены у 42,22% обследованных, причем у 34,03% – хейлиты (чаще ангулярные), у 19,1% – стоматиты (чаще протезные), что объясняется потерей большого числа зубов, отсутствием протезов или наличием неполноценных протезов (в том числе со сроком пользования 10-15 лет).

Среди обследованных 66,32% людей в 1998 г. и 62,5% обследованных в 2008 г. имеют протезы, чаще съемные или комбинированные (сочетание несъемных и съемных конструкций). Однако около 65% всех имеющихся съемных протезов признаны негодными, пациенты пользуются съемными протезами по 10–15–20 лет, при том, что максимальный срок их службы должен составлять не более 5 лет.

Нуждалось в протезировании в 2008 г. 65,83% пожилого населения. Требуют только несъемных конструкций 4,33% людей, только частичных съемных протезов – 26,83% комбинированное протезирование необходимо 5,33%. Более 30% обследованных нуждаются в полных съемных протезах.

Таким образом, высокий уровень интенсивности кариеса, большое количество удаленных и подлежащих удалению зубов обуславливают значительный объем требуемой стоматологической помощи, высокую потребность пожилых людей в ортопедическом лечении.

Бесплатного протезирования лиц пожилого возраста в Архангельской области уже более 15 лет нет (хотя оно сохранилось в Мурманской области и ряде других регионов).

Последние десятилетия характеризуются демографическими процессами, ведущими к увеличению доли лиц старческого возраста, что происходит в большинстве стран мира, в том числе и в России. Причины этого различны, последствия одинаковы: в условиях снижения рождаемости увеличивается число людей старших возрастных групп.

В наступившем тысячелетии вследствие роста удельного веса пожилых людей среди населения соответственно возрастет и доля пожилых пациентов стоматологических клиник; профессиональная деятельность стоматолога будет в значительной мере наполняться гериатрическим содержанием. Это касается не только ортопедического лечения, ставящего своей целью заместить утраченные зубы и ткани, но и превентивно-стоматологической терапии растущего числа пожилых пациентов с сохранившимися собственными зубами.

Высокая распространенность стоматологи-

ческих заболеваний среди пожилого населения обусловлена прежде всего тем, что в челюстно-лицевой системе с возрастом происходят как морфологические, так и физиологические изменения. Многие эти изменения сами по себе все же являются не первичными возрастными изменениями, а вторичными – вследствие функциональных нарушений, болезней и привычек.

К наиболее важным изменениям челюстно-лицевой области, связанным с возрастом, относятся: заболевания твердых тканей зубов и пародонта; изменения слизистой оболочки (неоплазии и прекаncerозы); потеря зубов; оральные проявления системных заболеваний и побочных воздействий медикаментов; боли в челюстно-лицевой области.

Все изменения тканей зубов после завершения их формирования могут считаться возрастными изменениями. У пожилых людей имеются свои возрастные особенности этиопатогенеза, клинической картины и течения заболеваний полости рта.

С возрастом изменяется форма, цвет и структура твердых тканей зубов. Форма зубов изменяется вследствие истирания. Потеря бороздок делает эмалевую поверхность пожилых людей более гладкой. Вследствие этого наблюдается совершенно иное светопреломление и связанное с этим восприятие цвета зубов, зубы кажутся более желтыми и непрозрачными. На цвет влияет увеличение толщины дентина, а также экзогенные факторы: пигментация анатомических структур пищевыми остатками, неудовлетворительная гигиена полости рта.

Возникновение и развитие кариеса у пожилых подчинено тем же закономерностям, что и в любом другом возрасте. Однако для людей этого возраста более характерна локализация кариеса в зубах верхней челюсти (около половины всех поражений приходится на резцы, 10–15 % – на клыки). Удельный вес кариеса моляров с возрастом прогрессивно снижается. Характерным для пожилого возраста является локализация кариеса в пришеечной области. При этом кариозная полость располагается в придесневой части коронки и захватывает не столько эмаль, сколько цемент корня. Нередко может наблюдаться дефект ткани цемента и дентина, над которым нависает неповрежденная эмаль (кариес корня). Кариес часто характеризуется хроническим течением. Обычно кариозная полость имеет широкий вход и неровные края, диаметр полости больше ее глубины.

Пульпа пожилых людей отличается бедно-

стью клеток и богатством волокон, поэтому трудно провести грань между возрастными изменениями и патологическими процессами. Кровоснабжение пульпы у пожилых лиц значительно снижено.

Начиная с 40-летнего возраста сосуды пульпы утрачивают древовидную разветвленность. Обильно снабженная одонто- и фибробластами, гистиоцитами, адвентициальными и другими клетками пульпа с возрастом превращается в волокнистый тяж, практически лишенный клеточных структур. Диаметр и длина корневого канала также с возрастом уменьшаются. В первую очередь это может быть связано с физиологическим образованием вторичного дентина, которое начинается (активно) после 60 лет.

Еще одним возрастным изменением является усиленное отложение цемента, наиболее значительно выраженное в области верхушки корня. С возрастом в цементе обнаруживается все больше участков с процессами резорбции. Поверхность цемента у пожилых характеризуется неровностями. Изменяется количественное соотношение в цементе магния и фтора.

Острые формы пульпитов у лиц пожилого возраста в клинике встречаются крайне редко, а хронические часто протекают безболезненно, хотя могут иметь место неприятные ощущения или нерезко выраженная боль при приеме пищи.

Заболевания верхушечного периодонта как непосредственное осложнение кариеса зубов в пожилом возрасте наблюдаются несравненно чаще, чем воспаление пульпы зуба. При этом преобладает хронический фиброзный периодонтит, значительно реже встречается хронический гранулирующий периодонтит. Верхушечный периодонтит у данного контингента пациентов является не только причиной потери зубов, но и наиболее вероятным источником сенсibilизации и интоксикации организма.

В пожилом возрасте отмечается увеличение количества зубного налета, по консистенции он становится мягче и рыхлее. Кроме того, на рост бактерий могут оказывать влияние такие факторы, как особенности диеты, повышенная текучесть десневой жидкости, а также обусловленное старостью изменение состава слюны и ее вязкости. Может иметь место сухость полости рта, которая обычно является следствием системных заболеваний или экзогенных факторов (прием медикаментов, лучевая терапия.). В слюне увеличивается количество муцина, она становится более тягучей и густой.

Общая концентрация протеина, активность

альфа-амилазы, а также содержание кальция и фосфата с возрастом остаются неизменными, в то время как кислотность снижается.

С возрастом микробный состав зубного налета изменяется. В зубном налете меньше становится бактерий типа *S. mutans*, *S. Sanguis*, *A. Viscosus*, что может быть причиной изменения кариозной активности в пожилом возрасте.

