

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

© И. Ф. АЛБЕГОВА, А. В. ПОПОВА, 2012
УДК 614.2:364.65-053.9

И. Ф. Албегова, А. В. Попова

ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТАТУСА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ НА ПРОЦЕССЫ ИХ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ

ГОУ ВПО Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова

В современных условиях увеличивается доля людей пожилого возраста; такая тенденция характерна для многих стран, в том числе и для Российской Федерации. Так, на 1 января 2011 г. численность населения составляла 141,9 млн человек, из них лиц старше трудоспособного возраста — 30,7 млн, что составляет 21,6% от общей численности населения [6]. Особо выделяется группа пожилых людей, являющихся постоянными жителями российских домов-интернатов. Так, в 2008 г. в домах-интернатах Российской Федерации находились 245 698 человек [6].

Эта группа имеет постоянную тенденцию к увеличению во всех субъектах Российской Федерации. Например, в Ярославской области в 2008 г. в 10 государственных учреждениях социального обслуживания общего типа проживали 1782 человека, в 2009 г. — уже 1835, а в 2010 г. — 2112¹.

Количественный рост и качественное разнообразие геронтогрупп объективно потребовали изучения условий их жизнедеятельности, внутренних и внешних факторов адаптации как в целом в российском обществе, так и к условиям проживания в конкретных домах-интернатах.

В период с 2000 г. по настоящее время включительно авторы проводят комплексные медико-психолого-социологические исследования в 10 домах-интернатах общего типа Ярославской области, которые направлены на изучение социально-демографического и социально-психологического портрета пожилых людей, выявление их медицинского статуса, анализ его влияния на процессы и результаты их адаптации [1]. Для проведения исследований авторы использовали методы анализа первичной медицинской документации (медицинские карты и истории болезни), наблюдение и опросы пожилых людей, постоянно проживающих в домах-интернатах Ярославской области.

Целью настоящего исследования являются изучение адаптации пожилых людей, постоянно проживающих в домах-интернатах Ярославской области, анализ факторов адаптации и их влияния на протекание ее процессов. Оно опирается на результаты авторских исследований, проводимых с 2000 г. по настоящее время, которые показали, что адаптация у пожилых людей, поступивших на проживание в дом-интернат, имеет

определенные и четко выраженные временные этапы, значение которых трудно переоценить. При этом каждый этап адаптации характеризуется количественными и качественными изменениями, происходящими в психосоматическом состоянии пожилых людей (физическое и психическое здоровье, психоэмоциональное состояние, уровни самооценки), разными результатами (от нормальной адаптации до полной дезадаптивной реакции организма — летального исхода).

Одним из факторов, влияющих на процессы адаптации пожилых людей, выступает их медицинский статус, который в свою очередь представляет собой биопсихологическое состояние организма с наличием или отсутствием соматических и/или психических заболеваний [5].

Причинами последних являются естественные физиологические изменения, происходящие в ходе старения организма. К ним относятся замедление биохимических реакций, снижение скорости передачи нервных импульсов, изменения функции вегетативной нервной системы и высшей нервной деятельности, перестройка в эндокринной системе организма, смена гормонального фона и т. д. Все это неизбежно вызывает развитие изменений состояния стенок сосудов, трофики мозговой ткани, а также трансформацию мнемических процессов и эмоционально-волевой сферы личности.

Специфической особенностью является наличие у конкретного пожилого человека двух—трех заболеваний, чаще сосудистого характера. Такая полиморбидность соматической патологии отмечалась специалистами ВОЗ еще с 80-х годов XX века, и эта тенденция сохраняется по настоящее время. Так, наиболее распространены в геронтогруппе являются сердечно-сосудистые заболевания, на втором месте — болезни органов дыхания, на третьем — заболевания опорно-двигательного аппарата, на четвертом — сахарный диабет и его осложнения. При этом отмечается сочетание сердечно-сосудистой патологии с заболеваниями органов дыхания и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Наличие в этой возрастной группе сахарного диабета 2-го типа и его осложненный существенно ускоряет возникновение и развитие сердечно-сосудистых заболеваний.

