



Всемирная организация
здравоохранения

ВСЕМИРНЫЙ
ДОКЛАД О
**СТАРЕНИИ И
ЗДОРОВЬЕ**



Всемирная организация
здравоохранения

ВСЕМИРНЫЙ
ДОКЛАД О
**СТАРЕНИИ И
ЗДОРОВЬЕ**

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

World report on ageing and health.

1. Aging. 2. Life Expectancy. 3. Aged. 4. Health Services for the Aged. 5. Global Health. 6. Population Dynamics. 7. Delivery of Health Care. I. World Health Organization.

ISBN 978 92 4 456504 9

(NLM classification: WT 104)

© **Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.**

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Обложка: На обложке изображена картина Розы Уайли «Пластмассовые окна и полы». Стиль 81-летней Розы Уайли необычен, непредсказуем и современен. Эта картина в 2014 году получила премию Джона Мура, победив более 2500 конкурентов. Будучи в два раза старше предыдущих победителей, Розы Уайли показала, что пожилой возраст не является препятствием к успеху. Премия Джона Мура в области живописи, в отличие от других престижных премий в области искусства, не ограничивает возраст авторов современных произведений.

Содержание

Предисловие	vii
Выражение признательности	ix
1. Здоровье в преклонном возрасте	3
Введение	3
Контекст для действий	5
Международная законодательная и политическая база	5
Текущие ответные меры общественного здравоохранения: наращивания тех же усилий уже недостаточно	6
Проблемы в разработке политики	8
Многообразие в пожилом возрасте	8
Воздействие несправедливости	10
Устаревшие стереотипы, новые ожидания	12
Мир тоже меняется	14
Для чего нужны меры в отношении старения и обеспечения здоровья?	16
Права пожилых людей	16
Старение, здоровье и развитие	19
Экономический императив	20
Заключение	22
2. Здоровое старение	31
Что такое старение?	31
Старение, здоровье и функционирование	32
Рамочная основа для действий в связи со старением и обеспечением здоровья	33
Здоровое старение	35
Траектории <i>здорового старения</i>	38
Рамочная основа системы общественного здравоохранения для <i>здорового старения</i>	40
Основные вопросы в связи с действиями системы общественного здравоохранения	43
Решение проблемы многообразия	43
Сокращение несправедливости	44
Обеспечение возможности выбора	44
Старение на месте	45

3. Здоровье в пожилом возрасте	53
Демографические и эпидемиологические изменения	53
Старение населения	53
Почему население стареет?	55
Здоровыми ли проживают пожилые люди?	59
Характеристики состояния здоровья в пожилом возрасте	63
Глубинные изменения	63
Состояние здоровья в пожилом возрасте	70
Другие сложные проблемы здоровья в пожилом возрасте	77
Индивидуальная жизнеспособность и функциональная способность	79
Индивидуальная жизнеспособность на протяжении всего жизненного цикла	80
Особенности функционирования в странах, находящихся на разных уровнях социально-экономического развития	82
Значительный спад функциональной способности и зависимость от посторонней помощи	84
Основные виды поведения, влияющего на <i>здоровое старение</i>	86
Физическая активность	87
Питание	88
Основные риски, связанные с окружающей средой	90
Чрезвычайные ситуации	90
Жестокое обращение с пожилыми людьми	92
4. Системы здравоохранения	107
Введение	107
Рост спроса, барьеры для использования, плохо согласованные услуги	108
Спрос на медицинские услуги	108
Барьеры для использования	109
Системы, предназначенные для решения различных проблем	111
Экономическое воздействие старения населения на системы здравоохранения	115
Меры реагирования	119
Цель: оптимизация траекторий изменения индивидуальной жизнеспособности	121
Адаптация мер к конкретным людям и их уровню жизнеспособности	122
Оказание ориентированной на пожилых людей комплексной помощи	126
Отлаженные системы здравоохранения	131
Заключение	141
5. Системы долгосрочной помощи	153
Введение	153
Рост потребности в долгосрочной помощи	155
Текущие подходы к долгосрочной помощи	156
Кадровые ресурсы долгосрочной помощи: их роль зачастую недооценена, а поддержка и подготовка отсутствуют	156

Финансирование долгосрочной помощи: расходы неизбежны	158
Оказание помощи: устаревший и фрагментированный подход	161
Реагирование на проблемы долгосрочной помощи	162
Движение к интегрированной системе: революционная повестка дня	162
Общие принципы интегрированной системы долгосрочной помощи	162
Содействие старению на месте	165
Наращивание кадрового потенциала и поддержка лиц, осуществляющих уход	165
Содействие комплексной помощи посредством социального сопровождения и более широкого сотрудничества	172
Обеспечение устойчивого и справедливого финансирования	174
Изменение отношения к долгосрочной помощи: политическая и социальная проблема	178
Заключение	181
6. На пути к миру, благоприятствующему пожилым людям	191
Введение	191
Способность удовлетворять основные потребности	193
Финансовая безопасность, жилище и личная безопасность	193
Какие меры могут способствовать финансовой безопасности	197
Эффективные меры обеспечения надлежащего жилища	199
Какие меры эффективны для удовлетворения потребности в личной безопасности	205
Способности учиться, развиваться и принимать решения	211
Какие меры содействуют поддержанию способностей учиться, развиваться и принимать решения	212
Способность сохранять мобильность	219
Какие меры могут способствовать сохранению мобильности в пожилом возрасте	220
Способности устанавливать и поддерживать отношения	226
Какие меры могут способствовать установлению и поддержанию отношений	227
Способность вносить свой вклад	230
Какие меры могут содействовать способности вносить свой вклад	232
Дальнейшая работа	241
7. Следующие шаги	257
Введение	257
Ключевые области действий в отношении здорового старения	260
Согласование систем здравоохранения с потребностями групп пожилого населения, которые они обслуживают в настоящее время	260
Развитие систем для оказания долгосрочной помощи	262
Создание условий, благоприятных для людей пожилого возраста	266
Совершенствование измерения, мониторинга и понимания	270
Заключение	272
Глоссарий	275
Указатель	285

Предисловие

Сегодня, во время непредсказуемых вызовов для здоровья человека, будь то изменения климата, новые инфекционные заболевания или следующий микроб, который вырабатывает лекарственную устойчивость, определенной является одна тенденция: старение населения ускоряется во всем мире. Впервые в истории большинство людей могут ожидать, что они доживут до 60 лет и старше. Последствия для здоровья, систем здравоохранения, их кадровых ресурсов и бюджетов являются огромными.



Всемирный доклад о старении и здоровье отвечает на эти проблемы, рекомендуя произвести в равной мере глубокие изменения в способе формулирования политики здравоохранения для стареющего населения и способе оказания услуг. В качестве основы для своих рекомендаций доклад использует самые последние данные исследований о процессе старения, отмечая при этом, что многие распространенные суждения и мнения относительно пожилых людей основываются на устаревших стереотипах.

Как показывают данные, потеря способности, обычно ассоциируемая со старением, лишь слабо связана с фактическим возрастом человека. Не существует «типичного» пожилого человека. Происходящее в результате этого многообразие в жизнеспособности и медицинских потребностях пожилых людей не случайно, а проистекает из событий, происходящих на протяжении всей жизни, которую часто можно изменить, что подчеркивает значение подхода, основанного на всем жизненном цикле. Несмотря на то, что большинство пожилых людей со временем будут иметь многочисленные проблемы здоровья, пожилой возраст не означает зависимость. Кроме того, в отличие от распространенных утверждений, старение гораздо меньше влияет на расходы здравоохранения, чем другие факторы, включая высокую стоимость новых медицинских технологий.

Руководствуясь этими фактами, доклад ориентирует обсуждение наиболее подходящих мер общественного здравоохранения в ответ на старение населения на новую и гораздо более широкую область. Общий посыл

является оптимистичным: при правильной политике и наличии услуг старение населения может рассматриваться в качестве ценной новой возможности как для отдельных людей, так и для общества в целом. Вытекающие из этого общие условия для принятия мер общественным здравоохранением дают возможность предпринять ряд конкретных шагов, которые могут быть адаптированы для применения в странах, находящихся на любом уровне экономического развития.

Устанавливая такие общие условия, доклад подчеркивает, что здоровое старение – это нечто большее, чем просто отсутствие болезней. Для большинства пожилых людей наибольшее значение имеет поддержание функциональной способности. Дороже всего обществу обойдутся не расходы, которые делаются для содействия такой функциональной способности, а преимущества, которые могут быть упущены, если мы не внесем соответствующие изменения и не сделаем соответствующие инвестиции. Рекомендуемый для общества подход к феномену старения населения, который включает цель создания мира, удобного для пожилых людей, требует коренного изменения систем здравоохранения от моделей, основанных на лечении болезней, к предоставлению комплексной помощи, сосредоточенной на потребностях пожилых людей.

Рекомендации доклада основаны на данных исследований, всесторонних и перспективных, и при этом в высшей степени практических. На протяжении всего доклада примеры, взятые из опыта различных стран, используются для иллюстрации того, как конкретные проблемы могут быть преодолены с помощью инновационных решений. Рассмотренные темы находятся в диапазоне от стратегий оказания всесторонних и сосредоточенных на людях услугах для групп пожилого населения до политики, которая дает возможность пожилым людям жить в комфорте и безопасности, и до способов преодоления проблем и несправедливостей, присущих нынешним системам оказания долгосрочной помощи.

Я считаю, что *Всемирный доклад о старении и здоровье* может изменить восприятие политиками и провайдерами услуг феномена старения населения и позволит подготовиться как можно лучше использовать предоставленные возможности.



Д-р Маргарет Чен
Генеральный директор
Всемирная организация здравоохранения

Выражение признательности

Доклад был подготовлен редакционной коллегией в составе John Beard, Alana Officer и Andrew Cassels под общим руководством Flavia Bustreo, помощника Генерального директора по вопросам здоровья женщин и детей; Anne Marie Worning; и Anarfi Asamoah-Baah, заместителя Генерального директора. Многие другие сотрудники ВОЗ из региональных бюро и ряда департаментов внесли вклад как в подготовку конкретных разделов, имеющих отношение к их областям работы, так и в разработку общей концептуальной основы. Подготовка данного доклада была бы невозможной без их преданности делу, поддержки и опыта.

В состав основной группы, ответственной за разработку концептуальной основы и написание доклада, вошли Islene Araujo de Carvalho, John Beard, Somnath Chatterji, JoAnne Epping Jordan, Alison Harvey, Norah Keating, Aki Kuroda, Wahyu Retno Mahanani, Jean-Pierre Michel, Alana Officer, Anne Margriet Pot, Ritu Sadana, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan и Lisa Warth. Работой по подготовке глав руководили John Beard и Ritu Sadana (глава 1), John Beard и Jean-Pierre Michel (глава 2), John Beard и Somnath Chatterji (глава 3), Islene Araujo de Carvalho и JoAnne Epping Jordan (глава 4), Anne Margriet Pot и Peter Lloyd-Sherlock (глава 5) и Alana Officer и John Beard (глава 6).

Общую поддержку исследованиям оказали Meredith Newlin, Jannis Pähler von der Holte и Harleen Rai, а анализ данных осуществили Colin Mathers, Nirmala Naidoo, Gretchen Stevens и Emese Verdes. Данные о работе на добровольных началах были получены из глобального опроса, проведенного Институтом Гэллапа, и были предоставлены компанией “Гэллап, Инк.”. Фотографии были предоставлены организацией “ХелпЭйдж Интернэшнл”.

Огромный вклад в подготовку доклада внесли ряд экспертов и представителей научных кругов. В настоящем докладе также имеется информация от ряда сотрудников различных учреждений, предоставивших справочные документы, координацию которых осуществляла Catherine d’Arcangues. Их имена указаны в списке авторов.

В подготовке доклада также приняли участие и многие другие лица, в частности Miriam Pinchuk, которая осуществила редактирование окончательного текста доклада.

Необходимо также выразить признательность следующим лицам: Christopher Black, Alison Brunier, Anna Gruending, Giles Rebourg, Sarah Russell,

Marta Seoane Aguilo и Sari Setiogi за работу со СМИ и коммуникацию; Amanda Milligan за корректуру и Laurence Errington за индексацию; Eddie Hill и Sue Hobbs за графический дизайн; Christelle Cazabat и Melanie Lauckner за подготовку доклада в альтернативных форматах; Mira Schneiders за координацию перевода и печати; и Charlotte Wristberg за ее административную поддержку.

Всемирная организация здравоохранения хотела бы также выразить признательность правительству Японии и Нидерландов за их щедрую финансовую поддержку разработки, перевода и публикации доклада. Поддержка при разработке доклада осуществлялась посредством основных добровольных взносов.

Авторы

Дополнительные авторы

Sharon Anderson, Yumiko Arai, Alanna Armitage, Marie-Charlotte Bouesseau, Francesco Branca, Mathias Braubach, David Burnes, Esteban Calvo, James Campbell, Matteo Cesari, Shelly Chadha, Hannie Comijs, Catherine d’Arcangues, Adrian Davis, Jens Deerberg, Joan Dzenowagis, Robert Enderbeek, Laura Ferguson, Ruth Finkelstein, Kelly Fitzgerald, Pascale Fritsch, Loic Garçon, Francisco Javier Gomez Batiste-Alentorn, Mike Hodin, Manfred Huber, Elif Islek, Josephine Jackisch, Matthew Jowett, Rania Kawar, Ed Kelley, Silvio Mariotti, Mike Martin, Hernan Montenegro, John Morris, Wendy Moyle, Karl Pillemer, Alex Ross, Martin Smalbrugge, Nuria Toro Polanco, Bill Reichman, Kelly Tremblay, Bruno Vellas, Armin Von Gunten, Robert Wallace, Huali Wang, Martin Webber.

Эксперты-рецензенты

Isabella Aboderin, Maysoon Al-Amoud, George Alleyne, Yumiko Arai, Alanna Armitage, Said Arnaout, Senarath Attanayake, Julie Byles, Matteo Cesari, Heung Cha, Shelly Chadha, Sung Choi, Alexandre Cote, June Crown, Joan Dzenowagis, Robert Eendebak, Ruth Finkelstein, Loic Garçon, Emmanuel Gonzalez-Bautista, Gustavo Gonzalez-Canali, Sally Greengross, Luis Miguel Gutierrez Robledo, Anna Howe, Manfred Huber, Alexandre Kalache, Rania Kawar, Rajat Khosla, Michael Kidd, Hyo Jeong Kim, Tom Kirkwood, Hans-Horst Konkolewsky, Nabil Kronfol, Ritchard Ledgerd, Bengt Lindstom, Stephen Lungaro-Mifsud, John McCallum, Roar Maagaard, Melissa Medich, Verena Menec, Juan Mezzich, Tim Muir, Leendert Nederveen, Triphonie Nkurunziza, S. Jay Olshansky, Desmond O’Neill, Paul Ong, Du Peng, Silvia Perel-Levin, Poul Erik Petersen, Toby Porter, Vinayak Mohan Prasad, Thomas Prohaska, Parminder Raina, Glenn Rees, William Reichman, Andreas Alois Reis, Nathalie Roebbel, Perminder Sachdev, Xenia Scheil-Adlung, Dorothea Schmidt, Shoji Shinkai, Alan Sinclair, Martin Smalbrugge, Mike Splaine, Victor Tabbush, Virpi Timonen, Andreas Ullrich,

Enrique Vega, Adriana Velazquez Berumen, Armin von Gunten, Huali Wang, Ruth Warick, Jennifer Wenborn, Anthony Woolf, Tom Wright, Tuohong Zhang.

Авторы текста во вставках

John Beard и Laura Ferguson (1.1); Michael Marmot (1.2); Paul Nash (1.3); David Phillips (1.4); Ursula Staudinger (3.1); Tarun Dua и Shekhar Saxena (3.2, 3.3); Hiroshi Ogawa и Poul Erik Petersen (3.4); Ebtisam Alhuwaidi (4.1); Islene Araujo de Carvalho (4.2); Kiran Iyer, Nandita Kshetrimayum и Ganesh Shenoy Panchmal (4.3); Islene Araujo de Carvalho (4.4, 4.5); Silvia Costa, Alexandre Kalache и Ina Voelcker (4.6); Islene Araujo de Carvalho (4.7); Islene Araujo de Carvalho, Luc Besançon и Alison Roberts (4.8); Eduardo Augusto Duque Bezerra (4.9); Loic Garçon (5.1); Amit Dias (5.2); Anne Margriet Pot (5.3); John Beard (5.4); Anne Margriet Pot (5.5); Dawn Brooker (5.6); Hussain Jafri и Theresa Lee (5.7); Marie-Charlotte Bouesseau, Xavier Gomez и Nuria Toro (5.8); Elif Islek (5.9); Fred Lafeber (5.10); Anne Margriet Pot (5.11); Jim Pearson (5.12); Lindsey Goldman и Lisa Warth (6.1); Laura Ferguson (6.2); “ХелпЭйдж Интернэшнл” (6.3); Lindy Clemson, Monica R Perracini, Vicky Scott, Catherine Sherrington, Anne Tiedemann и Sebastiana Zimba Kalula (6.4); Frances Heywood (6.5); Bobby Grewal (6.6); Jannis Pahler vor der Holte (6.7); David Hutton (6.8); Alana Officer (6.9); Thuy Bich Tran и Quyen Ngoc Tran (6.10); Adrian Bauman, David Buchner, Fiona Bull, Maria Fiatarone Singh, Alison Harvey и Dafna Merom (6.11); Jaclyn Kelly, Anne Berit Rafoss и Lisa Warth (6.12); Senarath Attanayake (6.13); Alana Officer и Lisa Warth (6.14); Lisa Warth (6.15); Jaclyn Kelly и Lisa Warth (6.16); Alana Officer и Lisa Warth (6.17); Stéphane Birchmeier (6.18); Islene Araujo de Carvalho и JoAnne Epping Jordan (7.1); Mitch Besser и Sarah Rohde (7.2); Jaclyn Kelly и Lisa Warth (7.3); Suzanne Garon (7.4); Tine Buffel (7.5).

Авторы справочных документов

- *Age-associated skin conditions and diseases: current perspectives and future options.* Ulrike Blume-Peytavi, Jan Kottner, Wolfram Sterry, Michael W Hodin, Tamara W Griffiths, Rachel EB Watson, Roderick J Hay, Christopher EM Griffiths.
- *Ageing and hearing health.* Adrian Davis, Catherine McMahon, Kathleen Pichora-Fuller, Shirley Russ, Frank Lin, Bolajoko Olusanya, Shelly Chadha, Kelly Tremblay.
- *Ageing, work, and health.* Ursula Staudinger, Ruth Finkelstein, Esteban Calvo, Kavita Sivaramakrishnan.
- *Developmental aspects of a life course approach to healthy ageing.* Mark Hanson, Cyrus Cooper, Avan Aihie-Sayer, John Beard.
- *Elder abuse.* Karl Pillemer, David Burnes, Catherine Riffin, Mark S Lachs.
- *Ethics and older people.* Julian C Hughes.

- *Falls in older adults: current evidence gaps and priority challenges.* Monica Perracini, Lindy Clemson, Anne Tiedemann, Sebastiana Zimba Kalula, Vicky Scott, Catherine Sherrington.
- *Frailty: an emerging public health priority.* Matteo Cesari, Martin Prince, Roberto Bernabei, Piu Chan, Luis Miguel Gutierrez-Robledo, Jean-Pierre Michel, John E Morley, Paul Ong, Leocadio Rodriguez Manas, Alan Sinclair, Chang Won Won, Bruno Vellas.
- *Gender and ageing.* Julie Byles, Cate D'Este, Paul Kowal, Cassie Curryer, Louise Thomas, Adam Yates, Britta Baer, Anjana Bhushan, Joanna Vogel, Lilia Jara.
- *Genetic influences on functional capacities in ageing.* Andrea D Foebel, Nancy L Pedersen.
- *Healthy ageing: raising awareness of inequalities, determinants, and what could be done to improve health equity.* Ritu Sadana, Erik Blas, Suman Budhwani, Theadora Koller, Guillermo Paraje.
- *Investing in health to create a third demographic dividend.* Linda P Fried.
- *Medical and assistive health technologies: meeting the needs of ageing populations in low- and middle-income countries.* Chapal Khasnabis, Loic Garçon, Lloyd Walker, Yukiko Nakatani, Jostacio Lapitan, Alex Ross, Adriana Velazquez Berumen, Johan Borg.
- *Musculoskeletal (MSK) health and the impact of MSK disorders in the elderly.* Anthony Woolf, Lyn March, Alana Officer, Marita J Cross, Andrew M Briggs, Damian Hoy, Lidia Sanchez Riera, Fiona Blyth.
- *Older people as a resource for their own health.* Paul Ong.
- *Older people in humanitarian contexts: the impact of disaster on older people and the means of addressing their needs.* Hyo-Jeong Kim, Pascale Fritsch.
- *Physical activity in older adults.* Adrian Bauman, Maria Fiatarone Singh, David Buchner, Dafna Merom, Fiona Bull.
- *The right to health of older people.* Britta Baer, Anjana Bhushan, Hala Abou Taleb, Javier Vasquez, Rebekah Thomas.
- *What does rehabilitation offer to an ageing population?* Alarcos Cieza Moreno, Marta Imamura.

Конфликты интересов

Ни один из экспертов, принимавших участие в подготовке данного доклада, не заявлял о каких-либо конфликтах интересов.



Глава 1
Здоровье в преклонном возрасте

Иоланда, 56 лет, Гаити

Иоланда – единственный кормилец для своих детей, двух внуков и маленького мальчика, которого она взяла к себе в семью, потому что он нуждался в заботе. Дом Иоланды был разрушен во время землетрясения в Порт-о-Пренсе в 2011 г., и теперь она живет во временном жилище, возведенном на том же месте. Она продает сладости и другие товары в уличном ларьке, который она открыла благодаря кредиту с низкой процентной ставкой.

«Я мечтаю о том, чтобы иметь возможность отправить своих детей в школу».

© Frederic Dupoux / “ХелпЭйдж Интернэшнл”, 2011 г.

1

Здоровье в преклонном возрасте

Введение

Сегодня впервые в истории большинство людей могут рассчитывать на то, что доживут до 60 лет и более (1). В странах с низким и средним уровнями дохода рост ожидаемой продолжительности жизни является в основном результатом значительного снижения уровня смертности в молодом возрасте, особенно в детстве и при родах, а также смертности от инфекционных заболеваний (2). В настоящее время в странах с высоким уровнем дохода постоянный рост ожидаемой продолжительности жизни объясняется главным образом снижением уровня смертности среди пожилых людей (3).

Эти изменения весьма впечатляющи. Можно ожидать, что ребенок, родившийся в Бразилии или Мьянме в 2015 г., проживет на 20 лет дольше, чем ребенок, родившийся в этих же странах всего 50 лет назад. В сочетании с наблюдаемым практически во всех странах заметным снижением уровня фертильности такие тенденции оказывают не менее значительное воздействие на структуру населения. В Исламской Республике Иран в 2015 г. возраст приблизительно 10% населения составил свыше 60 лет. Всего лишь через 35 лет доля населения такого возраста увеличится примерно до 33%.

Дополнительные годы жизни и демографические изменения имеют далеко идущие последствия для каждого из нас, а также для общества, в котором мы живем. Они предоставляют нам беспрецедентные возможности и могут оказать существенное влияние на наш образ жизни, наши устремления и отношения между нами (4). В отличие от большинства изменений, которые претерпят общества в течение последующих 50 лет, эти основополагающие тенденции являются по большей части прогнозируемыми. Мы знаем о предстоящих демографических изменениях в сторону увеличения населения пожилого возраста, и мы можем планировать свои действия в целях извлечения в связи с этим максимальной пользы.

Пожилые люди вносят свой вклад в общество самыми разными способами – будь то в своей семье, в местном сообществе или в обществе в целом. Тем не менее такие людские и социальные ресурсы, а также возможности, доступные каждому из нас по мере старения, в существенной степени зависят от одной ключевой характеристики – нашего здоровья. Если люди проживут эти дополнительные годы жизни в добром здравии,

то их возможности реализовывать то, что они считают ценным, будут практически ничем не ограничены. Если же эти дополнительные годы будут сопровождаться снижением физических и умственных способностей, то последствия для самих пожилых людей и для общества будут гораздо более негативными.

К сожалению, хотя нередко считается, что увеличение продолжительности жизни сопровождается более длительным периодом хорошего здоровья, имеющиеся факты не очень-то обнадеживают нас в том, что пожилые люди сегодня имеют лучшее здоровье, чем их родители в том же возрасте (глава 3). По данным некоторых лонгитюдных исследований, распространенность инвалидности тяжелой степени в богатых странах, возможно, снизилась, однако данная тенденция, по всей видимости, не распространяется на инвалидность более легкой степени и даже, похоже, пробуксовывает (5–9). Ситуация в странах с низким и средним уровнями дохода является еще менее ясной (10).

Вместе с тем плохое здоровье не обязательно должно быть преобладающим и ограничивающим фактором, свойственным населению пожилого возраста. Большая часть проблем со здоровьем в пожилом возрасте является следствием хронических заболеваний. Многие

из них могут быть предотвращены или отложены благодаря здоровому образу жизни. Даже в весьма преклонном возрасте физическая активность и хорошее питание способны принести ощутимую пользу для здоровья и благополучия. Можно эффективно преодолеть и другие проблемы со здоровьем, особенно если они выявляются на достаточно ранней стадии. Даже если люди испытывают снижение жизнеспособности, благоприятная среда может способствовать тому, чтобы они по-прежнему перемещались, куда пожелают, и делали то, что им нужно сделать. Долгосрочная помощь и поддержка могут обеспечить им достойную жизнь, полную возможностей для продолжения личностного роста. Однако нездоровый образ жизни остается распространенным явлением среди пожилых людей, системы здравоохранения слабо приспособлены к потребностям населения пожилого возраста, которое они теперь обслуживают, во многих частях мира человеку пожилого возраста небезопасно и неудобно покидать свой дом, лица, осуществляющие уход, зачастую не имеют надлежащей подготовки, и минимум один из десяти пожилых людей является жертвой одной из форм злоупотреблений в отношении людей пожилого возраста (глава 3).

Вставка 1.1. Международная законодательная и политическая база по проблемам старения

Международное право в области прав человека

Права человека – это находящиеся под защитой закона всеобщие свободы и права как отдельных лиц, так и групп. К ним относятся гражданские и политические права, такие как право на жизнь, а также социальные, экономические и культурные права, которые включают права на здоровье, социальное обеспечение и жилье. Все права являются взаимосвязанными, взаимозависимыми и неотъемлемыми. Никто не может быть лишен прав человека по возрасту или состоянию здоровья. В статье 1 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах запрещается дискриминация по признаку индивидуального статуса; данное положение также распространяется на возраст (15). Согласно определению, права человека применимы ко всем людям, в том числе к пожилым, даже если в тексте отсутствует прямое указание на группы лиц пожилого возраста или старение.

За последние 20 лет был достигнут значительный прогресс в области продвижения прав человека, в том числе прав пожилых людей. Ряд международных договоров и документов о правах человека касаются старения или пожилых людей; в них закрепляются принципы недопущения дискриминации в отношении пожилых женщин, пожилых мигрантов и пожилых лиц с инвалидностью; рассматриваются вопросы здоровья, соци-

Продолжение...

Продолжение с предыдущей страницы...

ального обеспечения и надлежащего уровня жизни; а также признается право на защиту от эксплуатации, насилия и злоупотреблений.

Мадридский международный план действий по проблемам старения

В 2002 г. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций одобрила Политическую декларацию и Мадридский международный план действий по проблемам старения (13). В содержащихся в этих документах рекомендациях определены три приоритетные области действий: “участие пожилых людей в развитии; обеспечение здравоохранения и благосостояния в пожилом возрасте; и обеспечение для пожилых людей широких возможностей и благоприятных условий”.

В плане отмечен ряд ключевых аспектов. Они сохраняют свою актуальность в 2015 г. и подчеркиваются в данном докладе. К ним относятся: укрепление здоровья и благополучия на протяжении всей жизни; обеспечение всеобщего и равного доступа к медико-санитарным услугам; предоставление надлежащих услуг пожилым людям с ВИЧ или СПИДом; подготовка провайдеров медико-санитарной помощи и медицинских специалистов; удовлетворение потребностей пожилых людей в области психического здоровья; предоставление надлежащих услуг пожилым людям с инвалидностью (рассматривается в качестве приоритетного направления в области общественного здравоохранения); обеспечение помощи и поддержки для лиц, осуществляющих уход; и недопущение пренебрежительного отношения, злоупотреблений и насилия в отношении пожилых людей (рассматривается в качестве приоритетного направления в области создания благоприятных условий). В плане также подчеркивается важность старения на месте.

Активная старость

Идея активной старости возникла как попытка свести воедино очень разные области политики на сбалансированной основе (16). В 2002 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала документ под названием *Активная старость: директивные рамки* (14). В этих директивных рамках активная старость определяется как “процесс оптимизации возможностей для обеспечения здоровья, участия в жизни общества и защищенности человека в целях улучшения качества его жизни в ходе старения”. В них подчеркивается необходимость принятия мер в различных секторах и ставится цель обеспечить “вклад пожилых людей в жизнь семьи, общины и в экономическую деятельность”.

В директивных рамках ВОЗ определены шесть ключевых факторов активной старости: экономические, поведенческие, личностные, социальные, медицинские и социальные услуги, а также физическая среда. В них рекомендуются четыре компонента, необходимые для ответных мер в рамках политики в области здравоохранения:

- профилактика и снижение чрезмерного бремени инвалидности, хронических заболеваний и преждевременной смертности;
- сокращение факторов риска, связанных с основными заболеваниями, и усиление факторов, способствующих охране здоровья на протяжении всей жизни;
- создание континуума приемлемых по цене, доступных, высококачественных и благоприятных для людей пожилого возраста медицинских и социальных услуг в целях удовлетворения потребностей и осуществления прав людей по мере старения;
- обеспечение подготовки и обучения для лиц, осуществляющих уход.

Таким образом, проблема старения населения требует комплексных ответных мер со стороны общественного здравоохранения. Однако дискуссии о том, что должны включать такие меры, носят крайне ограниченный характер (11). Во многих областях недостаточно фактических данных относительно того, что на самом деле эффективно (12).