Ортопедическое лечение с применением съемных и несъемных протезов оказывает влияние на состав микрофлоры полости рта. Уровень дрожжевых грибов в слюне у носителей протезов старше 80 лет значительно выше, чем у лиц моложе 40 лет, пользующихся протезами.

К характерным изменениям десен в старости относятся истончение эпителиального слоя клеток, снижение ороговения, а также потеря эластичности. С возрастом наблюдается невоспалительная ретракция десневого края, сопровождающаяся снижением десневого края на 0,17 мм на каждое десятилетие жизни. При этом десневой край сглажен, как правило, имеет бледно-розовую окраску, в некоторых случаях с цианотичным оттенком. Кровоточивость десны отмечается относительно редко. Ретракция десневого края вызывает удлинение клинической коронки зубов. При этом освобождается цемент корня, что способствует возникновению кариеса цемента корня, гиперчувствительности тканей зуба. На зубах таких пациентов часто встречаются клиновидные дефекты или дефекты твердых тканей атипичной формы. Жевательные и режущие поверхности сохранившихся зубов умеренно стертые.

Нередко наблюдается повышенная стираемость зубов, сопровождающаяся снижением высоты прикуса (с чем связано своеобразное «старческое» выражение лица), а также изменениями в височно-нижнечелюстных суставах и образованием складок в углах рта.

С увеличением возраста альвеолярная кость подвергается резорбтивным процессам, образование коллагеновых волокон становится более неравномерным. Затем атрофии подвергается и кортикальная кость. Количество остеобластов уменьшается, а их способность к образованию костной ткани ослабевает. Прогрессирование деструкции пародонта с возрастом характеризуется повышенной потерей зубов, значительной глубиной пародонтальных карманов и снижением уровня десневого края.

Изменения в области десен в преклонном возрасте характеризуются выраженной воспалительной реакцией. Однако клиническая кар-

тина пародонтита у пожилых пациентов мало отличается от таковой у лиц среднего возраста.

Клиника заболеваний пародонта у пожилых пациентов может зависеть от ряда факторов, действие которых усиливается на фоне соматической патологии и процессов старения организма. При воспалении и деструкции опорного аппарата зуба решающую роль играет иммунная защита.

Обусловленные старением изменения иммунной системы считаются предрасполагающим фактором для прогрессирования заболеваний пародонта. Нельзя не учитывать, что частота чистки зубов с возрастом значительно снижается, гигиена полости рта существенно ухудшается.

На слизистой оболочке преддверия и собственно полости рта, неба, языка и губ у пожилых и старых людей также обнаруживаются различные изменения. При этом не всегда проводится четкая грань между возрастными и патологическими изменениями, частота которых с возрастом увеличивается.

Так, атрофия нитевидных сосочков языка, которую некоторые авторы считают одним из признаков «старческого» языка, встречается действительно чаще у данного контингента больных, хотя не является специфическим признаком патологии старческого возраста.

Ороговение – обычное явление, свойственное отдельным участкам слизистой оболочки полости рта. В старости оно приобретает патологические признаки, характеризующие кератоз. У лиц преклонного возраста отмечается побледнение слизистой оболочки, нередко с цианотичным оттенком. Влажность языка постепенно снижается из-за общей тенденции пожилых людей к гипосаливации.

При отсутствии зубов подвижность языка увеличивается в связи с выполнением новой функции по обработке пищи и подготовки ее к проглатыванию. Чувствительность языка в целом снижена. На его нижней поверхности часто видны расширенные венозные разветвления, которые вместе с подъязычной клетчаткой могут из-под него выступать. Красная кайма губ часто западает, особенно при отсутствии зубов. Она имеет цианотичный оттенок, повышенную сухость. В углах рта могут наблюдаться заеды (ангулярный хейлит). Сальные железы Форда-са в виде округлых желтых элементов нередко сосредотачиваются вокруг выводных протоков околоушных слюнных желез.

Из заболеваний слизистой оболочки полости

рта наибольшее значение имеют красный плоский лишай, глоссалгия, ксеростомия, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, кандидозные поражения и лейкоплакия.

Случаи трофических и декубитальных язв, заед наблюдаются, как правило, лишь в старческом возрасте.

На состояние полости рта у пожилых лиц могут влиять и психологические факторы. У этих пациентов наблюдается все больше серьезных и существенных проблем со здоровьем, поэтому состоянию полости рта уделяется все меньше внимания. Для них типичным является наличие нескольких хронических заболеваний, которые могут приводить к ограничению способности ухода за полостью рта, что благоприятствует образованию зубного налета и возникновению кариеса и заболеваний пародонта.

Многие пациенты принимают различные медикаменты, которые могут оказывать влияние на ткани и органы полости рта. На первом месте здесь стоят лекарственные препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Некоторые медикаменты способны вызывать разрастание десневого края (гипертрофический гингивит). Это циклоспорины, антагонисты кальция (нифедипин). Часть гипотензивных препаратов, антидепрессантов и нейролептиков может влиять на секрецию слюны, снижение которой обуславливает повышенную повреждаемость слизистой оболочки полости рта.

Все вышесказанное диктует особенности стоматологического лечения пожилых людей. Поэтому при планировании стоматологических вмешательств обязательно необходимо учитывать возраст пациента, состояние полости рта, отношение его к предстоящему лечению, психическое и физическое здоровье, а также мобильность. Часто возникает необходимость идти на компромиссы при выборе методов лечения в связи с общим состоянием пациента и его ограниченной способностью выдерживать нагрузки.

У лиц пожилого возраста решающее значение имеет сохранение здоровья полости рта в целом (полноценная функциональность, эстетика, способность говорить).

Во избежание осложнений при анестезии и оказании стоматологической помощи лицам пожилого возраста необходимо провести тщательный сбор анамнеза, выявить возможные факторы риска и занести их в историю болезни.

В случае необходимости провести дополнительные обследования или консультации с лечащим врачом. При выборе средств для пре-

медикации и обезболивания следует выяснить аллергологический анамнез, учитывать психоэмоциональное и соматическое состояние пациента, объем, травматичность и продолжительность планируемого вмешательства.

При наличии общесоматических заболеваний надо с учетом возможных осложнений определить тактику и место (поликлиника, стационар) проведения вмешательства, во время которого необходимо осуществлять мониторинг функций дыхания и кровообращения, что повышает безопасность лечения у стоматолога. И, конечно же, следует избегать создания стрессовых ситуаций при проведении лечения пожилых людей (продолжительное время ожидания приема, шум, яркий свет, грубость, невнимательное отношение персонала), а также иметь все необходимое для оказания неотложной помощи и реанимации.

