

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Обособленное структурное подразделение
Российский геронтологический научно-клинический центр
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

***по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми в учреждениях
здравоохранения***

Коллектив авторов:

О.Н. Ткачева, д.м.н., профессор, зав. кафедрой болезни старения ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, директор ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, главный внештатный гериатр Минздрава России, **Н.К. Рунихина**, д.м.н., профессор кафедры болезни старения ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, зам. директора по научной и лечебной работе ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, **З.И. Кекелидзе**, д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный внештатный специалист-психиатр Минздрава России, заслуженный врач РФ, **Ю.В.Котовская**, д.м.н., профессор, зав. кафедрой кардиологии и персонифицированной медицины ФПК МР МИ РУДН, руководитель лаборатории сердечно-сосудистого старения ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, **Е.В. Макушкин**, д.м.н., профессор, зам. ген. директора по научной работе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, **Н.В. Шарашкина**, к.м.н., доцент кафедры болезни старения ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, старший научный сотрудник лаборатории гериатрии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, **В.С. Остапенко**, ассистент кафедры болезни старения ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, **Э.А. Мхитарян**, к.м.н., зав. лабораторией нейрогериатрии и когнитивных нарушений ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, старший научный сотрудник НИО неврологии НИЦ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, доцент кафедры болезни старения ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, **Т.М. Маневич**, к.м.н., научный сотрудник лаборатории нейрогериатрии и когнитивных нарушений ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, зав. отделением гериатрической неврологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, **Лесина Е.И.**

Методические рекомендации утверждены на расширенном заседании кафедры болезни старения факультета дополнительного профессионального образования, научных лабораторий ОСП РГНКЦ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России: лаборатории гериатрии, лаборатории сердечно-сосудистого старения, лаборатории биологии старения и биоинформатики, лаборатории возрастных метаболических эндокринных нарушений, лаборатории нейрогериатрии и когнитивных нарушений и кафедр ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России: кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, кафедры урологии и андрологии, кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии педиатрического факультета.

Рецензенты:

В.Н. Шабалин - академик РАН, д.м.н., профессор, президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, и.о. зам. директора по научной работе ФГБУ НИИ Общей патологии и патофизиологии, заслуженный деятель науки России.

Н.Н. Яхно - академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий НИО неврологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, профессор кафедры нервных болезней лечебного факультета.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение. Положение пожилых людей в современном обществе.....	4
2. Права пациентов и ответственность при оказании медицинской помощи.....	5
3. Особенности состояния здоровья в пожилом возрасте.....	7
4. Среда, не допускающая жестокого обращения.....	9
Жестокое обращение и его признаки.....	9
Особенности распознавания признаков жестокого обращения с пациентами, страдающими деменцией.....	13
Действия при нарушении прав пожилых пациентов.....	15
<i>Практическое руководство по профилактике случаев жестокого обращения с пожилыми людьми</i>	<i>18</i>
Список литературы.....	21
Приложение 1. Рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией.....	22
Приложение 2. Протокол регистрации случаев жестокого или пренебрежительного отношения к пациентам пожилого возраста.....	25

1. ВВЕДЕНИЕ. ПОЛОЖЕНИЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Во всем мире, благодаря улучшению условий жизни и прогрессивному развитию медицины, увеличивается доля пожилых людей и происходит глобальное старение населения. По оценке Организации Объединенных Наций (ООН), в 2050 г. более чем пятая часть населения будет приходиться на людей в возрасте от 60 лет и старше. В развитых странах доля пожилых людей будет самой высокой [15].

Демографическая ситуация в Российской Федерации (РФ) не является исключением. Согласно среднему варианту прогноза, численность населения РФ старше трудоспособного возраста увеличится с 2016 года по 2025 год с 24,6% до 27% и составит 39,9 млн. человек. На протяжении последних 10-ти лет отмечается закономерный рост продолжительности жизни населения - с 67,6 лет в 2007 г. до 71,9 года в 2016 г. Увеличение доли людей старшего возраста определяет изменения в ряде других демографических и экономических показателей, свидетельствует о необходимости внесения поправок в пенсионное законодательство, объемы социального обеспечения и медицинской помощи. Так, например, если в 2007 г. на 1000 человек трудоспособного возраста приходилось 330 человек старше трудоспособного возраста, то на начало 2016 г. - уже 427 человек. Сегодня в России среди лиц старше трудоспособного возраста более 8 млн. являются инвалидами, 6,4% от общего числа получателей социальных услуг нуждаются в получении на дому процедур по уходу, из них 62,2% полностью прикованы к постели.

В силу особенностей физического и психологического состояния, снижения функционального статуса, изменения социального и материального положения, пожилые люди становятся более зависимыми и уязвимыми. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), каждый десятый пожилой человек ежемесячно подвергается плохому обращению [6]. Предпосылки к проявлению невнимания к потребностям, неподобающего или жестокого обращения с ослабленными пожилыми людьми возникают повсеместно. Чаще всего подобные ситуации происходят там, где люди живут или находятся в течение длительного времени. Проживающие дома пожилые люди, нуждающиеся в уходе в последние годы жизни, повышают физическую, психологическую и материальную нагрузку на членов семьи. Находящиеся в медицинских или социальных учреждениях лица старшей возрастной группы зачастую имеют наиболее тяжелые проблемы со здоровьем и требуют повышенного внимания со стороны персонала, трудоемкого круглосуточного или специализированного ухода, психологической поддержки и участия.

Роль, которую играют пожилые люди в современном обществе и в жизни семьи, сложно переоценить. Не разрушающаяся связь поколений, возможность передать традиции и ценный жизненный опыт, мудрость пожилых людей и вместе с тем потребность в уважении к ним и соответствующей опеке — явления, характерные для российской культуры. Обеспечение здоровья и благосостояния в пожилом возрасте является приоритетным направлением развития нашего общества.

Жестокое обращение с пожилыми людьми снижает качество их жизни, пагубно сказываясь на физическом и психическом состоянии, усугубляет течение имеющихся заболеваний. С целью пресечения насилия необходима организация работы на долгосрочной основе, направленной на повышение профессионализма сотрудников медицинских и социальных учреждений, повышение информированности всех участников, осуществляющих уход за пожилыми людьми, самих пожилых людей и их родственников о необходимости выявлять жестокое обращение и противодействовать ему.

Организация Объединенных Наций объявила 15 июня Всемирным днем распространения

информации о злоупотреблениях в отношении пожилых людей. В настоящее время большое внимание уделяется разработке эффективных средств борьбы против финансовой и материальной эксплуатации пожилых людей, а также рассматривается роль самих пожилых в этой борьбе [14].

В ряде стран развита система институтов по защите пожилых людей. В США она представлена Управлением делами старения (Administration on Aging), которое входит в состав Департамента здравоохранения и социального обеспечения. Организация была основана с принятием Закона о пожилых американцах в 1965 г. Целью Управления является информирование других федеральных структур, организаций и общества о вкладе, который пожилые люди приносят в жизнь нации, и вместе с этим привлечение внимания к потребностям этой уязвимой категории населения. Организация также способствует осведомленности пожилых и лиц, заботящихся о них, об особых льготах и услугах.