Контекст для действий

Международная законодательная и политическая база

С 2002 г. два международных политических документа регулируют действия по проблемам старения, а именно *Политическая декларация*

и Мадридский международный план действий по проблемам старения (13) и Активная старость: директивные рамки Всемирной организации здравоохранения (14) (вставка 1.1). Эти документы являются составной частью международной законодательной базы, предусмотренной международным правом в области прав человека. В них отмечается рост ожидаемой продолжительности жизни и подчеркивается потенциал населения пожилого возраста в качестве мощного ресурса будущего развития (вставка 1.1). В этих документах придается большое значение навыкам, опыту и мудрости пожилых людей, а также вносимому ими вкладу. В них обозначен широкий круг областей, в которых политика может создать условия для внесения такого вклада, а также обеспечить безопасность людей в пожилом возрасте. В каждом из документов определяется значение здоровья в пожилом возрасте как самого по себе, так и в качестве средства, обеспечивающего участие пожилых людей в жизни общества (и, в свою очередь, пользу от такого участия для их здоровья) (14). Однако вопросы систематических изменений, необходимых для достижения таких целей, рассматриваются в этих документах недостаточно подробно.

В недавнем обзоре результатов, достигнутых в мире после 2002 г., охватывающем более 130 стран, отмечаются “низкий приоритет связанных с демографическими изменениями проблем в рамках политики в области здравоохранения”; “низкий уровень профессиональной подготовки в области гериатрии и геронтологии среди медицинских работников, несмотря на рост числа пожилых людей”; а также тот факт, что “в рамках правительственных мер в отношении старения... вопросам помощи и поддержки для лиц, осуществляющих уход, не уделяется должного внимания» (17).

Такое отсутствие прогресса, несмотря на наличие очевидных возможностей для действий, вдвойне важно, поскольку старение населения неразрывно связано со многими другими глобальными программами в области

общественного здравоохранения, в частности в отношении всеобщего охвата медицинскими услугами, неинфекционных заболеваний и инвалидности, а также с повесткой дня в области развития на период после 2015 г. и конкретно с Целями устойчивого развития (18). Без надлежащего учета вопросов здоровья и благополучия пожилых людей многие из этих программ не имеют смысла или будут попросту недостижимыми.

Текущие ответные меры общественного здравоохранения: наращивания тех же усилий уже недостаточно

Достижение целей, изложенных в Политической декларации и Мадридском международном плане действий по проблемам старения и в документе Активная старость: директивные рамки, означает не только наращивание тех усилий, которые уже предпринимаются, или повышение их качества. Необходимы системные изменения. В странах с высоким уровнем дохода системы здравоохранения нередко лучше приспособлены для устранения острых состояний здоровья, чем для лечения и сведения к минимуму последствий хронических состояний, распространенных в пожилом возрасте (19–21). Кроме того, такие системы зачастую являются узкоспециализированными и призваны решать различные проблемы по отдельности. Такой подход может приводить к полипрагмазии, ненужным вмешательствам и ненадлежащей помощи (22, 23).

Например, в 2015 г. было установлено, что в одной из крупнейших больниц Франции 20% всех пациентов в возрасте старше 70 лет на момент выписки были в гораздо меньшей степени способны выполнять основные функции, необходимые в повседневной жизни, чем до поступления в больницу. Однако менее чем в половине этих случаев причиной такого снижения способности является уже имеющаяся

состояние. В других случаях снижение функциональной способности было связано с ограничениями в полученной пациентами помощи. В 80% случаев эту проблему можно было предотвратить, обычно посредством использования простых и финансово доступных альтернативных моделей оказания помощи, таких как восстановление подвижности или более оптимальные методы, позволяющие справляться с недержанием (24).

Медицинские услуги в странах с высоким уровнем дохода также ненадлежащим образом интегрированы в системы долгосрочной помощи. Это может приводить к использованию дорогостоящих услуг экстренной медицинской помощи для удовлетворения потребностей в уходе за хроническими больными и к неспособности обеспечить полный уход за пожилыми людьми, получающими долгосрочную помощь (23, 25).

В странах с низким уровнем дохода или в условиях ограниченных ресурсов во всем мире доступ к медицинским услугам зачастую ограничен. Медицинские работники могут обладать низким уровнем подготовки, недостаточным для решения распространенных в пожилом возрасте проблем, таких как деменция или старческая дряхлость, а возможности ранней диагностики и ведения таких состояний, как повышенное кровяное давление (ключевой фактор риска, приводящий к наибольшему количеству смертей среди пожилых людей в результате болезней сердца и инсульта), могут быть упущены.

Такой вывод можно сделать по результатам Исследования ВОЗ по проблемам глобального старения и здоровья взрослых людей (SAGE), в котором были использованы национальные репрезентативные выборки пожилых людей из Ганы, Индии, Китая, Мексики, Российской Федерации и Южной Африки (26). В странах, в которых проводилось SAGE, уровень охвата эффективным медицинским страхованием, по оценкам, варьируется в пределах от 21% пациентов в Мексике до 48% в Южной Африке. Это

указывает на то, что огромное число пожилых людей либо отказываются от медицинских услуг или получают их в недостаточной мере, либо в конечном счете приходят к обнищанию из-за необходимости оплачивать медицинские услуги, которые способны, а может, и не способны обеспечить ту помощь, в которой они нуждаются (27). Так, хотя по результатам SAGE около 53% пожилых людей страдали от повышенного кровяного давления, лишь 4–14% из них получали эффективное лечение (28). Расходы на медицину катастроф также очень высоки и составляют примерно от 8 до 46% от доходов даже среди пожилых людей, охваченных системой медицинского страхования (27).

Такие пробелы в сфере медицинской помощи в странах с низким и средним уровнями дохода приводят к высокому числу пожилых людей с ограничениями в функционировании (глава 3). Поскольку зачастую в таких условиях имеется лишь ограниченная инфраструктура долгосрочной помощи или такая инфраструктура отсутствует вовсе, ответственность по уходу ложится на членов семьи, которые, как правило, не имеют соответствующей подготовки или поддержки для оказания необходимой помощи. Вследствие этого в целях обеспечения такой помощи другой член семьи (обычно женщина) вынужден бросить работу.

Таким образом, глобальные ответные меры общественного здравоохранения в связи с проблемой старения населения должны привести к преобразованию систем, которые изначально не были увязаны с теми группами населения, которые они обслуживают во все возрастающем объеме. Обеспечение такого увязывания потребует четкого понимания вопроса здоровья в пожилом возрасте и сфокусированного осмысления мер, которые могут улучшить ситуацию. Такие изменения должны быть произведены с привлечением всех секторов, поскольку на здоровье пожилых людей воздействуют не только системы, обеспечивающие медицинскую и долгосрочную помощь, но и

условия, в которых проживают и проживали эти люди на протяжении всей своей жизни.

В качестве шага на пути к достижению этой цели в настоящем докладе предпринята попытка объединить все, что известно на настоящий момент о старении и здоровье, а также определить основу для действий в области общественного здравоохранения, применимую для всех стран независимо от уровня их развития. Таким образом, данный доклад может рассматриваться в качестве реального выражения приоритетов в области здравоохранения, установленных более десяти лет назад в *Политической декларации и Мадридском международном плане действий по проблемам старения* и в документе *Активная старость: директивные рамки*. Тем не менее, учитывая важность данной задачи, отсутствие действий до настоящего времени, а также необходимость активизации глобальных ответных мер общественного здравоохранения, авторы предлагают использовать двуединый подход к политике, который подчеркивает необходимость как здоровой, так и активной старости. Такой подход соответствует недавним инициативам, предпринятым в Европейском союзе (29). Поскольку факторы, определяющие состояние нашего здоровья в пожилом возрасте, сформировались еще до нашего рождения, в настоящем докладе принят подход, охватывающий весь жизненный цикл (30, 31), однако основное внимание в докладе уделено второй половине жизни.

Проблемы в разработке политики

Для обеспечения успеха всеобъемлющих ответных мер общественного здравоохранения в связи со старением населения необходимо преодолеть четыре основные проблемы.

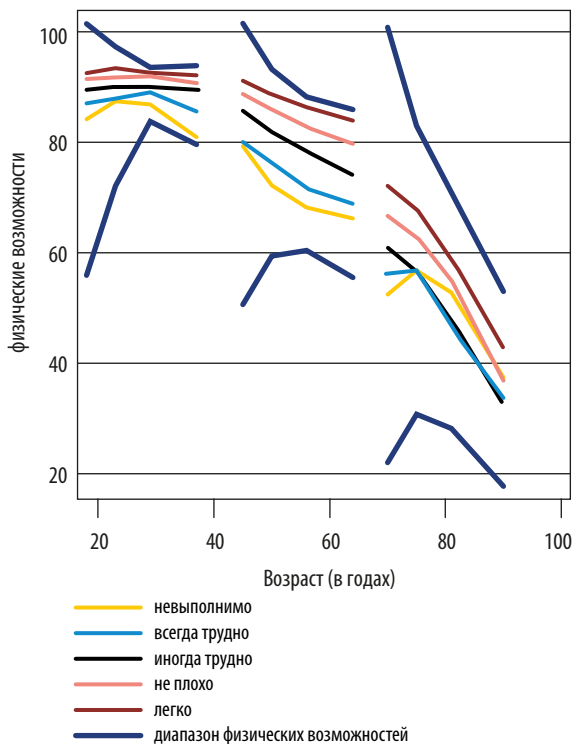
Многообразии в пожилом возрасте

Одна из наиболее значительных проблем связана с широким многообразием состояний здоровья и функциональных состояний, с которыми сталкиваются пожилые люди. Эти состояния отражают неявные физиологические изменения, происходящие с течением времени и имеющие лишь отдаленную связь с хронологическим возрастом.

Например, на [рисунке 1.1](#) показаны траектории физической способности на протяжении жизни с использованием данных из проведенного в Австралии обширного лонгитюдного исследования здоровья женщин (32). Диапазон физического функционирования (обозначенный темными линиями в верхней и нижней частях [рисунка 1.1](#)) значительно шире в пожилом возрасте, чем в более молодом. Такое многообразие является отличительной особенностью пожилого возраста. Это означает, что у некоторых 80-летних уровень как физических, так и умственных способностей сходен с уровнем способностей многих 20-летних. Политика в области общественного здравоохранения должна быть сформирована таким образом, чтобы максимально увеличить число людей с такими положительными траекториями старения. Кроме того, она должна разрушить многочисленные препятствия, которые ограничивают возможности для продолжения социального участия пожилых людей и внесения ими своего вклада в жизнь общества. Однако на [рисунке 1.1](#) также проиллюстрирован тот факт, что у многих других людей значительное снижение способностей происходит в гораздо более молодом возрасте. Некоторые люди в 60- или 70-летнем возрасте могут нуждаться в посторонней помощи даже для выполнения базовых видов деятельности. Всеобъемлющие ответные меры общественного здравоохранения в связи с проблемой старения населения должны также учитывать их потребности.

Эти различные потребности пожилых людей лучше всего рассматривать как конти-

Рисунок 1.1. Физическая способность на протяжении жизни, стратифицированная по способности организовать свою жизнь на базе имеющегося в настоящее время дохода



Источник: G Peeters, J Beard, D Deeg, L Tooth, WJ Brown, A Dobson; неопубликованный анализ по результатам проведенного в Австралии лонгитюдного исследования здоровья женщин.

нуум функционирования. Однако ответные меры в рамках осуществляемой политики зачастую являются разрозненными и ориентированы на то или иное конечное звено такого континуума. Такие меры являются отражением широкой дискуссии в обществе, которая нередко разделяет участников на два противоположных лагеря, придерживающихся разных точек зрения на старение.

Содной стороны, концепция, основанная на принципе дефицита, относит пожилой возраст

к периоду уязвимости и отчуждения (33). С этой точки зрения ухудшение здоровья, снижение жизненного уровня и все большее отставание от жизни неизбежны, и лица, принимающие решения, концентрируются на вопросах «ухода за пожилыми», и беспокойство у них вызывает то, что им представляется как зависимость, растущие потребности в медицинской помощи, пенсиях и социальных услугах.

С другой стороны, существуют модели, в которых акцент делается на важности социального взаимодействия в пожилом возрасте, вкладе, который пожилые люди способны вносить на всех уровнях общества, а также на возможности сделать это нормой, а не считать исключением (16, 33–37). С этой точки зрения 70-летние люди становятся новыми 60-летними, а лица, принимающие решения, стремятся преодолеть устаревшие стереотипы и внедрить принципы активной или успешной старости в целях создания общества, в котором вклад пожилых людей в целом перевешивает социальные инвестиции (38).

Споры относительно этих моделей могут приобретать весьма острый характер. Например, хотя более оптимистичную точку зрения можно рассматривать в качестве «попытки противопоставить нечто позитивное негативным социальным стереотипам, связанным со старением», ее также критикуют как «новую ортодоксальность» с основополагающими улучшениями, которые могут иметь отрицательные последствия для более уязвимых представителей пожилого населения (39). Также существует мнение, что такие подходы могут способствовать изменению общественных и политических представлений о пожилых людях: от восприятия их как однородной группы «достойных бедных», не способных работать, к еще более негативному образу «жадных стариканов», которые не хотят работать» (40).

В 1961 г. Robert J. Havighurst, один из основателей современной геронтологии, предположил, что каждая позиция в этой поляризованной дискуссии является «подтверждением опреде-

ленных ценностей» (35). В некоторой степени данное утверждение остается справедливым и сегодня. Кроме того, широкое разнообразие опыта в пожилом возрасте позволяет предположить, что каждая из существующих точек зрения может быть отчасти верной. Хотя многие люди продолжают свой личностный рост и в пожилом возрасте, некоторые предпочитают выйти из игры. Некоторые пожилые люди сохраняют хорошее здоровье, в то время как другие испытывают значительную утрату жизнеспособности и нуждаются в существенной помощи. Политика не должна быть сфокусирована на одной из крайних точек этого спектра.

Следовательно, одна из целей настоящего доклада состоит в формировании приемлемой для всех пожилых людей основы для действий системы общественного здравоохранения в связи с проблемой старения.

Воздействие несправедливости

Наблюдаемое в пожилом возрасте многообразие не случайно. Хотя некоторое многообразие отражает нашу генетическую наследственность (41) или результаты выбора, который делают люди на протяжении своей жизни, многое зависит от факторов, неподконтрольных человеку или выходящих за рамки его/ее возможностей. Такие факторы проистекают из физических и социальных условий, в которых живут люди. Они могут воздействовать на здоровье непосредственно или создавать препятствия либо стимулы, влияющие на возможности, решения и поведение человека, которые, в свою очередь, воздействуют на его/ее здоровье (глава 6).

Кроме того, наши взаимосвязи с окружающей средой варьируются в зависимости от многих личных характеристик, включая семью, в которой мы родились, а также половую и этническую принадлежность. Воздей-

ствие окружающих условий нередко коренным образом искажается под влиянием этих характеристик, приводя к неравенству в отношении здоровья, а если это несправедливо и предотвратимо, то и к несправедливости в отношении здоровья (42). Значительная часть широкого многообразия в жизнеспособности и обстоятельствах, которое имеет место в пожилом возрасте, вероятно, можно обосновать совокупным воздействием такой несправедливости в отношении здоровья на протяжении всей жизни. Иногда это называют сводными преимуществами/недостатками (43).

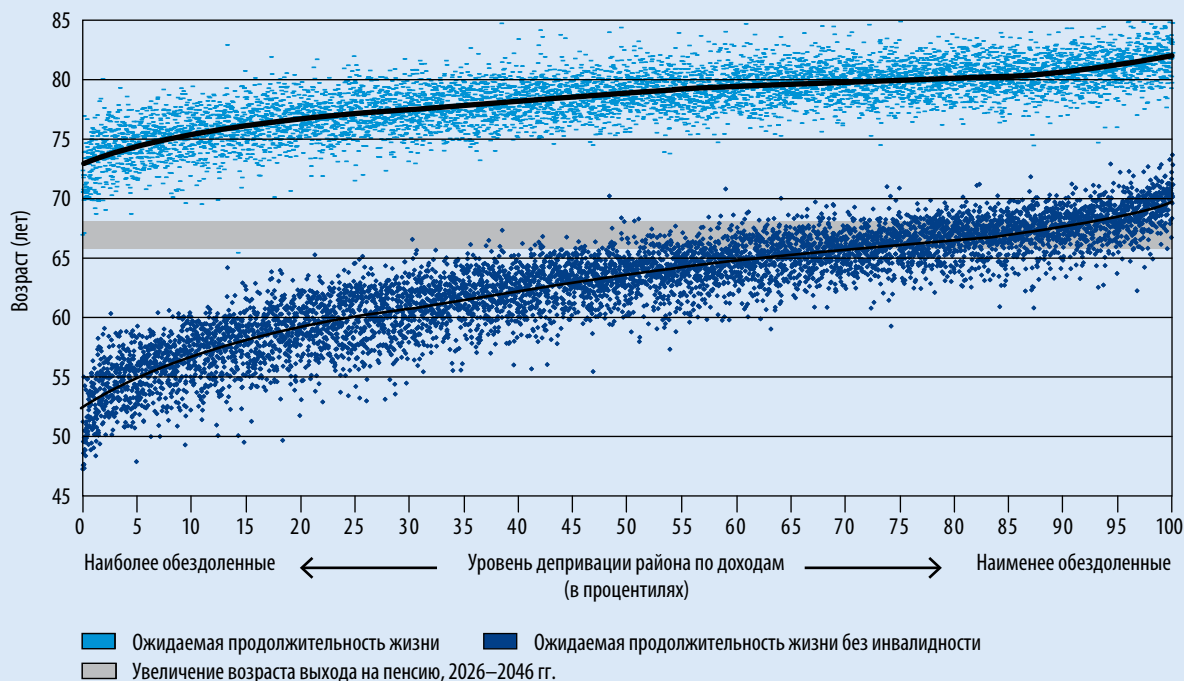
Так, на [рисунке 1.2](#) линии между более темными границами физического функционирования указывают на когорту, разделенную на квинтили по адекватности дохода. Люди с наименьшими показателями адекватности дохода на исходном уровне обладают наименьшим пиковым значением физического функционирования, и это различие имеет тенденцию к сохранению на протяжении всей жизни. Хотя большинство людей согласны с тем, что различия в физическом функционировании не должны находиться в соотношении с доходом, в настоящем докладе считается, что наличие таких различий и их сохранение являются несправедливыми.

Учет вышеназванных воздействий имеет большое значение для разработчиков политики по двум причинам. Во-первых, им следует иметь в виду, что люди с наибольшими потребностями в услугах здравоохранения в любой период жизни могут также оказаться людьми с наименьшими ресурсами, необходимыми для удовлетворения таких потребностей. Во-вторых, политику в области общественного здравоохранения необходимо строить таким образом, чтобы преодолевать, а не усиливать такую несправедливость ([вставка 1.2](#)). Эти соображения проходят красной нитью в настоящем докладе.

Вставка 1.2. Несправедливость в отношении здоровья и пенсий

По результатам обзора неравенства в отношении здоровья после 2010 г., проведенного в Соединенном Королевстве, было установлено, что, несмотря на ожидания людей дожить в среднем до 77 лет, 15 из этих лет могут быть прожиты с той или иной формой инвалидности. Кроме того, показатели ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности различались по месту жительства. В среднем люди, проживающие в благополучных районах Англии, умирают примерно на 6 лет позже, чем жители более бедных районов. Различия в показателях ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности оказались еще более разительными: 13 лет. Таким образом, люди, живущие в более бедных районах, не только умирают раньше, но и проводят большее количество лет своей и так более короткой жизни с ограничениями в плане жизнеспособности (44). В более бедных районах также нередко отсутствуют инфраструктура и ресурсы, необходимые для того, чтобы люди с ограниченной жизнеспособностью могли делать то, что им нужно.

Рисунок 1.2. Показатели ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности при рождении в разбивке по уровню дохода и месту жительства, Англия, 1999–2003 гг.



В ходе анализа также было проведено сравнение показателей ожидаемой продолжительности жизни без инвалидности и планируемого возраста выхода на пенсию, который в Соединенном Королевстве составляет 68 лет. К возрасту 68 лет более трех четвертей рассматриваемых лиц приобрели ту или иную форму инвалидности, при этом большинство из них проживали в более бедных районах. Кроме того, предполагается, что ожидаемая продолжительность жизни после 68 лет (и возможность получения пенсии) у людей с инвалидностью значительно ниже, чем у людей с хорошим состоянием здоровья. Таким образом, политика, ограничивающая наличие ресурсов строго на основании хронологического возраста, способствует укреплению и росту несправедливости, поскольку отказывает в предоставлении ресурсов тем, кто больше всего в них нуждается, и в то же время обеспечивает ресурсы в течение более продолжительного времени тем людям, которые нуждаются в них в меньшей степени.

Устаревшие стереотипы, новые ожидания

К некоторым из наиболее значительных барьеров, препятствующих выработке оптимальной политики общественного здравоохранения в отношении старения, относятся распространенные предубеждения, установки и допущения в отношении пожилых людей (45, 46). Несмотря на убедительные фактические данные, свидетельствующие о том, что пожилые люди вносят свой вклад в общество различными способами, такие люди нередко стереотипно воспринимаются как дряхлые, отстраненные, обременительные или зависимые (47). Такое дискриминационное представление (вставка 1.3) ограничивает способы осмысления нами проблем, вопросы, которые мы задаем, и нашу способность использовать инновационные возможности (46). Используемое в качестве отправной точки для формирования политики такое представление зачастую приводит к значительному акценту на сдерживании расходов.

Эти устаревшие стереотипы укоренились до такой степени, что мы нередко планируем свою жизнь, исходя из предположения о неизбежности разделения ее на фиксированные этапы. При наличии высокого уровня дохода такими этапами обычно являются раннее детство, период учебы, определенный период трудоспособного возраста, а затем выход на пенсию. Однако эти социальные конструкты практически не имеют под собой физиологической основы. Понятие выхода на пенсию является относительно новым, а для многих людей в странах с низким и средним уровнями дохода оно остается абстрактным. Представление о том, что обучение должно происходить лишь на ранних этапах жизни, отражает устаревшие модели трудоустройства, согласно которым лицо, прошедшее обучение по определенной специальности, при наличии определенной удачи работало по этой специальности всю свою жизнь, иногда даже на одного и того же работодателя (52).

Одним из последствий столь жесткого разделения жизненного цикла на этапы является тот факт, что дополнительные годы вследствие увеличения продолжительности жизни нередко рассматриваются всего лишь как удлинение пенсионного периода. Однако, если человек сохраняет хорошее состояние здоровья в эти дополнительные годы, такой подход дает ему крайне ограниченные возможности их достойного использования. Например, осознание возможности прожить еще дольше, возможно, позволит людям вырастить детей, а затем начать карьеру в возрасте 40 или даже 60 лет, менять свой карьерный путь на любом этапе жизни или, как вариант, уйти на пенсию в возрасте 35 лет на некоторый период времени и вернуться к работе позднее. С выходом на пенсию, как таковым, могут быть связаны варианты, не укладывающиеся в столь жесткие рамки.

Так, если это предусматривает политика, сочетание большей продолжительности жизни и хорошего состояния здоровья допускает бесконечное количество вариантов в отношении традиционных категорий жизненного цикла. Такие изменения могут принести пользу не только отдельным людям, но и обществу в целом, поскольку расширяют возможности пожилых людей в плане их вклада в жизнь общества посредством участия в рабочей силе и другой общественной деятельности.

По данным исследований, по крайней мере в некоторых странах с высоким уровнем дохода пожилые люди находятся в поисках новых альтернатив традиционным жизненным этапам (53). Например, по данным обследований в Соединенных Штатах, было установлено, что большинство людей, приближающихся к традиционному пенсионному возрасту, на самом деле не желают выходить на пенсию (53). Некоторые из них испытывают бремя нищеты и нуждаются в продолжении работы, но большинство, как оказывается, заинтересованы в том, чтобы оставаться активными участниками жизни общества. Тем не менее, исходя из отве-

Вставка 1.3. Эйджизм

Эйджизм – это создание стереотипов и дискриминация в отношении людей или групп людей по возрастному признаку. Эйджизм может принимать различные формы, включая предвзятое отношение, дискриминационную практику или институциональные стратегии и практику, закрепляющие стереотипные убеждения (46).

Негативное дискриминационное представление о пожилых людях широко распространено в целом в обществах и не сводится к какой-либо одной социальной или этнической группе. Согласно результатам исследований, в настоящее время эйджизм, возможно, является более распространенной формой дискриминации, чем дискриминация по половому признаку или расизм (48, 49). Эйджизм имеет серьезные последствия как для пожилых людей, так и для общества в целом. Он может являться основным барьером, препятствующим выработке эффективной политики, поскольку ориентирует варианты политики в ограниченных направлениях. Он также может оказывать серьезное воздействие на качество медицинской и социальной помощи, которую получают пожилые люди.

Такие негативные стереотипы настолько распространены, что даже люди, действующие из лучших побуждений, с трудом могут избегать действий и выражений, носящих негативный характер. Кроме того, негативные дискриминационные установки в отношении пожилых людей нередко воспринимаются как юмористические и в определенной степени основаны на фактах; так, юмор зачастую ошибочно допускается в целях нейтрализации какого-либо негативного воздействия на пожилых людей. Тем не менее доказано, что эйджизм снижает самооценку, производительность и вызывает сердечно-сосудистый стресс (50). Такие стереотипы в результате их интернационализации могут стать самореализующимися пророчествами, усиливая бездействие и различные нарушения. Эти негативные установки в отношении пожилых людей также широко распространены даже в учреждениях медицинской и социальной помощи, то есть в областях, в которых пожилые наиболее уязвимы.

Некоторые из таких предубеждений возникают вследствие очевидных биологических изменений. Эта так называемая объективная отправная точка формирования стереотипа пожилого возраста может быть изменена в связи с информированностью о таких нарушениях, как деменция, которые могут ошибочно считаться характерными для стандартного процесса старения. Кроме того, поскольку предполагается, что эйджизм основывается на этих подразумеваемых физиологических и психологических фактах, практически никакого внимания не уделяется ни менее очевидным адаптационным усилиям пожилых людей в целях сведения к минимуму связанных с возрастом потерь, ни положительным аспектам старения, личностному росту, который может иметь место в этот период жизни, а также вкладу пожилых людей в жизнь общества.

Этот укоренившийся в общественном сознании эйджизм может самореализовываться вследствие поддержания среди пожилых людей стереотипов, касающихся социальной изоляции, снижения физических и умственных способностей, отсутствия физической активности и экономического бремени (51).

тов респондентов, они не желают того же, что было у них раньше, но в большем объеме. На самом деле они хотели бы иметь гибкий график и новые возможности в плане карьерных изменений, работать неполный рабочий день или начать свой бизнес. Имеются некоторые фактические данные, свидетельствующие о том, что пожилые люди действуют в соответствии с такими устремлениями и хорошо переносят соответствующие перемены. В Соединенных Штатах 23% новых предпринимателей в 2011–2012 гг. составили лица в возрасте 55–64 лет (54), а среди успешных предпринимателей число лиц

в возрасте старше 50 лет вдвое превысило число лиц в возрасте до 25 лет (55).

В странах с низким и средним уровнями дохода жизненный цикл может иметь менее четко обозначенные этапы. Это особенно верно в отношении бедных людей, возможности которых в плане образования в юном возрасте были ограничены и которые обычно вынуждены зарабатывать себе на жизнь в преклонном возрасте, если только у них нет семьи, которая могла бы им помогать (56).

Однако было бы ошибочным стереотипно представлять себе ситуацию в странах с низким

и средним уровнями дохода. Например, социально-экономическое развитие позволяет многим людям получать минимальные пенсии из налогов. Это жизненно важно для финансовой безопасности пожилого населения (57) и крайне важно для людей, работавших в неофициальном секторе (например, для женщин, на протяжении всей своей жизни осуществлявших уход за членами семьи, или сельскохозяйственных рабочих), которые не могут рассчитывать на такие блага, как пенсии или медицинское страхование.

Тем не менее некоторые из установок и ограничений в отношении жизненного цикла, отмеченные в странах с высоким уровнем дохода, также имеют место в странах с низким и средним уровнем дохода. Например, привилегированные слои населения, такие как работники государственного сектора, могут иметь доступ к большим пенсиям, размеры которых аналогичны размерам пенсий в странах с высоким уровнем дохода, а доступ к ним иногда даже более ограничен, чем в странах с высоким уровнем дохода (58). Обретение таких благ может стать устремлением для других слоев общества, и предположения в рамках таких целей могут повлиять на выработку более широкой политики.

Выработка политики, способной обеспечить финансовую безопасность, которая существенно важна для благополучия в пожилом возрасте, с одновременным обеспечением гибкости в отношении инновационных подходов к жизненному циклу и в то же время устойчивой в финансовом отношении и справедливой, является одной из основных проблем для всех правительств в XXI веке. Описание способов достижения этого выходит за рамки настоящего доклада. Тем не менее обеспечение здоровья пожилого населения и справедливого распределения благ является неперенным условием эффективности политики в этой сфере.

Для достижения этих целей политика в области общественного здравоохранения должна учитывать происходящее в настоя-

щее время существенное переосмысление того, что такое пожилой возраст и каким он может быть. Однако, хотя ответные меры политики не могут быть основаны на устаревших стереотипах, прогнозирование того, как изменятся представления и поведение в будущем, рискованно. Вместо направления пожилых людей в сторону заранее определенных социальных целей политика в области общественного здравоохранения должна быть ориентирована на предоставление пожилым людям возможностей для достижения таких вещей, о которых предыдущие поколения не могли и помыслить.

Мир тоже меняется

В настоящее время пожилые люди могут рассчитывать на гораздо большую продолжительность жизни, чем в прошлом, но и мир вокруг них также изменился (59). Например, последние 50 лет были отмечены масштабным демографическим сдвигом от сельского к городскому образу жизни. В настоящее время впервые в истории большинство мирового населения проживает в городах (60). Вследствие почти глобального социально-экономического развития благосостояние в мире также существенно выросло, хотя во многих местах это по-прежнему ассоциируется с растущим неравенством, которого по большей части можно избежать. Развитие транспорта и связи привело к быстрой глобализации экономической и культурной деятельности, росту миграции, дерегулированию рынков труда и переводу многих рабочих мест, которые традиционно занимали стареющие в настоящее время люди, в новые сектора экономики (61, 62).