Премедикация у лиц пожилого возраста имеет своей целью создание благоприятной обстановки для больного, устранение чувства страха, расслабление, достижение анальгезии, профилактику тошноты и рвоты, уменьшение количества анестетика, блокирование избыточной секреции слюнных желез, снижение вероятности рефлекторной остановки сердца.

Достигается она у лиц пожилого возраста с учетом их общего состояния и психоэмоциональных особенностей.

У пожилых больных достаточно часто имеет место функциональная недостаточность кровообращения, снижены дыхательные функции, метаболизм и порог чувствительности дыхательного центра к углекислоте. Следовательно, седативные препараты следует назначать в небольших дозировках, не показано применение морфиноподобных препаратов, атропина. Можно использовать антигистаминные препараты.

Из группы транквилизаторов рекомендуется транквилизатор бензодиазепинового ряда – седуксен. Препарат оказывает выраженное седативное действие (подавляет чувство страха, тревоги).

Пациенты пожилого возраста относятся к лицам, имеющим факторы риска, поэтому при проведении им анестезии необходимо использовать наименее токсичные препараты, желательно с быстрым метаболизмом на основе артикаина, карпулированные анестетики Septanest 1:200000, Utracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), препараты без вазоконстриктора или с адреналином в концентрации не более 1:200000. Фелипрессин и прилокаин противопоказаны.

Ряд авторов считают ультракаин препаратом

выбора при стоматологических вмешательствах. Основанием к этому являются: быстрый и высокий эффект анестезии при достаточной длительности; минимальная дозированная концентрация вазоконстриктора, позволяющая исключить системную токсичность и уменьшить кровотечение; возможность введения при сопутствующей сердечно-сосудистой и другой патологии, при продленных блокадах в челюстно-лицевой области; низкий аллергический потенциал (аллергия к препарату составляет менее 0,00000012%).

При проведении восстановления разрушенных коронок зубов композиционными материалами необходимо учитывать возрастной дизайн улыбки. Так, улыбка у молодых характеризуется длинными центральными резцами, которые обычно длиннее, чем соседствующие с ними латеральные резцы, что придает им форму стандартного прямоугольника, в котором ширина составляет 60% или меньше от длины; у центральных резцов часто наблюдается неровный резцовый край (мамелоны), а также закругления мезиального и дистального углов.

С возрастом длина центральных резцов уменьшается и становится почти равной длине латеральных резцов и клыков. По мере укорочения центральных резцов, в то время как их ширина остается более или менее постоянной, их форма меняется от прямоугольной к квадратной, и соотношение ширины и длины составляет уже не 60, а 100% и более. Происходит притупление режущего края, стирание мамелонов, становятся более острыми мезиодистальные углы.

В процессе возрастных изменений зубов происходит декальцинация эмали, и она становится прозрачнее. Декальцинированная эмаль пропускает через себя больше света и отражается от более темного дентина, поэтому цвет зуба кажется темнее. На эмали более четко видны трещины. В зависимости от своей глубины трещины эмали имеют различную окраску: цвет дентина либо белесоватый.

Поэтому при пломбировании зубов на окончательной стадии реставрации при формировании эмалевых слоев пломбы необходимо композитную массу резко обрезать тонким инструментом и создать ступеньку, направленную в толщу зуба.

На боковую поверхность этой ступеньки нанести очень тонкий слой креатива, прижать следующей порцией эмалевой массы, создавая тончайшую нитевидную границу в толще эмали.

Для более естественного создания «пожилого» зуба трещины не должны быть единичными

и одинаковыми по своей глубине. Они должны располагаться в толще эмали хаотично, но параллельно друг другу.

Очень часто на окклюзионной поверхности зуба, а именно на верхушках бугров и валиков, встречаются меловидные вкрапления, которые при проведении реставрации создают с помощью специальных красителей.

При такой технике воссоздания анатомической формы зуба с учетом возрастных изменений можно добиться того, чтобы зуб не воспринимался как одиночно стоящий, а монолитно вписывался в общую картину зубного ряда, не нарушая его целостности.

Поскольку кариозные полости у пожилых лиц наиболее часто локализируются в пришеечной области, для замещения таких дефектов рекомендуется отдавать предпочтение компомерам. Батарейный эффект компомеров, хорошая адгезия к дентину и цементу помогает снизить чувствительность. Если у пациентов выражен процесс ретракции десны, то для пломбирования пришеечных дефектов могут быть использованы стеклоиономерные цементы, так как они не требуют предварительного протравливания и абсолютно инертны.

У лиц пожилого возраста пульпиты лечатся в основном хирургическими методами. Биологический метод, как и метод витальной ампутации, у данного контингента больных не используется. Из-за суженного просвета корневых каналов их эндонтическая обработка представляет определенные трудности, поэтому целесообразно использовать средства химического расширения корневых каналов.

При лечении заболеваний пародонта особое внимание должно быть уделено гигиене полости рта.

У пожилых пациентов, не способных обеспечить гигиену полости рта, на первом месте стоит профилактика с профессиональной чисткой зубов и проведение консервативной терапии. Однако необходимо отметить, что возраст сам по себе не является противопоказанием для хирургического вмешательства на тканях пародонта.

Принципы и методики пародонтальной хирургии для всех возрастов взрослого населения одинаковы. Однако обязательным для пациентов пожилого возраста является систематическое лечение пародонта с регулярными повторными вызовами пациентов, инструктажом по гигиене ротовой полости, ремотивацией пациента и профессиональной чисткой зубов.

Потеря зубов в результате осложнений ка-

риеса и болезней пародонта определяет высокую потребность в протезировании. При этом встречаются все виды дефектов зубных рядов, требующие их замещения, хотя значительно чаще – концевые дефекты 1-го и 2-го классов по Кеннеди; достаточно часто на челюсти остаются одиночно стоящие зубы или корни зубов (4-й класс по Гаврилову).

Сложность изготовления несъемных и съемных конструкций зубных протезов обусловлена подвижностью зубов, оголением корней, отсутствием значительного числа зубов, особенно моляров. Протезирование съемными протезами затруднено ввиду возрастных патологических изменений альвеолярного отростка. Не следует стремиться к удалению последних сохранившихся зубов или корней, необходимо принять все меры к их сохранению и использованию для фиксации протезов, в том числе с применением внутрикорневых аттачменов.

Таким образом, проведенное нами обследование населения пожилого возраста трижды с интервалом около 10 лет (1984, 1998, 2008 гг.) показало, что реформирование здравоохранения особенно тяжело сказалось на лицах пожилого возраста, как наиболее уязвимой части населения.