Эта же особенность выявляется среди пожилых людей, постоянно проживающих в обследованных авторами домах-интернатах Ярославской области. Так, у конкретного пожилого гражданина отмечалось наличие двух-четырех, реже пяти-шести заболеваний. Как правило, эти заболевания впервые были выявлены у пожилых людей лишь при поступлении в дом-интернат в результате проведения тщательных диагностических мероприятий [1].

¹ Подсчитано автором на основе годовых отчетов 10 Ярославских домов-интернатов общего типа за период с 2005 г. по 2010 г. включительно.

И. Ф. Албегова — д-р социол. наук, проф., зав. каф. (alba50@yandex.ru); *А. В. Попова* — канд. психол. наук, доц. каф. (Pava45@yandex.ru).

При анализе результатов исследования определен удельный вес заболеваний каждого типа: заболевания сосудов головного мозга (цереброваскулярная болезнь) составили 43,5% среди всех заболеваний, болезни системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь) — 38%, заболевания опорно-двигательного аппарата — 21%, желудочно-кишечного тракта — 19,4%, органов зрения — 19%, центральной и периферической нервной системы — 18,4%, органов дыхания — 12,5%, сосудов нижних конечностей — 11,6%.

У всех пожилых людей, постоянно проживающих в домах-интернатах Ярославской области, имелись возрастные психосоматические заболевания, усугубленные социальной запущенностью и невниманием со стороны родственников, друзей, знакомых, соседей. Этому же способствовали низкая материальная обеспеченность, потеря жилья, полное отсутствие родственников и, в редких случаях, одинокое проживание.

Кроме хронических соматических болезней, были выявлены психологическая неуравновешенность или депрессии, отсутствие мотивации и положительных установок на проживание в стационарном учреждении. Состояние поступающих усугублялось дефицитом информации как об учреждении в целом, так и об условиях проживания в нем, видах медико-социального и психосоциального обслуживания, сути и содержания адаптационно-реабилитационных мероприятий.

Исследования показали, что в течение первых 6 нед около 30—40% поступивших в дом-интернат пожилых граждан хорошо адаптируются к новым условиям проживания, 50—60% адаптируются в течение 6 мес, а в некоторых случаях для нормальной адаптации требуется 1 год и более. Иногда люди живут в домах-интернатах, так и не адаптировавшись к условиям конкретного дома-интерната, или умирают на первом году проживания в доме-интернате [3].

В ходе исследований, проводимых авторами в 10 домах-интернатах общего типа Ярославской области, выявлено 5 временных этапов адаптации пожилых людей к условиям проживания в них, которые характеризовались определенными показателями, отражающими состояние их физического здоровья и психоэмоционального состояния:

- первая неделя проживания;
- первый месяц проживания;
- 3 мес проживания;
- 6 мес проживания;
- 12 мес проживания (первый год проживания в доме-интернате).

Наиболее важными в проявлении показателей медицинского статуса явились первые два временных этапа процесса адаптации пожилых людей к условиям проживания в доме-интернате.

Так, первая неделя проживания пожилых людей в доме-интернате проходит в условиях приемно-карантинного отделения, которое предназначено для проведения необходимых медицинских и социально-психологических исследований, определения медико-социального статуса поступивших с целью их дальнейшего поселения в соответствующие отделения дома-интерната.

В приемно-карантинном отделении особенно ярко проявлялись индивидуальные психологические особенности характера и поведения поступивших, обострялись их соматические заболевания, выявлялась степень коммуникабельности. Исследования показали,

что в этот временной период у 100% поступивших пожилых людей наблюдались высокий и средний уровни тревожности.

Высокие показатели тревоги и тревожности у пожилых людей выступали как проявление стрессорного фактора и выражались изменением показателей медицинского статуса. Это связано с тем, что пожилые люди до поступления в дом-интернат испытывали дефицит внимания со стороны близких родственников, с наличием субъективных установок у пожилых людей в отношении этих учреждений, а также видов медико-социального и психосоциального обслуживания в них.

Проведена дифференциация пожилых людей на 5 групп по их медицинскому статусу. В 1-ю группу включили пожилых людей, имеющих не более одного—двух заболеваний, чаще сердечно-сосудистых, с низкой частотой рецидивов и эффективной коррекцией поддерживающей терапии. В домах-интернатах Ярославской области эта группа составила 3,5% от численности проживающих в них пожилых людей [2].