Для некоторых пожилых людей, особенно для людей с востребованными знаниями и навыками, обладающих финансовой гибкостью, эти изменения создают новые возможности. Что касается других, то эти изменения могут ликвидировать программы социальной помощи, которые в противном случае были бы доступны для них. Например, хотя гло-

бализация и глобальная взаимосвязанность упрощают для молодых поколений процесс миграции в развитые районы, это может приводить к тому, что члены их семей пожилого возраста остаются в более бедных сельских районах без традиционных семейных связей, к которым они в иной ситуации могли бы обратиться за поддержкой.

Также происходят другие изменения внутри семей. Некоторые из таких изменений отражают местные культурные нормы, реакцию на внешние события или факторы, связанные с семьями (63). Например, в Замбии в связи с миграцией и воздействием СПИДа 30% пожилых женщин являются главами домашних хозяйств в семьях пропущенного поколения, в которых они воспитывают не менее одного внука в отсутствие членов семьи из среднего поколения (64).

Наблюдаются и более широкие тенденции. По мере роста ожидаемой продолжительности жизни увеличивается вероятность того, что в семье могут проживать одновременно представители нескольких разных поколений. Однако, хотя число представителей разных поколений в составе одной семьи может расти, в настоящее время эти поколения могут жить раздельно с большей вероятностью, чем в прошлом. Во многих странах доля пожилых людей, живущих отдельно, заметно увеличивается. Например, в некоторых европейских странах свыше 40% женщин в возрасте 65 лет и старше проживают отдельно (65).

В обществах, в которых сильны традиции совместного проживания пожилых родителей с детьми, как, например, в Японии, традиционный образ жизни, предусматривающий совместное проживание нескольких поколений, постепенно становится менее распространенным (66). Даже в Индии, стране с сильными семейными связями, которые, как предполагается, продолжают сохранять свою актуальность, только в 20% домашних хозяйств проживают объединенные или расширенные семьи (67).

Сокращение размера семьи может быть связано с сокращением возможностей получения взаимной помощи или совместного владения имуществом, что обычно свойственно для крупных домашних хозяйств, а это также может повышать риск бедности (68). Среди пожилых людей, живущих отдельно, может наблюдаться повышенный риск изоляции и самоубийства (69). Тем не менее в следующих главах настоящего доклада отмечено, что многие пожилые люди по-прежнему предпочитают как можно дольше жить в собственных домах и сообществах (70).

Таким изменениям в структуре семьи способствуют две другие заметные тенденции. Резкое снижение рождаемости во многих частях мира означает, что относительное число молодых людей в семье заметно снизилось по сравнению с прошлым (Рисунок 3.8). Вместе с тем отмечаются существенные изменения в плане гендерных норм и возможностей для женщин. В прошлом ключевой ролью для женщин была роль лица, осуществляющего уход как за детьми, так и за пожилыми родственниками. Такое ограниченное участие женщин в секторе оплачиваемой занятости имеет многочисленные негативные последствия для последующей жизни женщин, включая больший риск бедности, меньший доступ к высококачественным медицинским и социальным услугам, более высокий риск злоупотреблений, плохое здоровье и меньший доступ к пенсионному обеспечению. В настоящее время женщины все чаще выполняют другие роли, которые обеспечивают им большую защищенность в пожилом возрасте. Но эти сдвиги также ограничивают способность женщин и семей оказывать помощь пожилым людям, которые в ней нуждаются. Маловероятно, что прежние модели помощи в семье окажутся устойчивыми.

Другие социальные изменения приведут к дальнейшему изменению представления о том, что значит быть пожилым в XXI веке. Например, во многих частях мира традиция уважительного отношения к пожилым

людям в рамках семьи или в обществе может ослабляться или по крайней мере меняться (вставка 1.4). Тем не менее новые ассистивные устройства и благоприятные условия могут улучшать способность пожилых людей заниматься тем, что они считают для себя важным, несмотря на существенные ограничения их жизнеспособности; например, Интернет может обеспечивать видеосвязь с находящимися на расстоянии членами семьи и возможности для дистанционного обучения, а нехватка рабочей силы, правительственные стимулы и изменение установок могут означать рост возможностей для трудоустройства в определенных отраслях.

В современном быстро меняющемся мире все большее число людей доживают до пожилого возраста.

Для чего нужны меры в отношении старения и обеспечения здоровья?

Права пожилых людей

Существует ряд обоснований для выделения государственных ресурсов на улучшение здоровья пожилого населения (4). Первым среди них является право человека, в соответствии с которым пожилые люди должны обладать наивысшим достижимым уровнем здоровья (75). Это право закреплено в международном законодательстве. Тем не менее люди нередко встречаются с проявлениями стигматизации и дискриминации, а их права порой нарушаются на индивидуальном уровне, на уровне местного сообщества и институциональном уровне просто вследствие их возраста. Основанный на правах человека подход к вопросам здорового старения может способствовать преодолению правовых, социальных и структурных барьеров, препятствующих сохранению хорошего состояния здоровья у пожилых людей, а также может внести ясность в юридические обяза-

тельства государственных и негосударственных структур в отношении уважения, защиты и осуществления этих прав (76, 77).

Согласно основанному на правах человека подходу к вопросам здоровья, право на здоровье «включает широкий спектр социально-экономических факторов, создающих условия, позволяющие людям жить здоровой жизнью, и охватывает основополагающие предпосылки здоровья, такие как пища и режим питания, жилище, доступ к безопасной питьевой воде и надлежащим санитарным условиям, безопасные и здоровые условия труда и здоровая окружающая среда» (78). Следовательно, возникает необходимость в широком спектре законов, стратегий и действий для создания соответствующих условий, при которых пожилые люди смогут обладать наивысшим достижимым уровнем здоровья. В соответствии с правом на здоровье государства обязаны обеспечивать (без какой-либо дискриминации) медико-санитарные учреждения, товары и услуги, которые имеются в наличии и являются доступными, приемлемыми и качественными. Государства-участники должны идти вперед в соответствии с принципом постепенного осуществления, согласно которому им следует предпринимать шаги с максимальным использованием имеющихся у них ресурсов для продвижения к наиболее полному осуществлению права пожилых людей на здоровье и других соответствующих прав человека.

Наличие означает существование достаточного количества эффективно действующих учреждений общественного здравоохранения, медико-санитарных учреждений, товаров и услуг, а также программ. В контексте старения наличие предполагает необходимость учитывать, насколько медико-санитарные учреждения, товары и услуги удовлетворяют конкретные медико-санитарные потребности пожилых людей. В данном докладе подчеркивается, что эти услуги значительно отличаются от услуг, зачастую предоставляемых системами здравоохранения.

Вставка 1.4. Социальные изменения, почитание родителей и старение в Азиатско-Тихоокеанском регионе

Азиатско-Тихоокеанский регион является лидером в отношении многих глобальных демографических тенденций. Во многих странах наблюдаются небывалое экономическое и промышленное развитие и урбанизация. Вместе с тем в регионе отмечаются значительные изменения в размере и составе семьи, и данная тенденция будет сохраняться. Эти изменения сопровождаются изменениями отношений между поколениями почти во всех странах, но особенно в Китае, Республике Корея, Сингапуре, Таиланде и Японии (71).

Повсюду в регионе многие отмечают ослабление или изменение таких традиционных ценностей, как почитание родителей. Почитание родителей (孝, xiao) включает сложные эмоциональные и практические взаимоотношения и обязанности между родителями и детьми. Уважение, послушание, привязанность и практическая поддержка являются важными компонентами, которые могут выходить за рамки отношений между соседними поколениями и распространяться на предков (например, через культ предков и ухода за могилами) (71, 72).

Во многих странах все чаще возникают напряженные отношения в связи с тем, что молодые поколения больше не видят причин или не имеют возможности для почитания родителей. Рост числа небольших семей и темпов трудовой миграции зачастую означает, что все меньшее число детей остаются в доме и несут физические, эмоциональные и финансовые обязательства в отношении стареющих родителей и бабушек с дедушками. Эти факторы могут приводить к социальной отчужденности, изоляции, бедности и даже жестокому обращению с пожилыми людьми, а также к расхождениям в межпоколенческих ожиданиях (72).

В качестве ответной меры некоторые страны ввели или расширили законодательство, призванное заставить детей оказывать поддержку своим пожилым родителям, посещать их или ухаживать за ними, хотя это вызывает проблемы в плане справедливости и исполнимости таких законов. Например, некоторые группы людей – такие как бездетные пожилые люди, люди, чьи дети эмигрировали и утратили связь с родными, или семьи после разводов и повторных браков – не имеют поддержки со стороны своих детей и рискуют остаться без ухода и внимания (72).

Тем не менее нормы в области почитания родителей сохраняют свою силу, хотя практическое выражение такого почитания принимает более разнообразные формы по сравнению с обеспечением непосредственного персонального ухода. Пожилые люди, дети и (во многих странах) государство все в большей степени принимают эту реальность. Такие изменения проявляются в замене непосредственного контакта телефонными звонками и сообщениями. Для многих отправка финансовых переводов и внесение оплаты за уход, которую иногда дети, обладающие разными финансовыми возможностями, делят между собой, стало современной формой почитания родителей.

Кроме того, нарастают тенденции, которые наблюдаются в других местах, включая опору на институциональные учреждения по оказанию помощи пожилым людям, а также передачу обязанностей по обеспечению персональной, социальной и медицинской помощи государственным и частным организациям. Например, в Китае некоторые родители считают одним из признаков успеха, если их дети способны оплатить их пребывание в дорогостоящем доме престарелых или услуги социального работника по обеспечению пожизненного ухода за ними на дому (73, 74).

Необходимо обсуждать возможности возложения в будущем обязанностей по оказанию помощи пожилым людям на семью, государство или предприятия частного сектора. Во многих местах семейный уход считается нормой, однако во многих обществах в настоящее время признается, что чрезмерная зависимость от семейного ухода может оказаться разрушительной для благосостояния пожилых людей, а также стать причиной чрезмерного бремени на женщин, традиционно осуществляющих уход. Кроме того, многие пожилые люди, возможно, захотят работать, самостоятельно ухаживать за собой либо и то, и другое. Несомненно, некоторые пожилые люди осознают, что могут стать обузой для своих детей, и поэтому стремятся жить отдельно от них. Углубленное понимание последствий таких изменений и социальной изоляции, которая может их сопровождать, является важным фактором при выработке политики.

Доступность медико-санитарных учреждений, товаров и услуг характеризуется четырьмя показателями: отсутствие дискриминации, физическая доступность, экономическая доступность (или приемлемость по цене) и доступность информации. Все эти показатели особенно важны для пожилых людей, которые могут сталкиваться с основанным на возрасте нормированием услуг, физическими ограничениями, которые существенно затрудняют доступ, финансовой нестабильностью вследствие их возраста и информационными барьерами, начиная с неграмотности и заканчивая способностью пользоваться такой формой информации, как онлайн-материалы, с которой они могут быть незнакомы или к которой они могут не иметь доступа.

Право пожилых людей на здоровье также предусматривает компонент приемлемости медико-санитарных учреждений, товаров и услуг в соответствии со стандартами медицинской этики и на основе использования подходов, учитывающих гендерные аспекты и культурные особенности. Например, при оценке приемлемости необходимо принимать во внимание, ориентированы ли услуги на пожилых людей и отвечают ли они их потребностям, а также учитывать многообразие пожилых людей, которые являются неоднородной группой и сталкиваются с различными рисками для здоровья и обстоятельствами. В некоторых странах с низким уровнем дохода услуги могут быть в наличии, но требовать многочасового ожидания в очереди, что может быть трудно для некоторых пожилых людей вследствие физических ограничений или потребности в частом посещении туалета. В некоторых странах приняты меры для удовлетворения таких потребностей: выделено специальное время для приема только пожилых людей, предусмотрены места для сидения и обеспечена возможность для пожилых людей посещать туалет без потери места в очереди.

Четвертый компонент права на здоровье подчеркивает важность наличия качественных

учреждений, товаров и услуг. При реструктуризации услуг в целях наиболее оптимального удовлетворения потребностей пожилых людей системы здравоохранения должны обеспечивать непрерывный характер таких улучшений. Кроме того, акцент на правах человека требует от государств проведения мониторинга доступа пожилых людей к услугам на основе таких критериев, что вновь указывает на важность наличия надежных текущих фактических данных.

В более широком смысле право на недопущение дискриминации охватывает право на то, чтобы не подвергаться дискриминации по возрастному признаку. Это не только означает то, что пожилые люди обладают равными правами со всеми остальными людьми, но и подразумевает обязанность государств принимать специальные меры для охвата любых групп пожилых людей, которые находятся в неблагоприятном или уязвимом положении, а также целенаправленно выделять ресурсы в связи с такими группами в целях обеспечения равенства.

Ключевым в основанном на правах человека подходе к вопросам здоровья является идея о том, что пожилые люди активно участвуют в жизни общества и принимают обоснованные решения о своем здоровье и благополучии; эта идея также является центральным компонентом ориентированного на человека подхода общественного здравоохранения. Стратегии и программы должны расширять права и возможности пожилых людей, чтобы они могли вносить вклад в свои местные сообщества, оставаясь активными членами как можно дольше в соответствии со своей жизненной способностью (79). Однако обеспечение конструктивного участия и сохранение руководящей роли местных сообществ требуют надлежащей финансовой и технической поддержки. Уделение должного внимания вопросам прав человека также повышает результативность усилий, направленных на улучшение процесса старения и здоровья, поскольку при этом при-

знается важность обеспечения подотчетности. Подотчетность расширяет возможности людей заявлять о своих правах. Подотчетность в отношении охраны здоровья можно усилить путем использования различных механизмов, включая правозащитные механизмы на международном, региональном и национальном уровнях, а также посредством создания национальных комитетов по вопросам старения или по другим вопросам, связанным с мониторингом, жалобами и компенсацией. Эти усилия могут помочь пролить свет на скрытые проблемы, такие как проблема насилия в отношении пожилых людей. Например, Азиатско-Тихоокеанский форум национальных правозащитных учреждений помог привлечь внимание к уязвимости пожилых людей к дискриминации и жестокому обращению в рамках институционального медицинского обслуживания, подчеркнув «системный, а не индивидуальный» характер таких явлений, что требует принятия надлежащих мер во всех секторах и областях, в том числе со стороны правозащитников, медицинских работников и пожилых людей (80).

Старение, здоровье и развитие

Вторым ключевым обоснованием для принятия мер в связи со старением и обеспечением здоровья является содействие устойчивому развитию (81). В настоящее время большинство людей доживают до пожилого возраста, поэтому неуклонно растет доля пожилого населения. Если наша цель заключается в построении сплоченного, мирного, справедливого и безопасного общества, то в рамках развития потребуются учет таких демографических изменений и принятие мер, одновременно обеспечивающих пожилым людям возможность вносить свой вклад в развитие общества и гарантирующих, что пожилые люди не останутся без внимания (13).

Пожилые люди вносят вклад в развитие различными способами, например путем про-

изводства продуктов питания или воспитания будущих поколений (82). Включение пожилых людей в процессы развития не только способствует построению более справедливого общества, но и может укрепить развитие путем поддержки их участия. Исключение пожилых людей из таких процессов не только подрывает их благосостояние и вклад, но и способно нанести серьезный урон благосостоянию и продуктивности других поколений. Например, отсутствие доступных или приемлемых по цене медицинских услуг может означать отсутствие лечения высокого артериального давления у человека пожилого возраста, что может привести к инсульту. Это может не только поставить под угрозу их будущий вклад в безопасность семьи, но и потребовать поддерживающего ухода со стороны других членов семьи (обычно женщин и девочек), которые сами при этом не смогут продолжать работать или посещать школу. Игнорирование потребностей пожилых людей имеет последствия для развития, которые выходят далеко за рамки индивидуального уровня.

Поскольку в стереотипном представлении пожилые люди нередко воспринимаются как часть прошлого, о них зачастую забывают, устремляясь в будущее. Устойчивое развитие требует от нас решения проблемы неприемлемо высокого числа пожилых людей, живущих в нищете, нуждающихся в надлежащих гарантированных доходах, личной безопасности которых находится под угрозой (например, имеет место жестокое обращение с пожилыми людьми или неудовлетворенные потребности во время стихийных бедствий) и доступ которых к медицинской и социальной помощи ограничен (81). Обеспечение «развития для всех» потребует устранения коренных причин несправедливости, с тем чтобы все поколения могли получить равный доступ к медицинским и социальным услугам, обучению на протяжении всей жизни и возможностям вносить свой вклад в жизнь общества. Следует уделять особое внимание потребностям пожилых людей в целях обе-

спечения доступной среды, включая дома, общественные места и здания, рабочие места и транспорт.

Тщательная оценка воздействия политики на пожилых людей, относящихся к различным группам по возрасту, полу, социально-экономическому положению, географическому признаку и принадлежности к этническим группам, может помочь определить, какая политика способна обеспечить справедливость, а какая может ухудшить положение пожилых людей. Например, в ряде стран с более высоким уровнем дохода была рассмотрена возможность увеличения оплаты медико-санитарных услуг из собственных средств в целях сокращения расходов на медицину и снижения чрезмерного уровня пользования услугами. Тем не менее по результатам проведенного в Германии исследования расходов пожилых людей на медицинские услуги из собственных средств было установлено, что данная мера привела к более существенному снижению финансового бремени на наиболее обеспеченный квинтиль населения по сравнению с беднейшим (83). При анализе путей обеспечения большей справедливости среди различных возрастных групп крайне важна информация о том, ставятся ли в рамках политики развития такие цели, как сдерживание расходов или расширение охвата. Вовлечение пожилых людей в процессы принятия решений по вопросам, затрагивающим их самих и членов их семей, может обеспечить принятие наиболее оптимальных ответных мер.

Экономический императив

Третьей причиной для принятия мер является экономическая необходимость адаптации к изменениям в возрастной структуре таким образом, чтобы минимизировать расходы, связанные со старением населения, при максимальном увеличении того многообразного вклада в жизнь общества, который способны внести пожилые люди. Такой вклад может иметь форму непосредственного участия в офи-

циальном или неофициальном секторе занятости через уплату налогов и потребление, через переводы наличных денежных средств и передачу имущества более молодым поколениям и посредством многих других нематериальных благ, которые пожилые люди передают своим семьям и сообществам.

Однако появляются методы экономического анализа последствий старения населения, а модели, которые зачастую используются в настоящее время, могут приводить к принятию ненадлежащих ответных мер. Например, одним из наиболее широко используемых экономических показателей является так называемый коэффициент экономической зависимости пожилых, который определяется как соотношение между иждивенцами пожилого возраста (людьми в возрасте 65 лет или старше) и трудоспособным населением (людьми в возрасте 15–64 лет) (84). Использование данного коэффициента в качестве отправной точки для выработки политики нередко приводит к акценту на расходы, которые могут возникать в связи с содержанием предположительно зависимых групп населения.

Кроме того, данный показатель имеет множество недостатков, один из которых – это исходное положение, что хронологический возраст является достоверным показателем поведения. Одной из особенностей пожилого возраста является многообразие, а хронологический возраст имеет лишь отдаленную связь с уровнями функционирования. Тем не менее коэффициент зависимости предполагает, что все лица в возрасте от 15 до 65 лет работают (хотя в 2009 г. свыше трети считающегося трудоспособным населения Европейского союза фактически нигде не работало), а все лица старше 64 лет считаются иждивенцами (в то время как многие люди в возрасте старше 64 лет являются активными участниками официального сектора занятости) (85). При этом также игнорируется воздействие, которое политика и другие внешние факторы могут оказывать на

долю пожилых людей, являющихся участниками официального сектора занятости.

Кроме того, такое широко распространенное использование слова «зависимость» основано на дискриминационных представлениях о пожилых людях. Многие пожилые люди могут больше не работать, но могут при этом быть финансово независимы в силу накопленных в течение жизни активов либо вкладов, внесенных в пенсионные фонды. Детальный анализ положения в семьях показывает, что, несмотря на предполагаемую зависимость, во многих странах пожилые члены семьи практически до достижения восьмидесятилетнего возраста направляют денежные потоки более молодым членам семьи (86). Кроме того, пожилые люди вносят значительный экономический вклад в общество посредством потребления. К 2017 г. в Соединенных Штатах лица в возрасте старше 55 лет будут контролировать 70% всего располагаемого дохода (87). Во Франции в период с 2015 по 2030 г. на долю лиц в возрасте старше 55 лет будет приходиться две трети всего возросшего потребления (88).

Исследование, проведенное в 2010 г. в Соединенном Королевстве, показало, что при учете различных форм вклада со стороны пожилого населения возникает совсем иная экономическая картина. Это наводит на мысль, что государственные расходы на пожилых людей (посредством предоставления пенсий, иных пособий и медицинских услуг) составили 136 млрд. фунтов стерлингов. Однако, в свою очередь, пожилые люди внесли свой вклад в общество в форме уплаты налогов на сумму 45 млрд. фунтов стерлингов, а в форме других прямых финансовых вложений – на сумму 10 млрд. фунтов стерлингов. Кроме того, их уровень расходов в системе национальной экономики достигает 76 млрд. фунтов стерлингов, а вклад пожилых людей в форме социальной помощи и работы на добровольных началах составил 44 млрд. фунтов стерлингов. С учетом расходов и вклада пожилых людей их ориентировочный чистый вклад в общество

составил около 40 млрд. фунтов стерлингов, и этот показатель возрастет до 77 млрд. фунтов стерлингов к 2030 г. (47).

Данные исследований из стран с более низким уровнем дохода носят более ограниченный характер, однако в них отмечается вклад пожилых людей в общество порой в самых удивительных формах. Например, в Кении средний возраст фермеров составляет 60 лет (82), что обеспечивает их решающую роль в обеспечении продовольственной безопасности. Многие другие пожилые люди в странах с низким уровнем дохода играют важную роль в воспитании следующего поколения.

Таким образом, в данном докладе принят другой подход к оценке экономических последствий старения населения. В настоящем документе затраты на пожилых людей рассматриваются не в качестве расходов, а в качестве инвестиций, обеспечивающих благосостояние и разнообразный вклад пожилых людей в общество (рисунок 1.3). Такие инвестиции включают расходы на системы здравоохранения, долгосрочную помощь и создание более широкой благоприятной среды. В некоторых случаях отдача от этих инвестиций является прямой (например, улучшение здоровья в результате надлежащих инвестиций в системы здравоохранения приводит к росту участия в жизни общества). В других случаях отдача может быть менее очевидной, но требует такого же рассмотрения: например, инвестиции в долгосрочную помощь не только принесут пользу пожилым людям со значительной потерей жизнеспособности, но и могут помочь женщинам остаться в составе рабочей силы вместо осуществления ухода за пожилыми родственниками дома; наличие долгосрочной помощи может также содействовать социальной сплоченности в результате распределения рисков в сообществе. Точное определение количества инвестиций в вопросы старения и выгоды таких инвестиций будет иметь важнейшее значение, и чтобы лица, принимающие решения, выработали действительно информированную политику, крайне

Рисунок 1.3. Инвестиции и окупаемость инвестиций в вопросы старения населения

Инвестиции	Выгоды	Отдача
Системы здравоохранения	Здоровье	Благополучие человека
Системы долгосрочной помощи	Навыки и знания	Участие в рабочей силе
Пожизненное обучение	Мобильность	Потребление
Условия, благоприятные для людей пожилого возраста	Социальные связи	Предпринимательство и инвестиции
Социальная защита	Финансовая безопасность	Инновации
	Личное достоинство, защита и безопасность	Социально-культурный вклад
		Социальная сплоченность

Источник: адаптировано из неопубликованных данных Совета глобальной повестки дня по проблемам старения в рамках Всемирного экономического форума, 2013 г.

важно в полной мере определить количество и учесть уровень дивидендов, получаемых от инвестиций в проблему старения.

Кроме того, в данном докладе инвестиции рассматриваются на основе подхода, охватывающего весь жизненный цикл, а также в целях обеспечения справедливого распределения ресурсов общества. Такой подход требует не единообразного отношения ко всем людям в каждой из возрастных групп (учитывая их различные потребности), а справедливого отношения к людям в течение всей их жизни (89).

Такое переосмысление экономических вопросов смещает центр дискуссии с акцента на минимизацию расходов в связи со старением населения к анализу, в котором учитываются выгоды, которые могут быть упущены, если обществу не удастся осуществить соответствующую адаптацию и обеспечить необходимые инвестиции. В следующих разделах

данного доклада будут предложены пути придания первоочередного значения некоторым из этих инвестиций.

Заключение

Очевидно, что нынешние подходы общественного здравоохранения к вопросам старения населения оказались неэффективными. Здоровье пожилых людей отстает от роста продолжительности жизни (5, 9); что касается состояния здоровья пожилых людей, то здесь отмечается значительная несправедливость в отношении здоровья; действующие системы здравоохранения слабо ориентированы на оказание той помощи, которая необходима пожилым людям, даже в странах с высоким уровнем дохода (17–21); модели обеспечения долгосрочной помощи являются недостаточными и неустойчивыми (глава 5); а физические и социальные условия сопряжены с множеством барьеров и сдерживающих факторов, препятствующих как сохранению здоровья, так и участию пожилых людей в жизни общества (глава 6) (90).

Назрела необходимость в новой основе для глобальных действий. Такая основа должна учитывать широкое многообразие среди пожилого населения, а также решать проблему несправедливости, которая под ним скрывается. Такая основа должна привести к разработке новых систем медицинской и долгосрочной помощи, которые в большей степени отвечают потребностям пожилых людей, а также должна обеспечить единство целей для всех секторов в целях обеспечения скоординированных и сбалансированных усилий. Прежде всего необходимо отбросить устаревшие представления о старении и основательно пересмотреть современное понимание старения и здоровья, а также способствовать разработке преобразующих подходов. С учетом непрекращающегося и непредсказуемого характера социальных изменений такие подходы не должны носить директивный характер; они должны укреплять

способность пожилых людей к достижению успеха в постоянно меняющихся условиях, в которых им предстоит жить.

В данном докладе предлагается основа для таких ответных мер. В главе 2 рассматриваются значение здоровья для человека пожилого возраста, а также способы формулирования стратегии общественного здравоохранения, способствующей укреплению здоровья. В главе 3 эта модель используется в качестве основы для оценки тенденций в области здравоохранения и приоритетов в пожилом возрасте. В последних главах дается подробное

описание мер, которые могут быть приняты в ключевых секторах: в главе 4 рассматриваются системы здравоохранения, в главе 5 речь идет о системах долгосрочной помощи, а в главе 6 рассматривается роль других секторов. Однако в настоящем докладе красной нитью проходит мысль о том, что все эти аспекты окружения пожилых людей должны работать взаимосвязанно, составляя единое целое, если мы хотим добиться здорового старения. В последней, 7-й главе определяются основные шаги, которые должны быть предприняты в дальнейшем.