Сравнение показателей стоматологического здоровья с 1984 по 2008 год указывает на тенденцию к его ухудшению. К пожилому возрасту (65–74 года) каждый житель Севера теряет в среднем 26 зубов, 37% северян полностью беззубые, у 94% нарушена функция жевания из-за отсутствия 20 и более зубов.

Большую тревогу вызывает низкий уровень гигиены полости рта. Показатели стоматологического здоровья весьма далеки от тех, которые Всемирная организация здравоохранения определила как целевые и достижимые к 2010 и 2015 годам.

С ростом стоматологической заболеваемости увеличивается потребность в стоматологических материалах, растут затраты на стоматологическую помощь.

Поэтому государство, местные власти должны четко определить пути обеспечения доступности всех видов стоматологической помощи для пожилого населения.

Оказание помощи пожилым людям имеет свои особенности, которые необходимо учитывать стоматологам.

ЧАСТОТА И ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПОЖИЛЫХ МИГРАНТОВ КРАЙНЕГО СЕВЕРА В НОВЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

ЯСКЕВИЧ Роман Анатольевич

Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. Ф.В. Войно-Ясенецкого
г. Красноярск

Проблема тревожно-депрессивных расстройств является одной из наиболее актуальных проблем современного общества. Депрессивные расстройства формируются у лиц разных возрастных групп, но у лиц пожилого возраста они наблюдаются гораздо чаще, чем в другие периоды жизни [20, 21].

По результатам ранее проведенных эпидемиологических исследований частота случаев депрессивных расстройств, требующих медицинского вмешательства, у лиц в возрасте 65 лет и более достигает 10,0%, в то время как среди населения в целом этот показатель составляет 5,0% [8].

По данным более поздних исследований, частота депрессий у лиц пожилого возраста в первичной медико-санитарной сети составляет от 9 до 45% [6, 9, 15, 19, 21].

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что депрессия негативно влияет на состояние здоровья пожилых людей, затрудняет течение соматических заболеваний, выступает фактором риска госпитализации и повышает риск летального исхода [14]. Следует также учитывать, что депрессия серьезно влияет на адаптационные возможности пациента и качество жизни [16, 19, 28].

В настоящее время установлено, что важными факторами, связанными с миграционными процессами, являются изменения в состоянии здоровья мигрирующих масс населения, особенно со стороны сердечно-сосудистой системы [10, 23, 27]. Климатические условия играют определенную роль в реадaptации организма человека в новых условиях проживания [11].

И несмотря на то что вопросам реадaptации жителей Крайнего Севера с переездом на новое место жительства в другие климатические условия посвящено крайне небольшое число работ [4, 5, 10, 12, 18, 24, 25, 23, 27, 29], важность изучаемой проблемы остается актуальной.

В ходе переселения перед мигрантами Крайнего Севера встают как задачи социально-экономического обустройства и проживания

на новой для них территории, так и комплекс медико-психологических проблем, связанных с адаптацией к новым для них климатическим условиям [4, 24, 25, 29].

Смена постоянного места жительства является стрессующим фактором, так как наряду с климатическими условиями изменяются и социальные факторы [24, 25]. Обусловленные сменой места работы или уходом на пенсию снижение уровня жизни, необходимость менять многие старые привычки, потребности и установки приводят к нарушению социальной реадaptации [10, 12, 27].

В свою очередь, социальная дезадаптация является основной причиной возникновения психосоматической патологии [7].

Показано, что высокий уровень тревожности в процессе реадaptации мигрантов Крайнего Севера к условиям средних широт выявлялся среди 55,5% обследованных и имел тенденцию к росту с возрастом [18].

В свою очередь, научно обоснованные регламентные сроки выезда в другие климато-географические зоны и выбор регионов, куда целесообразен переезд жителей Крайнего Севера, с меньшей платой за реадaptацию позволяют упорядочить обратную миграцию в южные районы страны, а своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий на различных этапах адаптационного процесса снизят заболеваемость некоренного населения Крайнего Севера [10, 27].

В связи с чем большой интерес вызывает изучение психосоматического статуса у пожилых мигрантов Крайнего Севера с артериальной гипертонией во время реадaptации к новым климатическим и социально-экономическим условиям, что позволит выявить и оценить объективные данные о нарушении и динамике состояния здоровья этих пациентов.

Цель исследования: оценить частоту и выраженность тревоги и депрессии у пожилых мигрантов Крайнего Севера в новых климато-географических условиях

Материал и методы исследования: в исследование было включено 161 пациент пожилого возраста (60–74 года – по классификации ВОЗ, 1963 г.) с артериальной гипертонией (АГ) II – III стадии (по рекомендациям ВНОК–2010, ESH/ESC–2009), средний возраст 66,02 лет (95% ДИ: 64,8–67,2). Обследуемые были распределены на основную и контрольную группы.

Основную группу составили мигранты Крайнего Севера (107 чел., средний возраст – 67,8 лет (95% ДИ: 66,8–68,8)), прибывшие в южные регионы Центральной Сибири, контрольную – лица, проживающие в городе Красноярске (54 чел., средний возраст – 69,3 года (95% ДИ: 67,2–71,4)), группы по возрасту не отличались ($p=0,19$).

Клиническое обследование больных включало: врачебный осмотр, анкетирование, двукратное измерение артериального давления, эхокардиографию, лабораторные исследования, комплексное аудиологическое обследование с определением тональной пороговой аудиометрии.

Для выявления и оценки тяжести тревожно-депрессивных расстройств использовалась валидизированная в России госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS (The Hospital Anxiety and Depression scale) разработанная в 1983 г. Zigmond A.S. и Snaith R.P. [30]. Надежность, высокая чувствительность и специфичность русской версии которой были установлены ранее [1].

Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: подшкала А – «тревога»: нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13; подшкала D – «депрессия»: четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа.

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (А и D), при этом выделяются 3 области значений: от 0-7 баллов – норма, 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Исследование соответствовало этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» (2000 г.) и с Правилами клинической практики в Российской Федерации, утвержденными Приказом Минздрава РФ № 266 (2003 г.) и про-

водилось в соответствии с информированным согласием на участие.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 6.1. Полученные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (25-й и 75-й процентиля), средней величины и доверительного интервала.

Две независимые группы сравнивались с помощью U-критерия Манна–Уитни, Анализ различия частот в двух независимых группах проводился при помощи точного критерия Фишера с двусторонней доверительной вероятностью, критерия χ^2 с поправкой Йетса. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. При оценке индивидуальной выраженности тревожной симптоматики было установлено, что симптомы тревоги разной степени выраженности отмечались у 44,3% обследуемых мигрантов Крайнего Севера, при этом у 23,8% опрошенных они носили субклинический характер, у 20,5% – клинически значимый. В медикаментозной коррекции нуждалось 7,3% мигрантов, так как показатель выраженности клинических симптомов тревоги у них составил 16 и более баллов.