Ко 2-й группе отнесены пожилые люди, имеющие также не более двух заболеваний сердечно-сосудистого характера, но с большей частотой рецидивов и длительной коррекционной терапией. Эта группа составила 21% от числа проживающих пожилых людей [2].

В 3-ю группу включили пожилых людей, имеющих полиморбидность соматической патологии, чаще 2—3 заболевания, как сердечно-сосудистых, так и опорно-двигательного аппарата, легких. Эта группа составила около 13% от числа проживающих пожилых людей [2].

К 4-й группе отнесены пожилые люди, имеющие как полиморбидность соматической патологии, так и сочетанность тяжести патологических состояний с частыми рецидивами. Эта группа составила 32% от числа проживающих пожилых людей [2].

В 5-ю группу, составляющую 30,5%, входили крайне ослабленные пожилые люди, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе. Физическая немощь и тяжесть патологических процессов затрудняла проведение медицинских мероприятий, направленных на коррекцию их состояния [2].

В ходе исследования было выяснено, что на первом временном этапе независимо от дифференциации по медицинскому статусу у 100% вновь поступивших на проживание пожилых людей наблюдались повышенные гемодинамические показатели и обострение соматических заболеваний [3].

Так, во 2-й и 3-й группах пожилых людей, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, отмечались частые обострения, в частности у 10% наблюдаемых пожилых людей возникали гипертонические кризы, требующие тщательного подбора гипотензивных препаратов и динамического медицинского контроля.

У представителей 1-й группы на этом временном этапе адаптации также наблюдались повышенные значения гемодинамических показателей, но стабильность состояния физического здоровья достаточно быстро достигалась эффективностью индивидуально подобранной терапии; у 3 представителей этой группы отмечались нарушения сна и сниженное настроение. Эти показатели отражали средний уровень тревожности у этих пожилых людей и в результате коррекционной терапии и применения мероприятий адаптационной программы полностью исчезли на 10—12-й день проживания в доме-интернате.

Наиболее выраженные изменения физического состояния здоровья отмечались у представителей 4-й и 5-й групп. Этому способствовали тяжесть имеющихся патологических процессов, полиморбидность соматических заболеваний, негативные установки на проживание в стационарном учреждении и отягощенное психическое состояние, что поддерживало высокий уровень тревожности. Все это в течение первой недели проживания выражалось прежде всего в реакциях дезадаптации, которые протекали в виде крайне выраженных обострений заболеваний, бессонницы, эмоционального напряжения, страха одиночества.

Например, у пациента Б., 76 лет, с диагнозом: "сахарный диабет 2-го типа, диабетическая полиневропатия. Гипертоническая болезнь III степени тяжести" на фоне высоких показателей уровня глюкозы в крови наступила резкая декомпенсация состояния, закончившаяся летальным исходом на 3-й день проживания в доме-интернате. Пациент Л., 78 лет, с диагнозом: "ишемическая болезнь сердца. Нарушение сердечного ритма по типу мерцательной тахикардии, недостаточность кровообращения III степени, последствия острого нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом (2008 г.)" при имевшейся тяжести и декомпенсации состояния развилось повторное нарушение мозгового кровообращения, закончившееся летальным исходом на 4-й день проживания в доме-интернате.

У пожилых людей, входящих по медицинскому статусу в 5-ю группу, наблюдались проявления декомпенсации имеющихся патологических состояний, достаточно устойчивые к проводимым медицинским коррекционным терапевтическим мероприятиям.

На этом временном этапе адаптации для пожилого человека важным было усиленное внимание к нему со стороны медицинских работников и младшего обслуживающего персонала как в проведении медицинских манипуляций, так и в регулярном информировании об учреждении и предоставляемых в нем услугах.

Семидневное проживание пожилых людей в приемно-карантинном отделении дома-интерната являлось основой их адаптации. В результате медицинского обследования и социально-психологического наблюдения за ними определились их медико-социальный статус, а также место их дальнейшего проживания в соответствующих отделениях этого учреждения.

Второй временной этап социально-психологической адаптации начинался с переселения пожилых людей в другие отделения дома-интерната в соответствии с их медико-социальным статусом.