Библиография

1. World Economic and Social Survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations Department of Social and Economic Affairs; 2007 (Report No. E/2007/50/Rev.1 ST/ESA/314; http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf, accessed 4 June 2015).
2. Bloom DE. 7 billion and counting. *Science*. 2011 Jul 29;333(6042):562–9.doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1209290> PMID: 21798935
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009 Oct 3;374(9696):1196–208.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4) PMID: 19801098
4. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. Introduction. In: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. *Global population ageing: peril or promise?* Geneva: World Economic Forum; 2012:4–13. (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 24 July 2015).
5. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75–86.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID: 21135070
6. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2006 Nov 28;103(48):18374–9.doi: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID: 17101963
7. Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. 2012 Nov;102(11):2157–63.doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602> PMID: 22994192
8. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61594-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9) PMID: 19010526
9. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):563–75.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8) PMID: 25468158
10. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011 Nov 1;89(11):788–97. PMID: 22084524
11. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. Population ageing and health. *Lancet*. 2012 Apr 7;379(9823):1295–6.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60519-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60519-4) PMID: 22480756
12. Smith A. *Grand challenges of our aging society*. Washington DC: National Academies Press; 2010.
13. Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. New York: United Nations; 2002 (http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf, accessed 4 June 2015).
14. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8; http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf, accessed 4 June 2015).
15. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations; 1966 (<http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>, accessed 7 June 2015).
16. Walker A. A strategy for active ageing. *Int Soc Secur Rev*. 2002;55(1):121–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1468-246X.00118>
17. Overview of available policies and legislation, data and research, and institutional arrangements relating to older persons – progress since Madrid. New York: United Nations Population Fund, Help Age International; 2011 (http://www.ctc-health.org.cn/file/Older_Persons_Report.pdf, accessed 4 June 2015).
18. Sustainable development. In: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/index.html>, accessed 17 June 2015).
19. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, accessed 4 June 2015).
20. Patterson L. Making our health and care systems fit for an ageing population: David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. King's Fund March 2014. *Age Ageing*. 2014 Sep;43(5):731.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu105> PMID: 25074536
21. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 2012;345:e5205.doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5205> PMID: 22945950
22. Peron EP, Gray SL, Hanlon JT. Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011 Dec;9(6):378–91.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjopharm.2011.10.002> PMID: 22057096
23. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):93.doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010

24. Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable iatrogenic disability in elderly patients during hospitalization. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Aug 1;16(8):674–81. PMID: 25922117
25. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
26. Kowal P, Chatterji S, Naidoo N, Biritwum R, Fan W, Lopez Ridaura R, et al.; SAGE Collaborators. Data resource profile: the World Health Organization Study on global AGEing and adult health (SAGE). *Int J Epidemiol*. 2012 Dec;41(6):1639–49. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dys210> PMID: 23283715
27. Goepfel C, Frenz P, Tinnemann P, Grabenhenrich L. Universal health coverage for elderly people with non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: a cross-sectional analysis. *Lancet*. 2014 Oct;384:S6. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61869-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61869-9)
28. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*. 2014 Feb;43(1):116–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt215> PMID: 24505082
29. Stegeman I, Otte-Trojel T, Costongs C, Considine J. Healthy and active ageing. Brussels: EuroHealthNet and Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2012 (<http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>, accessed 4 June 2015).
30. Alwin DF. Integrating varieties of life course concepts. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012 Mar;67(2):206–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr146> PMID: 22399576
31. Liu S, Jones RN, Glymour MM. Implications of lifecourse epidemiology for research on determinants of adult disease. *Public Health Rev*. 2010 Nov;32(2):489–511. PMID: 24639598
32. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort Profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):987–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID: 15894591
33. Cumming E, Henry W. Growing old, the process of disengagement. New York: Arno; 1979.
34. Lemon BW, Bengtson VL, Peterson JA. An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *J Gerontol*. 1972 Oct;27(4):511–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/27.4.511> PMID: 5075497
35. Havighurst RJ. Successful aging. *Gerontologist*. 1961;1(1):8–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
36. Butler RN. The study of productive aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002 Nov;57(6):S323. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/57.6.S323> PMID: 12426440
37. Knapp MR. The activity theory of aging: an examination in the English context. *Gerontologist*. 1977 Dec;17(6):553–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/17.6.553> PMID: 924178
38. Steverink N. Successful development and ageing: theory and intervention. In: Pachana N, Laidlaw K, editors. *Oxford handbook of geropsychology*. Oxford: Oxford University Press; 2014:84–103.
39. Schroeter KR. [The Doxa of the social-gerontological field: successful and productive aging-orthodoxy, heterodoxy or alldodoxy?]. *Z Gerontol Geriatr*. 2004 Feb;37(1):51–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-004-0163-z> PMID: 14991297
40. Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful aging: a call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *J Appl Gerontol*. 2009;28(6):702–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882>
41. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292
42. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 5 June 2015).
43. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):S327–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327> PMID: 14614120
44. Fair society. Healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: UCL Institute of Health Equity; 2010 (The Marmot Review; <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, accessed 4 June 2015).
45. Tam T, Hewstone M, Harwood J, Voci A, Kenworthy J. Intergroup contact and grandparent–grandchild communication: the effects of self-disclosure on implicit and explicit biases against older people. *Group Process Intergroup Relat*. 2006;9(3):413–29. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1368430206064642>
46. Butler RN. Ageism: a foreword. *J Soc Issues*. 1980;36(2):8–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>

Всемирный доклад о старении и здоровье

47. Cook J. The socioeconomic contribution of older people in the UK. *Working Older People*. 2011;15(4):141–6 doi: <http://dx.doi.org/10.1108/13663661111191257>
48. Levy B, Banaji M. Implicit ageism. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:127–8.
49. Kite M, Wagner L. Attitudes toward older and younger adults. In: Nelson TD, editor. *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61.
50. Levy B, Ashman O, Dror I. To be or not to be: the effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega (Westport)*. 1999–2000;40(3):409–20. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/Y2GE-BVYQ-NF0E-83VR> PMID: 12557880
51. Angus J, Reeve P. Ageism: a threat to “aging well” in the 21st century. *J Appl Gerontol*. 2006;25(2):137–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464805285745>
52. Guillemard A-M. The advent of a flexible life course and the reconfigurations of welfare. In: Goul Andersen J, Guillemard A-M, Jensen PH, Pfau-Effinger B, editors. *The changing face of welfare: consequences and outcomes from a citizenship perspective*. Bristol: Policy Press Scholarship Online; 2005:55–73. doi: <http://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781861345929.003.0004>
53. The SunAmerica Retirement Re-Set Study: redefining retirement post recession. Los Angeles: SunAmerica Financial Group; 2011 (<http://www.agewave.com/research/retirementresetreport.pdf>, accessed 4 June 2015).
54. Lin LP, Hsia YC, Hsu SW, Loh CH, Wu CL, Lin JD. Caregivers’ reported functional limitations in activities of daily living among middle-aged adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2013 Dec;34(12):4559–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.038> PMID: 24139711
55. Holly K. Why great entrepreneurs are older than you think. In: *Forbes Tech [website]*. 2014 (<http://www.forbes.com/sites/krisztinaholly/2014/01/15/why-great-entrepreneurs-are-older-than-you-think/>, accessed 4 June 2015).
56. Lloyd-Sherlock P. *Population ageing and international development: from generalisation to evidence*. Bristol: Policy Press; 2010.
57. Palacios R, Knox-Vydmanov C. The growing role of social pensions: history, taxonomy and key performance indicators. *Public Adm Dev*. 2014;34(4):251–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pad.1682>
58. Palacios R, Whitehouse E. *Civil-service pension schemes around the world*. Washington (DC): World Bank; 2006.
59. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. *Global population ageing: peril or promise?* Geneva: World Economic Forum; 2012. (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 4 June 2015).
60. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Kobe: World Health Organization, WHO Centre for Health Development, United Nations Human Settlements Programme; 2010 (http://www.who.int/kobe_centre/publications/hiddencities_media/who_un_habitat_hidden_cities_web.pdf, accessed 4 June 2015).
61. Polivka L. Globalization, population, aging, and ethics. *J Aging Identity*. 2001;6(3):147–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
62. Arxer SL, Murphy JW. *The symbolism of globalization, development, and aging*. Dordrecht: Springer; 2012. (<http://www.springer.com/us/book/9781461445074>, accessed 17 June 2015).
63. Suzman R, Beard J. *Global health and ageing*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, World Health Organization; 2011 (NIH Publication no. 11-7737; http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf, accessed 4 June 2015).
64. *Living arrangements of older persons around the world*. New York: United Nations; 2005 (<http://www.un.org/esa/population/publications/livingarrangement/report.htm>, accessed 4 June 2015).
65. *Ageing in Ireland*. 2007. Dublin: Central Statistics Office; 2007. (<http://www.cso.ie/en/media/csoie/releasespublications/documents/otherreleases/2007/ageinginireland.pdf>, accessed 17 June 2015).
66. *Household projections for Japan 2010–2035*. Tokyo: National Institute of Population and Social Security Research; 2013 (http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/e/hhprj2013/t-page_e.asp, accessed 4 June 2015).
67. *National Family Health Survey Mumbai*. India: International Institute of Population Sciences and ORC Macro; 2007.
68. Casey B, Yamada A. Getting older, getting poorer? A study of the earnings, pensions, assets and living arrangements of older people in nine countries. Paris: OECD Publishing; 2002 (OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 60; http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/getting-older-getting-poorer_345816633534, accessed 4 June 2015).
69. Poudel-Tandukar K, Nanri A, Mizoue T, Matsushita Y, Takahashi Y, Noda M, et al.; Japan Public Health Center-based Prospective Study Group. Differences in suicide risk according to living arrangements in Japanese men and women—the Japan Public Health Center-based (JPHC) prospective study. *J Affect Disord*. 2011 Jun;131(1-3):113–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.027> PMID: 21168916

70. Healthy aging & the built environment. In: Centers for Disease Control and Prevention [website]. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2015 (<http://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/healthyaging.htm>, accessed 17 June 2015).
71. Phillips DR. Overview of health and ageing issues in the Asia-Pacific region. In: Chan W, editor. Singapore's ageing population: managing healthcare and end of life decisions. Abingdon, Oxford: Routledge; 2011:13–39.
72. Phillips DR, Cheng KHC. The impact of changing value systems on social inclusion: an Asia-Pacific perspective. In: Scharf T, Keating NC, editors. From exclusion to inclusion in old age. Bristol: Policy Press; 2012:109–24. doi: <http://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781847427731.003.0007>
73. Phillips DR, Cheng KHC. Challenges for the ageing family in the People's Republic of China. *Can J Aging*. 2015;34(3):1–15. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=25511315&dopt=Abstractdoi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000203> PMID: 25511315
74. Yeh KH, Yi CC, Tsao WC, Wan PS. Filial piety in contemporary Chinese societies: a comparative study of Taiwan, Hong Kong, and China. *Int Sociol*. 2013;28(3):277–96. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0268580913484345>
75. Baera B, Bhushan A, Abou Taleb H, Vasquez J, Thomas R, Ferguson L. The right to health of older people. *Gerontologist*. 2016 (In press).
76. Doron I, Apter I. The debate around the need for an international convention on the rights of older persons. *Gerontologist*. 2010 Oct;50(5):586–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq016> PMID: 20185521
77. Kalache A. Human rights in older age. In: Beard JS, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012: 89–92. (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 4 June 2015).
78. The right to the highest attainable standard of health. New York: United Nations; 2000 (E/C.12/2000/4, General Comments; http://www.nesri.org/sites/default/files/Right_to_health_Comment_14.pdf, accessed 4 June 2015).
79. Kornfeld-Matte R, editor. United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. [website]. New York: United Nations; 2014. (<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15148&LangID=E>, accessed 4 June 2015).
80. Open-ended working group on ageing for the purpose of strengthening the protection of the human rights of older persons: General Assembly resolution 65/182. New York: United Nations; 2011 (http://social.un.org/ageing-working-group/documents/Chair_summary_2nd_session_OEWG_final.pdf, accessed 4 June 2015).
81. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York, London: United Nations Population Fund; HelpAge International; 2012 (<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>, accessed 20 July 2015).
82. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0) PMID: 25468150
83. Bock J-O, Matschinger H, Brenner H, Wild B, Haefeli WE, Quinzler R, et al. Inequalities in out-of-pocket payments for health care services among elderly Germans—results of a population-based cross-sectional study. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):3. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-13-3> PMID: 24397544
84. World population prospects: the 2012 revision. Methodology of the United Nations population estimates and projections. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2014. (http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_Methodology.pdf, accessed 4 June 2015).
85. Wöss J, Türk E. Dependency ratios and demographic change. The labour market as a key element. Brussels: European Trade Union Institute; 2011.
86. Lee R, Mason A. Population aging and the generational economy. a global perspective. Cheltenham: Edward Elgar; 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.4337/9780857930583>
87. Introducing boomers: marketing's most valuable generation. New York: Nielsen; 2012 (<http://www.nielsen.com/us/en/reports/2012/introducing-boomers--marketing-s-most-valuable-generation.html>, accessed 4 June 2015).
88. Desvaux G, Regout B. Older, smarter, more value conscious: the French consumer transformation. *McKinsey Quarterly*. 2010 Jun; (http://www.mckinsey.com/insights/consumer_and_retail/older_smarter_more_value_conscious_the_french_consumer_transformation, accessed 4 June 2015).
89. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. New York: Cambridge University Press; 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511809514>
90. Beard JR, Petitot C. Aging and urbanization: can cities be designed to foster active aging? *Public Health Rev*. 2011;32(2):427–50.



Глава 2
Здоровое старение

Мун, 88 лет, Таиланд

Мун ведет активный образ жизни. Этот жизнерадостный и энергичный человек с удовольствием оказывает помощь своей общине. «Мне нравится быть активным и разъезжать повсюду на своем велосипеде, – объясняет он, а затем добавляет: – Грустить не надо». Он надеется, что сможет и дальше делать все, что в его силах, для своей общины.

© Robin Wyatt / «ХелпЭйдж Интернэшнл», 2013 г.

2

Здоровое старение

Что такое старение?

Происходящие в организме изменения, которые являются компонентами процесса старения и влияют на него, носят комплексный характер (1). На биологическом уровне старение связано с постепенным аккумулярованием самых разнообразных повреждений на молекулярном и клеточном уровнях (2, 3). Со временем эти повреждения приводят к постепенному уменьшению физиологических резервов и к повышенному риску многочисленных болезней, а также к общему спаду индивидуальной жизнеспособности. В конечном счете это приводит к смерти.

Однако эти изменения не являются линейными или последовательными и имеют лишь слабую связь с количеством прожитых человеком лет (2). Таким образом, в то время как одни 70-летние люди могут находиться в хорошей физической и умственной форме, другие могут быть немощными или нуждаться в существенной поддержке для удовлетворения своих основных потребностей. Отчасти это объясняется тем, что многие механизмы старения носят случайный характер. Но еще одной причиной является то, что на изменения в организме большое влияние оказывают окружающая среда и поведение человека (глава 1).

Помимо биологических потерь пожилой возраст нередко сопряжен с другими значительными изменениями. Они включают изменение социальных ролей и положения, а также необходимость справляться с потерей своих близких. В связи с этим пожилые люди склонны ставить перед собой меньшее количество целей, но зато более значимых, ограничивают свое участие в тех или иных видах деятельности, выбирая наиболее важные для себя, оптимизируют свои имеющиеся способности путем упражнений и тренировки и использования новых технологий и компенсируют потерю некоторых способностей, находя другие способы выполнения задач (4). Цели, мотивационные приоритеты и предпочтения, как представляется, также претерпевают изменения (5), наводя на мысль, что пожилой возраст может даже быть стимулом для перехода от материалистических представлений к более трансцендентным (6, 7). Хотя некоторые из этих изменений могут определяться адаптацией к потере, другие отражают продолжающееся психологическое развитие в пожилом возрасте, которое может быть связано с

“развитием новых ролей, точек зрения и многих взаимосвязанных социальных контекстов” (4, 8). Эти психосоциальные изменения могут объяснить, почему во многих случаях пожилой возраст может быть периодом повышенного субъективного благополучия (9).

Поэтому при разработке ответных мер общественного здравоохранения в связи с проблемой старения важно рассмотреть не только подходы, которые компенсируют потери, связанные с пожилым возрастом, но и подходы, которые могут способствовать восстановлению, адаптации и психосоциальному росту. Такие положительные моменты могут быть особенно важны тем, что помогают людям пользоваться системами и привлекать ресурсы, позволяющие им решать проблемы со здоровьем, нередко возникающие в пожилом возрасте (10).

Старение, здоровье и функционирование

В пожилом возрасте отмечается сложная динамика изменений состояния здоровья, более подробное описание которой содержится в следующей главе. В конечном счете эта динамика отражается на физических и психических способностях и функционировании пожилых людей.

По мере старения происходит ряд глубоких физиологических изменений и возрастает риск развития хронических заболеваний. К 60-летнему возрасту тяжелое бремя инвалидности и смерть имеют место в результате связанных с возрастом потерь слуха, зрения и движения, а также неинфекционных заболеваний, включая болезни сердца, инсульт, хронические респираторные нарушения, рак и деменцию (глава 3). Это проблемы не только стран с высоким уровнем дохода. Связанное с этими состояниями у пожилых людей бремя является гораздо более тяжелым в странах с низким и средним уровнями дохода.

Однако наличие этих состояний здоровья ничего не говорит о воздействии, которое они могут оказывать на жизнь пожилого человека (11). У одного пожилого человека высокое артериальное давление может легко купироваться при помощи лекарственных средств, а у другого может потребовать разных видов терапии, вызывающих серьезные побочные эффекты. Аналогичным образом пожилые люди с возрастными нарушениями зрения могут полностью сохранять функционирование при помощи очков, но без очков они не в состоянии выполнять такие простые задачи, как чтение или приготовление пищи.

Кроме того, слишком упрощенно было бы рассматривать бремя каждого состояния отдельно, так как старение также связано с повышенным риском наличия одновременно более чем одного хронического состояния (так называемая мультиморбидность). Например, в Германии, по оценкам, почти 24% людей в возрасте 70–85 лет страдают одновременно от пяти или более болезней (12) (глава 3). Воздействие мультиморбидности на жизнеспособность пожилого человека, пользование медицинскими услугами и расходы на лечение нередко является значительно большим чем можно было бы ожидать от совокупного воздействия каждого из этих состояний (13).

К тому же в результате разноплановой динамики глубоких физиологических изменений, болезни и мультиморбидности в пожилом возрасте возникают другие состояния здоровья, которые не охвачены традиционными классификациями болезней. Такие состояния могут быть хроническими (например, старческая дряхлость, распространенность которой у людей старше 65 лет может составлять около 10%) (14), или острыми (например, делирий, который может быть результатом многочисленных детерминант, являющихся столь же многообразными, как и побочные эффекты лекарственных средств или хирургических операций) (15).

Кроме того, такие сложные состояния здоровья не бывают статичными. Например, у пожилых людей с застойной сердечной недостаточностью может отмечаться несколько различных типичных траекторий развития заболевания, а их потребности, равно как и потребности лиц, осуществляющих уход, могут изменяться предсказуемым образом в соответствии с наблюдаемой тенденцией (16).

Следовательно, при оценке потребностей пожилых людей в отношении здоровья важно учитывать не только конкретные заболевания, которыми они страдают, но и характер взаимодействия между этими заболеваниями и их воздействие на траектории функционирования. Такие всесторонние функциональные оценки здоровья в пожилом возрасте являются гораздо лучшими прогностическими показателями выживания и других результатов, чем наличие индивидуальных заболеваний или даже количество сопутствующих заболеваний/степень коморбидности (17). Кроме того, медицинская помощь, учитывающая эти комплексные потребности пожилого возраста в совокупности, оказывается более эффективной, чем услуги, которые являются просто ответной мерой на конкретные болезни в индивидуальном порядке (18–20). Подходы, основанные на функционировании, могут также быть полезными при формулировании ответных мер общественного здравоохранения на проблемы старения населения.

Однако функционирование определяется не только оценкой физических и психических способностей, но и взаимодействием каждого из нас с окружающей средой, в которой мы живем, на протяжении жизни (21). Воздействие условий окружающей среды на здоровье в пожилом возрасте может принимать различные формы, включая влияющую на нас политику в широком смысле этого слова, экономическую ситуацию, установки или нормы внутри местного сообщества, физические характеристики естественной и антропогенной среды, социальные сети, которые мы можем использовать, и

даже ассистивные устройства, которые могут иметься в нашем распоряжении. Все эти факторы формируют наши физические и психические способности в тот или иной момент времени (например, влияя на доступные нам варианты и наш выбор поведения в отношении здоровья), а также определенный уровень жизненной способности для выполнения тех действий, которые мы желаем выполнить (например, если мы хотим попасть в определенное место, возникает вопрос о том, доступны ли транспортные средства, на которых мы можем добраться туда, куда нам нужно) (22). Понимание роли этих варьирующихся в широких пределах контекстуальных факторов должно быть в основе любой стратегии, направленной на укрепление здоровья в пожилом возрасте.

Рамочная основа для действий в связи со старением и обеспечением здоровья

Как видно из главы 1, при разработке приводимой в настоящем докладе рамочной основы для действий системы общественного здравоохранения в связи со старением и обеспечением здоровья ВОЗ стремилась использовать платформу, предусмотренную в *Политической декларации и Мадридском международном плане действий по проблемам старения* (23), документе ВОЗ *Активная старость: директивные рамки* (24), а также в международных нормах и стандартах в области прав человека. Доклад также основывается на текущей работе (для которой он может также послужить источником информации) над рядом других директивных механизмов в смежных областях, включая *Международную классификацию функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья* (21); *Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах инвалидов* (25); *Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 годы* (26);

Пекинскую декларацию и Платформу действий по продвижению прав женщин (27); и заключительный доклад Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (28). Особое внимание было уделено основным вопросам, затронутым в предыдущей главе. В их число входит также необходимость:

- учитывать неоднородность опыта в пожилом возрасте и отвечать потребностям всех пожилых людей, вне зависимости от их состояния здоровья;
- бороться с несправедливостью, обуславливающей такое многообразие;
- избегать стереотипов и предрассудков, связанных с эйджизмом;
- расширять возможности пожилых людей адаптироваться и справляться с проблемами, с которыми они сталкиваются, а также с социальными переменами, сопровождающими процесс старения населения;
- принимать во внимание окружающую среду, в которой живут пожилые люди;
- учитывать состояние здоровья в плане траектории функционирования пожилых людей, а не с точки зрения заболевания или сопутствующего заболевания, от которого пожилые люди могут страдать в определенный момент времени.

Кроме того, в настоящем докладе сделана попытка преодолеть негативные установки и нормы, зачастую обосновывающие проблемы, возникающие вследствие старения населения, и ответные меры общества в связи с ними. В качестве альтернативы настоящий документ исходит из предположения, что старение является важным и при этом нередко сложным процессом и что пожилые люди вносят важный вклад в жизнь общества самыми разными способами. Авторы доклада придерживаются мнения, что старение является позитивным процессом, а пожилые люди полезны для общества. Вместе с тем в докладе признается тот факт, что в большинстве своем пожилые люди испыты-

вают существенные потери будь то в форме снижения своих физических или когнитивных способностей либо в виде утраты семьи, друзей и ролей, которые они выполняли на более ранних этапах своей жизни. Некоторых потерь можно избежать, а людям и обществу в целом следует прилагать усилия для их предотвращения. Однако ряд потерь неминуемы. В рамках ответных мер общества в связи с процессом старения необходимо это учитывать и изыскивать способы решения и адаптации к этим проблемам.

Все эти проблемы носят комплексный характер и не могут быть решены на основе узкого определения здоровья в пожилом возрасте как состояния, определяемого отсутствием заболеваний. Напротив, в настоящем докладе здоровье рассматривается как основополагающий и целостный компонент, позволяющий пожилым людям добиваться важных для них целей. Данный подход согласуется с предпринимаемыми в других областях усилиями в отношении предоставления тех или иных возможностей (29–38). Кроме того, вместо того чтобы трактовать здоровье в пожилом возрасте как нечто статичное, авторы доклада рассматривают его с точки зрения динамических изменений, при которых даже незначительные изменения в жизнеспособности или окружающей среде могут иметь существенные долгосрочные последствия.

Наконец, при разработке мер общественного здравоохранения, могущих усиливать способности пожилых людей, чтобы они могли лучше ориентироваться и адаптироваться к таким изменениям и потерям, с которыми они могут столкнуться, авторы доклада разработали концепцию жизнестойкости. Изначально это понятие сформировалось в геронтологии как присущая человеку психологическая особенность, но в последнее время оно рассматривается в качестве “динамического процесса успешной адаптации к неблагоприятным факторам” (39) или процесса, которому способствуют “такие внутренние качества, как

выносливость или высокая самооценка”, а также “такие внешние факторы, как социальная поддержка, обеспечивающая возможность преодоления трудностей” (40). Способность адаптироваться является важнейшим ресурсом для пожилых людей, на основе которого можно проводить различия между отдельными людьми, которые обладают схожими уровнями в отношении других характеристик. Кроме того, появляется все больше фактических данных, которые позволяют предположить, что жизнестойкость носит не статичный характер, а меняется на протяжении всей жизни человека, что делает этот показатель потенциальной целью в рамках политики в области общественного здравоохранения (41).

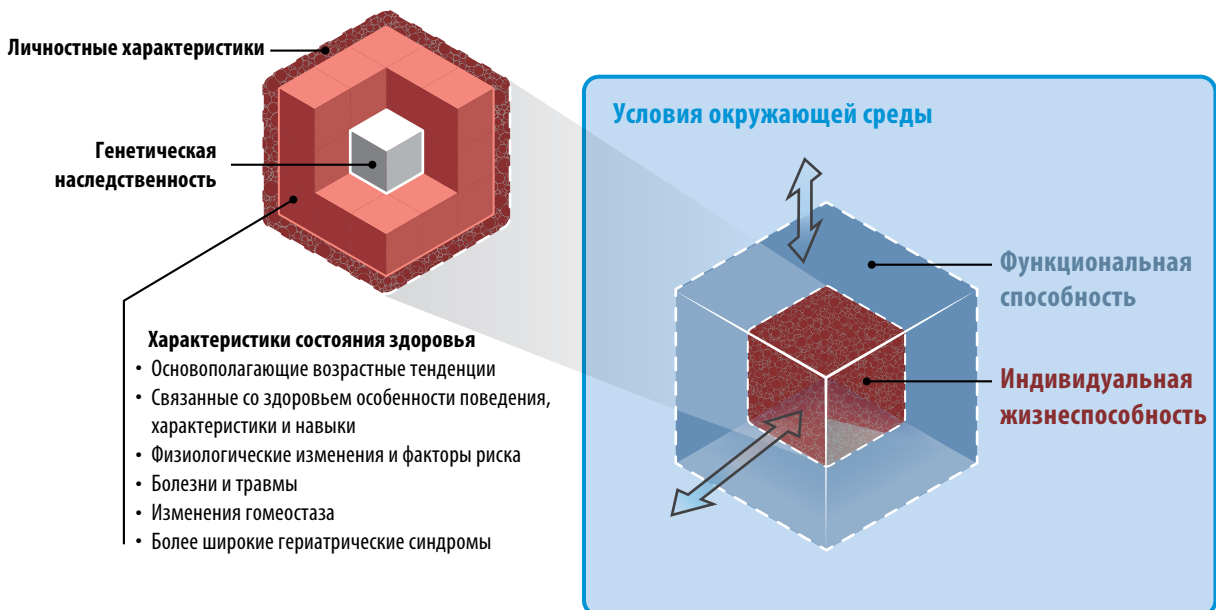
Здоровое старение

Термин “здоровое старение” широко применяется в научных и политических кругах, однако при этом отмечаются широкие разногласия в

отношении содержания этого термина либо способов его определения или оценки (42–46). Кроме того, данный термин зачастую используется для определения хорошего состояния здоровья в отсутствие заболеваний для проведения различий между здоровыми и больными людьми. Такой подход проблематичен в случае пожилого возраста, поскольку у многих пожилых людей может быть одно или несколько состояний здоровья, которые легко контролируются и мало влияют на способность к функционированию. Следовательно, при формулировании цели стратегии общественного здравоохранения по проблемам старения ВОЗ рассматривает *здоровое старение* как более целостное понятие с привязкой к жизненному циклу и с точки зрения перспектив в плане функционирования.

В данном докладе *здоровое старение* определяется как **процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающей благополучие в пожилом возрасте** (рисунок 2.1).

Рисунок 2.1. Здоровое старение



Функциональная способность включает связанные со здоровьем характеристики, которые позволяют людям существовать и делать то, что они считают значимым для них. К таким характеристикам относятся индивидуальная жизнеспособность человека, соответствующие характеристики окружающей среды и взаимодействие между человеком и этими характеристиками.

Индивидуальная жизнеспособность представляет собой совокупность всех физических и психических способностей человека.

Условия окружающей среды включают все факторы внешнего мира, формирующие условия жизни человека. К ним относятся – от микроуровня до макроуровня – дом, местное сообщество и общество в широком понимании. В условия окружающей среды включены такие факторы, как антропогенная среда, люди и их взаимоотношения, установки и ценности, политика в области здравоохранения и социальная политика, системы для их поддержки и услуги, которые предоставляются в их рамках (21).

Благополучие рассматривается в самом широком смысле и включает такие понятия, как счастье, удовлетворенность и самореализация.

Процесс *здорового старения* представлен на [рисунке 2.1](#). *Здоровое старение* начинается с самого рождения и связано с нашей **генетической наследственностью**. Экспрессия генов может определяться факторами внутриутробного развития, а также последующим воздействием окружающей среды и поведением.

Вместе с тем каждый из нас рождается в той или иной социальной среде. К **личным характеристикам** относятся такие обычно фиксированные характеристики, как пол и этническая принадлежность, а также характеристики, которым свойственна определенная изменчивость или которые отражают социальные нормы, такие как род занятий, уровень образования, гендер или благосостояние. Эти факторы определяют наше социальное положение с привязкой к определенному контексту и времени, что, в свою очередь, определяет воз-

действие, возможности и препятствия, с которыми мы сталкиваемся, а также наш доступ к ресурсам. Взаимодействие между этими факторами может носить несправедливый или неравномерный характер, поскольку количество приходящихся на нашу долю возможностей и ресурсов может зависеть не от потребностей или прав, а от нашего социального или экономического положения (28).

По мере старения люди могут постепенно накапливать молекулярные и клеточные повреждения, которые приводят к общему уменьшению физиологических резервов. Такие широкие физиологические и гомеостатические изменения по большей части неизбежны, хотя степень таких изменений среди людей определенного хронологического возраста может существенно варьироваться. Помимо этих глубинных изменений на развитие других **характеристик состояния здоровья**, таких как физиологические факторы риска (например, высокое артериальное давление), заболевания, травмы и более широкие гериатрические синдромы, влияет воздействие ряда как положительных, так и отрицательных условий окружающей среды на протяжении всего жизненного цикла.

Взаимодействие между этими характеристиками состояния здоровья в конечном счете определяет **индивидуальную жизнеспособность** человека – то есть совокупность всех физических и умственных способностей, которые может использовать человек.

Однако способность пожилых людей достигать того, что они считают значимым для них, определяется не только жизнеспособностью, но и дальнейшим взаимодействием с окружающей средой, в которой они живут в определенный момент времени. Например, пожилые люди с ограниченными физическими способностями могут по-прежнему обладать необходимой им мобильностью, если пользуются тем или иным ассистивным устройством и живут поблизости от общественного транспорта, обеспечивающего доступ лиц с инвалидностью. Для другого

человека с такими же физическими ограничениями, но проживающего в менее благоприятных условиях, такие поездки могут быть более затруднительными. Эта финальная комбинация индивидуальных характеристик и условий окружающей среды, а также взаимодействие между ними представляют собой **функциональную способность** человека.

В любой момент времени человек может обладать резервами функциональной способности, которые он не использует в этот момент. Такие резервы способствуют **жизнестойкости** пожилого человека. Хотя этот факт и не нашел отражения на [рисунке 2.1](#), в модели *здорового старения* жизнестойкость определяется как способность поддерживать или повышать уровень функциональной способности, несмотря на неблагоприятные факторы (посредством противодействия, восстановления или адаптации). Такая способность включает как компоненты, свойственные каждому человеку (например, психологические черты, которые помогают человеку решать проблемы таким образом, чтобы добиваться положительного исхода, или физиологические резервы, которые способствуют быстрому восстановлению пожилого человека после падения), так и компоненты, связанные с окружающей средой, которые могут смягчить последствия нарушений (например, сильные социальные сети, к помощи которых можно обратиться в трудную минуту, или надежный доступ к медицинской и социальной помощи).

Факторы существования и действия, которые люди считают значимыми, у разных людей могут быть разными, и отношение к ним меняется на протяжении человеческой жизни (5). Несмотря на ограниченный характер исследований, ниже перечислены некоторые из факторов, которые пожилые люди считают важными (46–49):

- **роль или идентичность;**
- **отношения;**
- **способность пользоваться чем-то;**

- **автономность** (независимость и способность принимать самостоятельные решения);
- **безопасность;**
- **потенциал личностного роста.**

Некоторые области функциональной способности крайне важны для достижения пожилыми людьми этих целей. Они будут рассмотрены в настоящем докладе ниже, в частности в главе 6, где более подробно рассматривается воздействие условий окружающей среды, в которой обитает пожилой человек. В число таких областей входят возможности:

- передвигаться;
- устанавливать и поддерживать отношения;
- удовлетворять свои основные потребности;
- учиться, развиваться и принимать решения;
- вносить вклад.