Среди пациентов контрольной группы симптомы тревоги отмечались у 51,8% обследованных, при этом у 31,4% опрошенных они носили субклинический характер, у 20,4% – клинически значимый уровень тревоги. Показатель выраженности клинических симптомов тревоги 16 и более баллов отмечался у 5,6±3,1% обследованных этой группы. Проведенные исследования показали, что усредненный балл по шкале тревоги среди пожилых мигрантов Крайнего Севера составил 7,8±0,4 балла, среди обследованных контрольной группы 7,8±0,87 балла, что соответствовало субклиническому уровню выраженности.

Результаты опросов по шкале HADS показали, что симптомы депрессии разной степени выраженности имелись у 54,1,9% обследованных мигрантов Крайнего Севера, из них у 33,6% – субклинического характера, у 20,5% – клинического. Симптомы депрессии разной степени выраженности имелись у 46,3% контрольной группы, а субклинически выраженная депрессия отмечалась у каждого четвертого пациента контрольной группы – 25,9%, клинически выраженный уровень депрессии у каждого пятого – 20,4%. Статистически значимых различий обследованные группы по сравниваемым показателям не имели.

Среди обследованных мигрантов Крайнего Севера и пациентов контрольной группы усредненный балл по шкале депрессии составил 7,8±0,3 балла у мигрантов и 7,6±0,48 балла в контрольной группе соответственно и имел субклиническую выраженность.

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой частоте встречаемости и выраженности тревожно-депрессивной симптоматики среди пожилых мигрантов Крайнего Севера с АГ и согласуются с результатами проведенных ранее крупных междисциплинарных [9, 15, 21] и небольших по объему отечественных [6, 20] и зарубежных [8, 26] исследований.

Известно, что одним из осложнений, связанных с АГ, является нейросенсорная тугоухость (НСТ) [3]. Последние годы характеризуются постепенным ростом числа лиц, страдающих хроническими заболеваниями и поражением органа слуха. Причем в 65–93% случаев из них отмечается НСТ, обусловленная в основном патологией внутреннего уха и головного мозга, что может быть связано с доминированием таких этиологических моментов, как АГ, атеросклероз, нарушения кровообращения в вертебробазилярном бассейне и влияние экологических факторов окружающей среды [3]. Долговременная потеря слуха постепенно формирует изменения психического статуса больного [4]. Появляется подозрительность, замкнутость, тревожность, агрессивность, неуверенность в себе, патологическая застенчивость. Трудности в общении приводят слабослышащего пациента к депрессии и повышенной тревожности [13, 22].

С целью изучения влияния НСТ на частоту и выраженность тревожно-депрессивных расстройств у пожилых мигрантов Крайнего Севера было проведено комплексное аудиологическое обследование.

По результатам обследования нейросенсорная тугоухость была выявлена у 63,8% обследованных мигрантов Крайнего Севера. В структуре нейросенсорной тугоухости среди мигрантов чаще встречалась НСТ II степени – 32,5% в сравнении с НСТ I степени – 20,0% ($p=0,034$) и НСТ III степени – 11,3% ($p=0,0003$) соответственно. НСТ IV степени, среди обследованных мигрантов Крайнего Севера выявлено не было.

Результаты опросов по шкале HADS обнаружили, что среди обследованных пожилых мигрантов Крайнего Севера показатели тревоги в среднем имеют субклиническую выраженность и составляют (8,11±0,58 балла) в группе слабослышащих мигрантов, а у контрольной груп-

пы (7,75±0,4 балла) соответственно, ($p=0,61$). По шкале HADS симптомы тревоги имелись более чем у 43% обследуемых пациентов с НСТ: среди которых практически поровну – по 11 (21,6%) отмечалась субклиническая тревога и клинически выраженная тревога.

У обследованных пожилых мигрантов Крайнего Севера показатели депрессии в среднем по шкале HADS имеют субклиническую выраженность и составляют (7,78±0,41 балла) у слабослышащих мигрантов, а у обследованных контрольной группы (7,75±0,61 балла) соответственно, ($p=0,71$). Симптомы депрессии выявлены у 26 (51%) пациентов с НСТ, при этом у 16 (31,4%) опрошенных отмечалась субклиническая депрессия, и у меньшего количества мигрантов с НСТ выявлялась клинически выраженная депрессия – среди 10 человек (19,6%).

Был проведен анализ показателей тревоги и депрессии среди пожилых слабослышащих мигрантов в зависимости от степени выраженности тугоухости. Отмечено, что у лиц с НСТ I ст. средний балльный показатель тревоги составил 6,4±0,68 балла, с НСТ II ст. – 9,0±0,84 балла и с НСТ III ст. – 8,67±1,76 балла соответственно.

При этом эти показатели у пожилых мигрантов с НСТ II и III ст. соответствовали субклинически выраженной тревоге. Также было выявлено, что среди пациентов с НСТ I ст. у 25% обследуемых отмечалась субклинически выраженная тревога, более чем у 6% пациентов с НСТ I ст. – клинически выраженная тревога. При НСТ II–III ст. количество лиц, имеющих клиническую выраженность тревоги возрастает до 30,8% у мигрантов с НСТ II ст. и до 33,3% у НСТ III ст. соответственно. При этом количество лиц с субклинической выраженностью уменьшается: до 19,2% у мигрантов с НСТ II ст. и до 11,1% с НСТ III ст. соответственно.

Средний балльный показатель депрессии у мигрантов Крайнего Севера составил 6,62±0,68 балла, с НСТ II ст. – 8,23±0,59 балла и с НСТ III ст. – 8,56±0,91 балла соответственно. У лиц с более тяжелыми формами НСТ (II–III ст.) эти показатели соответствовали субклинической выраженной депрессии.

Было установлено, что среди слабослышащих мигрантов Крайнего Севера депрессия чаще встречалась у лиц с НСТ III ст. – 66,7%, в сравнении с НСТ II ст. (57,7%) и НСТ I ст. (31,3%). Субклиническая депрессия выявлена у 55,6% пациентов с НСТ III ст., с НСТ II ст. у 34,6% и с НСТ I ст. у 12,5% обследованных соответственно.

Однако клинически выраженная депрессия

у лиц с НСТ III ст. встречалась реже (11,1%), в сравнении с НСТ I (18,8%) и II ст. (23,1%).

Анализ показателей тревоги и депрессии по шкале HADS у пожилых слабослышащих мигрантов Крайнего Севера продемонстрировал наличие признаков клинически выраженной тревоги у каждого пятого пациента, практически у такого же числа больных – признаков субклинической тревоги.