Национальный центр противодействия жестокому обращению с пожилыми людьми США (National Center on Elder Abuse), финансируемый Управлением, предоставляет актуальную информацию об исследованиях, обучении, даёт методические рекомендации специалистам, а также информирует общество в целом. Помимо данных структур, проблемой жестокого обращения с пожилыми людьми занимается ряд других некоммерческих организаций, таких как Национальный комитет по предотвращению жестокого обращения с пожилыми людьми (NCPEA).

В Евросоюзе данной проблемой занимается основанная в 2001 г. AGE Platform Europe, которая включает около 165 организаций, защищающих интересы пожилых людей в самых разных сферах.

Методические рекомендации в первую очередь ориентированы на сотрудников организаций здравоохранения, содержат информацию о правовых аспектах оказания медицинской помощи, особенностях состояния здоровья пожилых людей, повышающих их уязвимость к жестокому обращению. Также описываются признаки жестокого обращения, его возможные причины и ситуации, в которых существует риск насилия по отношению к пожилым людям. Сотрудникам медицинских учреждений предлагается алгоритм по профилактике и разрешению ситуаций, связанных с жестоким обращением с пожилыми людьми.

2. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Профессия врача испокон веков считается одной из самых гуманных и благородных. Внимание и уважение к каждому пациенту являются основой профессиональной этики. Пожилые люди чаще, чем другие возрастные категории населения, обращаются за медицинской помощью, проходят обследование и лечение в условиях поликлиник, стационаров, реабилитационных центров и санаториев. В некоторых случаях пожилые люди, имеющие ограниченные физические возможности, ошибочно воспринимаются неполноценными и в психическом плане. Распространенные в обществе стереотипы и стигматизация старости должны быть преодолены.

Пожилые люди имеют все те же права, что и остальные люди. В случае если они не достаточно компетентны для принятия определенных решений в отношении собственной судьбы, что может быть вызвано как медицинской неосведомленностью, так и расстройствами,

затрагивающими умственную деятельность, то они все равно вправе принимать решения в других сферах, в которых они способны это делать.

В Российской Федерации признаются и гарантируются права и свободы согласно общепризнанным принципам и нормам международного права. В соответствии с Конституцией каждый имеет право на жизнь, на свободу и на медицинскую помощь.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (статья 19), пациент имеет право на:

- 1) выбор врача и выбор медицинской организации;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 11) допуск священнослужителя и условия для проведения религиозных обрядов во время пребывания в стационаре.

Подчеркнем, что пациент имеет право не терпеть боль, если есть возможность её облегчить, а также право на возмещение вреда здоровью, который был причинен при получении медицинской помощи, право на допуск адвоката или иного представителя защиты, на выбор врача и лечебного учреждения. Право на личную неприкосновенность предполагает требование недопустимости какого-либо вмешательства извне в область индивидуальной жизнедеятельности, включающее в себя физическую (телесную), психическую и духовную неприкосновенность [1].

Стоит упомянуть право на неприкосновенность собственности. В соответствии с Конституцией каждый имеет право распоряжаться своим имуществом и может быть лишен его только по решению суда.

Родственники пациентов имеют право на посещение своих близких в отделении интенсивной терапии или в реанимации. В соответствии с письмом Министерства здравоохранения «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (реанимации)» от 30.05.2016г., при соблюдении правил и требований, предъявляемых к посетителям, родственники допускаются к пациенту и могут оказывать помощь в уходе за пациентом по личному желанию после проведения инструктажа.

В соответствии со статьёй 98 Федерального закона N 323-ФЗ, медицинские организации, медицинские и фармацевтические работники несут ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании медицинской помощи и обязаны возместить причиненный ущерб, что, впрочем, не освобождает от привлечения их к ответственности.

В сфере отношений между медицинскими работниками, пациентами и их родственниками, как и в любой социальной среде, может иметь место насилие. Так же, как и в

других профессиональных сферах, в медицинской среде могут совершаться преступления, касающиеся ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей. Некоторые связанные с насилием преступления попадают в область уголовного права (по Уголовному Кодексу РФ):

- 1) причинение смерти по неосторожности (ст. 109);
- 2) причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118);
- 3) умышленное причинение вреда здоровью - от легкого до тяжелого (ст. 111, 112, 115);
- 4) причинение вреда здоровью в состоянии аффекта (ст. 113) и при превышении пределов необходимой обороны (ст. 114);
- 5) неоказание помощи больному (ст. 124);
- 6) оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению (ст. 125, включает *старость* в число причин, ограничивающих способность принять данные меры);
- 7) незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (ст. 128);
- 8) нарушение неприкосновенности частной жизни – незаконный сбор или распространение сведений (ст. 137);
- 9) побои (ст. 116), истязания (ст. 117), преступления против половой неприкосновенности и половой свободы (гл. 18) и т.д.

Многие пожилые люди попадают в зону риска, так как являются физически или ментально ослабленными, а также зачастую страдают заболеваниями, усугубляющими их функциональное состояние. Зачастую пожилые пациенты медицинских учреждений недостаточно информированы о своих правах. Эти проблемы должны решаться созданием дружественной и открытой среды.

3. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Успешное старение – одна из основных психологических потребностей человека. В последние годы произошла смена представлений об успешном старении. Современное понимание этого термина стало значительно шире и включает психологическое, физическое и социальное здоровье, функционирование, удовлетворенность жизнью, чувство цели, финансовую стабильность, познание нового, достижения, внешний вид, деятельность, чувство юмора, духовность. Даже в очень преклонном возрасте люди сохраняют потребность в активной жизни и развитии. Физическая активность, любая деятельность, социальная интеграция способствуют успешному старению. Депрессия является наиболее значимым фактором, оказывающим отрицательное влияние на процессы старения.

Врачи всех специальностей, прежде всего общей практики и терапевты, должны понимать закономерные изменения, происходящие в организме стареющего человека, знать особенности ведения некоторых наиболее распространенных заболеваний и состояний, обладать навыками выявления синдрома старческой астении и других гериатрических синдромов. Ослабленные пожилые пациенты, т.е. пациенты с синдромом старческой астении, должны быть проконсультированы врачом-гериатром, пройти комплексную гериатрическую оценку, в ходе которой определяется не только общий уровень здоровья, но и функциональный, когнитивный, социальный статус человека.

Старческая астения («хрупкость», шифр по МКБ-10: R54) – ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Старческая астения сопровождается снижением

физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва, способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию, ухудшает прогноз состояния здоровья.

Старческая астения включает несколько десятков различных гериатрических синдромов, основными из которых являются падения, недостаточность питания, саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержание мочи, сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия (Приложение 1).