В большинстве случаев вариативность, наблюдаемая нами в отношении как срока жизни, так и индивидуальной жизнеспособности, можно объяснить нашим взаимодействием с условиями окружающей среды на протяжении всей нашей жизни (50, 51). Такое взаимодействие может принимать различные формы. Например, безопасная среда с условиями для пешей ходьбы может способствовать физической активности и приносить пользу для здоровья людей практически на всех этапах их жизни. Доступ к профилактическим услугам позволяет диагностировать и лечить гипертоническую болезнь и предотвращать ишемическую болезнь сердца. Способность пожилых людей восстанавливать индивидуальную жизнеспособность после инсульта в существенной степени зависит от доступа к реабилитации.

Окружающая среда может воздействовать на функциональную способность в еще большей степени, поскольку она в конечном счете определяет, насколько мы способны делать то,

что считаем важным в конкретный момент времени.

Одним из способов оценки взаимодействия между людьми и окружающей их средой является использование модели **индивидуум – приспособленность среды обитания**. Эта модель отражает динамичный и взаимный характер отношений между людьми и их средой обитания (глава 6) (52). При высоком уровне адаптированности между человеком и окружающей средой человек может максимально пользоваться всеми возможностями для развития и поддержания как своей индивидуальной жизнеспособности, так и функциональной способности. Модель «индивидуум – приспособленность среды обитания»:

- характеристики состояния здоровья человека и его жизнеспособности;
- социальные потребности и ресурсы;
- динамичный и интерактивный характер отношений между пожилыми людьми и средой обитания;
- изменения, происходящие с людьми и средой обитания с течением времени.

Тем не менее окружающая среда не является нейтральным фактором во взаимоотношениях с различными людьми. Схожая окружающая среда может по-разному воздействовать на разных людей, что в значительной степени зависит от личных характеристик, которые помогают определить социальное положение человека. Такие характеристики влияют не только на характер окружающей нас среды (например, в каком сообществе мы живем – в бедном или богатом), но и на наши взаимоотношения с окружающей средой (например, мужчина может чувствовать себя в безопасности в условиях, в которых женщине будет небезопасно). Результатом может являться систематическое и неравномерное распределение доступа к ресурсам или воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды либо то и другое вместе.

Если такое взаимодействие носит несправедливый характер, это приводит к несправедливости в отношении здоровья. Совокупное воздействие таких форм несправедливости на протяжении всего жизненного цикла оказывает мощное влияние на процесс *здорового старения*. Например, бедность воздействует на человека на протяжении всей его жизни самыми разными способами, в том числе ограничивая его доступ к здоровому питанию или к информации, важной для принятия решений в отношении здоровья. Это может приводить к развитию у пожилых людей атеросклероза и снижению индивидуальной жизнеспособности. Кроме того, если человек остается малоимущим в пожилом возрасте, то он/она может позволить себе жить лишь в неблагоприятных условиях с ограниченным доступом к ресурсам местного сообщества и личным ресурсам, которые могут быть доступны для обладающих более высоким финансовым положением людей того же возраста с тем же уровнем жизнеспособности. Таким образом, функциональная способность и жизнестойкость человека, живущего в нищете, также будут сравнительно низкими.

Траектории **здорового старения**

Понятие *здорового старения* отражает текущее взаимодействие между людьми и их средой обитания. Такое взаимодействие приводит к различным траекториям как индивидуальной жизнеспособности, так и функциональной способности. В качестве иллюстрации того, как можно концептуализировать и использовать такие траектории, на [рисунке 2.2](#) представлены три гипотетические траектории физической способности людей, начинающиеся в одной и той же отправной точке в среднем возрасте.

Согласно [рисунку 2.2](#), может считаться, что человек А имеет оптимальную траекторию, при которой индивидуальная жизнеспособность остается высокой до конца жизни. Человек В

имеет аналогичную траекторию до момента, когда в результате какого-то события происходит внезапный спад жизнеспособности, за которым следует период некоторого восстановления, а затем постепенное ухудшение. У человека С отмечается неуклонный спад функционирования. При каждой из траекторий человек умирает примерно в одном и том же возрасте, но уровни их прижизненной физической способности значительно различаются.

Начиная с исходной отправной точки, отмеченной на [рисунке 2.2](#), целью каждого человека является достижение траектории человека А. Опыт отслеживания траекторий индивидуальной жизнеспособности говорит о том, что в настоящее время имеются возможности для оценки людей и прогнозирования вероятных будущих траекторий для них на основе имеющейся информации о моделях поведения, характеристиках состояния здоровья, генетической информации и информации о личных факторах. Точность и применимость таких прогностических моделей будут расти по мере накопления данных. Такие модели могут обеспечить возможность специфического вмешательства, с тем чтобы способствовать достижению такого идеала.

На [рисунке 2.2](#) также представлены альтернативные траектории для людей В и С. Например, у человека В более позитивная траектория может быть результатом доступа к реабилитации, а отрицательная – результатом отсутствия доступа к помощи (возможно, в связи с нормированным распределением в малообеспеченном сообществе или в социально изолированной подгруппе населения). У человека С более позитивная траектория может иметь место в результате изменения поведения в отношении здоровья или доступа к лекарственным средствам. Таким образом, оценка функционирования с течением времени, понимание вероятных механизмов, объясняющих такие показатели, и оценка воздействия событий в различные моменты времени могут помочь определить меры вмешательства, оказывающие

Рисунок 2.2. Три гипотетические траектории физической способности



наиболее существенное воздействие в течение жизни человека.

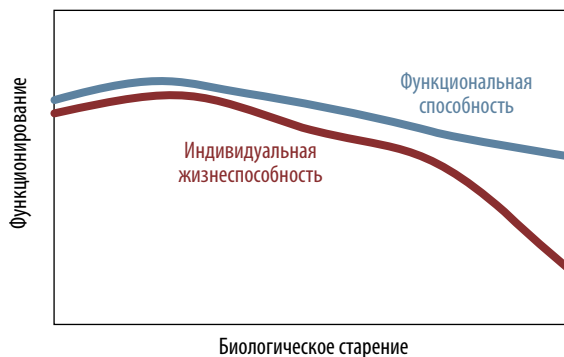
Представленные гипотетические кривые являются примером многообразия в пожилом возрасте и отражают слабую связь на индивидуальном уровне между индивидуальной жизнеспособностью и хронологическим возрастом. Тем не менее на уровне населения в целом наблюдаются более общие тенденции, при этом средний уровень жизнеспособности в возрасте 65 лет существенно отличается от этого же показателя в возрасте 80 лет. Средние показатели для населения в целом представлены на [рисунке 3.16](#). Вместе с тем следует отметить, что даже на уровне населения в целом отмечаются существенные различия между такими средними траекториями индивидуальной жизнеспособности. При разработке ответных мер на старение населения для конкретных стран на первом этапе необходимо выявить такие различия и их причины.

Даже если уровень индивидуальной жизнеспособности существенно снизился, человек

по-прежнему может иметь возможность делать то, что считает важным для себя, при условии что он живет в благоприятной окружающей среде. Это отражает концепцию функциональной способности – конечную цель *здорового старения*. Здесь также можно применить концепцию траекторий. Так, на [рисунке 2.3](#) приведены средние тенденции изменений индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности начиная со среднего возраста. Дополнительное функционирование, связанное с функциональной способностью, отражает чистые выгоды, обеспечиваемые условиями среды обитания человека. Значение этого фактора может становиться все более важным по мере все большего спада показателей жизнеспособности человека. Разумеется, условия окружающей среды также влияют на уровень жизнеспособности, достигнутый человеком в тот или иной момент времени.

На [рисунке 2.3](#) предполагается, что окружающая среда всегда способствует тому, что функциональная способность будет больше, чем она могла быть только под воздействием индивидуальной жизнеспособности. Например, даже в бедных странах ходьба пешком и езда на велосипеде способствуют мобильности, а возможность выполнять какую-либо роль способствует благополучию. Однако вполне возможно, что в определенных условиях связанные с окружающей средой препятствия могут в случае пожилых людей перевешивать пользу, которую приносит окружающая среда. К связанным с окружающей средой препятствиям могут относиться отсутствие доступа к образованию, что приводит к неграмотности, или законы, не допускающие некоторые группы населения к участию в определенных основных видах деятельности (например, введение обязательного пенсионного возраста или запрет на занятие определенных ключевых должностей по признаку пола).

Рисунок 2.3. Траектории физической способности и индивидуальной жизнеспособности

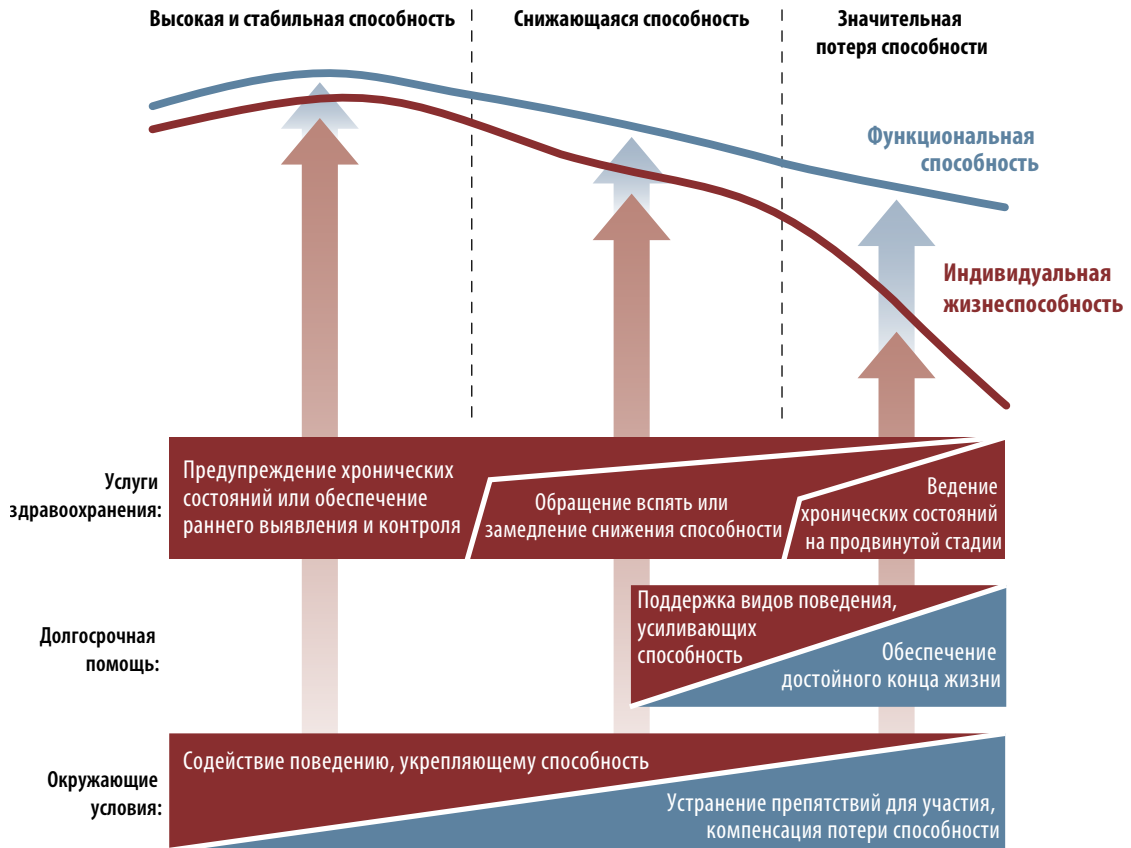


Рамочная основа системы общественного здравоохранения для здорового старения

Для действий, обеспечивающих *здоровое старение*, можно определить ряд отправных точек, но все эти действия будут иметь одну цель – поддержание функциональной способности ([рисунк 2.4](#)). Этого можно достичь двумя путями: посредством развития и поддержания индивидуальной жизнеспособности и путем предоставления возможности людям со сниженной функциональной способностью выполнять важные для них действия.

На [рисунках 2.3](#) и [2.4](#) показано, как при рассмотрении населения в целом функциональная способность и индивидуальная жизнеспособность могут изменяться во второй половине срока жизни. Эти общие траектории можно разделить на три общих периода: период относительно высокой и стабильной жизнеспособности, период спада жизнеспособности и период значительной потери жизнеспособности. Важно отметить, что эти периоды не зависят от хронологического возраста и не всегда носят монотонно убывающий характер

Рисунок 2.4. Рамочная основа системы общественного здравоохранения для *здорового старения*: возможности для действий общественного здравоохранения на протяжении всей жизни человека



(то есть характер постоянного спада) и что у разных людей траектории могут значительно различаться (может наблюдаться полное прерывание жизнеспособности в связи с таким непредвиденным событием, как несчастный случай). Например, некоторые люди могут внезапно умереть по какой-либо из ряда причин, находясь на этапе высокой и стабильной жизнеспособности.

Тем не менее в случайную выборку пожилых людей любого определенного возраста наверняка войдут люди, относящиеся к каждому из этих периодов, что отражает неоднородность в пожилом возрасте. Кроме того, потребности людей на разных этапах жизнен-

ного цикла являются вполне определенными (глава 4). Следовательно, они используются в настоящем документе для определения действий системы общественного здравоохранения, которые могут осуществляться в течение второй половины жизни человека.

В центре внимания стратегий общественного здравоохранения, ориентированных на людей с высокими и стабильными уровнями индивидуальной жизнеспособности, должно быть развитие и сохранение такой жизнеспособности в течение как можно более длительного срока. Системы здравоохранения должны обеспечивать возможность раннего выявления и контроля заболеваний и факторов риска. Стра-

тегии в отношении окружающей среды играют важную роль для поощрения здорового образа жизни благодаря развитию личных навыков и знаний, а также посредством осуществления более широких стратегий в отношении окружающей среды, таких как налогообложение табачных изделий или обеспечение безопасных и комфортных условий для физической активности. Условия окружающей среды также играют определенную роль для обеспечения функциональной способности в течение указанного периода, и особое внимание должно уделяться устранению барьеров, препятствующих сохранению такой жизнеспособности.

Отдельное внимание следует уделить практическим мерам общественного здравоохранения в отношении людей со снижающейся жизнеспособностью. На этом этапе заболевания могут стать хроническими, а основное внимание в системах общественного здравоохранения в целом смещается от профилактики или лечения к сведению к минимуму воздействия таких состояний на общую жизнеспособность человека. Следовательно, необходимы услуги, призванные остановить, замедлить или обратить вспять спад жизнеспособности. Кроме того, поскольку роль окружающей среды в обеспечении функциональной способности растет по мере спада жизнеспособности, возрастает важность стратегий, обеспечивающих людям возможность преодолевать такой спад. Например, если у пожилых людей физическая способность становится ограниченной, то наличие общественных мест для сидения позволяет им совершать покупки, поскольку пожилые люди могут отдохнуть в таких местах, а хорошее освещение улиц дает людям со слабым зрением возможность добраться вечером домой. Роль окружающей среды как одного из факторов, способствующих здоровому образу жизни, остается важной для этого сегмента населения пожилого возраста, однако акценты могут смещаться. Например, физическая активность может быть показана как для наращивания и

поддержания мышечной массы и баланса, так и для снижения риска заболеваний.

В центре внимания ответных мер общественного здравоохранения на потребности пожилых людей, которые утратили или рискуют утратить значительную часть своей жизнеспособности, должно быть предоставление долгосрочной помощи (глава 5). Роль систем долгосрочной помощи состоит в обеспечении пожилым людям возможности поддерживать уровень функциональной способности, соответствующий их основным правам, фундаментальным свободам и человеческому достоинству. Для этого необходимо обеспечить оптимальную траекторию изменений индивидуальной жизнеспособности, а также предоставить пожилым людям возможность с достоинством выполнять основные задачи, необходимые для их благополучия. Такие меры могут принимать различные формы. Например, к оказанию ранней помощи, препятствующей снижению способностей, могут привлекаться члены семьи, которые будут побуждать пожилых людей вести более активный образ жизни и оказывать им в этом содействие, а также следить за их правильным питанием. На более поздних этапах помощь может заключаться в поддержке при выполнении основных задач, таких как умывание и приготовление пищи, однако такие меры должны осуществляться параллельно с мерами систем здравоохранения для обеспечения оптимизации траекторий жизнеспособности. Пожилым людям легче выполнять такие задачи, если они живут в благоприятных условиях (например, в доме, в котором можно везде добираться на инвалидном кресле, или в сообществе, члены которого с пониманием относятся к людям с деменцией).

Несмотря на необходимость разработки стратегий общественного здравоохранения для удовлетворения особых потребностей этих типичных субпопуляций, которые были бы приспособлены к структуре и потребностям населения в целом, концепция *здорового старения* предполагает рассмотрение этих этапов

пожилого возраста как часть непрерывной траектории функциональной способности и жизнеспособности. Меры вмешательства общественного здравоохранения также должны быть согласованными в целях удовлетворения потребностей пожилых людей по мере их перехода от одного этапа к другому.

Основные вопросы в связи с действиями системы общественного здравоохранения

Решение проблемы многообразия

Формулирование политики для содействия *здоровому старению* потребует активных усилий для обеспечения лучшего понимания многообразных потребностей населения пожилого возраста. Этот процесс можно начать со сбора данных, в большей степени дезагрегированных и дифференцированных в целях выявления потребностей пожилых людей и пробелов в услугах, более точного описания процесса *здорового старения* и лучшего понимания различных видов связи между детерминантами и индивидуальной жизнеспособностью и функциональной способностью. Еще одним подходом, который находит все более широкое применение, является концепция подхода, **ориентированного на человека**. Данный подход возник в области практической психотерапии, но был распространен на системы медико-санитарной и долгосрочной помощи и в настоящее время занимает центральное место в глобальной стратегии ВОЗ о комплексном предоставлении социально ориентированных услуг здравоохранения (53). Эта стратегия направлена на содействие кардинальной смене парадигмы в области финансирования, управления и предоставления медицинских услуг для обеспечения доступа к медицинским услугам всем нуждающимся в соответствии с

их предпочтениями, на координацию помощи в соответствии с потребностями людей, а также на обеспечение безопасных, действенных, своевременных и эффективных услуг приемлемого качества.

Эта стратегия также применима к долгосрочной помощи. Например, в 2003 г. правительство Японии внедрило концепцию индивидуального медицинского обслуживания, которая позволила сместить акцент от стандартизированной практики оказания медицинской помощи в сторону структуры и персонала, необходимых для обеспечения помощи. Было продемонстрировано, что данная модель обеспечивает гибкость при оказании помощи, например предлагая пациентам возможность выбора продуктов питания и занятий в свободное время (54). Аналогичным образом, предоставление медицинской помощи людям с деменцией в небольших учреждениях домашнего типа в Нидерландах, как было продемонстрировано, привело к более широкому участию пациентов таких учреждений в общей деятельности и в мероприятиях по своему выбору (55). Принципы ориентированной на человека медицинской помощи применимы к любым формам взаимодействия в домах престарелых, будь то помощь при посещении туалета или выяснение мнения пациента.

Ориентированный на человека подход также может быть полезным и в других секторах при адаптации и определении приоритетности ответных мер на старение населения. Например, Глобальная сеть ВОЗ «Города и сообщества, благоприятствующие людям пожилого возраста» объединяет муниципальные органы власти во всем мире, ставящие целью обеспечение в своей юрисдикции более благоприятных условий для жизни пожилых людей. Одним из ключевых компонентов этой инициативы является привлечение пожилых людей к выявлению основных проблем и определению ответных мер. Данная инициатива осуществляется даже в таких крупных городах, как Нью-Йорк, в которых отмечается широкое многообразие

населения в плане личных характеристик и социально-экономических различий (56).

Сокращение несправедливости

При необходимости решить проблему несправедливости, которая нередко обуславливает многообразие, наблюдаемое в пожилом возрасте, в стратегиях следует предусматривать не только способы улучшения условий для состоятельных пожилых людей или пожилых людей со средним достатком. Необходимо также уделять внимание вопросам выравнивания уровней жизнеспособности и функциональной способности в различных социальных группах, а также ликвидации пробелов в области неравенства в целом, выявленных среди пожилых людей, в частности путем оказания помощи пожилым людям, относящимся к наиболее обездоленным слоям населения. Меры такого рода отражают принципы равенства и недопущения дискриминации, лежащие в основе прав человека, в частности поскольку они требуют от правительств принятия непропорциональных усилий для охвата групп населения, находящихся в наиболее неблагоприятном положении.

Существует ряд мер, которые способствуют принятию вариантов политики, содействующих справедливости (57, 58). К ним относятся:

- принятие обязательств, предусматривающих обеспечение всем пожилым людям равных возможностей в плане улучшения и поддержания состояния их здоровья;
- оценка политики и программ в области здравоохранения в связи с неравенством на основе вводимых ресурсов и конечных результатов, а также оценка того, в какой мере они являются справедливыми или несправедливыми. Например, если только беднейшие слои населения не имеют доступа к какой-либо услуге, то необходимо сконцентрироваться на расширении доступа

определенной изолированной или обездоленной группы населения к такой услуге. Если доступа к услуге не имеет почти никто, то обычно требуются более широкие стратегии. Во многих условиях потребуется комбинация различных стратегий (52);

- привлечение пожилых людей и других заинтересованных сторон к определению основанных на фактических данных мер вмешательства, которые доказали свою эффективность на местном или ином уровне.

Политика, ориентированная на сглаживание социальных различий, является не только справедливой, но и приносит значительную пользу для здоровья людей пожилого возраста. Например, по оценкам, примерно 1 из 5 случаев заболевания болезнью Альцгеймера в мире в той или иной степени связан с низким уровнем образования (приписываемый данному фактору популяционный риск составляет 19,1%), что составило почти 6,5 млн. возможных случаев в мире только в 2010 г. (59). Предполагается, что уровень заболеваемости может быть существенно снижен путем улучшения доступа к образованию и использования эффективных методов, направленных на снижение распространенности факторов риска сосудистых заболеваний и депрессии (60).

Обеспечение возможности выбора

Пожилые люди не занимают пассивную позицию в своих отношениях с их средой обитания. Напротив, такое взаимодействие в различной степени определяется их выбором в плане реагирования на свое положение или попыток его изменить. Сохранение способности и право выбора тесно связаны с понятиями представительства интересов и автономности (61, 62), которые, как было продемонстрировано, существенно воздействуют на достоинство, целостность, свободу и независимость пожи-

лых людей (63, 64). Этот факт не зависит от места проживания пожилых людей – в сообществе, пансионате для престарелых или в другом учреждении (65, 66).

На нашу способность делать оптимальный выбор на различных этапах нашей жизни влияет ряд факторов, связанных с окружающей средой и личными ресурсами. Как и в плане индивидуальной жизнеспособности в целом, защищенные в финансовом отношении, имеющие более высокий уровень образования и в большей степени социально интегрированные пожилые люди наверняка будут иметь наибольший доступ к таким ресурсам. Понимание этой связи играет важную роль, поскольку это означает, что пожилые люди с наименьшей индивидуальной жизнеспособностью и функциональной способностью в любом возрасте не только менее защищены в финансовом плане и имеют более низкий уровень образования, но и вряд ли обладают возможностями для развития навыков и приобретения знаний, которые помогут им сделать оптимальный выбор, в наибольшей степени отвечающий их интересам. Следовательно, расширение возможностей этой группы в плане выбора и самообеспечения может стать полезной стратегией для преодоления определенных форм несправедливости в пожилом возрасте.

Стратегии общественного здравоохранения, которые могут расширять возможности пожилых людей для сохранения контроля над их жизнью и принятия решений, в наибольшей степени отвечающих их интересам, подробно рассмотрены в главе 6, поскольку относятся к области функциональной способности к обучению, росту и принятию решений.

Старение на месте

Снижение жизнеспособности нередко требует от пожилых людей внесения изменений в условия своего проживания путем приспособления своего нынешнего жилья к своим потребностям или переезда в более благопри-

ятные условия (67). При принятии решения о месте своего жительства пожилые люди зачастую рассматривают свой нынешний дом или сообщество в качестве приоритетного места жительства, которое поможет им сохранить ощущение связи, безопасности и хорошей осведомленности, поскольку связано с их ощущением идентичности и автономности (68). Праву людей с определенной формой функциональных ограничений жить в своем сообществе и оставаться его членом отведена центральная роль в *Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов* (25). Кроме того, в некоторых случаях проживание в специализированных учреждениях считается унижающим человеческое достоинство и связанным со структурными и культурными барьерами, препятствующими социальному взаимодействию (69).

Поэтому общей политической ответной мерой на старение населения, которая всегда поощрялась, является концепция «старение на месте», означающая возможность для пожилых людей вести безопасный, независимый и комфортабельный образ жизни в своем доме и сообществе вне зависимости от возраста, дохода или уровня индивидуальной жизнеспособности (70). Считается, что такой подход является наиболее оптимальным для пожилых людей и может обладать существенными финансовыми преимуществами в плане расходов на медицинскую помощь (71).

Ранее неизвестные технологии, и особенно те из них, которые способствуют коммуникации и взаимодействию, обеспечивают возможности для обучения, мониторинга безопасности и обеспечения безопасности пожилого человека, могут приблизить достижение этой цели в будущем. Кроме того, старению на месте может способствовать создание условий, благоприятных для людей пожилого возраста, которые обеспечивают их мобильность и позволяют пожилым людям заниматься такими базовыми видами деятельности, как совершение покупок.

Тем не менее, как и в случае других стратегий в отношении старения, слишком сильный акцент на единственное решение для всех может быть сопряжен с определенными проблемами. Например, старение на месте может не быть первоочередной задачей для пожилых людей, живущих изолированно, для людей с крайне неудовлетворенными потребностями в помощи, людей, не имеющих надлежащих жилищных условий, или пожилых людей, проживающих в небезопасных и неблагополучных районах (72). Кроме того, старение на месте не следует рассматривать в качестве политики, позволяющей правительствам попросту минимизировать расходы в связи с невозможностью обеспечения более дорогостоящих альтернативных вариантов. Реализация

концепции старения на месте требует наличия семьи, осуществляющей уход, а также оказания надлежащей медико-санитарной помощи (73).

Кроме того, пожилые люди обычно имеют перед собой учитывающую различные нюансы и реалистичную перспективу относительно их местожительства при принятии ими соответствующего решения. Последние достижения в области развития новых форм проживания с уходом и домов престарелых обеспечивают ряд альтернатив стандартному выбору: жить дома или в доме престарелых (73). Такие альтернативные варианты могут обеспечить пожилому человеку гораздо более комфортные условия для жизни, чем в условиях своего исконного сообщества.

Библиография

1. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658
2. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292
3. Vasto S, Scapagnini G, Bulati M, Candore G, Castiglia L, Colonna-Romano G, et al. Biomarkers of aging. *Front Biosci (Schol Ed)*. 2010;2(1):392–402. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/> PMID: 20036955
4. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
5. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science*. 2006 Jun 30;312(5782):1913–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID: 16809530
6. Adams KB. Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement. *Int J Aging Hum Dev*. 2004;58(2):87–108. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/0UQ0-7D8X-XVVU-TF7X> PMID: 15259878
7. Hicks JA, Trent J, Davis WE, King LA. Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 2012 Mar;27(1):181–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023965> PMID: 21707177
8. Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful aging: a call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *J Appl Gerontol*. 2009;28(6):702–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882>
9. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):640–8. PMID: 25468152
10. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4163> PMID: 21791490
11. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Feb;10(2):87–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003> PMID: 19187875
12. Saß A-C, Wurm S, Ziese T. [Somatic and Psychological Health]. In: Tesch-Römer C, Böhm K, Ziese T, editors. [Somatic and Psychological Health]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009 (in German).
13. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003> PMID: 21402176
14. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Aug;60(8):1487–92. PMID: 22881367
15. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009 Apr;5(4):210–20. PMID: 19347026
16. Kheirbek RE, Alemi F, Citron BA, Afaq MA, Wu H, Fletcher RD. Trajectory of illness for patients with congestive heart failure. *J Palliat Med*. 2013 May;16(5):478–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2012.0510> PMID: 23545095
17. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczyk M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008 Aug;11(4):829–36. PMID: 18729815
18. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010 Jan;5(Pt 1):71–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120> PMID: 19732475
19. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):93. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010
20. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
21. The international classification of functioning. Disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
22. Beard J, Petitot C. Aging and urbanization: can cities be designed to foster active aging? *Public Health Rev*. 2011;32(2):427–50.
23. Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. New York: United Nations; 2002 (http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf, accessed 14 June 2015).
24. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf, accessed 14 June 2015).
25. Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol. New York: United Nations; 2006 (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, accessed 14 June 2015).

26. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf, accessed 14 June 2015).
27. Beijing declaration and platform for action: Beijing+5 political declaration and outcome. New York: United Nations; 1995. (http://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/pfa_e_final_web.pdf, accessed 14 June 2015).
28. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 14 June, 2015).
29. Venkatapuram S. Health justice: an argument from the capabilities approach. Hoboken (NJ): Wiley; 2013. (<http://USYD.ebiblib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=1174277>, accessed 23 April, 2015).
30. Nussbaum M. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Fem Econ*. 2003;9(2–3):33–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1354570022000077926>
31. Nussbaum MC. *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.4159/harvard.9780674061200>
32. Gasper D. Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic. *J Int Dev*. 1997;9(2):281–302. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1328\(199703\)9:2<281:AID-JID438>3.0.CO;2-K](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1328(199703)9:2<281:AID-JID438>3.0.CO;2-K)
33. Nussbaum M. Capabilities and social justice. *Int Stud Rev*. 2003;4(2):123–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1521-9488.00258>
34. Sen A. Capability and wellbeing. In: Nussbaum M, Sen A, editors. *The quality of life*. Oxford: Oxford University Press; 1993. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/0198287976.003.0003>
35. Alkire S. Why the capability approach? *J Hum Dev*. 2005;6(1):115–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/146498805200034275>
36. Robeyns I. The capability approach: a theoretical survey. *J Hum Dev*. 2005;6(1):93–117. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/146498805200034266>
37. Gasper D. What is the capability approach? Its core, rationale, partners and dangers. *J Socioecon*. 2007;36(3):335–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socec.2006.12.001>
38. Kimberly H, Gruhn R, Huggins S. Valuing capabilities in later life: the capability approach and the Brotherhood of St Laurence aged services. Fitzroy, VIC: Brotherhood of St Laurence; 2012 (http://www.bsl.org.au/KimberleyGruhnHuggins_Valuing_capabilities_in_later_life_2012.pdf, accessed 14 June, 2015).
39. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2003 Oct;57(10):778–83. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.10.778> PMID: 14573579
40. Hardy SE, Concato J, Gill TM. Resilience of community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Feb;52(2):257–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x> PMID: 14728637
41. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000 May-Jun;71(3):543–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00164> PMID: 10953923
42. Peel N, Bartlett H, McClure R. Healthy ageing: how is it defined and measured? *Australas J Ageing*. 2004;23(3):115–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00035.x>
43. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Hinrichs T, Mergenthaler A, Stein J, Riedel-Heller SG, et al. Indicators for healthy ageing—a debate. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Dec;10(12):6630–44. doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10126630> PMID: 24317381
44. Lowry KA, Vallejo AN, Studenski SA. Successful aging as a continuum of functional independence: lessons from physical disability models of aging. *Aging Dis*. 2012 Feb;3(1):5–15. PMID: 22500268
45. Lara J, Godfrey A, Evans E, Heaven B, Brown LJ, Barron E, et al. Towards measurement of the Healthy Ageing Phenotype in lifestyle-based intervention studies. *Maturitas*. 2013 Oct;76(2):189–99. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.007> PMID: 23932426
46. McLaughlin SJ, Jette AM, Connell CM. An examination of healthy aging across a conceptual continuum: prevalence estimates, demographic patterns, and validity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012 Jun;67(7):783–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glr234> PMID: 22367432
47. Grewal I, Lewis J, Flynn T, Brown J, Bond J, Coast J. Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities? *Soc Sci Med*. 2006 Apr;62(8):1891–901. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.023> PMID: 16168542
48. Ward L, Barnes M, Gahagan B. Well-being in old age: findings from participatory research. Brighton: University of Brighton, Age Concern Brighton, Hove and Portslade; 2012 (https://www.brighton.ac.uk/_pdf/research/ssparc/wellbeing-in-old-age-report.pdf, accessed 14 June 2015).
49. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? *BMJ*. 2005 Dec 24;331(7531):1548–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548> PMID: 16373748

50. Brooks-Wilson AR. Genetics of healthy aging and longevity. *Hum Genet.* 2013 Dec;132(12):1323–38. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00439-013-1342-z> PMID: 23925498
51. Dato S, Montesanto A, Lagani V, Jeune B, Christensen K, Passarino G. Frailty phenotypes in the elderly based on cluster analysis: a longitudinal study of two Danish cohorts. Evidence for a genetic influence on frailty. *Age (Dordr).* 2012 Jun;34(3):571–82. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-011-9257-x> PMID: 21567248
52. Keating N, Eales J, Phillips JE. Age-friendly rural communities: conceptualizing ‘best-fit’. *Can J Aging.* 2013 Dec;32(4):319–32. PMID: 24128863
53. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>, accessed 14 June 2015).
54. Sawamura K, Nakashima T, Nakanishi M. Provision of individualized care and built environment of nursing homes in Japan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013 May-Jun;56(3):416–24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.11.009> PMID: 23260333
55. Smit D, de Lange J, Willemsse B, Pot AM. The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2012 May;24(5):722–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610211002377> PMID: 22221709
56. Age friendly NYC: a progress report. New York: City of New York, New York Academy of Medicine; 2011 (http://www.nyam.org/agefriendlynyc/Age-Friendly-NYC-Report-Final-High-Res2_new.pdf, accessed 14 June 2015).
57. Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action. Geneva, World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/78335>, accessed 19 June 2015).
58. Sadana R, Blas E. What can public health programs do to improve health equity? *Public Health Rep.* 2013 Nov;128(Suppl 3) Suppl 3:12–20. PMID: 24179274
59. Lee JT, Huang Z, Basu S, Millett C. The inverse equity hypothesis: does it apply to coverage of cancer screening in middle-income countries? *J Epidemiol Community Health.* 2015 Feb;69(2):149–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-204355> PMID: 25311479
60. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer’s disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol.* 2014 Aug;13(8):788–94. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70136-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X) PMID: 25030513
61. Stephens C, Breheny M, Mansvelt J. Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. *Psychol Health.* 2014;30(6):715–31. PMID: 24678916
62. Davies S, Laker S, Ellis L. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *J Adv Nurs.* 1997 Aug;26(2):408–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026408.x> PMID: 9292377
63. Welford C, Murphy K, Rodgers V, Frauenlob T. Autonomy for older people in residential care: a selective literature review. *Int J Older People Nurs.* 2012 Mar;7(1):65–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00311.x> PMID: 22348264
64. Lindberg C, Fagerström C, Sivberg B, Willman A. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *J Adv Nurs.* 2014 Oct;70(10):2208–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12412> PMID: 25209751
65. Hillcoat-Nallétamby S. The meaning of “independence” for older people in different residential settings. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2014 May;69(3):419–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbu008> PMID: 24578371
66. Boyle G. Facilitating choice and control for older people in long-term care. *Health Soc Care Community.* 2004 May;12(3):212–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00490.x> PMID: 19777711
67. Perry TE, Andersen TC, Kaplan DB. Relocation remembered: perspectives on senior transitions in the living environment. *Gerontologist.* 2014 Feb;54(1):75–81. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt070> PMID: 23840021
68. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RE. The meaning of “aging in place” to older people. *Gerontologist.* 2012 Jun;52(3):357–66. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr098> PMID: 21983126
69. Bonifas RP, Simons K, Biel B, Kramer C. Aging and place in long-term care settings: influences on social relationships. *J Aging Health.* 2014 Dec;26(8):1320–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264314535632> PMID: 25502244
70. Healthy Ageing & the Built Environment [website]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2015 (<http://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/healthyaging.htm>, accessed 17 June 2015).
71. Marek KD, Stetzer F, Adams SJ, Popejoy LL, Rantz M. Aging in place versus nursing home care: comparison of costs to Medicare and Medicaid. *Res Gerontol Nurs.* 2012 Apr;5(2):123–9. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20110802-01> PMID: 21846081
72. Golant SM. Commentary: irrational exuberance for the aging in place of vulnerable low-income older homeowners. *J Aging Soc Policy.* 2008;20(4):379–97. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08959420802131437> PMID: 19042553
73. Morley JE. Aging in place. *J Am Med Dir Assoc.* 2012 Jul;13(6):489–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.011> PMID: 22682696



Глава 3
Здоровье в пожилом возрасте

Зенул, возраст неизвестен, Пакистан

Во время наводнения в Пакистане в 2011 г. жители деревни потеряли скот, а пахотные земли были затоплены. Благодаря денежной субсидии, выплаченной после наводнения, Зенул смогла купить теленка.

«Я вдова вот уже больше 10 лет. У меня три сына и дочь, все они здесь работают на земле, но сейчас, понятное дело, не могут ничего вырастить. Я получила 15 000 рупий и... потратила их на эту телочку. Теперь у меня будет молоко, часть которого я буду оставлять себе, а остальное продавать по 40 рупий за литр. Я надеюсь, что у нее тоже будут телята, которых я смогу продавать.

Я живу в палатке, потому что мой дом пострадал от наводнения, а на прошлой неделе мы ощутили подземные толчки. Обычно глина, которой мы обмазываем свои дома, защищает от страшной жары летом и от холода зимой. Но во время наводнения глина отвалилась. Я не знаю, смогу ли отстроить дом заново. Если бы у нас были деньги, мы бы купили цемент. Глина достается нам бесплатно, а цемент очень дорогой. Придется ждать, пока телочка вырастет!»

© Rosaleen Cunningham / «ХелпЭйдж Интернэшнл», 2011 г.

З

Здоровье в пожилом возрасте

Демографические и эпидемиологические изменения

Старение населения

Одной из причин того, что старение становится одним из ключевых политических вопросов, является стремительный рост как доли, так и абсолютного числа пожилых людей в составе населения стран мира. На [рисунках 3.1 и 3.2](#) показана доля людей в возрасте 60 лет или старше с разбивкой по странам в 2012 г. и прогнозы на 2050 г. В настоящее время эта доля превышает 30% только в одной стране – Японии. Тем не менее к середине века во многих странах доля пожилого населения будет такой, какая зафиксирована в Японии в 2012 г. К ним относятся не только страны Европы и Северной Америки, но также Вьетнам, Исламская Республика Иран, Китай, Республика Корея, Российская Федерация, Таиланд и Чили.

Как показано на [рисунках 3.1 и 3.2](#) проблема старения населения, как представляется, не столь актуальна для стран Африки к югу от Сахары. Тем не менее, хотя общая структура населения в странах Африки к югу от Сахары останется демографически молодой в относительном выражении, численность взрослого пожилого населения в этом регионе уже вдвое превышает аналогичный показатель для Северной Европы, и этот показатель будет расти быстрее, чем в других регионах: с 46 млн. в 2015 г. до 157 млн. к 2050 г. (1). Кроме того, ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 60 лет в странах Африки к югу от Сахары составляет 16 лет для женщин и 14 лет для мужчин, что позволяет говорить о том, что для людей, переживших опасные для жизни моменты в более раннем возрасте, долгая жизнь в пожилом возрасте уже является реальностью. В странах Африки к югу от Сахары пожилое население также выполняет ряд важных функций, обеспечивающих дальнейшее социально-экономическое развитие (1).

Во многих странах темпы старения населения также существенно превысили аналогичные показатели, наблюдавшиеся в прошлом ([рисунок 3.3](#)). Например, если Франции потребовалось почти 150 лет для адаптации к росту доли населения в возрасте старше 60 лет с 10 до 20%, то таким странам, как

Рисунок 3.1. Доля населения в возрасте 60 лет или старше с разбивкой по странам, 2015 г.

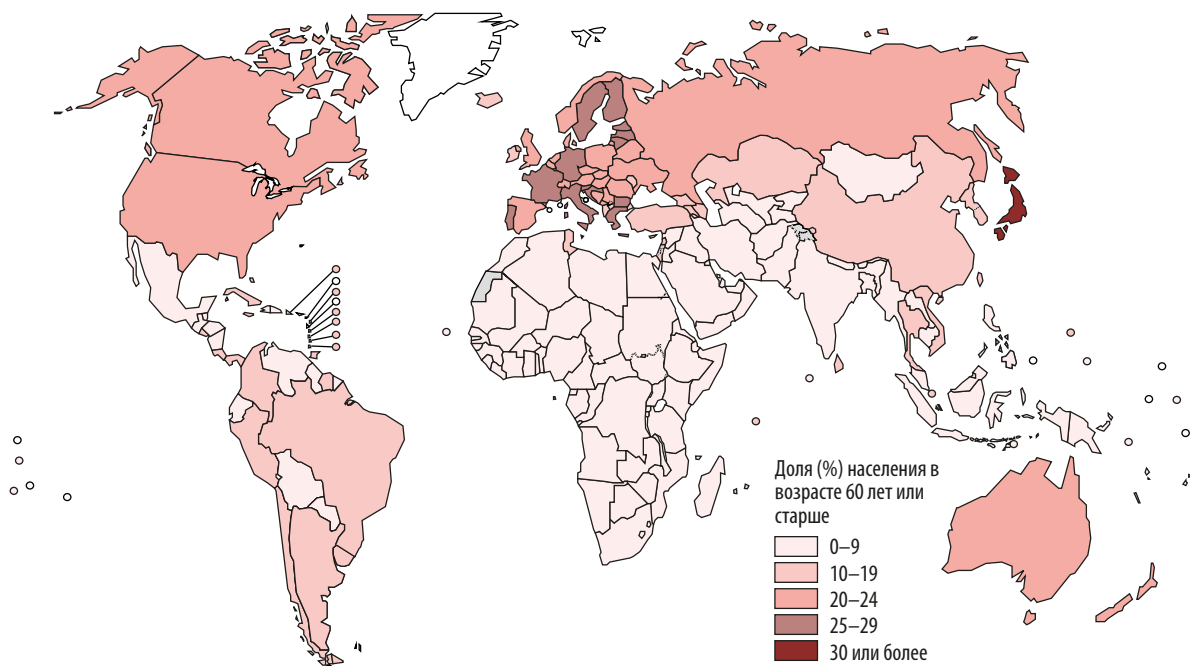


Рисунок 3.2. Доля населения в возрасте 60 лет или старше с разбивкой по странам, прогноз на 2050 г.

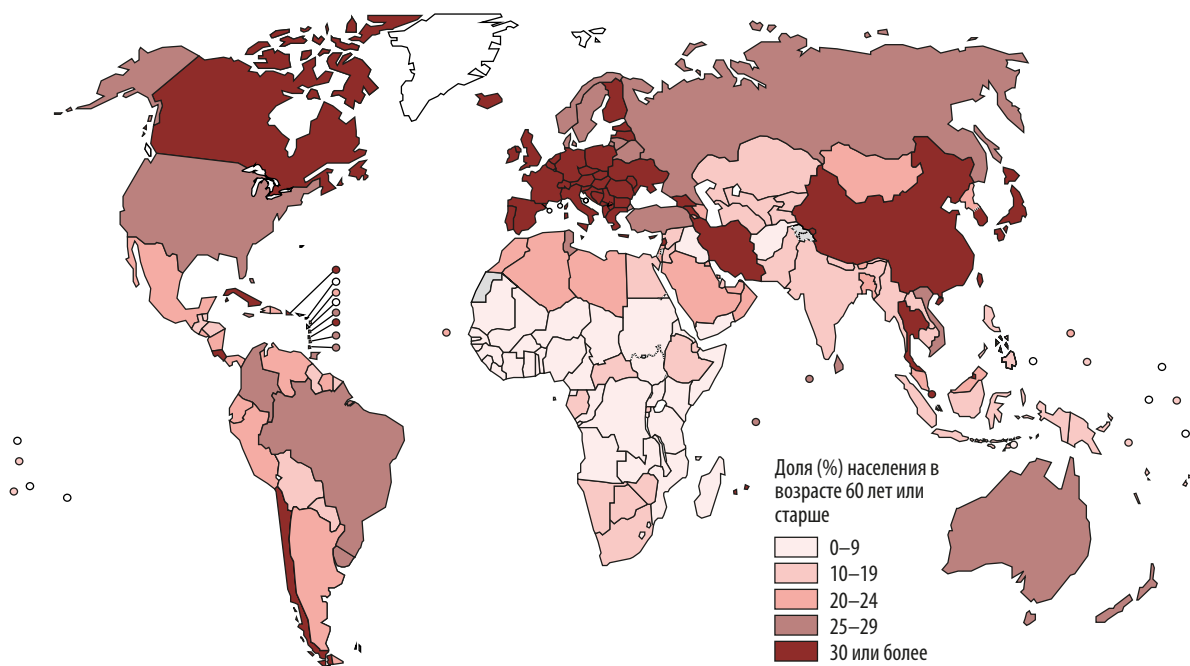
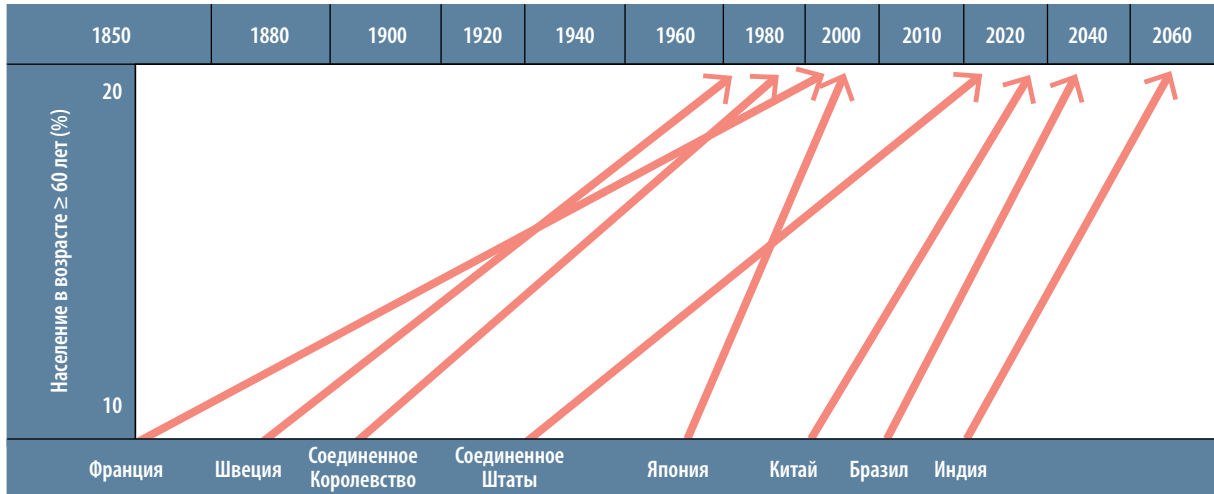


Рисунок 3.3. Необходимый или прогнозируемый период времени для увеличения доли населения в возрасте 60 лет и старше с 10 до 20%



Бразилия, Индия и Китай, для этого потребуется немногим более 20 лет. Это означает, что адаптация, которая предстоит этим странам, должна пройти гораздо более быстрыми темпами, чем это происходило в прошлом.

Почему население стареет?

Существует два ключевых фактора старения населения. Первый заключается в увеличении ожидаемой продолжительности жизни: в среднем люди во всем мире живут дольше. Хотя в небольшой степени такое глобальное увеличение обусловлено повышением уровня выживания людей в пожилом возрасте, но в основном это происходит за счет более высокого уровня выживания в молодом возрасте. Этот факт отражает исторически беспрецедентное социально-экономическое развитие, происходившее во всем мире на протяжении последних 50 лет.

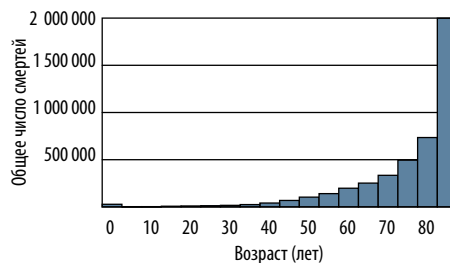
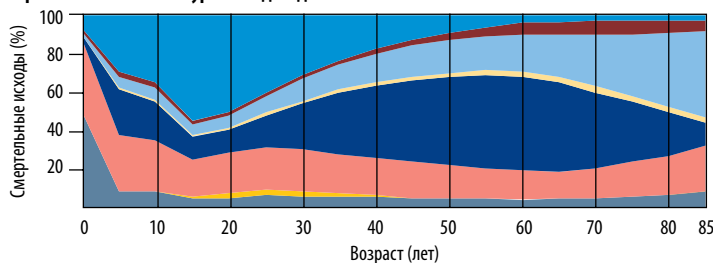
На [рисунках 3.4](#) и [3.5](#) показана тесная связь между уровнем социально-экономического развития страны и показателями смертности на протяжении жизненного цикла. На диаграммах в правой части [рисунков 3.4](#) и [3.5](#)

показан возраст наступления смерти в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода. Следует отметить, что страны с высоким уровнем дохода, являющиеся членами Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), показаны отдельно от других стран с высоким уровнем дохода, с учетом того факта, что эпидемиологическая картина в этих странах имеет четкие отличия. В странах с более низким уровнем ресурсов смерть чаще всего наступает в раннем детстве. Затем смерти распределяются равномерно на протяжении всего остального жизненного цикла. По мере развития стран и укрепления их систем общественного здравоохранения все больше людей выживают в детском возрасте, а модель смертности изменяется в сторону увеличения вероятности наступления смерти во взрослом возрасте. В странах с высоким уровнем дохода в модели смертности происходит смещение к еще более пожилому возрасту, при этом в большинстве случаев люди умирают в возрасте старше 70 лет.

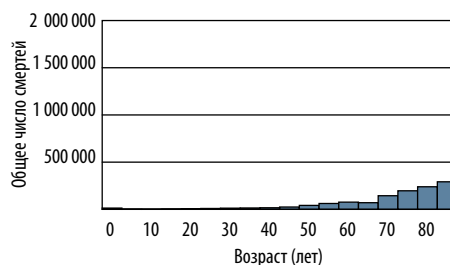
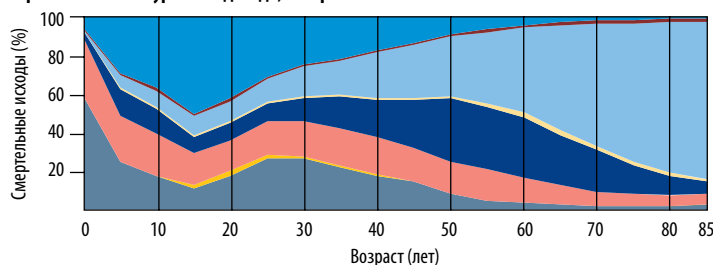
Важно отметить, что эти изменения сопровождаются изменениями причин смерти (кото-

Рисунок 3.4. Случаи смерти среди женщин в разном возрасте в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода, 2012 г.

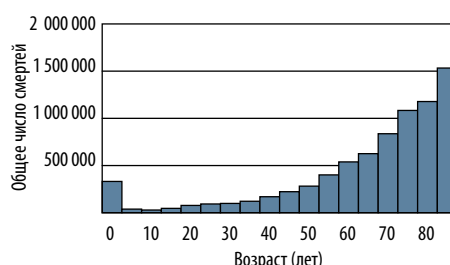
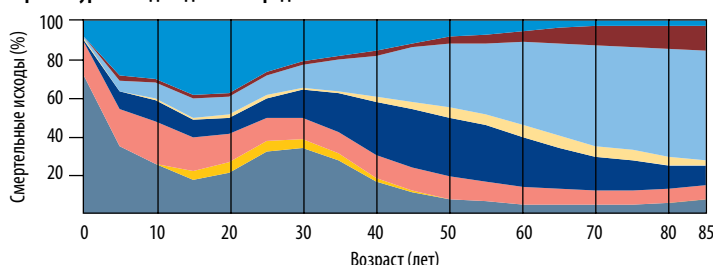
Страны ОЭСР с высоким уровнем дохода



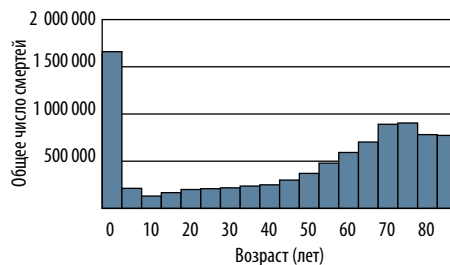
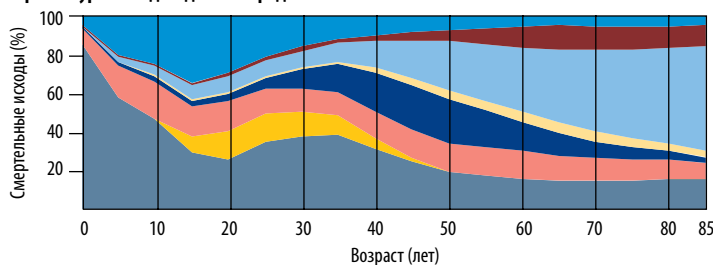
Страны с высоким уровнем дохода, которые не являются членами ОЭСР



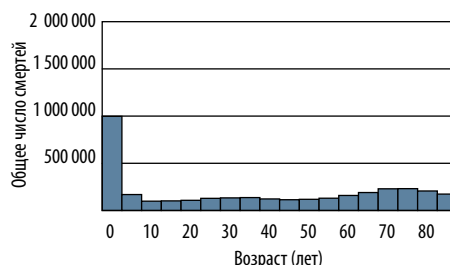
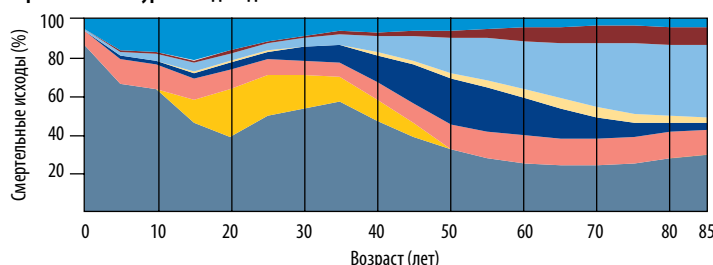
Страны с уровнем дохода выше среднего



Страны с уровнем дохода ниже среднего



Страны с низким уровнем дохода

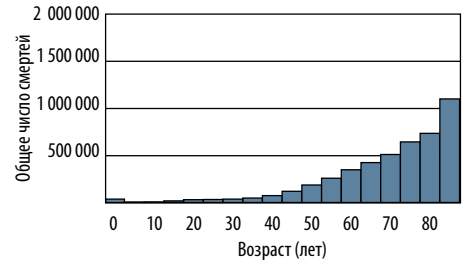
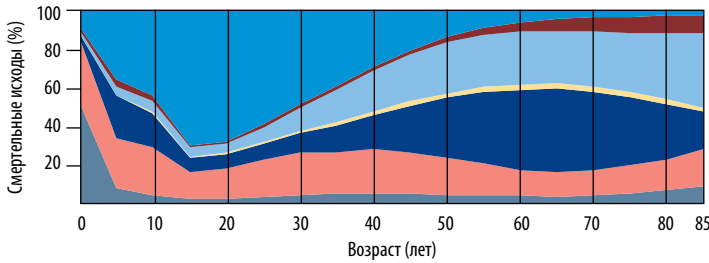


Травмы Хронические респираторные заболевания Сердечно-сосудистые заболевания Диабет
 Онкологические заболевания Другие неинфекционные заболевания Причины, связанные с деторождением Инфекционные заболевания

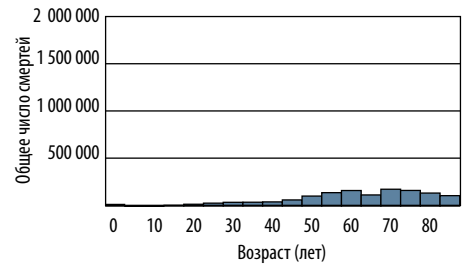
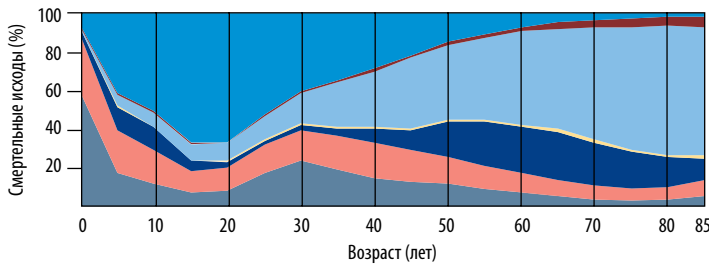
ОЭСР: Организация экономического сотрудничества и развития. Источник: (2).

Рисунок 3.5. Случаи смерти среди мужчин в разном возрасте в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода, 2012 г.

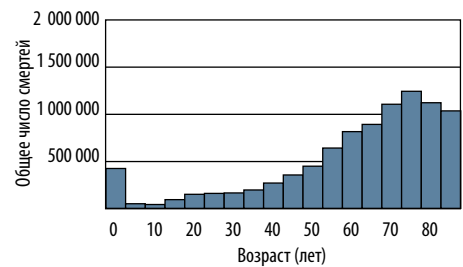
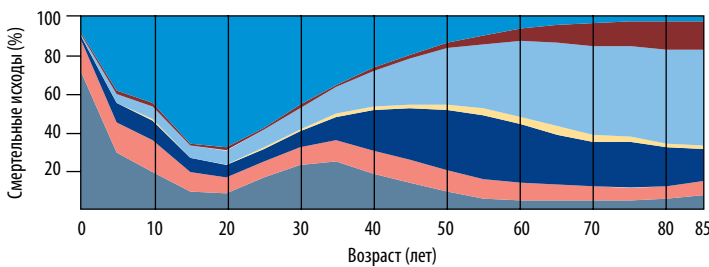
Страны ОЭСР с высоким уровнем дохода



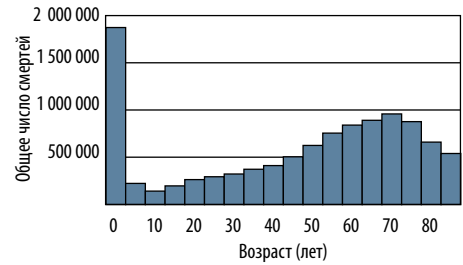
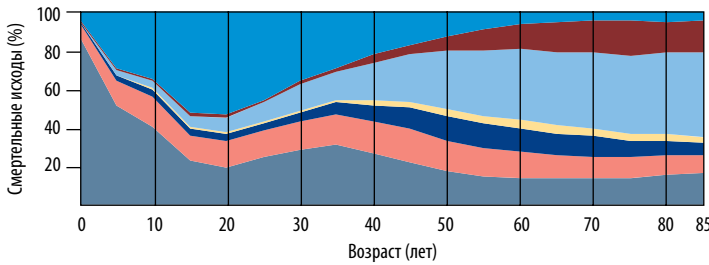
Страны с высоким уровнем дохода, которые не являются членами ОЭСР



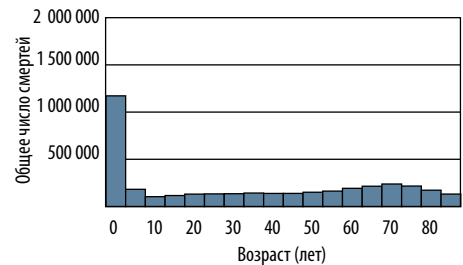
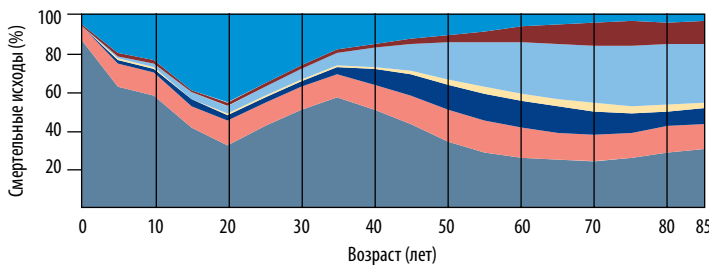
Страны с уровнем дохода выше среднего



Страны с уровнем дохода ниже среднего



Страны с низким уровнем дохода



Травмы Хронические респираторные заболевания Сердечно-сосудистые заболевания Диабет
 Онкологические заболевания Другие неинфекционные заболевания Причины, связанные с деторождением Инфекционные заболевания

ОЭСР: Организация экономического сотрудничества и развития. Источник: (2).