Симптомы депрессии имелись более чем у половины пациентов: у трети опрошенных слабослышащих мигрантов Крайнего Севера отмечалась субклиническая депрессия, у каждого пятого пациента – клинически выраженная депрессия. Полученные нами данные сопоставимы с результатами Российского многоцентрового исследования КОМПАС (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в практике врачей общесоматического профиля), по результатам которого распространенность депрессивных расстройств в общей популяции достигает 45,9% [2, 21].

По шкале HADS симптомы депрессии были выявлены более чем у 66,7 % пациентов с НСТ III ст. в сравнении с лицами, имеющими НСТ I и II ст. (31,3% и 57,7%), что было сопоставимо с результатами исследования Субботиной М.В. и соавт. [17], в котором проявления тревоги и депрессии были выявлены у 64% больных со снижением слуха. При этом авторами исследования было отмечено, что возникновение у лиц с тугоухостью тревоги и депрессии зависело от возраста и степени тугоухости (количество случаев возрастало с увеличением степени НСТ) и не зависело от пола обследуемых.

Проведен анализ зависимости тревожно-депрессивной симптоматики у пожилых мигрантов Крайнего Севера от возраста и пола. Установлено, что в возрастной группе 60–69 лет 25,0% опрошенных мигрантов имели симптомы тревоги субклинического характера, 17,9% – клинического. Среди опрошенных мигрантов возрастной группы 70 лет и старше у 17,5% они носили субклинический характер, у 22,5% – клинически значимый. Симптомы депрессии разной степени выраженности также имели зависимость от возраста мигрантов. Субклинически выраженная депрессия отмечалась чаще в возрастной группе 60–69 лет в сравнении с группой 70 лет и старше – 41,8% и 32,5% соответственно. При этом клинически выраженные уровни депрессии отмечались чаще в возрастной группе 70 лет и старше в сравнении с группой 60–69 лет – 25,0% и 20,0% соответственно.

Среди пациентов контрольной группы в возрасте 60–69 лет симптомы тревоги субклинического характера были выявлены у 18,7% обследуемых, клинического характера – у 31,3% соответственно. В группе 70 лет и старше данные показатели имели следующие значения: 35,0 и 30,0 баллов.

Выявлены гендерные особенности психосоматического статуса у мигрантов Крайнего Севера. Среди мужчин мигрантов показатель выраженности клинических симптомов тревоги был ниже чем у женщин-мигрантов – 5,5 и 8,7 баллов ($p=0,000018$) соответственно. У мужчин симптомы тревоги разной степени выраженности отмечались у 34,3% обследованных, при этом у 14,3% отмечался субклинический выраженный уровень тревоги, у 2,9% – клинически выраженный уровень.

Среди женщин-мигрантов Крайнего Севера симптомы тревоги отмечались у 55,2% обследуемых, при этом субклинически и клинически значимые уровни тревоги составили 27,6% ($p=0,18$) и 27,6% ($p=0,012$) соответственно.

Усреднённый балл по шкале депрессии так же был ниже среди мужчин мигрантов в сравнении с женщинами – 6,0 и 8,5 баллов соответственно ($p=0,0003$). При оценке индивидуальной выраженности тревожной симптоматики было установлено, что симптомы тревоги разной степени выраженности отмечались у 34,3% обследуемых мужчин, при этом у 22,8% мигрантов мужского пола они носили субклинический характер, у 11,5% мужчин – клинически значимый. Среди женщин симптомы депрессии разной степени выраженности имелись у 62,1%, из них 37,9% – субклинического характера ($p=0,16$) и 24,2% – клинического ($p=0,18$).

Анализ показал, что частота встречаемости тревожно-депрессивной симптоматики у мигрантов Крайнего Севера увеличивается с возрастом. Женщины мигранты подвержены депрессии в 1,8 раза чаще, тревоге – в 3,2 раза чаще, чем мужчины.

Похожие гендерные и возрастные закономерности были отмечены и в других исследованиях. [7, 16, 21, 28]. Но в отдельных исследованиях [6] гендерных различий в распространенности депрессии и тревоги среди пациентов пожилого возраста с АГ не выявлено.

Выводы:

1. У пожилых мигрантов Крайнего Севера с АГ выявлена высокая частота встречаемости тревожно-депрессивной симптоматики, частота и выраженность которой увеличивается с воз-

растом, при этом женщины мигранты Крайнего Севера подвержены депрессии в 1,8 раза чаще, тревоге – в 3,2 раза чаще, чем мужчины.

2. Установлено, что у пожилых слабослышащих мигрантов Крайнего Севера признаки клинически выраженной тревоги имелись у каждого пятого пациента и у такого же числа больных имелись признаки субклинической тревоги.

Симптомы депрессии имелись более чем у половины пациентов с нейросенсорной тугоухостью: у трети опрошенных пожилых слабослышащих мигрантов Крайнего Севера отмечалась субклиническая депрессия, у каждого пятого пациента – клинически выраженная депрессия. При этом выраженность депрессии имела зависимость от степени тугоухости.

Литература

1. Андрищенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессии в общей популяции. Журн. неврол. и психиат. – 2003. – №5. С. 11 – 17.
2. Дробижев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общей популяции и потребность в психотерапии. Психиатрия и психотерапия. – 2002. – №5. – 175–180.
3. Евдокимова А.Г., Юнко С.А., Гунчиков М.В. Артериальная гипертензия и нейросенсорная тугоухость: актуальность проблемы и особенности лечения (фокус на олмесартан) // Медицинский совет. – 2015. – № 2. – С. 46–51.
4. Игнатова И.А., Зайцева О.И., Покидышева Л.И., Пуликов А.С., Москаленко О.Л. Взаимосвязь патологии слуха с эмоциональным состоянием мигрантов Севера. В мире научных открытий. Серия: Проблемы науки и образования. – 2012. – № 2.4(26). – С. 261–272.
5. Игнатова И.А., Яскевич Р.А., Шилов С.Н., Покидышева Л.И. Показатели качества жизни у слабослышащих мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям // Российская оториноларингология. – 2013. – № 6 (67). – С. 66–71.
6. Ларева Н.В., Валова Т.В. Тревога и депрессия у больных пожилого возраста, страдающих артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). – 2013. – Т. 117. № 2. – С. 53–56.
7. Лобова В.А., Буганов А.А. Клинико-эпидемиологическая оценка аффективной сферы у северян разных этнических групп в Ямальском регионе // Экология человека. – 2007. – № 7. – С. 43–47.
8. Марута Н.О., Панько Т.В. Клініко-психопатологічні особливості депресій та їх терапія у осіб похилого віку // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19. вип. 1(66). – С. 66–72.
9. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др.