Психические расстройства являются существенным фактором, оказывающим негативное влияние на здоровье пожилых людей. По оценке ВОЗ, несмотря на то, что большинство пожилых людей психически здоровы, многие из них попадают в зону риска развития психических расстройств, имеющих неврологическую природу или связанных с употреблением психоактивных веществ. Зачастую психическим проблемам не уделяется должного внимания медицинскими работниками, родственниками пациентов и самими пациентами, а связанная с психическими болезнями стигма в нашем обществе усугубляет ситуацию. Дополнительными стресс-факторами в пожилом возрасте могут быть: ограничение подвижности, хроническая боль, слабость и немощность, более высокий риск утраты близкого человека, снижение социально-экономического статуса, зависимость от посторонней помощи. Данные факторы могут приводить к изоляции, утрате независимости, одиночеству и психологическому дистрессу [2].

Психическое и физическое здоровье взаимосвязаны между собой. Наиболее значимый вклад в ухудшение общего состояния здоровья пожилого человека вносят депрессия и деменция.

Деменция представляет собой тяжелые нарушения когнитивных функций - памяти, мышления, внимания, ориентации в пространстве, которые приводят к зависимости от посторонней помощи при выполнении повседневных функций, а также зачастую к изменениям в поведении. Чаще всего деменцией страдают пожилые люди, хотя развитие деменции не является нормальным процессом, сопровождающим старение [4]. С появлением деменции у пожилого человека члены его семьи могут оказаться под сильным физическим, эмоциональным и экономическим давлением. Большая нагрузка падает на лиц, осуществляющих уход за людьми с деменцией [2].

Депрессия — достаточно распространенное психическое расстройство, для которого характерны уныние, потеря интереса или радости, чувство вины и низкая самооценка, нарушения сна или аппетита, вялость и плохая концентрация внимания [3]. Депрессия может приводить к значительным страданиям и ограничивать повседневную активность. До 7% пожилых людей страдают униполярной депрессией. Диагностика депрессии может вызывать определенные трудности, так как её симптомы часто перекликаются с проявлениями других проблем, возникающими в пожилом возрасте [2].

Алгоритм ведения пожилых пациентов с синдромом старческой астении и другими гериатрическими синдромами представлен в Приложении 1. Пожилые люди, имеющие старческую астению, страдающие депрессией и деменцией, должны привлекать особое внимание медицинских работников, так как они являются потенциально уязвимой группой для жестокого обращения. Своевременное выявление и коррекция данных состояний способствует продлению периода независимого функционирования.

4. СРЕДА, НЕ ДОПУСКАЮЩАЯ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

Жестокое обращение и его признаки

Жестокое обращение с пожилыми людьми или насилие над ними часто определяется как любое действие или бездействие, которое причиняет вред пожилому человеку или подвергает риску его здоровье или благосостояние. Всемирная Организация Здравоохранения определяет жестокое обращение с пожилыми людьми как «совершение каких-либо разовых или повторяющихся актов или отсутствие надлежащих действий в рамках какой-либо семьи, где предполагается наличие доверительных отношений, что причиняет вред пожилому человеку или вызывает у него стресс» [6].

Выделяют следующие виды жестокого обращения:

- *физическое* насилие, связанное с причинением боли, нанесением травм, использованием физической силы, в том числе для ограничения свободы движения, для чего также могут быть использованы медикаментозные средства, неполноценное и неадекватное питание;
- *психологическое или эмоциональное* жестокое обращение, приводящее к психическим страданиям;
- *финансовое и материальное* насилие, подразумевающее незаконную или неуместную эксплуатацию или использование сбережений и имущества старых людей;
- *сексуальное насилие* — нарушение права человека на сексуальную неприкосновенность и свободу (подразумевается насильственный сексуальный контакт любого рода);
- *отсутствие ухода* — отказ или неспособность осуществлять уход за пожилым человеком, что может сочетаться с намеренным жестоким обращением с целью причинения физических и эмоциональных мучений [5]. На жестокое обращение может указывать несоответствующая сезону одежда и обувь, отсутствие необходимых технических средств реабилитации, очков, лекарственных препаратов.

Европейская экономическая комиссия ООН выделяет такой вид жестокого обращения с пожилыми людьми, как *дискриминация* - по возрастному, расовому признаку, по половой принадлежности или из-за ограниченных способностей [16].

Зависимость является предпосылкой для формирования жестокого обращения. Близкий человек или родственник может стать агрессором по отношению к ослабленному пожилому человеку. Когнитивные и физические нарушения у пожилых людей также могут являться факторами риска насилия со стороны совместно проживающих людей, а также сотрудников домов престарелых.

Жертвой насилия может стать любой из пожилых людей: как ослабленный, одинокий и социально уязвимый, так и живущий полной жизнью, самостоятельный и не требующий постоянного ухода.

Агрессорами по отношению к пожилым людям чаще всего выступают:

- 1) лица, осуществляющие уход – родственники (партнеры, дети и т.д.), медицинские сотрудники;
- 2) проживающие совместно с пожилым человеком люди, имеющие проблемы с психическим здоровьем - депрессию, алкогольную или наркотическую зависимость, а также уже совершавшие насилие;
- 3) лица, находящиеся в финансовой или эмоциональной зависимости от пожилого человека;
- 4) лица, имевшие ранее конфликтные взаимоотношения с пожилым человеком.

В качестве дополнительных факторов риска насилия выступают:

- социальная изоляция;
- социальное и финансовое неравенство;
- социальные и культурные нормы, включающие возрастные предубеждения, терпимость к насилию и неравенство полов.

Повышенный риск насилия по отношению к пожилым людям в медицинских и социальных учреждениях формируются при условиях существования низкого уровня подготовки и поддержки в коллективе, терпимости к насилию, недостаточного внимания к повседневным потребностям пожилых людей, а также при наличии неуважения к их независимости [7].

Канадская сеть организаций по предотвращению жестокого обращения с пожилыми людьми выделяет пять общих групп причин возникновения насилия в учреждениях:

1. **Несоответствие навыков персонала современным требованиям.** В связи с ростом продолжительности жизни и качества оказания медицинской помощи, в настоящее время в медицинские учреждения зачастую попадают значительно более «хрупкие», физически ослабленные пожилые люди, с большей вероятностью имеющие сниженные умственные способности, чем это было ранее.

2. **Дискриминация пожилых и нетрудоспособных людей,** примером чего может быть кража вещей пожилого человека, мотивированная тем, что «он в ней больше не нуждается».

3. **Системные проблемы** связаны, как правило, с недостаточной культурой и дефектами организации предоставления помощи, а также с терпимостью к насилию, отсутствием общего подхода к жестокому обращению и инструкций, невыполнением стандартов оказания медицинской помощи, со стрессом и профессиональным выгоранием персонала, нехваткой финансирования учреждения, текучестью кадров, негативной реакцией персонала на действия пожилых больных - например, при агрессии, исходящей от лиц с деменцией.