рые показаны в левой части [рисунков 3.4 и 3.5](#)). Во всех странах преобладающими причинами смерти в пожилом возрасте являются неинфекционные заболевания, хотя смерть по этим причинам наступает в странах с низким и средним уровнями дохода, как правило, раньше, чем в странах с высоким уровнем дохода. Тем не менее в странах с низким и средним уровнями дохода инфекционные заболевания остаются одной из основных причин смерти в течение всего жизненного цикла.

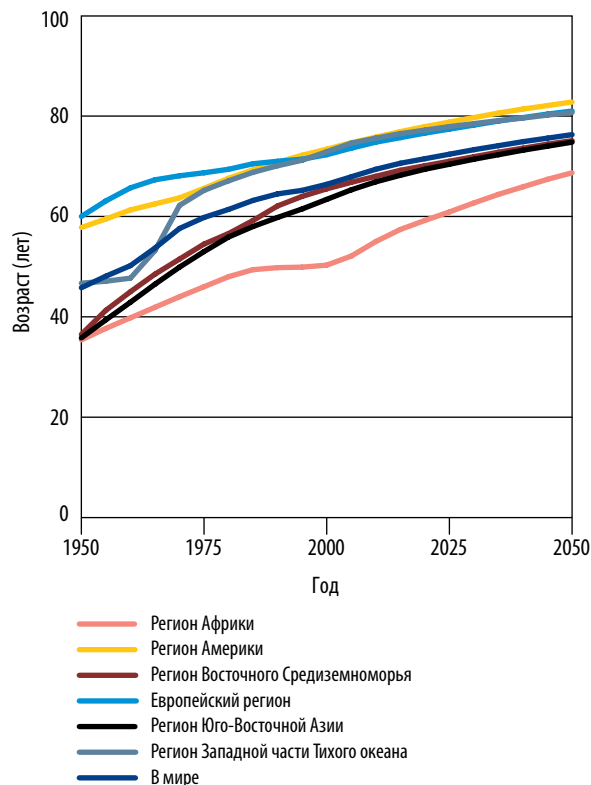
Такие изменения означают, что по мере экономического развития стран все больше людей достигают взрослого возраста и увеличивается ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Наблюдаемое в мире за последние 100 лет увеличение ожидаемой продолжительности жизни ([рисунок 3.6](#)) в большей степени является отражением сокращения смертности в молодом возрасте, чем увеличения продолжительности жизни пожилых людей.

В последние годы существенный вклад в увеличение ожидаемой продолжительности жизни вносит еще одна тенденция, особенно в странах с высоким уровнем дохода: повышение уровня выживания в пожилом возрасте (3) ([рисунок 3.7](#)). Так, в 1985 г. 60-летняя женщина в Японии могла прожить еще 23 года. К 2015 г. этот показатель вырос почти до 30 лет. Такой рост может являться следствием сочетания таких причин, как улучшение медико-санитарной помощи, инициативы в области общественного здравоохранения и различия в образе жизни людей на более ранних этапах жизненного цикла.

Тем не менее в разных регионах мира показатели такого роста различны. В странах с высоким уровнем дохода ожидаемая продолжительность жизни в пожилом возрасте растет быстрее, чем в странах с более низким уровнем ресурсов, хотя этот показатель варьируется между конкретными странами и между мужчинами и женщинами.

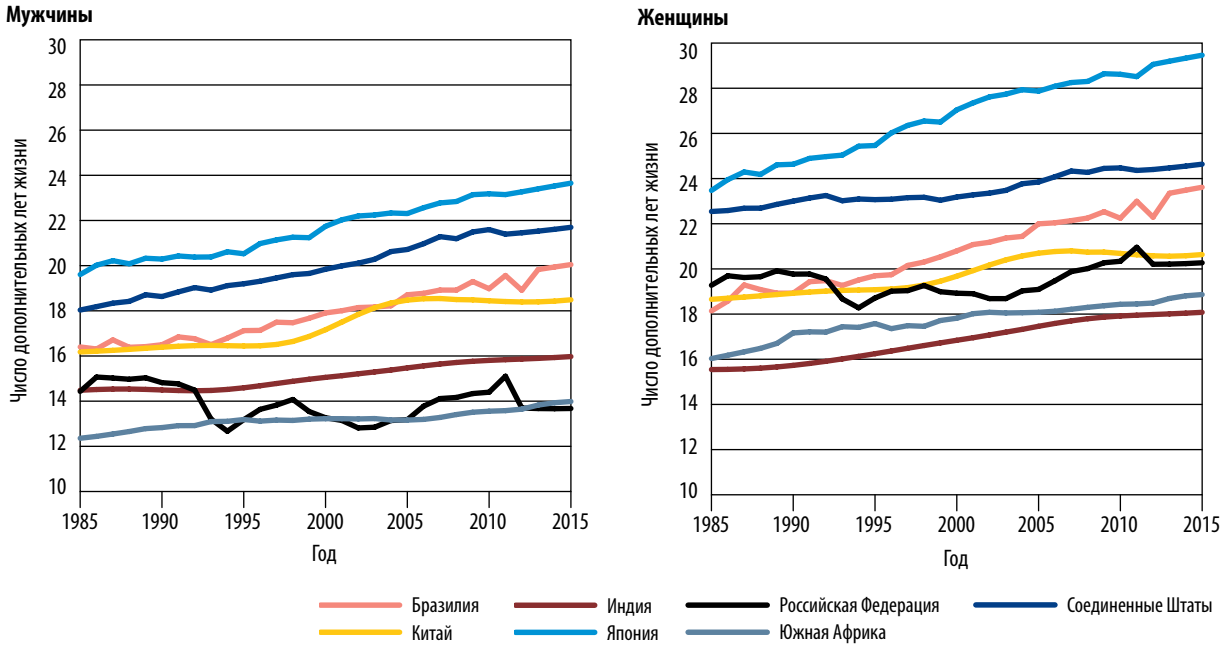
Второй причиной старения населения является падение коэффициентов фертильности

Рисунок 3.6. Изменения ожидаемой продолжительности жизни после 1950 г. с прогнозом до 2050 г., по регионам ВОЗ и во всем мире



([рисунок 3.8](#)). Вероятно, это можно объяснить тем, что родители осознают, что в настоящее время их дети имеют более высокие шансы на выживание, чем в прошлом, а также увеличением доступности презервативов и изменением гендерных норм. До недавних достижений в области социально-экономического развития показатели рождаемости во многих странах мира находились в пределах от 5 до 7 деторождений на одну женщину (хотя многие из этих детей и не доживали до взрослого возраста). В 2015 г. эти показатели резко снизились или упали ниже уровня, необходимого для поддержания текущих показателей численности

Рисунок 3.7. Ожидаемая продолжительность жизни у мужчин и женщин в возрасте 60 лет в отдельных странах, 1985–2015 гг.



Источник: (4).

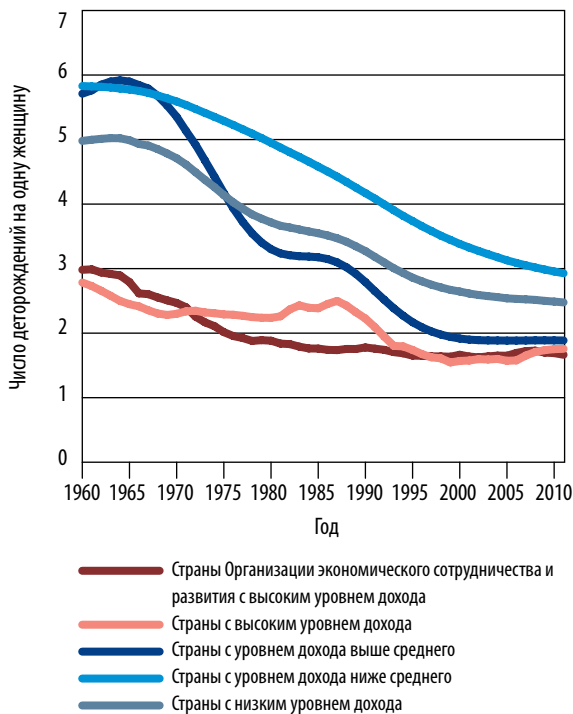
населения. Основным исключением в ситуации резкого снижения коэффициентов фертильности является Африка, где отмечается более медленный спад, а коэффициенты фертильности в целом остаются на уровне более 4 деторождений на одну женщину. На Ближнем Востоке спад также происходит более медленными темпами по сравнению с другими регионами мира. Поскольку снижение коэффициентов фертильности зачастую отстает от снижения показателей детской смертности, это нередко приводит к резкому увеличению численности населения молодого возраста. Во многих странах с высоким уровнем дохода такого рода увеличение наблюдалось вскоре после Второй мировой войны, а этот сегмент населения часто называют беби-бумерами (то есть детьми, родившимися во время послевоенного демографического взрыва). По мере того как люди, родившиеся во время демографического взрыва, достигают пожилого возраста, пока-

затели старения населения временно ускоряются, особенно в сочетании с низким уровнем смертности взрослого населения и с сохранением низких коэффициентов фертильности.

Здоровыми ли проживают пожилые люди?

Для разработки политики важно выяснить, живут ли люди дольше и сохраняют ли они при этом здоровье или же дополнительные годы в пожилом возрасте сопряжены в основном с ухудшением состояния здоровья. Если люди проживают дополнительные годы здоровыми, то старение населения будет ассоциироваться с аналогичным ростом людских ресурсов, которые смогут вносить свой вклад в жизнь общества различными способами (например, благодаря более продолжительной трудовой деятельности). Это утверждение можно выразить фразой “семьдесят – это снова шестьдесят”.

Рисунок 3.8. Коэффициенты фертильности в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода, 1960–2011 гг.



Источник: (5).

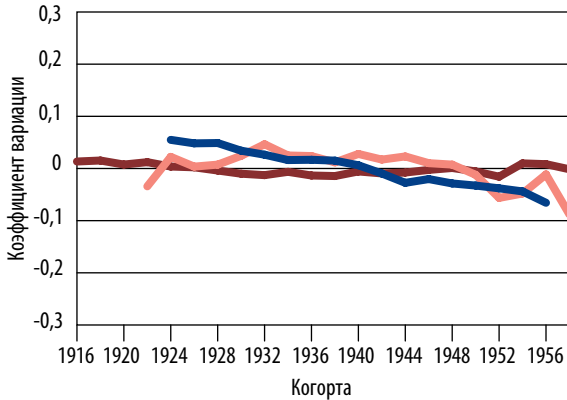
Если же люди живут дольше, но испытывают ограничения жизнеспособности на уровне, аналогичном или более высоком по сравнению с жизнеспособностью их родителей в том же возрасте, потребности в медико-санитарной и социальной помощи существенно возрастут, а вклад пожилых людей в жизнь общества будет ограничен.

Для определения приоритетных направлений политических мер и для обеспечения их справедливости необходимо выяснить, какой из этих сценариев осуществляется в настоящее время. Например, если все люди живут дольше и сохраняют хорошее здоровье, одним из способов обеспечения бюджетно-финансовой устойчивости систем социальной защиты может стать повышение возраста, в котором

люди могут получать доступ к такой привилегии, как пенсия. Если же дополнительные годы жизни сопряжены с плохим состоянием здоровья, эта мера будет неприемлемой, поскольку людям с существенными ограничениями индивидуальной жизнеспособности придется продолжать работать. Такая ситуация может оказаться нереалистичной для конкретного человека и отнюдь не идеальной для работодателя. Кроме того, если люди, занимающие высокое социально-экономическое положение, живут дольше и сохраняют хорошее здоровье, в то время как люди с низким социально-экономическим статусом живут дольше, но с плохим состоянием здоровья, то негативные последствия такой стандартной политической меры, как повышение пенсионного возраста, будут распределены среди людей несправедливым образом.

К сожалению, несмотря на наличие убедительных данных о том, что пожилые люди живут дольше, особенно в странах с высоким уровнем дохода, качество жизни в течение этих дополнительных лет является крайне неопределенным (6). Это обусловлено не только недостатком исследований в этой области. Хотя в странах с низким и средним уровнями дохода было проведено некоторое количество соответствующих исследований, существенная часть проанализированных данных была получена за последние 30 лет в Соединенных Штатах и других странах с высоким уровнем дохода. Тем не менее результаты, полученные по итогам этих совокупных исследований, носят противоречивый характер, и если некоторые исследования указывают на снижение уровня тяжелых форм инвалидности среди людей старше 65 лет, то другие исследования, проведенные в той же возрастной группе, говорят о росте распространенности хронических и сопутствующих заболеваний при устойчивых показателях инвалидности, а результаты еще одной группы исследований свидетельствуют о росте распространенности инвалидности среди людей в возрасте 60–70 лет (7–10). По резуль-

Рисунок 3.9. Распространенность ограничений в инструментальной активности в повседневной жизни, по году рождения, 1916–1958 гг. (после учета возраста и периода) (16)

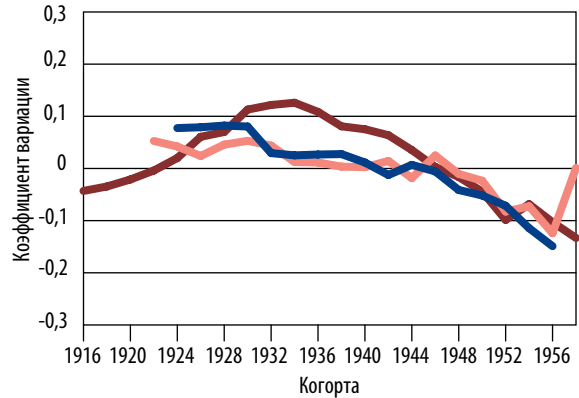


— Обследование здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе
 — Исследование по вопросам здоровья и выхода на пенсию
 — Английское лонгитюдное исследование по вопросам старения

татам одного исследования, в котором были объединены различные подборки данных, был выявлен рост ожидаемой продолжительности жизни с поправкой на качество жизни, хотя такой рост и оказался замедленным под воздействием таких факторов, как ожирение и некоторое снижение жизнеспособности, при этом в ходе другого исследования было отмечено, что тенденция к уменьшению распространенности инвалидности в когорте в целом сменилась на противоположную после принятия во внимание таких характеристик, как расовая принадлежность, уровень образования, семейное положение, статус занятости, уровень дохода и индекс массы тела (11, 12).

Картина также может меняться в зависимости от географического фактора. Исследования, проведенные в Европе, свидетельствуют о том, что показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни в разных странах существенно различаются (13). Например, оценка показате-

Рисунок 3.10. Распространенность ограничений в повседневной деятельности, по году рождения, 1916–1958 гг. (после учета возраста и периода) (16)



— Обследование здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе
 — Исследование по вопросам здоровья и выхода на пенсию
 — Английское лонгитюдное исследование по вопросам старения

лей более легкой формы инвалидности, проведенная среди разных государств – членов ОЭСР, указывает на снижение таких показателей в одних странах, их рост в других и сохранение на прежнем уровне в остальных странах (14). Сводный анализ результатов крупномасштабных лонгитюдных исследований в странах с высоким уровнем дохода, проведенный ВОЗ в 2014 г., свидетельствует о том, что если распространенность тяжелой формы инвалидности (то есть требующей помощи другого человека для выполнения таких основных видов деятельности, как прием пищи и умывание), возможно, несколько снижается, то значительного изменения распространенности менее тяжелых форм инвалидности за последние 30 лет не произошло (15) (рисунки 3.9 и 3.10). Таким образом, имеющиеся фактические данные, полученные в странах с высоким уровнем дохода, носят неопределенный характер, но указывают на возможность незначительного снижения рас-

пространности некоторых форм инвалидности в определенном возрасте, хотя такая ситуация вряд ли будет сохраняться на протяжении дополнительных лет жизни, которые проживают сейчас люди.

Отсутствие ясности в этом вопросе усугубляется рядом существенных ограничений, связанных с исследованиями. Во-первых, инвалидность в целом расценивается как состояние, связанное как с исходными характеристиками человека (то есть индивидуальной жизнеспособностью), так и с условиями среды, в которой он проживает (17). Только рассмотрев изменения, происходящие на этих двух уровнях, исследователи смогут провести между ними различия. Например, в 1950-е г. возможности людей, страдавших от артрита тазобедренного сустава, выполнять необходимые им действия были снижены вследствие отсутствия приемлемых транспортных средств. В 2015 г. те же люди могут пользоваться общественным транспортом, доступным для инвалидов, что обеспечивает им существенно более высокую функциональную способность, несмотря на сохранение того же уровня индивидуальной жизнеспособности. Таким образом, проведение различий между тенденциями, связанными с индивидуальной жизнеспособностью, и изменениями условий среды в целях более эффективного измерения функциональной способности требует постановки конкретных вопросов, однако широко используемые сейчас инструменты не позволяют проводить такие различия.

Кроме того, большая часть данных относится к инвалидности только в тяжелой форме, которая обычно наблюдается в последние годы жизни. Снижение индивидуальной жизнеспособности обычно начинается гораздо раньше и первоначально выражено весьма слабо. Хотя большинство пожилых людей ощущают эти мелкие и незначительные изменения, информация о тенденциях, связанных с жизнеспособностью на этом этапе жизни, носит крайне ограниченный характер.

К тому же в странах с высоким уровнем дохода большинство исследований проводилось на основе относительно свежих данных и по большей части ограничены тем периодом, когда эпидемиологические изменения, показанные на рисунках 3.4 и 3.5, уже произошли. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни в этих странах в настоящее время в основном связано с повышением уровня выживания в пожилом возрасте и может быть результатом продления последнего этапа жизни благодаря медицинскому лечению, а не результатом более широких достижений в области общественного здравоохранения, которые вполне могли оказать влияние на эпидемиологические изменения на более ранних этапах. Такие результаты могут стать основой объективного сравнения состояния здоровья наших современников и их родителей, однако вполне возможно, что тенденции изменений в состоянии здоровья наших родителей и их родителей окажутся совершенно другими. Данные одного исследования, в ходе которого были выявлены тенденции, наблюдавшиеся в течение этого более раннего периода, согласуются с данными о том, что состояние здоровья пожилых людей существенно лучше, чем состояние здоровья их родителей во втором и третьем поколениях (18). В ходе исследования были выявлены более низкие показатели повозрастной распространенности отдельных хронических заболеваний среди призывников армии Соединенных Штатов в течение XX века по сравнению с показателями, зафиксированными для новобранцев во время Гражданской войны в США (18).

Наконец, группы пожилого населения характеризуются значительным разнообразием. Тенденции внутри различных подгрупп в каждой группе населения могут довольно сильно различаться. Например, в Соединенных Штатах ожидаемая продолжительность жизни среди взрослых афроамериканцев с низким уровнем образования могла измениться после 1950-х гг. лишь в незначительной степени (19, 20).

В то время как фактические данные, полученные в странах с высоким уровнем дохода, носят неопределенный характер, данные из стран с низким и средним уровнями дохода по большей части отсутствуют. Единственным исключением является Китай, где по результатам сравнения крупномасштабных репрезентативных исследований, проведенных в 1987 и 2006 гг., был выявлен существенный рост ограничений, связанных с физическими и психическими способностями, но и заметное снижение ограничений, связанных со зрением, слухом, речью и интеллектом (21).

В настоящее время в странах с низким и средним уровнями дохода наблюдается эпидемиологический переход, представленный на [рисунках 3.4](#) и [3.5](#). Такие страны, как Китай, приближаются к завершению этого переходного периода, а изменение стандартизованных по возрасту показателей инвалидности, описанных в данном исследовании, отражает этот факт, свидетельствуя об уменьшении показателей инвалидности, связанных с инфекционными заболеваниями, и росте показателей инвалидности, связанных с цереброваскулярными заболеваниями и артритом (которые отнесены к категории физической инвалидности) (21). Эти результаты также указывают на различия в группах населения, поскольку снижение показателей инвалидности отмечается в основном в городских районах.

Страны с низким и средним уровнями дохода, которые находятся на более ранних этапах переходного периода, продолжают испытывать двойное бремя болезней, имея высокие показатели как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний, а многие люди в этих странах подвергаются гораздо более сильному воздействию экологических и производственных токсинов и факторов стресса, чем люди в странах с высоким уровнем дохода. Возможно, такое сочетание заболеваний и экологических факторов стресса может оказать непредсказуемое воздействие на последующие показатели заболеваемости среди взрослых

людей пожилого возраста. Например, последствия могут возникать, если такие воздействия способствуют формированию так называемого хронического вялотекущего воспалительного процесса в старости, который считается одной из возможных причин, приводящих к сердечно-сосудистым заболеваниям (22, 23). Следовательно, нельзя просто экстраполировать тенденции заболеваемости, которые наблюдаются в странах с высоким уровнем дохода, на страны с низким и средним уровнями дохода.

Характеристики состояния здоровья в пожилом возрасте

Далее в этой главе подробно рассматриваются некоторые из характеристик состояния здоровья человека во второй половине его жизни, а также воздействие, которое они в конечном счете оказывают на индивидуальную жизнеспособность и функциональную способность. Учитывая сложность таких изменений, авторы ставят своей целью не рассмотреть все состояния и тенденции, а осветить ключевые вопросы, обеспечивающие основу для понимания тенденций изменения состояния здоровья в пожилом возрасте.

Глубинные изменения

Как описано в главе 1, на биологическом уровне старение характеризуется постепенным хроническим накоплением молекулярных и клеточных повреждений, которые приводят к прогрессирующим и генерализованным нарушениям многих функций организма, а также повышают уязвимость к экологическим воздействиям и ведут к повышенному риску заболеваний и смерти (24). Этот процесс сопровождается широким спектром психосоциальных изменений.

Некоторые из этих глубинных изменений, которые в той или иной степени наблюдаются у всех людей по мере старения, обобщены ниже.

Несмотря на выраженное разнообразие воздействия таких изменений на индивидуальном уровне, можно выявить общие тенденции при рассмотрении всего населения в целом (25). Тем не менее такое снижение индивидуальной жизнеспособности может быть компенсировано за счет адаптации, и зачастую оно сопровождается накоплением опыта и знаний. Этим можно объяснить отсутствие видимого снижения производительности труда с возрастом (вставка 3.1).

Кроме того, воздействие таких глубинных тенденций на функционирование организма сложно отличить от последствий заболеваний, перенесенных людьми в течение жизненного цикла. Так, если тенденции, наблюдаемые на протяжении жизненного цикла, например, для таких характеристик, как сила схвата и скорость ходьбы, рассматриваются в настоящей главе для населения в целом, то они отражают как глубинные тенденции функционирования

Вставка 3.1. Возраст и производительность труда

Исследования влияния глубинных возрастных изменений индивидуальной жизнеспособности на производительность труда на рабочем месте начали проводиться только недавно. Одной из причин этого являются сложности, связанные с объективным измерением производительности труда, поскольку в основе оценок со стороны коллег и руководства зачастую лежат стереотипные представления, которые не отражают фактическую производительность труда работников пожилого возраста (26). Во-вторых, не все профессии позволяют провести объективное измерение показателей производительности труда. Поэтому проведенные исследования, которых и так немного, часто ограничиваются исследованиями рабочих мест, позволяющих проводить объективные измерения, например количества ошибок или объема продаж.

В целом производительность труда, как представляется, с возрастом не уменьшается, однако может снижаться по мере увеличения времени работы на одном рабочем месте, поскольку рутинный труд ведет к уменьшению мотивации, а перенапряжение приводит к причинению физического вреда (27). Так, в ходе одного исследования было установлено, что число ошибок, совершаемых каждой из бригад сборочной линии на автомобильном заводе, незначительно снижалось с возрастом после коррекции выборки в сторону уменьшения (например, ранний выход на пенсию, инвалидность) и в сторону увеличения (например, повышение в должности). Авторы исследования пришли к выводу о том, что «пожилые работники более, чем другие, способны найти выход из трудных ситуаций, а затем сконцентрироваться на выполнении насущных задач» (28).

Этот результат подчеркивает тот факт, что такие последствия старения, как уменьшение скорости обработки информации или утрата способности к мультизадачной работе, не всегда оказывают неблагоприятное воздействие на производительность труда, поскольку до определенных пределов могут компенсироваться за счет жизненного и трудового опыта пожилых людей. Кроме того, трудовая деятельность может в определенной степени задерживать наступление спада физической способности. Например, уменьшение силы схвата, наблюдаемое на уровне всего населения в целом, может не проявляться в подгруппах населения, представители которых вынуждены использовать руки в своей повседневной работе, хотя такое отличие может нивелироваться на более поздних этапах жизни. Так, достигшие 80-летнего возраста работники физического труда обладают пониженными уровнями физической силы по сравнению с работниками умственного труда (29). Это можно объяснить накоплением физических повреждений, свойственных для этих профессий.

Возрастная неоднородность среди членов трудовых коллективов также может являться определяющим фактором производительности труда. Средний уровень возрастного разнообразия положительно влияет на производительность труда, что может отражать тот факт, что возрастное разнообразие обладает как недостатками (в плане коммуникации и социальной интеграции), так и преимуществами (в плане более значительного объема знаний, необходимых для принятия решений). Этот эффект также зависит от вида работ, преимущественно выполняемых в той или иной компании. Компаниям, занимающимся творческими задачами, возрастное разнообразие выгодно, в то время как компаниям, основным родом деятельности которых является выполнение рутинных работ, показали более низкие результаты в условиях возрастного разнообразия (30).

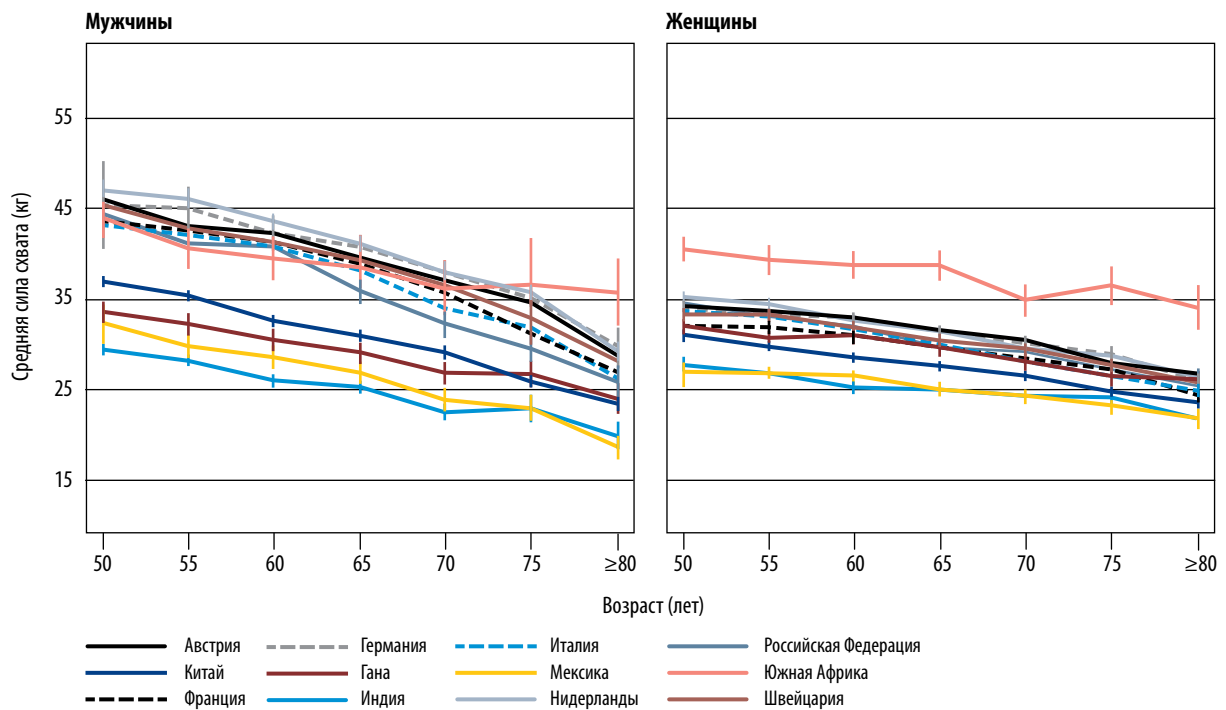
костно-мышечной системы, так и дополнительное влияние со стороны особенностей жизнедеятельности и питания, а также состояния здоровья.

Двигательные функции

После пика, наблюдаемого в старшем юношеском возрасте, мышечная масса с годами имеет тенденцию к снижению, что может ассоциироваться со снижением силы и ослаблением функции костно-мышечной системы (31). Одним из способов измерения мышечной функции является измерение силы схвата, которая является надежным прогностическим фактором смертности независимо от влияния любых заболеваний (32, 33).

Возрастное снижение средней силы схвата в странах, в которых проводилось исследование SAGE и обследование здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе (проект SHARE), приведено на [рисунке 3.11](#). Женщины обычно обладают меньшей силой схвата, чем мужчины, а у обоих полов сила схвата с возрастом снижается. Темпы снижения силы схвата оказались идентичными в большинстве исследованных стран. Тем не менее пиковый уровень существенно варьируется, при этом жители Индии и Мексики в целом обладают меньшей силой схвата в любом возрасте и для любого пола. Такие различия могут отражать влияние сочетания генетических факторов и таких ранневозрастных факторов, как питание.

Рисунок 3.11. Сила схвата у мужчин и женщин в возрасте 50 лет и старше



Примечание: Рисунок основан на данных четвертого раунда исследования SHARE (2010–2011 гг.), поскольку сроки осуществления этого проекта совпали с первым раундом исследования SAGE (2007–2010 гг.). Данные не откорректированы по росту и весу.