др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей популяции. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. – 2004. – №9. – С. 1–8.

10. Поликарпов Л.С., Деревянных Е.В., Р.А. и др. Особенности процесса реадaptации к новым климатическим условиям больных с артериальной гипертонией проживавших длительное время в условиях Крайнего Севера // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3; URL: www.science-education.ru/117-13336

11. Поликарпов Л.С., Лапко А.В., Хамнагадаев И.И., Яскевич Р.А. Метеотропные реакции сердечно-сосудистой системы и их профилактика. Новосибирск: Наука, 2005. – 196 с.

12. Поликарпов Л.С., Хамнагадаев И.И., Яскевич Р.А., Деревянных Е.В. Артериальная гипертония (распространенность, профилактика, адаптация и реадaptация к различным экологическим условиям // Красноярск: Издательство КрасГМУ, 2010. – 289 с.

13. Рокотов С.В. Патопсихологические механизмы формирования пограничных психических расстройств у лиц с нейросенсорной тугоухостью. Медицинская психология 2007. – Т2, №2. – С.84–89.

14. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В., Психокордиология. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 784 с.

15. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Бурлаков А.В. и др. Депрессии и возможности их лечения в общей популяции (предварительные результаты программы ПАРУС) // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 2. – С.25–30.

16. Сосницкая Д.М., Байдина Т.В. Качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией старческого возраста с нарушениями статического равновесия и социально-психологические предпосылки формирования эмоционально-аффективных расстройств // Электронное научное издание «Современные проблемы науки и образования». 2013. № 2. URL: <http://www.science-education.ru/108-8661>.

17. Субботина М.В., Лавренчук В.В., Салагубова К.А., Некрасова О.А., Косьминова К.С. Проявления тревоги и депрессии при тугоухости // International Journal on Immunorehabilitation. – 2010. – №2. – 183.

18. Турчинский В.И. Ишемическая болезнь сердца на Крайнем Севере. – Новосибирск: Наука, 1980. – 279 с.

19. Федоришина О.В., Протасов К.В., Куклин С.Г. Тревога, депрессия и качество жизни у больных артериальной гипертензией трудоспособного возраста // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). – 2013. – Т. 121. № 6. – С. 58–61.

20. Филимонова Л.А., Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А. Психосоматические проблемы пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 3-0. С. 106.

21. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью

сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования // Кардиология. – 2007. – № 3. – С. 28–37.

22. Шахова Е.Г. Социальные аспекты сенсоневральной тугоухости. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета 2006; 1: 62–66.

23. Эверт Л.С. Артериальная гипертония у детей в различных климато-географических регионах Сибири // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – Т. 54, № 6. – С. 109–110.

24. Яскевич Р.А., Деревянных Е.В., Поликарпов Л.С. и др. Оценка качества жизни у пожилых мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 4. – С. 652–657.

25. Яскевич Р.А., Хамнагадаев И.И., Деревянных Е.В. и др. Тревожно-депрессивные расстройства у пожилых мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27, № 4. – С. 672–677.

26. Ganatra H.A., Zafar S.N., Qidwai W., Rozi S. Prevalence and predictors of depression among an elderly population of Pakistan // Aging Ment. Health. – 2008. – V.12. N3. P. 349–56.

27. Polikarpov L.S., Yaskevich R.A., Derevyannich E.V. et al. Re-adaptation of patients with arterial hypertension long-term residents of the Far North to new climatic conditions // Int. J. Circumpolar Health. – 2013. – Vol.72. – Suppl. 1. – P. 337–339.

28. Strine T.W., Chapman D.P., Kobau R., Balluz L. Associations of Self-Reported Anxiety Symptoms with Health-Related Quality of Life and Health Behaviors // Social Psychiatry, Psychiatry, Epidemiology. – 2005. – V.40. N6. – P. 432–438.

29. Yaskevich R.A., Derevyannich E.V., Polikarpov L.S. et al. Estimation of the Quality of Life in Elderly Migrants of the Far North in the Period of Readaptation to New Climatic Conditions // Advances in Gerontology. – 2014. – Vol.4,N3. – P. 213–217.

30. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta. Psychiatr. Scand. – 1983. – V. 67. – P. 361–370.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Бальжанова А.Б.	
Особенности социального самочувствия пожилых людей в Республике Бурятия	3
Башкирёва А.С., Вылегжанин С.В., Качан Е.Ю.	
Перспективы реализации стратегии действий в интересах граждан старшего поколения В Российской Федерации	8
Башкирёва А.С., Вылегжанин С.В., Качан Е.Ю.	
Предпосылки и перспективы развития гериатрической помощи населению Ленинградской области	15
Белякова И.В., Модянов Н.Ю., Черноземова А.В.	
Особенности проводимой антикоагулянтной терапии у пожилых пациентов на поликлиническом этапе	20
Бобылева Н.И.	
Домашние животные как социокультурное средство преодоления чувства одиночества у людей пожилого возраста	24
Бондаренко Е.Г., Ишекова Н.И.	
Этапность и комплексность медицинской реабилитации для пожилых людей	30
Варакина Ж.Л., Любова А.Н.	
Диспозиция лиц пожилого возраста в условиях изменения климата	32
Виноградова И.А., Горанский А.И., Жукова О.В.	
Старение, возрастная патология и мелатонинергическая система	35
Воробьев П.А., Воробьев А.П., Воробьев М.П., Везикова Н.Н., Барышева О.Ю., Краснова Л.С.	
Проект MeDiCase® для помощи пожилым жителям удаленных поселков	38
Воробьева Н.А., Воробьева А.И., Зимичева Ю.А., Щапков А.А.	
Особенности формирования приверженности к терапии для пациентов старшей возрастной группы (на примере антикоагулянтного кабинета г. Архангельска)	41
Воюшина Е.А.	
Межпоколенные отношения как фактор, влияющий на достижение человеком вершины своего развития	45
Горанская С.В.	
Значение независимой системы оценки качества деятельности организаций и оказания социальных услуг в сфере социального обслуживания людей пожилого возраста	48
Григорьева И.А., Келасьев В.Н., Первова И.Л.	
Современные пожилые: сравнение взглядов молодежи и пожилых	52
Давыдов Е.Л., Ульянова И.О.	
Особенности антигипертензивной терапии в старших возрастных группах в крупном промышленном городе Восточной Сибири	57
Давыдов Е.Л.	
Проблемы приверженности к лечению артериальной гипертонии пациентов пожилого и старческого возраста в крупном мегаполисе Восточной Сибири	62
Давыдов Е.Л.	
Проблемы информационного обмена между пациентами пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией и медицинскими работниками в крупном промышленном центре Восточной Сибири: трудности и поиски решений	67
Данилова Р.И.	
О возможности и готовности открытия сетевой магистратуры по медико-социальной работе с лицами пожилого и старческого возраста в Северном (Арктическом) федеральном университете	71