4. **Личностные особенности и черты характера персонала,** волонтеров, администрации или других лиц из окружения пожилых людей могут способствовать жестокому или пренебрежительному отношению, так как они могут оказаться сторонниками авторитарного подхода и наказаний или просто не любить находиться среди пожилых людей. Некоторые люди могут иметь проблемы личного характера, негативно влияющие на их работу, проблемы с психическим здоровьем или употреблением токсических веществ, но данный фактор может объяснять лишь незначительное количество случаев жестокого обращения и часто может быть устранен благодаря поддержке со стороны организации.

5. **Обособленность учреждения от общества** приводит к тому, что круг общения пожилых людей, находящихся в стационаре, ограничен контактами с персоналом и посетителями, которыми в основном являются родственники. В результате увеличивается риск того, что проблема будет скрыта или останется незамеченной [9].

При установлении факта жестокого обращения или подозрении на него необходимо своевременно обратиться в Службу социальной защиты и в правоохранительные органы. В Таблице 1 представлен перечень индикаторов жестокого обращения.

Таблица 1. Индикаторы жестокого обращения с пожилыми людьми по оценке ВОЗ [5]

Индикаторы, относящиеся к пожилому человеку:
<p><i>Физические индикаторы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - жалобы на жестокое физическое обращение - необъяснимые падения и травмы - ожоги и синяки в необычных местах или необычного вида - порезы, следы на пальцах или другие доказательства физического ограничения - избыточный или недостаточный прием лекарств - истощение или обезвоженность организма без связи с заболеванием - свидетельства неадекватного ухода или плохой гигиены
<p><i>Поведенческие и эмоциональные индикаторы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - изменение режима питания или проблемы со сном - страх, замешательство или покорный вид - пассивность, избегание людей или нарастающие симптомы депрессии - беспомощность, чувство безнадежности или беспокойство - противоречивые утверждения или другие противоречия в поведении, не связанные с психическим нездоровьем - нежелание говорить открыто - уклонение от физического или вербального контакта с попечителем, нежелание смотреть ему в глаза - изоляция пожилого человека
<p><i>Сексуальные индикаторы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - жалобы на сексуальное насилие - необъяснимые изменения в поведении - агрессия, избегание людей или нанесение себе увечий - частые жалобы на боль в животе или необъяснимые вагинальные или анальные кровотечения - повторяющиеся генитальные инфекции или синяки в области груди или гениталий
<p><i>Финансовые индикаторы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - частое снятие денег со счета, что нетипично для пожилого человека - снятие больших денежных сумм - изменение завещания или права собственности на имущество, в результате чего дом или имущество остаются новым друзьям или родственникам - потеря имущества - потеря драгоценностей или личных вещей - подозрительная активность с кредитной карточкой - отсутствие комфортной среды, которую пожилой человек мог бы себе позволить
Индикаторы, относящиеся к попечителю:

- попечитель выглядит усталым или испытывающим стресс
- попечитель кажется чрезмерно обеспокоенным или, наоборот, беззаботным
- попечитель обвиняет пожилого человека
- попечитель ведет себя агрессивно
- попечитель обращается с пожилым человеком как с ребенком
- попечитель имеет опыт злоупотребления алкоголем, наркотическими или другими психоактивными веществами
- попечитель не хочет, чтобы с пожилым человеком беседовали один на один
- у попечителя возникает оборонительная реакция, враждебность или уклончивость, когда ему задают вопросы
- попечитель ухаживает за пожилым уже долгое время

Врача также должна насторожить задержка между получением травмы или заболеванием и обращением за медицинской помощью, частое посещение отделений неотложной помощи из-за обострения хронического заболевания, несмотря на возможность домашнего лечения, а также обращение за помощью без главного попечителя [5].

К признакам жестокого обращения с пожилыми людьми следует отнести также агрессивное поведение пожилого человека, потеря интереса к занятиям, ранее приносившим удовольствие, а среди свидетельств неадекватного ухода - наличие пролежней [12].

Признаком финансового давления на пожилых людей может быть внезапное появление в окружении пожилого человека лиц, стремящихся добиться его расположения, мошенников, интерес к финансовым делам со стороны родственника, ранее не интересовавшегося этим вопросом. Медицинский персонал, опекуны и другие люди, работающие с пожилыми людьми, должны уметь определить финансовое давление, например, задавая вопросы о кредитах или фактах побуждения пожилых людей к подписанию каких-либо документов. Даже при отсутствии финансового давления подобные вопросы могут привести к обсуждению возможной угрозы с пожилыми людьми. Желательно, чтобы пожилые люди могли самостоятельно контролировать состояние своих финансов, а если они не способны этого делать в силу проблем со здоровьем, особенно в случае деменции, то необходимо крайне тщательно выбрать надежного человека для управления финансовыми делами [16].

Медицинские работники должны иметь представление об особенностях жестокого обращения с пожилыми людьми, проживающими дома. Существуют разные виды насилия. Жестокое отношение в семье может сформироваться ещё до того, как человек состарился, и может возникать в связи с увольнением, сменой семейных ролей или изменениями в сексуальных отношениях, развитием функциональных дефицитов и инвалидности.

В основном агрессорами выступают мужчины, некоторые из которых имеют алкогольную или наркотическую зависимость, причём эти люди часто являются супругами или сексуальными партнерами. В зоне риска находятся пожилые женщины, супруги или партнеры которых проявляли агрессию и в более молодом возрасте, а также женщины, начавшие отношения с агрессором в позднем возрасте. Среди характерных черт домашнего насилия следует выделить нарастание со временем частоты нанесения телесных повреждений и их тяжести, развитие чувства замешательства у жертвы, а также периоды повышенной напряженности после случаев жестокого обращения, за которыми может следовать открытое раскаяние агрессора [11]. Пожилые женщины подвержены жестокому обращению в большей степени, чем мужчины [13].

При насилии со стороны близких родственников (дети, внуки и др.) пациенты нередко скрывают сам факт насилия, так как стыдятся этого и не хотят уголовного преследования для

своих родственников. Нередко дети - люди с алкогольной или наркотической зависимостью, психически неуравновешенные, подвергают пожилых беспомощных родителей насилию, но родители, защищая детей, умалчивают о фактах насилия в доме и придумывают другие, более приемлемые с их точки зрения объяснения. Пациенты также боятся, что после раскрытия правды ситуация станет еще хуже.

В медицинских и других учреждениях, в которых оказывается помощь пожилым людям, также существует риск жестокого обращения, причём так же, как и при насилии дома, оно может иметь системный характер.

Пожилые люди оказываются под психологическим давлением тогда, когда с ними обращаются, как с детьми (инфантилизация) и их желания игнорируются. Рутинная работа и отсутствие эмпатии могут создать риск жестокого обращения или пренебрежения. Примером может послужить использование памперсов вместо того, чтобы помогать пожилым людям пользоваться туалетом, из-за недостатка персонала либо отсутствия желания. К систематическому пренебрежительному отношению следует отнести также избыточный или недостаточный приём лекарственных средств, неадекватное применение физических или медикаментозных ограничительных мер, кражи личных вещей пожилых людей из-за плохих условий хранения [9].