Современный дом-интернат как "социальное общежитие с медицинским обслуживанием" предъявлял поступающим на проживание пожилым людям определенные требования к их поведению. Исследование показало, что пожилые люди с развитым чувством ответственности, организованностью и дисциплинированностью достаточно легко и быстро приспосабливались к ним. Выработанный в течение жизненного пути психологический механизм конформизма таким пожилым людям служил защитой от новой стрессорной ситуации и способствовал стабильности состояния их физического здоровья.

Результаты наблюдения показали, что на втором временном этапе у представителей 3-й и 4-й групп адаптация к условиям проживания дома-интерната развивалась как ненормальная, патологическая адаптация или гипер-адаптация. Она выражалась в "полном слиянии" пожилых людей со средой, их беспрекословном подчинении всем

требованиям персонала и режима учреждений, отсутствию у них каких-либо инициатив, всех форм социальной активности, личных желаний и индивидуальных потребностей. Ее показателями были абсолютная толерантность пожилых людей, их лояльность и нескрываемое равнодушие ко всему происходящему вокруг, полная готовность принять любые как позитивные, так и негативные изменения, в целом уподобление "растениям" и постепенный переход к "растительному образу жизни" [4].

Исследования показали, что в каждом доме-интернате Ярославской области пожилые люди с гипер-адаптацией составляли от 10 до 20%. Объективными показателями госпитализма выступали частые рецидивы хронических соматических заболеваний, трофические нарушения кожи (развитие пролежней), гипостатическая пневмония. Гиперадаптация, начало которой формировалось на втором временном этапе, сопровождала пожилых людей этой группы в течение первого года проживания в доме-интернате и, как правило, сокращала продолжительность их жизни в этом учреждении.

Еще одной особенностью второго временного этапа адаптации пожилых людей явилось состояние соматизации, которое выражалось в фиксации на физических недугах, имеющихся у конкретного пожилого человека, и характеризовалось частой обращаемостью за медицинской помощью, что не отражало реальной картины изменения состояния физического здоровья. Такое поведение пожилых людей в "замещении" восприятия и признания реальности состояния своего здоровья представляло собой их закрытое (замаскированное) дезадаптивное поведение, которое отражало их эмоциональное напряжение, страх и выступало определенным психологическим защитным механизмом. Подобное состояние наблюдалось у представителей 2-й группы дифференциации по медицинскому статусу и составляло около 3—4% от числа пожилых людей, проживающих в домах-интернатах Ярославской области.

Таким образом, медицинский статус пожилых людей является особым внутренним фактором их адаптации к условиям проживания в домах-интернатах, влияет на ее процессы и обусловлен прежде всего возрастными биопсихосоциальными характеристиками пожилых людей, поступающих на проживание в дома-интернаты, резкой сменой условий их жизни, а также особенностями новой для них социальной среды.

Рассмотрено влияние состояния физического здоровья пожилых людей на процессы их адаптации к условиям проживания в домах-интернатах. Представлена авторская дифференциация пяти групп пожилых людей в соответствии с их медицинским статусом и динамика его показателей в ходе временных этапов адаптации к условиям проживания в домах-интернатах.

Ключевые слова: *пожилые люди, медицинский статус, дом-интернат, полиморбидность, гипер-адаптация, соматизация*

The impact of medical status of elderly persons on the processes of their social adaptation in senior centers

I.F. Albegova, A.V. Popova

The P.G. Demidov Yaroslavl state university, Yaroslavl

The article deals with the impact of physical health status of elderly persons on the processes of their social adaptation to the conditions of residence in senior centers. The author's differentiation of elderly persons of five groups according their medical status is presented. The dynamics of medical status indicators in the course of time periods of adaptation to the conditions of residence in senior centers is analyzed.

Key words: *elderly person, medical status, senior center, polymorbidity, hyperadaptation, somatization*

ЛИТЕРАТУРА

1. Албегова И. Ф., Попова А. В. Государственная система стационарных учреждений социального обслуживания, защиты и поддержки населения как фактор социальной адаптации пожилых людей в изменяющейся России. — Ярославль, 2009. — С. 37; 156.
2. Албегова И. Ф., Попова А. В. // Социол. мед. — 2010. — № 2. — С. 36—39.
3. Попова А. В. // Вестн. Помор. ун-та. Сер.: Гуманит. и соц. науки. — 2010. — № 8. — С. 148—153.
4. Попова А. В. Динамика и факторы социально-психологической адаптации пожилых людей в современных домах-интернатах: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Ярославль, 2008. — С. 20.
5. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2010.
6. <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi>. Дата обращения 26.02.2011.