Дёмин А.В., Мороз Т.П. <i>Характеристика движений центра тяжести у женщин 55–64 лет с риском развития гериатрического синдрома падений</i>	77	Попова Е.К., Архипова Н.С., Попов И.О. <i>Этнические особенности оценки факторов риска ИБС у геронтов, проживающих в условиях Крайнего Севера</i>	145
Депутат И.С., Грибанов А.В., Нехорошкова А.Н., Большевидцева И.Л. <i>Характеристика постоянного потенциала головного мозга у женщин пожилого возраста, проживающих в условиях Севера</i>	81	Постникова М.И. <i>Жизнестойкость пожилых людей в контексте отношений между поколениями</i>	147
Дерябина И.Н., Джос Ю.С., Меньшикова И.А. <i>Особенности вызванной биоэлектрической активности у лиц пожилого возраста с нарушением когнитивных функций</i>	83	Сафарова Г.Л., Сафарова А.А., Ильин Е.М., Галкина Н.А. <i>Сравнительный анализ динамики возрастной структуры Москвы и Санкт-Петербурга</i>	150
Есеева О.В. <i>Из истории призрения лиц пожилого возраста в Архангельской губернии</i>	87	Светличная Т.Г., Воробьева Н.А. <i>Гендерные стереотипы потребления медицинских услуг в пожилом возрасте</i>	156
Зимичева Ю.А., Воробьева Н.А. <i>Особенности обучения пожилых пациентов, получающих продленную антикоагулянтную терапию с позиции медицинской сестры</i>	90	Светличная Т.Г., Степанов Е.С., Харькова О.А. <i>Открытые биоэтические проблемы и отношение к ним пожилых людей</i>	161
Игнатова О.А., Меньшикова Л.И., Хабарова Л.Г. <i>Возрастная психология и конфликтология в обучении работников учреждений социального профиля</i>	92	Светличная Т.Г., Смирнова Е.А. <i>Постарение населения: анализ современных тенденций</i>	166
Корельская И.Е. <i>Оценка вегетативной регуляции функций у женщин пожилого возраста, постоянно проживающих в условиях высоких широт</i>	94	Смирнова М.А. <i>Комфортность городского пространства для пожилых людей (на примере города Архангельска)</i>	170
Котова М.Ю. <i>Ветеранская организация АГМИ – АГМА – СГМУ</i>	97	Соловьев А.Г., Пезешкиан Х., Голубева Е.Ю. <i>Психическое здоровье лиц пожилого возраста: социальная обреченность или управляемая перспектива?</i>	174
Кубышкина М.Л. <i>Эмоциональный опыт детства и совладающее поведение в пожилом возрасте</i>	102	Трошина Т.И. <i>«Ценность» стариков в народной культуре: исторический и региональный аспекты</i>	177
Кудря Л.И., Зорина А.А., Шрага М.Х. <i>К вопросу геронтообразования в программе подготовки бакалавров социальной работы</i>	105	Федулова А.Б. <i>Преимственность поколений в современной семье как условие сохранения традиционной культуры</i>	183
Кэрэуш Я.В., Нехорошкова А.Н., Депутат И.С., Большевидцева И.Л. <i>Сравнительная характеристика поведенческого реагирования в стохастической среде у мужчин и женщин пожилого возраста</i>	108	Цихончик Н.В. <i>Межпоколенные практики как ресурс социальной безопасности подрастающего поколения</i>	187
Лагойда Н.Г. <i>Генеалогия семьи и ее значение для современной молодежи (на материалах Республики Бурятия)</i>	110	Цыганова О.А. <i>Проблема оформления добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство у пожилых пациентов</i>	192
Макулина Е.Ю., Данилова Р. И. <i>Информационные технологии в социально-геронтологической работе</i>	118	Шемякина Н.Я., Бузинова Е.В. <i>Особенности хирургического лечения ишемической болезни головного мозга у пациентов старшей возрастной группы</i>	195
Микляева А.В. <i>Возрастная дискриминация и самодискриминация пожилых людей в семейных отношениях</i>	120	Щапков А.А., Воробьева Н.А. <i>Анализ рациональности лекарственной терапии у пожилых пациентов первой городской клинической больницы им. Е.Е. Волосевич (г. Архангельск)</i>	197
Мордовский Э.А., Соловьев А.Г., Санников А.Л. <i>Особенности социального статуса лиц пожилого возраста, оканчивающих свою жизнь в медицинской организации и на дому</i>	123	Юшманова Т.Н., Скрипова Н.В., Давыдова Н.Г., Поливаная Е.А., Юрьев Ю.Ю. <i>Стоматологическое здоровье людей пожилого возраста в Архангельской области</i>	200
Мороз Т.П., Дёмин А.В. <i>Особенности тревожности у женщин пожилого возраста с различными темпами старения</i>	125	Яскевич Р.А. <i>Частота и выраженность тревоги и депрессии у пожилых мигрантов Крайнего Севера в новых климатогеографических условиях</i>	207
Нагорнова А.Ю. <i>Специфика профессиональной подготовки социального работника к деятельности с людьми пожилого возраста</i>	128		
Окулова Ю.А., Голубева Е.Ю. <i>Независимая оценка социальных услуг населению пожилого возраста в Архангельской области</i>	138		
Ондар У.О. <i>Точки роста в ситуации выживания, или Как выжить пожилому человеку в глубинке</i> ...	143		

16+

ПРОБЛЕМЫ ГЕРОНТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ПРОЖИВАНИЯ В ПРИАРКТИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ

*Сборник статей
всероссийской научной конференции «Серебряный возраст»:
проблемы геронтологии в условиях проживания в приарктическом регионе*

8–9 сентября 2016 года
г. Архангельск

Главный редактор и ответственный составитель – *проф. Н.А. Воробьева*

Выпускающий редактор – *Т.В. Овчинникова*

Корректор – *Л.А. Калининцева*

Обложка – *П.А. Заросликова*



.....
Издательский оригинал-макет –
Литературно-издательский центр «ЛОЦИЯ»
г. Архангельск, ул. Поморская, 34.
Тел.: +7 (952)308-17-43, факс: 8(8182)65-42-37
www.lotsiya.ru, e-mail: lotsiya@yandex.ru
vk.com/lotsiya, facebook.com/lotsiya
.....



Подписано в печать 17.08.2016.
Формат 60x90/8. Усл.-печ. л. 27. Тираж 200 экз.