Особенности распознавания признаков жестокого обращения с пациентами, страдающими деменцией

Диагностика жестокого обращения представляет особую трудность у пациентов, страдающих деменцией, из-за имеющихся у них нарушений восприятия, речи, мышления, памяти, внимания и интеллекта. Пожилой пациент с деменцией не всегда может запомнить факт жестокого обращения, рассказать о нём, точно сформулировать проблему, он может быть запуган или введен в заблуждение.

Следует учитывать, что у пожилых пациентов с когнитивными расстройствами нередко имеются проявления галлюцинаторно-бредового синдрома (наиболее часто – бред ограбления, ущерба, нередко – бред ревности и преследования), депрессия, тревога, и врач должен обладать знаниями и навыками по проведению дифференциального диагноза между реальным жестоким обращением с пожилым человеком и бредово-галлюцинаторным синдромом у пожилого пациента с деменцией.

Совокупность признаков при сборе анамнеза, беседа с пациентом с глазу на глаз, наблюдение за больным и ухаживающим лицом, могут позволить заподозрить жестокое обращение с пожилым пациентом.

Признаки физического насилия над больными с деменцией включают ранее приведённые признаки - физические, поведенческие и эмоциональные, сексуальные, финансовые и относящиеся к попечителю. Специфика может проявляться в тяжести повреждений или усиленной эмоциональной реакции пожилого человека, вплоть до плаксивости. Также следует особо внимательно относиться к фактам частых госпитализаций в связи с травмами и повреждениями, быстрого, вопреки предварительным прогнозам, ухудшения течения хронических заболеваний, обращения за помощью без ухаживающего лица.

Врач, заподозрив жестокое обращение, должен проводить беседу в отсутствии посторонних лиц и прямо спрашивать больного, не подвергался ли он насилию. Чаще всего пациенты жалуются на физическое нападение, избивание, недостаточное питание, отсутствие помощи в гигиенических процедурах, оставление без лекарств. Поведенческие и

эмоциональные нарушения у пациента с деменцией могут включать аутоагрессию и самоповреждение.

Для оценки степени хронической боли у пациента на ранних стадиях деменции, при относительной сохранности речи и способности к коммуникации может применяться визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ), десятибалльная рейтинговая шкала боли или Faces Pain Scale (FPS) [17]. При тяжелой деменции о наличии болевого синдрома могут свидетельствовать [8]:

1) изменение мимики пациента (grimаса страдания, частое моргание, зажмуривание, наморщивание лба, сжимание зубов), слезотечение;

2) вербализации, вокализации (стонет, ноет, кричит, ругается);

3) движения тела: сжимает кулаки, поджимает ноги, изменение походки (хромает), держится за больное место, покачивается в кровати, напряженная, ригидная поза;

4) изменение межличностных взаимодействий (прекращение вербального и невербального общения, агрессивное поведение, нарушение контроля над тазовыми функциями, асоциальное поведение);

5) изменение паттернов бытовой активности и обычного поведения (отказ от еды, нарушение сна, не хочет вставать с постели, одеваться, гулять, нарушение навыков гигиены);

6) изменение психического статуса (плаксивость, возбуждение, апатия, озлобленность, появление нарушений сознания).

В случае недостаточного внимания к поведенческим симптомам, указывающим на хроническую боль у больного с деменцией, может иметь место лишнее, нецелесообразное лечение антипсихотическими препаратами [17].

Существует ряд признаков, которые могут указывать на наличие галлюцинаторно-бредового синдрома у пациента (Таблица 2). При подозрении на наличие галлюцинаций или бреда показана консультация психиатра.

Таблица 2. Возможные признаки галлюцинаторно-бредового синдрома

Галлюцинации	Галлюцинация – восприятие, возникающее без внешнего объекта. Подразделяются на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, связанные с ощущениями на поверхности тела, в органах, а также ложные ощущения, связанные с чувством движения или ощущением тела в пространстве.
Сенестопатии	Сенестопатии - проявляются тягостными ощущениями на поверхности тела или во внутренних органах, при которых какие-либо изменения в тканях и органах не диагностируются, то есть ощущения лишены предметности; могут включать термические ощущения, ощущение перемещения, чувство натяжения и т.д.
Бред преследования	Пациент сообщает, что он подвергается преследованию со стороны какого-то человека или группы лиц. Причины подобного преследования, как правило, не связаны с реальностью, вычурны, нелогичны, не имеют реальных доказательств. Переубедить пациента не представляется возможным.
Бред ущерба и/или	Пациент сообщает, что ему вредят определенные лица – воруют

физического воздействия	вещи, подсыпают в пищу яд, заражают опасными заболеваниями.
Ипохондрический бред	У пациента есть паталогическая убежденность в наличии какого-либо (обычно тяжелого) заболевания, что проявляется в гипертрофированной озабоченности за своё здоровье. При ипохондрии пациенты склонны не доверять результатам анализов, опровергающим наличие паталогического состояния. Попытки убедить пациента в отсутствии болезни встречают сопротивление, больные считают врача некомпетентным и недоброжелательным, не довольны лечением.

Действия при нарушении прав пожилых пациентов

Комплекс системных мероприятий по предупреждению жестокого обращения в медицинских учреждениях включает в себя:

- подготовку медицинского персонала по специальности «гериатрия»;
- медицинское, социально-психологическое сопровождение пожилых пациентов;
- обеспечение доступности медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной;
- отсутствие дискриминации пожилых людей по возрасту;
- применение современных протоколов по ведению пациентов с хронической болью, сенсорными и функциональными дефицитами, рисками падений, мальнутрицией, делирием;
- организацию надлежащего ухода, кормления, гигиены;
- создание безбарьерной среды (наличие пандусов, поручней, табличек с крупным шрифтом и шрифтом Брайля);
- наблюдение за пациентами с выраженными когнитивными нарушениями с соблюдением его прав и на основе уважения к личности.

Для пациентов, нуждающихся в особом регулярном уходе, важно привлекать членов семьи, опекунов, волонтеров, социальных работников.

Необходимо проводить активное медицинское наблюдение за пожилыми ослабленными пациентами на дому, контролировать выполнение, своевременность и качество медицинских процедур, адекватность ухода, питания. Целесообразно особое внимание обращать на психологическое и эмоциональное состояние пациента, а также поведение и состояние лиц, осуществляющих уход. При признаках ненадлежащего ухода или усталости опекунов или родственников, пациент нуждается в переводе в социальное или медицинское учреждение стационарного типа. В этой связи медицинским учреждениям важно иметь четкий алгоритм маршрутизации пациентов и отлаженный механизм взаимодействия с другими медицинскими и социальными учреждениями.