Поступила 30.09.11

© Т. А. АЙМАЛЕТДИНОВ, Л. И. ЛЮБИМОВА, 2012
УДК 616-036.868-056.266:681.31

Т. А. Аймалетдинов, Л. И. Любимова

ИННОВАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРНЕТ-ТЕХНОЛОГИЙ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Российский государственный социальный университет, Москва

Современный этап мировой истории характеризуется интенсивным развитием общества, что, безусловно, определяет актуальность социальной адаптации инвалидов к новым условиям жизни. Если ранее процесс социальной адаптации характеризовался плавностью и реализовывался традиционными приспособительными стратегиями, апробированными несколькими поколениями, то современные процессы модернизации, глобализации и информатизации общества требуют качественно новых адаптационных технологий, учитывающих всю сложность и противоречивость современных социальных отношений.

Социальная адаптация — это процесс приспособления индивида к условиям среды посредством ее преобразования и приведения в соответствие со своими целями, интересами и потребностями. Важнейшим элементом этого процесса является согласование самооценок, притязаний, интересов, потребностей и возможностей субъекта с реалиями социальной среды, где созданы специальные наиболее благоприятные (или неблагоприятные) условия. Это согласование включает в себя, с одной стороны, состояние среды и социального субъекта на данный момент времени, а с другой — возможности, тенденции и закономерности развития как социальной среды, так и социального субъекта. Из вышесказанного следует, что процесс социальной адаптации — это взаимонаправленный процесс, предполагающий взаимное воздействие социальной среды и социального субъекта друг на друга.

Социальная адаптация инвалидов — специфическая область социального знания, и здесь необходимо учитывать особенности адаптации данного контингента. Инвалидность это специфическая особенность развития и состояния личности, сопровождающаяся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных ее сферах.

Формирующееся информационное общество вызывает трансформацию социальной структуры, пересмотр образцов социального действия и стереотипов поведения, стратегий и тактик приспособления. Сегодня все большее значение приобретает изучение воздей-

ствия информатизации (в том числе и Интернета) на социальную структуру общества. Под влиянием ускоренного распространения информационных технологий трансформируются все сферы жизнедеятельности общества: образование, труд и занятость, сфера управления, здравоохранение, культура и досуг.

Развитие информационных технологий в свою очередь обуславливается потребностями и задачами социального развития. Информационная технология, подобно технологии любой природы, выступает продуктом человеческой деятельности, деятельности интеллектуальной, ориентированной на поиск новых инструментов, форм и способов преобразования действительности, удовлетворения социальных потребностей. Выступая средством достижения определенных общественных целей и удовлетворения ряда общественных потребностей, информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) принимают на себя ряд "стабилизирующих функций", традиционно выполняемых социальными институтами.

Социальная роль информационных технологий транслируется через их участие в повышении "качества жизни", улучшение условий расширенного воспроизводства личности. Процесс, задающий направленность комплекса преобразований социальной практики, получил название "информатизации", по определению А. Д. Урсула, "системно-деятельностного процесса овладения информацией как ресурсом управления и развития с помощью средств информатики с целью создания информационного общества и на этой основе — дальнейшего прогресса цивилизации" [12]. Информатизация как ведущая тенденция социально-экономического прогресса развитых стран является объективным процессом во всех сферах человеческой деятельности.

Целенаправленная деятельность всегда связана с социальными (в том числе и информационными) потребностями индивида. Имея перед собой цель, связанную с необходимостью удовлетворения потребностей, индивид оказывается в ситуации выбора. Реализация целей деятельности предполагает выполнение ряда процедур, соответствующих каждому осмысленному акту интеллектуальной деятельности. Каждый из этапов, предваряющих непосредственную деятельность,

Т. А. Аймалетдинов — канд. социол. наук, доц. (aimaletdinov@nacfin.ru); *Л. И. Любимова* — магистрант (7-916-531-50-70).