Рекомендации для сотрудников медицинских учреждений по предотвращению жестокого обращения с пожилыми людьми были сформулированы в центрах борьбы с заболеваниями и профилактики департамента здравоохранения США (Centers for Disease Control and Prevention) и содержат следующие положения:

- 1) необходимо установить контакт с пожилыми людьми и лицами, заботящимися о них, для того, чтобы понимать их трудности и иметь возможность оказать помощь;

- 2) сообщать о фактах жестокого обращения или о своих подозрениях уполномоченным органам;
- 3) уметь отличать признаки жестокого обращения с пожилыми людьми от нормального течения процесса старения;
- 4) отслеживать судьбу пожилых людей, имеющих очень небольшое количество близких людей, родственников;
- 5) лицам, заботящимся о пожилых людях, при необходимости, должна оказываться моральная и действенная поддержка;
- 6) в случаях, когда это разумно и возможно, нужно вовлекать в решение проблем со здоровьем и материальным положением пожилых людей не только членов семьи и официальных опекунов, но и других лиц;
- 7) оказывать помощь имеющим алкогольную или наркотическую зависимость пожилым людям или их опекунам [10].

При подозрении на нарушение прав пожилого пациента рекомендовано:

- 1) опрашивать пациента наедине, задавая прямые вопросы о возможном физическом насилии, ограничениях, отсутствии ухода;
- 2) предположительного виновника насилия также опрашивать отдельно;
- 3) уделить пристальное внимание отношениям между пациентом и предполагаемым виновником;
- 4) провести всестороннее гериатрическое обследование пациента, учитывая медицинские, функциональные и когнитивные факторы;
- 5) спросить пациента о его формальных и неформальных социальных связях [5].

Важно понимать, что агрессия по отношению к пожилым людям в медицинском учреждении может возникнуть при любой форме взаимодействия с пациентом, соответственно и информирование о проблеме жестокого обращения и путях её решения должно вестись на всех уровнях — врачи, средний и младший медицинский персонал, администрация, вспомогательный персонал, волонтеры, посетители, включая родственников, другие пациенты.

Формирование свободной от насилия к пожилым людям среды должно осуществляться по двум направлениям: предотвращение насилия и вмешательство в ситуацию.

Медицинские учреждения должны иметь четкий свод правил по борьбе с жестоким и пренебрежительным отношением, который позволит сотрудникам распознавать его и адекватно реагировать на инциденты. Факты жестокого обращения и подробности их урегулирования должны вноситься в специальный протокол (Приложение 2).

Свод правил включает в себя ряд шагов, необходимых для того, чтобы разобраться в ситуации и сообщить в соответствующие структуры, в числе которых могут быть органы правовой защиты, организации, осуществляющие аккредитацию и лицензирование, также о факте жестокого отношения могут быть уведомлены отдельные лица (родственники, адвокат пострадавшего).

При введении правил нужно учитывать, что пациенты и их родственники могут бояться говорить о жестоком обращении открыто, а сообщивший о правонарушении сотрудник может опасаться негативной реакции других членов коллектива и увольнения. Руководство должно поддерживать людей, сообщающих об инциденте, и обеспечить им защиту. Соблюдение этих условий способствует незамедлительному ответу на насилие.

Пожилые люди, оказавшиеся жертвами жестокого обращения, могут отказываться обсуждать проблему из-за страха, что она усугубится. Иногда, из-за потери зрения или проблем

с памятью, пожилой человек не может определить, от кого конкретно исходила агрессия. Люди, имеющие проблемы с коммуникацией, например, из-за инсульта или болезни Паркинсона, порой не могут сообщить о насилии.

Как отмечают члены семей пожилых пациентов и подопечные, даже если жертвы сообщают о жестоком обращении, их слова, скорее всего, будут поставлены под сомнение [9]. Стоит помнить, что инвалидность в связи с физическим заболеванием не означает психическую неполноценность пациента.

В случае если агрессия исходила от кого-либо из посетителей, необходимо ограничить или прекратить встречи, предварительно обсудив ситуацию с пациентом. Например, если агрессором был член семьи, и пациент желает продолжать с ним общение, то необходимо организовать встречи в местах, более заметных для персонала. Если правонарушителем выступает сотрудник, то по возможности нужно ограничить его контакт с пациентом, а также временно отстранить от должности. В случае серьезного правонарушения сотрудник может быть уволен.

Если фактов, подтверждающих жестокое обращение, не достаточно, тогда необходимо сконцентрировать усилия на оказании помощи пациенту, по отношению к которому подозревается насилие, и быть непредвзятым к сотрудникам.

В ситуации жестокого обращения с пожилыми людьми должен в первую очередь вмешиваться персонал учреждения, ведущая роль отводится медицинским работникам.

В передовых медицинских учреждениях руководство и сотрудники прилагают усилия для создания обстановки, не допускающей жестокого обращения с пациентами, поддерживается качество медицинской помощи, уважаются права и учитываются потребности пациентов. Такая среда выступает связующим звеном для элементов внутренней политики и направлений деятельности организации.

Акцент работы, связанной с противодействием жестокому обращению, должен быть поставлен не столько на определении того, был ли инцидент фактом жестокого обращения, сколько на минимизации фактического ущерба, причиненного пожилому человеку, а также предупреждении подобных ситуаций в будущем.

Медицинским учреждениям рекомендуется распространить следующие правила профилактики и разрешения ситуаций жестокого обращения среди всего персонала и других лиц, осуществляющих уход за пациентами в учреждении, и отслеживать урегулирование инцидентов при помощи протокола.

Практическое руководство по профилактике случаев жестокого обращения с пожилыми людьми

Сотрудники уведомляются о риске жестокого обращения с пожилыми людьми и правилах борьбы с ним путем проведения общего собрания, в котором должны участвовать младший, средний медицинский персонал, врачи и администрация. Следующие правила (см. ниже), включая типичные признаки жестокого обращения, должны быть распространены в печатном виде среди сотрудников учреждения, работников вспомогательных служб, например, отвечающих за уборку или охрану учреждения, а также среди ухаживающих лиц - волонтеров, сиделок.

ПРАВИЛА ПРОФИЛАКТИКИ И РАЗРЕШЕНИЯ СИТУАЦИЙ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

На фоне растущей доли пожилого населения меняются структура и потребности общества. Пожилые люди зачастую подвергаются дискриминации. Вместе с тем пожилые люди играют важную роль в жизни семьи и общества.

Если Вы оказались свидетелем жестокого обращения или лишь подозреваете нарушение прав пожилого пациента, важно осознавать, что Ваше молчание усугубит проблему, а сообщение о ситуации способно пойти на благо конкретному страдающему человеку и всему учреждению. На данном этапе Вы играете самую важную роль.

Если Вы стали очевидцем жестокого обращения

Незамедлительно окажите неотложную помощь пострадавшему, если требуется.

Немедленно обратитесь к любому представителю администрации. Необходимо сообщить ФИО пострадавшего, виновника, время совершения инцидента и подробно описать суть ситуации с указанием конкретного ущерба пожилому человеку.

Продолжите организацию всесторонней поддержки и помощи пострадавшему, согласовав свои действия с представителями администрации и коллегами, которые непосредственно имеют контакт с пациентом.

Цель вмешательства:

- предотвращение последствий жестокого обращения;
- предупреждение повторения проблемы, особенно если она оказалась систематической.

Если Вы подозреваете жестокое обращение, но не являетесь свидетелем

Сообщите обо всех ваших догадках или опасениях любому представителю администрации

Если Вы считаете, что руководство может проигнорировать Ваше обращение

Попробуйте установить контакт с максимальным числом представителей администрации.

Что необходимо делать администрации в случае жестокого обращения

А. Внимательно выслушайте человека, сообщившего о нарушении прав.

Если обратился сам пострадавший:

1) незамедлительно окажите требующуюся медицинскую и психологическую помощь;

2) примите все необходимые меры, чтобы после этого сообщения отношение персонала к пострадавшему человеку и качество оказания медицинской помощи не ухудшилось.

Если обратился сотрудник:

Окажите ему моральную поддержку.

Негативное отношение к этому человеку и его дискриминация в коллективе недопустимы. Если некоторые сотрудники отрицательно относятся к этому поступку, то необходимо изменить их позицию, чтобы не допускать терпимости к насилию.

Проведите совещание с коллегами и обсудите ваши шаги по преодолению негативных последствий ситуации в зависимости от её характера. В их числе может быть:

- беседа с потерпевшим наедине, осмотр терапевтом, при необходимости – другими специалистами, проведение дополнительных обследований (например, рентгенографии) для установления последствий жестокого обращения, отдельная беседа с предполагаемым виновником;

- оказание помощи для минимизации негативных последствий для здоровья и благополучия пострадавшего;

- смена врача для пациента, максимальное ограничение контакта с сотрудником или сотрудниками, либо другими лицами, которыми было совершено правонарушение;

- беседа с сотрудником-правонарушителем, временное отстранение от должности, в крайних случаях – увольнение;

- ограничение встреч с посетителем, если он был источником агрессии, либо проведение этих встреч на виду у персонала (если сам пациент выражает желание продолжить общение);

- сообщение родственникам пациента о правонарушении, в особенности, если оно было совершено нанятым ими человеком;

- принятие мер по отношению к виновнику, если он также является пациентом, что может включать ограничение его прав в той степени, в которой это необходимо для пресечения насилия;

- уведомление соответствующих органов, например, указанных выше, особенно в тех случаях, когда нарушение попадает в область уголовного права (преступления типа телесных повреждений, кражи, вымогательства, ряда профессиональных преступлений), а также, если ситуацию невозможно разрешить собственными силами.

Помните, что Вы несете ответственность за условия пребывания человека в учреждении и можете проконсультироваться со службами по поводу серьезности инцидента.

Минимизируйте последствия жестокого обращения и проследите, чтобы все подробности разрешения ситуации были внесены в протокол.

Типичные признаки жестокого обращения

Перечисленные ниже признаки могут свидетельствовать о жестоком обращении (*отношении, причиняющем ущерб здоровью и благополучию пациента*), но не всегда указывают на него. Важно не забывать о том, что нужно относиться справедливо и внимательно не только к предполагаемой жертве, но и подозреваемому в правонарушении человеку.

1. Жалобы на плохое обращение от самого пациента или его родственников, друзей.
2. Телесные повреждения, неадекватные условиям размещения в больнице и здоровью пациента, особенно те, происхождение которых пожилой человек не может объяснить.
3. Резкие негативные поведенческие и эмоциональные изменения пожилого человека.
4. Контакт пожилого человека с подозрительными посетителями, например, теми, кто предлагает подписание документов, расспрашивающими его посторонними людьми.
5. Сведения, указывающие на получение денежных средств персоналом от лиц, которым оказывается бесплатная медицинская помощь, за услуги, которые не включены в категорию платных услуг учреждения и фактически направлены на оказание помощи надлежащего качества.
6. Нетипичная негативная реакция сотрудника по отношению к конкретному пациенту.
7. Состояние пациента при поступлении в учреждение также может вызывать беспокойство. Особенно должны насторожить:
 - признаки телесных повреждений и явные психические проблемы пожилого человека;
 - свидетельства о ненадлежащем уходе: истощенность, резкое ухудшение здоровья за последнее время, недостаточная гигиена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А. В. Малько и др. Большой юридический словарь. – М: Проспект, 2009. – 704 с.
2. ВОЗ. Психическое здоровье и пожилые люди: информационный бюллетень (№381) [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/ru/>
3. ВОЗ. «Депрессия: давай поговорим» - призывает ВОЗ в то время как депрессия возглавляет список причин плохого состояния здоровья. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/ru/>
4. ВОЗ. Деменция: информационный бюллетень (№362). [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/ru/>
5. ВОЗ. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Этьенна Г. Круга и др. Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2003. — 376 с. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_ru.pdf
6. ВОЗ. Плохое обращение с пожилыми людьми: информационный бюллетень (№357). [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/ru/>
7. Краевое государственное бюджетное учреждение «Ванинский комплексный центр социального обслуживания населения». О профилактике жестокого обращения с пожилыми гражданами и о работе в учреждении «Школы безопасности». 2017. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://mszn27.ru/node/27096>
8. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The Management of Persistent Pain in Older Persons. 2002. Doi: 10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x
9. Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse. Abuse in institutions. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.seniorsatrisk.org/wp-content/uploads/2012/05/abuse_in_institutions.pdf
10. Centers for Disease Control and Prevention. Understanding Elder Abuse. Fact Sheet. 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/em-factsheet-a.pdf>
11. National Committee for the Prevention of Elder Abuse. Domestic Violence. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.preventelderabuse.org/elderabuse/domestic.html>
12. National Institute on Aging. Elder Abuse. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.nia.nih.gov/health/publication/elder-abuse>
13. The United Nations. Secretary-General's Message for 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.un.org/en/events/elderabuse/2016/sgmessage.shtml>
14. The United Nations. World Elder Abuse Awareness Day, 15 June 2017. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2017/05/world-elder-abuse/>
15. The United Nations. World Population Ageing: 1950-2050. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>
16. United Nations Economic Commission for Europe. Abuse of Older Persons //UNECE Policy Brief on Ageing No. 14. 2013. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG-14.pdf
17. Wilco P Achterberg, Marjoleine JC Pieper et al. Pain management in patients with dementia//Clin Interv Aging. 2013; 8: 1471–1482. Doi: 10.2147/CIA.S36739

Рекомендации по ведению пациентов с гериатрическими синдромами

Возможные причины	Рекомендованные мероприятия
Снижение веса	
<ul style="list-style-type: none"> - депрессия; - саркопения; - синдром мальнутриции; - отсутствие зубов и зубных протезов; - заболевания ротовой полости, желудочно-кишечного тракта; - снижение функциональной активности; - сенсорные дефициты; - полипрагмазия; - когнитивные нарушения; - социальная дезадаптация, одиночество, низкий уровень дохода; - соматические заболевания 	<ul style="list-style-type: none"> - исключение онкологических и других соматических причин; - регулярная физическая активность; - рациональное питание; - направление на зубопротезирование; - социальная поддержка (участие семьи, социальной службы); - направление в центры социального обслуживания, в том числе привлечение социальной службы для организации доставки пищевых продуктов и лекарств
Падения	
<ul style="list-style-type: none"> - мышечная слабость; - нарушение походки и равновесия; - периферическая нейропатия; - лекарственные средства, влияющие на ЦНС; - антигипертензивные препараты, особенно при подборе терапии; - полипрагмазия 	<ul style="list-style-type: none"> - ограничение приема психоактивных препаратов и нейролептиков (в том числе седативных, снотворных, транквилизаторов и антидепрессантов); - организация безопасного быта; - регулярная физическая активность
<ul style="list-style-type: none"> - снижение зрения; - болевой синдром; - когнитивные нарушения; - депрессия; - факторы окружающей среды (скользящий пол, плохое освещение, отсутствие перил на лестницах, узкие ступеньки и т.д.); - опасное поведение, характерное для пожилых людей (например, переход улицы или железнодорожного полотна в неполюженном месте) 	<ul style="list-style-type: none"> - коррекция нарушений зрения - рекомендовать пациентам не носить очки с мультифокальными линзами во время ходьбы, особенно по лестницам; - использование вспомогательных средств при ходьбе (трости, ходунки) - правильный подбор трости по высоте (пациент должен встать прямо, свободно опустить руки и слегка согнуть их в локте (примерно на 10-15 градусов), рукоятка трости должна находиться на уровне линии изгиба запястья; - использование бедренных протекторов; - прием витамина D в дозе не менее 800 ME/сут. длительно;

	<ul style="list-style-type: none"> - коррекция дефицита витамина В12; - обратить внимание на правильный подбор обуви для дома (нескользкая подошва, обязательны задники) и для улицы (соответствие размера, использование в зимнее время противоскользящих накладок)
Когнитивные нарушения	
<ul style="list-style-type: none"> - первичные деменции (болезнь Альцгеймера и др.); - деменция при мультисистемных дегенерациях ЦНС (деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона с деменцией и др.); - вторичные деменции (сосудистая деменция, нормотензивная гидроцефалия, посттравматическая/метаболическая/токсическая энцефалопатии и др.); - смешанная деменция (например, болезнь Альцгеймера + сосудистая деменция) 	<ul style="list-style-type: none"> - консультация гериатра при наличии когнитивных расстройств с декомпенсацией соматической патологии; - консультация невролога при наличии когнитивных расстройств, не достигающих стадии деменции, при наличии деменции с невыраженными аффективно-поведенческими расстройствами, при наличии когнитивных расстройств с началом ранее 65 лет, а также с неврологической симптоматикой, при внезапном начале и/или быстро прогрессирующем течении; - консультация психиатра при наличии аффективно-поведенческих расстройств (неадекватное поведение, галлюцинации, агрессия, возбуждение, апатия, тяжелая депрессия); - регулярная физическая активность; - выявление и коррекция сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета; - выявление и коррекция дефицита витамина В12; - когнитивный тренинг (выполнение упражнений, направленных на тренировку когнитивных функций, например, заучивание стихов, решение логических задач, разгадывание кроссвордов и т.д.); - профилактика падений
Недержание мочи	
<ul style="list-style-type: none"> - возрастные изменения мочевых путей; - эффект лекарственных препаратов; - пролапс тазовых органов; - заболевания предстательной железы; - сопутствующие заболевания (неврологические, метаболические); - хирургическое лечение и лучевая терапия органов мочеполовой системы; - нарушение когнитивного и/или 	<ul style="list-style-type: none"> - регулярная физическая активность, укрепление мышц тазового дна; - упражнения для тренировки мышц тазового дна при ургентном и/или стрессовом недержании мочи, упражнения Кегеля: 3 сета по 8-12 сокращений мышц тазового дна в течение 8-10 с 3 раза в день ежедневно в течение, по крайней мере, 15-20 недель; - тренировка мочевого пузыря при ургентном недержании мочи, направлена на восстановление произвольного контроля над функцией мочевого пузыря, с помощью дневника мочеиспусканий

<p>физического функционирования, действие психологических факторов</p>	<p>(определяется минимальный временной промежуток между мочеиспусканиями, рекомендуется регулярное мочеиспускание с равными промежутками времени, начиная от минимального; после 2-х дней без эпизодов недержания мочи – увеличение интервала между мочеиспусканиями (отвлечение путем расслабления, глубокого дыхания или быстрого сокращения мышц тазового дна); интервал постепенно увеличивается, пока не достигнет 3-4 часов, длительность обучения: до 6 недель;</p> <ul style="list-style-type: none"> - диетические рекомендации (уменьшение потребления кофеин-содержащих напитков); - лечение и профилактика запоров (увеличение объема потребляемой жидкости до 1,5-2 литров в сутки, увеличение в рационе питания продуктов, богатых растительной клетчаткой, употребление продуктов с лакто- и бифидофлорой, регулярная физическая активность, поведенческая терапия - «приучить себя к утреннему стулу», исключить продукты, задерживающие опорожнение кишечника - крепкий черный чай, черника, манная и рисовая каши); - ревизия лекарственных препаратов; - консультация гериатра/уролога/гинеколога
<p>Снижение настроения и депрессия</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - полиморбидность; - деменция; - злоупотребление седативными и снотворными средствами; - одиночество, социальная изоляция 	<ul style="list-style-type: none"> - в случае наличия большого депрессивного расстройства и/или суицидальных мыслей – консультация психиатра; - направление пациента в территориальные центры социального обслуживания с целью организации досуга, преодоления социальной изоляции; - консультация гериатра
<p>Снижение функциональной активности/ трудности при ходьбе, перемещении</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - мышечная слабость; - заболевания суставов; - периферическая нейропатия; - поражение головного мозга (последствия инсульта, деменция, гидроцефалия, объемные образования) 	<ul style="list-style-type: none"> - регулярная физическая активность; - использование вспомогательных устройств при ходьбе (трости, ходунки, кресла-каталки); - прием витамина D в дозе не менее 800 МЕ/сут длительно; - коррекция дефицита витамина B12; - при необходимости направление к ортопеду для протезирования суставов; - при необходимости организация медицинского и социального патронажа

Приложение 2

Протокол регистрации случаев жестокого или пренебрежительного отношения к пациентам пожилого возраста

№	Дата инцидента	ФИО пациента	ФИО и должность правонарушителя	Описание ситуации	Принятые меры	Подпись и ФИО лица, составившего запись