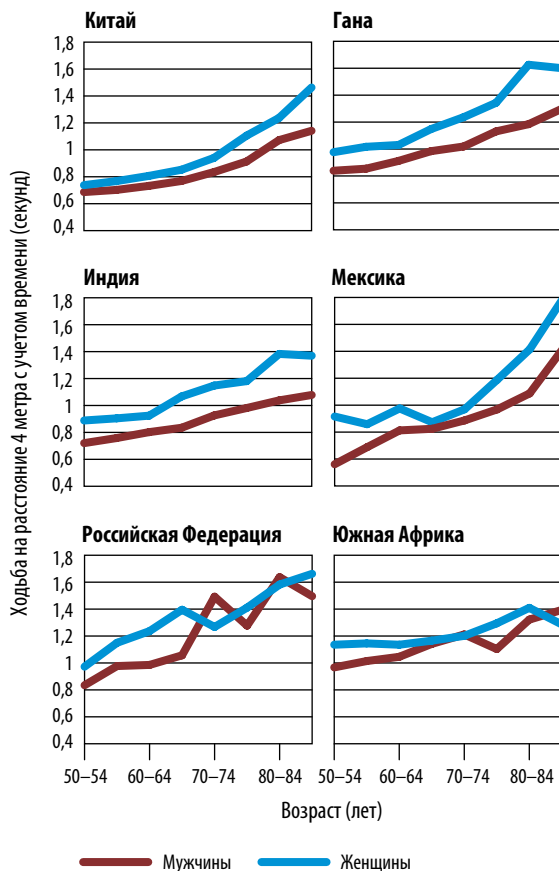
Источники: (16, 34).

Старение также связано с существенными изменениями в костях и суставах. По мере старения костная масса, или плотность, имеет тенденцию к снижению, особенно у женщин постклимактерического возраста. Эти процессы приводят к существенному росту риска переломов (это состояние известно как остеопороз), что имеет серьезные последствия в виде инвалидности, снижения качества жизни и смертности. Переломы шейки бедра относятся к наиболее тяжелым формам остеопорозных переломов, а по мере роста темпов старения населения такие переломы получают все большее распространение, и, по оценкам, число таких переломов в мире может в 2050 г. составить 4,5 млн. в год (35). Медианные стандартизованные по возрасту показатели остеопорозных переломов варьируются в зависимости от географического региона с максимальным уровнем в Северной Америке и Европе, за которыми следуют Азия, Ближний Восток, Океания, Латинская Америка и Африка (36).

Суставной хрящ с возрастом подвергается значительным структурным, молекулярным, клеточным и механическим изменениям, что повышает предрасположенность тканей к дегенерации. По мере изнашивания хряща и уменьшения количества околосуставной жидкости повышается ригидность и хрупкость сустава (37). Хотя с возрастом обычно наблюдается размягчение хрящей, это не всегда приводит к боли в суставах или дегенерации хрящей, которая вызывает остеоартрит; вместе с тем распространенность этого нарушения тесно связана с возрастом (38). Кроме того, было доказано, что регулярная умеренная физическая активность улучшает биомеханические и биологические свойства суставных хрящей (37).

Эти и другие возрастные деградации в конечном счете влияют на другие функции костно-мышечной системы и на двигательные функции. Так, это находит отражение в уменьшении скорости ходьбы – то есть времени, в течение которого человек проходит определенное расстояние. На скорость ходьбы

Рисунок 3.12. Скорость ходьбы (время, необходимое для прохождения расстояния 4 метра) с разбивкой по возрасту, полу и странам



Источник: (34).

влияют мышечная сила, суставные ограничения и другие факторы, такие как координация и кинестетическая чувствительность (проприоцепция), и было доказано, что этот показатель является одним из наиболее надежных прогностических показателей будущих исходов в пожилом возрасте (39). На рисунке 3.12 приведены графики скорости ходьбы в разном возрасте по данным из шести стран, в которых проводилось исследование SAGE, и из графиков следует, что в целом скорость ходьбы с возрастом снижается.

Сенсорные функции

Старение часто ассоциируется с ухудшением зрения и слуха, хотя на индивидуальном уровне такие ухудшения могут существенно различаться. Возрастная потеря слуха (известная как пресбиакузис, или старческая глухота) носит двусторонний характер и в наибольшей степени проявляется в области высоких частот. Это явление объясняется старением ушной улитки, воздействием таких факторов окружающей среды, как шум, генетической предрасположенностью, повышенной уязвимостью к физиологическим факторам стресса и изменениями образа жизни (40). Более 180 млн. человек в мире в возрасте старше 65 лет страдают от потери слуха, что вызывает сложности с восприятием нормальной разговорной речи (41–44).

Старение также ассоциируется со сложными функциональными изменениями глаз, которые приводят к пресбиопии – ослаблению способности фокусировать зрение, что ведет к нарушению зрения на малое расстояние и часто возникает в среднем возрасте (46). Еще одним распространенным изменением, связанным со старением, является помутнение хрусталика, которое в конечном счете может привести к катаракте. Возраст, в котором наступают такие изменения, скорость их прогрессирования и степень нарушения зрения существенно варьируются на индивидуальном уровне, что является следствием генетических особенностей и воздействия условий окружающей среды (47). Старение также тесно связано с возрастной макулярной дегенерацией, которая вызывает повреждение сетчатки и быстро ведет к серьезному нарушению зрения; это явление широко распространено среди людей старше 70 лет, а также является одной из основных причин слепоты в странах с высоким уровнем дохода и с уровнем дохода выше среднего.

Такие изменения могут оказывать существенное влияние на повседневную жизнь людей пожилого возраста. Нелеченая тугоухость негативно влияет на общение и может способствовать социальной изоляции и утрате

самостоятельности, а также сопровождаться беспокойством, депрессией и снижением когнитивных функций (48). Люди с нормальным слухом зачастую недооценивают последствия существенной потери слуха для жизни людей с тугоухостью, а замедленное восприятие устной речи обычно ассоциируется с умственной неполноценностью, что часто заставляет пожилых людей еще глубже уходить в себя, чтобы избежать клейма «тупости» или «умственной отсталости» (49). Нарушения зрения могут ограничивать мобильность, влиять на межличностные взаимоотношения, вызывать депрессию, препятствовать оценке информации и социальной среды, повышать риск падений и несчастных случаев, а также снижать безопасность при вождении (50). Кроме того, стремление пожилых людей каким-либо образом компенсировать ухудшающиеся сенсорные функции может приводить к изменениям других когнитивных функций и понижать их эффективность.

Тем не менее эти общие ограничения индивидуальной жизнеспособности в целом поддаются эффективному восстановлению. К простейшим мерам и средствам помощи при потере слуха относится внесение таких изменений в условия окружающей среды, как сокращение уровня фонового шума, изменение моделей поведения у людей с нарушениями слуха и у их партнеров по общению (например, использование таких несложных методов общения, как четкая речь). Своевременное диагностирование и комплексная офтальмологическая помощь, а также реабилитационные мероприятия чрезвычайно эффективны для уменьшения степени нарушений. Также могут помочь такие изменения условий окружающей среды, как повышение уровня освещенности и использование усовершенствованных указателей (например, высококонтрастных вывесок на матовом фоне, расположенных на уровне глаз). Кроме того, широкое применение находят такие эффективные ассистивные технологии, как слуховые аппараты и рефракционные линзы. Эти сред-

ства не обязательно должны быть дорогостоящими. Даже высококачественный слуховой аппарат можно приобрести сейчас по приемлемой цене, а готовые очки для чтения найдутся в широкой продаже и обладают вполне достойным качеством. Наиболее эффективным методом лечения катаракты является высококачественная операция, которая не требует значительных денежных затрат. Также эффективны кохлеарные имплантаты, однако они менее доступны, в том числе по цене.

Когнитивные функции

Когнитивные функции у людей широко варьируются, и их уровень тесно связан с уровнем образования. Многие когнитивные функции начинают ухудшаться в относительно молодом возрасте, причем разные функции ухудшаются с разной скоростью. Как следствие, с возрастом область когнитивных функций приобретает все более гетерогенный характер (51).

Распространенными являются определенные ухудшения памяти и скорости обработки информации, и пожилые люди часто высказывают подобные жалобы. Тем не менее, хотя старение и ассоциируется с ослаблением способности к выполнению сложных задач, требующих разделения или переключения внимания, такие процессы не приводят к ухудшению способности к концентрации внимания или к неспособности сосредоточиться.

Аналогичным образом, хотя старение и ассоциируется со снижением способностей к обучению и решению задач, связанных с активным выполнением, реорганизацией, интеграцией или прогнозированием различных умственных операций, практически отсутствует связь между старением и памятью на фактологическую информацию, знанием слов и понятий, памятью о личном прошлом и процедурной памятью (например, памятью в отношении навыков, необходимых для езды на велосипеде) (52). Таким образом, не все когнитивные функции ухудшаются с возрастом, а такие языковые функции, как понимание,

чтение и словарный запас, в частности, остаются стабильными на протяжении всей жизни.

Возрастные ухудшения когнитивных функций носят индивидуальный характер и определяются многими факторами, включая социально-экономическое положение, образ жизни, наличие хронических заболеваний и применение лекарственных средств, что свидетельствует о возможности принятия мер общественного здравоохранения на протяжении всего жизненного цикла человека. Также есть основания полагать, что нормальное возрастное ухудшение когнитивных функций можно частично компенсировать за счет практических навыков и опыта, приобретенного в течение жизни (53), а также уменьшить при помощи умственных тренировок и физической активности (54).

Важно отметить, что незначительные и разнородные изменения когнитивной функции, которые наблюдаются у здоровых пожилых людей, существенно отличаются от изменений, связанных с деменцией.

Сексуальность

Хотя данные о сексуальной активности в пожилом возрасте носят ограниченный характер, особенно для стран с более низким уровнем дохода, результаты обследований населения постоянно указывают на то, что люди зачастую сохраняют сексуальную активность вплоть до глубокой старости. Например, в ходе одного лонгитюдного исследования было установлено, что 73% участников в возрасте 57–64 лет, 53% в возрасте 65–74 лет и 26% в возрасте 75–85 лет проявляли сексуальную активность. В старшей возрастной группе 23% сексуально активных участников исследования вступали в половые отношения раз в неделю или чаще (55).

На сексуальность в пожилом возрасте влияют различные физиологические изменения, протекающие в рамках процесса старения как у мужчин, так и у женщин, а также различные психосоциальные и социально-экологические факторы (56). Поскольку пожилой

возраст является также и периодом повышенного риска заболеваний, такие глубинные изменения зачастую осложняются необходимостью лечить болезни, что может иметь физические последствия для сексуальной функции. Эти последствия могут быть прямыми (например, заболевания сосудов приводят к эректильной дисфункции) или косвенными (например, лекарственное средство для лечения не связанного с сексуальной функцией заболевания может понижать либидо) либо являться результатом психосоциальных последствий того или иного заболевания или лечения такого заболевания (например, изменения представлений о себе у женщин после мастэктомии). Фактически проблемы, вызванные заболеваниями, могут иметь гораздо более тесную связь с сексуальными проблемами, чем собственно возраст (55).

В соответствии с преобладающими социально-культурными представлениями исследования сексуальной жизни в пожилом возрасте зачастую направлены на изучение таких уязвимостей и сексуальных дисфункций, а не положительных аспектов этой сферы (57). Так, в ходе недавно проведенного обследования людей среднего и пожилого возраста в 29 странах было установлено, что у женщин наиболее широко распространенными нарушениями являются отсутствие сексуального интереса (21%), невозможность достичь оргазма (16%) и недостаточность влагалищной смазки (16%) (58). У мужчин наиболее широко распространены такие нарушения, как трудности с достижением и поддержанием эрекции (37%), отсутствие интереса к сексу (28%), преждевременное достижение оргазма (28%), беспокойство по поводу своей сексуальной эффективности (27%) и неспособность достичь оргазма (20%).

Несмотря на эти проблемы, а также благодаря использованию широко распространенных методов медицинского лечения сексуальность остается важным компонентом жизни для людей пожилого возраста и может принимать различные формы. Вопреки цисгендерным стереотипам, данные небольшого числа

исследований, проведенных в этой сфере, свидетельствуют о том, что повышенные уровни сексуальной функции играют важную роль для удовлетворенности отношениями как у пожилых женщин, так и у пожилых мужчин (хотя эта связь может работать в обоих направлениях), а физическая близость, включая поцелуи и объятия, может играть более важную роль для пожилых мужчин, чем для пожилых женщин (58).

Недостаточно внимания уделяется такому вопросу, как сексуальное функционирование пожилых людей, живущих в доме престарелых или в специализированном учреждении (глава 4). Это сложный вопрос, касающийся, с одной стороны, прав пожилых людей на выражение своей сексуальности и, с другой стороны, необходимости защищать уязвимых людей от сексуальных домогательств. Особая этическая проблема может возникать в отношении сексуальности и деменции (59). Крайне необходимы проведение дополнительных исследований и разработка руководств для решения этой деликатной и сложной проблемы.

Иммунная функция

Иммунная функция, в частности активность Т-клеток, с возрастом снижается (23, 60, 61). Такие изменения означают, что на склоне лет снижается способность реагировать на новые инфекции (и вакцины); это явление называют старением иммунной системы (62). Также имеются фактические данные, свидетельствующие о том, что хронический стресс (например, необходимость осуществлять уход) может ослаблять иммунный ответ и снижать эффективность вакцин у пожилых людей, а возрастное повышение уровня воспалительных цитокинов в сыворотке, известное как хронический вялотекущий воспалительный процесс в старости, приводит к целому ряду последствий, включая старческую дряхлость, атеросклероз и саркопению (22, 23, 63–65). Хотя вопрос о наличии прямой связи между такими тенденциями и более широкими физиологическими изменени-

ями, связанными со старением, по-прежнему остается открытым, ясно, что иммунная функция играет важную роль и может обеспечивать возможности для принятия соответствующих мер в будущем. Эта возможность была подтверждена исследованием на мышах, согласно результатам которого эффективный клиренс стареющих клеток (еще одна роль иммунной системы) может задерживать целый ряд нарушений, связанных со старением (66).

Функции кожи

С возрастом состояние кожи постепенно ухудшается в результате повреждений, вызванных физиологическими механизмами, генетической предрасположенностью и внешними воздействиями, особенно воздействием солнца (67, 68). Возрастные изменения на клеточном уровне могут иметь различные последствия, включая снижение способности кожи выступать в качестве барьера (69). Кроме того, снижение уровня коллагена и эластина в дерме может приводить к снижению прочности кожи при растяжении, а прогрессирующая атрофия сосудов делает пациентов более подверженными дерматиту, пролежням и разрывам кожи. Сочетание таких изменений может приводить к повышению восприимчивости пожилых людей к целому ряду дерматологических заболеваний (70). Кроме того, кумулятивные эффекты экологических факторов, особенно солнечного света, способствуют существенному увеличению риска неопластических заболеваний.

Потенциальное воздействие таких изменений проявляется не только на физическом уровне. Многие состояния кожи могут влиять на эмоциональное здоровье человека или вести к изменениям в восприятии его другими людьми; такие состояния могут также приводить к отказу от участия в общественной деятельности, что мешает полноценному участию в жизни сообщества и рабочих коллективов.

Состояние здоровья в пожилом возрасте

С возрастом увеличивается риск многих расстройств здоровья, которые могут оказывать значительное воздействие на индивидуальную жизнеспособность, выходящее за пределы тенденций, описанных в разделе «Глубинные изменения». Тем не менее было бы неправильным считать, что наличие того или иного заболевания в пожилом возрасте означает, что человек больше не здоров (71). Многие пожилые люди сохраняют высокую функциональную способность и ведут по большей части благополучную жизнь, несмотря на наличие одного или нескольких заболеваний.

На [рисунке 3.13](#) приведены данные проекта «Глобальное бремя болезни» (2), которые указывают на возможные причины потерянных лет здоровой жизни по причине инвалидности у людей старше 60 лет; данные представлены по странам, сгруппированным по уровню экономического развития. Эти данные указывают на уровень заболеваемости и степень тяжести различных состояний, а также на средний промежуток времени, в течение которого люди находятся под воздействием этих состояний.

Согласно оценкам на основе этих данных, наибольшее бремя инвалидности связано с сенсорными расстройствами (особенно в странах с низким уровнем дохода и с уровнем дохода ниже среднего), позвоночными и шейными болями, хронической обструктивной болезнью легких (особенно в странах с низким уровнем дохода и с уровнем дохода ниже среднего), депрессивными расстройствами ([вставка 3.2](#)), падениями, диабетом, деменцией (особенно в странах с высоким уровнем дохода) ([вставка 3.3](#)) и остеоартритом. Возможно, более тяжелое бремя деменции в странах с высоким уровнем дохода отчасти объясняется более высоким средним возрастом населения этих стран и более высоким уровнем осведомленности об этих состояниях и их диагностики. Более тяжелое бремя сенсорных расстройств в

странах с низким уровнем дохода и с уровнем дохода ниже среднего может быть следствием многих факторов, включая более высокий уровень воздействия шумов и солнца на протяжении всего жизненного цикла. Более высокие показатели заболеваемости для хронической обструктивной болезни легких в странах с низким уровнем дохода и с уровнем дохода ниже среднего могут быть следствием более высокого уровня воздействия загрязняющих воздух веществ внутри и снаружи помещений на протяжении всего жизненного цикла.

Структуры смертности также позволяют получить представление о наиболее значимых заболеваниях в пожилом возрасте. На рисунке 3.14 приведены данные проекта «Глобальное бремя болезни», где указаны потерянные годы жизни у людей старше 60 лет; данные представлены по странам, сгруппированным по уровню экономического развития. Это – показатель расстройств, которые приводят к смерти

пожилых людей, а также показатель среднего числа потенциальных лет жизни, которые они теряют в связи с такими расстройствами. Во всем мире максимальное бремя смертности среди пожилых людей приходится на ишемическую болезнь сердца, инсульт и хроническую обструктивную болезнь легких. Бремя всех этих состояний намного выше в странах с низким и средним уровнями дохода, чем в государствах – членах ОЭСР с высоким уровнем дохода. Исключительно высокое бремя сердечно-сосудистых заболеваний в странах с высоким уровнем дохода, не являющихся членами ОЭСР, в значительной мере объясняется высокими показателями в Российской Федерации.

Рисунки 3.13 и 3.14 вместе свидетельствуют о том, что вне зависимости от места проживания людей преобладающее бремя заболеваний в пожилом возрасте приходится на неинфекционные заболевания. Их часто называют болез-

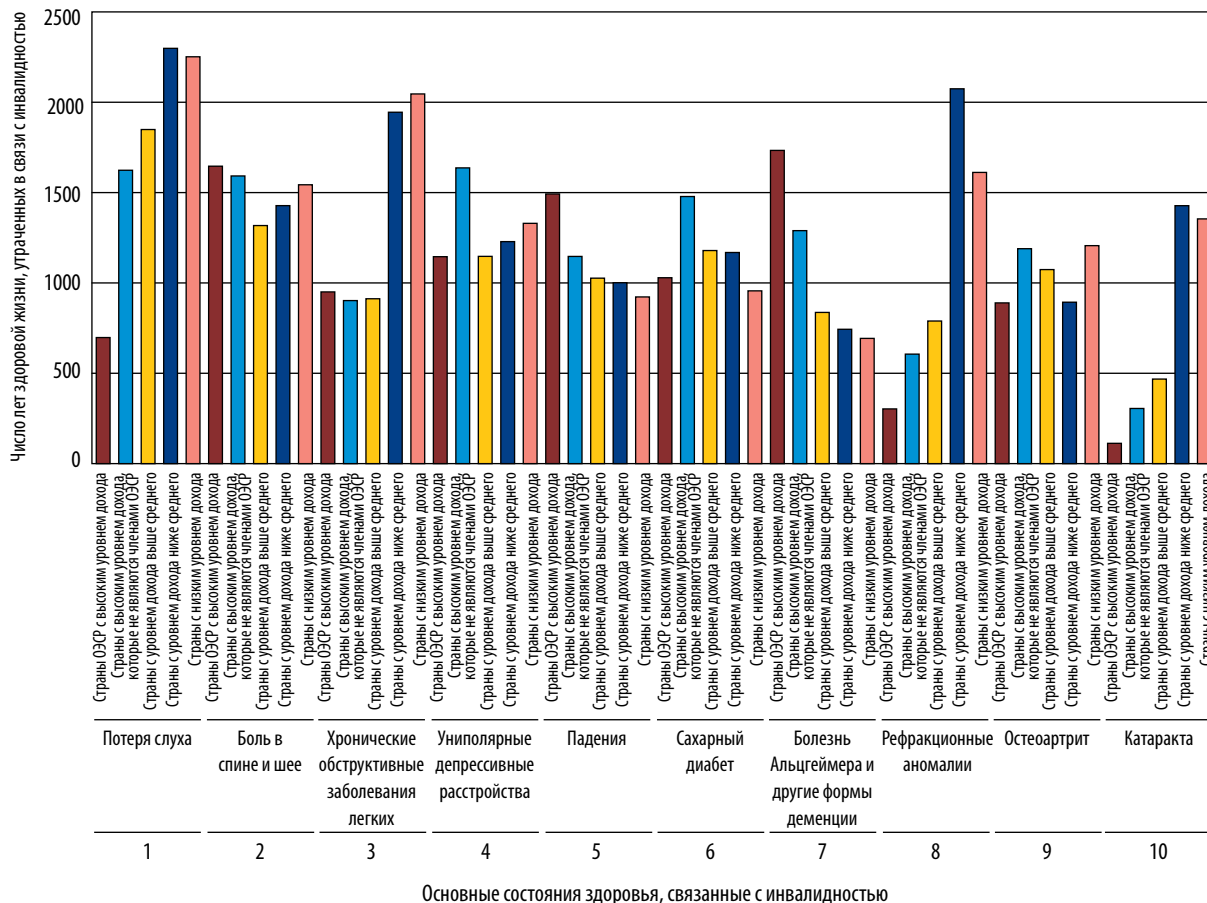
Вставка 3.2. Депрессия и беспокойство

Такие аффективные расстройства, как депрессия и беспокойство, наблюдаются у представителей уязвимых групп населения на протяжении всей жизни.

Можно было бы ожидать, что в пожилом возрасте эпизоды аффективных расстройств будут происходить чаще в связи с повышенным риском наступления неблагоприятных жизненных событий. Вместо этого оказалось, что депрессивные расстройства распространены среди совершеннолетних молодых людей немного шире, чем среди пожилых людей. Все же такими расстройствами страдают 2–3% пожилых людей, живущих в сообществе (72); в то же время распространенность таких расстройств среди наиболее дряхлых и уязвимых пожилых людей, проживающих в учреждениях долгосрочного ухода, намного выше и составляет около 10% (73). Кроме того, по сравнению с совершеннолетними молодыми людьми пожилые люди гораздо чаще страдают от симптомов глубокой депрессии, не соответствуя при этом критериям диагностики депрессивного расстройства. От этого состояния, которое часто называют подпороговой депрессией, страдает примерно каждый десятый пожилой человек (74). Подпороговая депрессия также оказывает значительное воздействие на качество жизни пожилых людей и является основным фактором риска развития депрессивного расстройства.

По оценкам, распространенность тревожных расстройств среди пожилого населения варьируется в пределах от 6 до 10%, что немного ниже, чем распространенность тревожных расстройств среди совершеннолетних молодых людей, тем не менее она является одной из существенных причин инвалидности (75). Распространенность тревожных расстройств в учреждениях долгосрочной помощи несколько ниже и составляет около 5,7% (73). Тревожные расстройства и депрессия часто наблюдаются одновременно. Около 13% пожилых людей с тревожным расстройством также страдают и от депрессивного расстройства, а у 36% пожилых людей с депрессией наблюдается сочетанное тревожное расстройство (76). Хотя аффективные расстройства широко распространены среди пожилых людей, лечение зачастую оказывается эффективным, включая когнитивную поведенческую терапию (77, 78) и использование селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (79).

Рисунок 3.13. Число лет здоровой жизни, утраченных в результате инвалидности (YLD), на 100 тыс. населения, а также 10 основных состояний здоровья, связанных с инвалидностью, в группах населения в возрасте 60 лет и старше, 2012 г.



ОЭСР: Организация экономического сотрудничества и развития.
 Источник: (2).

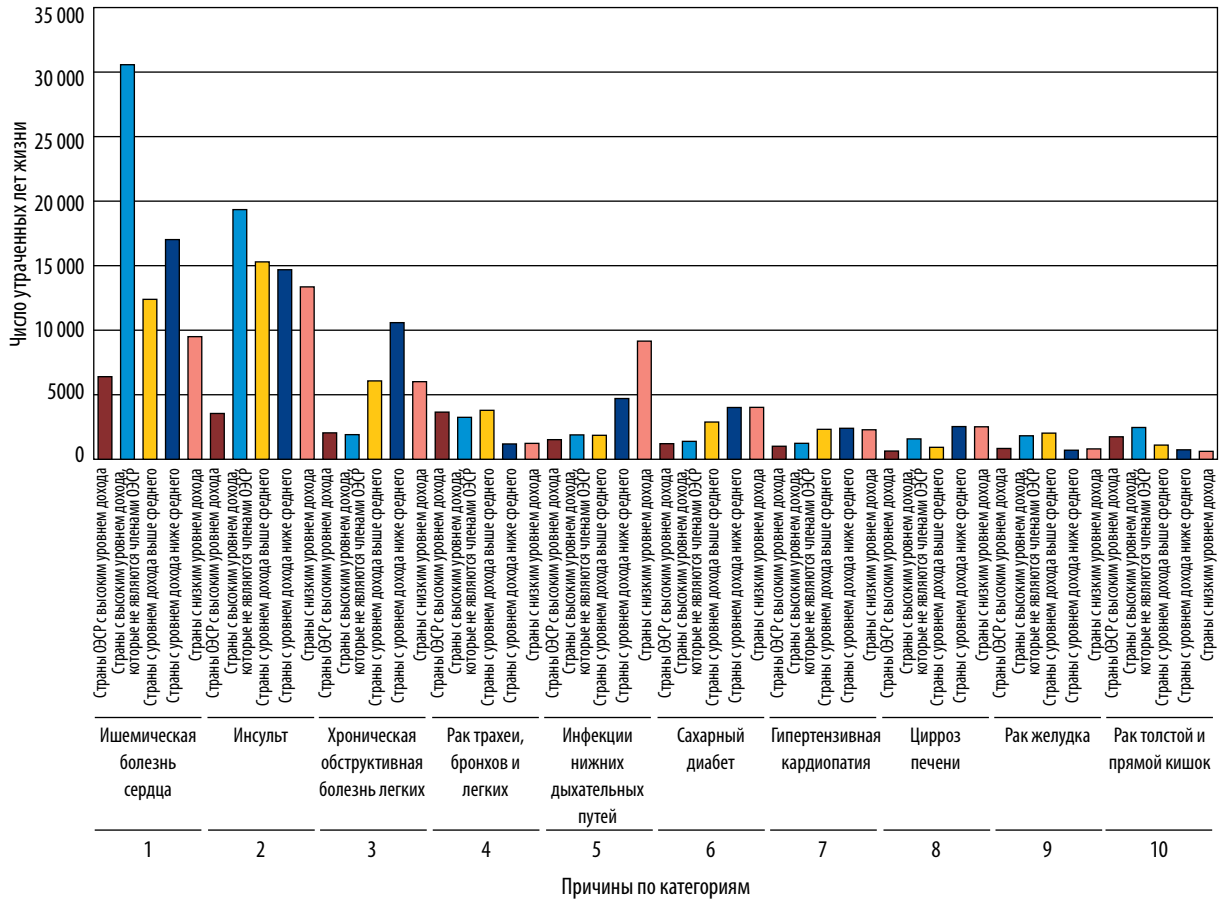
ниями процветания, и считается, что бедным странам придется уделять им внимание по мере своего развития. Согласно этим данным, неинфекционные заболевания уже являются причиной несправедливо высокого бремени для пожилых людей, живущих в странах с низким и средним уровнями дохода.

Мультиморбидность

По мере старения у людей повышается вероятность формирования мультиморбидности – то

есть наличия нескольких хронических состояний одновременно. Это может приводить к взаимодействию между разными состояниями, между одним состоянием и лечением, рекомендованным по поводу другого состояния, и между лекарственными средствами, назначенными для лечения разных состояний. В итоге воздействие мультиморбидности на функционирование, качество жизни и риск летальности может значительно превышать сумму отдельных последствий, которые могут ожидать при

Рисунок 3.14. Число лет жизни, утраченных в результате смерти (YLL), на 100 тыс. населения, в связи с 10 основными причинами утраченных лет, в группах населения в возрасте 60 лет и старше, 2012 г.



ОЭСР: Организация экономического сотрудничества и развития.

Источник: (2).

таких состояниях (81). Можно с уверенностью утверждать, что мультиморбидность также ассоциируется с более высокими показателями использования медико-санитарной помощи и повышенными расходами (81). Хотя мультиморбидность указывает на наличие двух или более хронических состояний, отсутствует стандартное определение этого термина, а также не достигнут консенсус относительно того, какие состояния необходимо учитывать. Это затруд-

няет проведение международных сравнений распространенности или сравнение результатов различных исследований. Оценки распространенности также могут варьироваться в зависимости от используемых методов выявления (например, самооценка или клиническая документация) и условий проведения исследования (например, среди населения в целом или в учреждениях по оказанию первичной медико-санитарной помощи).

Вставка 3.3. Деменция

В 2015 г. во всем мире насчитывалось свыше 47 млн. человек с деменцией. По оценкам, к 2030 г. число людей, живущих с деменцией, превысит 75 млн. человек, а к 2050 г. это число утроится. В наше время это одна из основных проблем общественного здравоохранения. В одном австралийском исследовании была приведена оценка, согласно которой около 10% ожидаемого роста медицинских расходов в течение следующих 20 лет будет приходиться на оказание помощи в связи только с одним этим состоянием (80).

Вопреки распространенному мнению, деменция не является естественным или неизбежным следствием старения. Это состояние, которое нарушает когнитивные функции мозга, связанные с памятью, языком, восприятием и мышлением, и оказывает существенное влияние на способность вести повседневную деятельность. К наиболее распространенным видам деменции относятся болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что риски развития определенных видов деменции можно снизить, уменьшив факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Личностные, социальные и экономические последствия деменции огромны. Деменция ведет к росту необходимых для обеспечения долгосрочной помощи расходов со стороны правительств, сообществ, семей и отдельных людей, а также к снижению производительности в экономике. Глобальные расходы, связанные с уходом за больными деменцией, составили в 2010 г. около 604 млрд. долл. США: 1,0% от объема глобального валового внутреннего продукта. К 2030 г. расходы по уходу за людьми с деменцией во всем мире составят более 1,2 трлн. долл. США, что может поставить под угрозу социально-экономическое развитие в мире.

Около 60% людей с деменцией проживают в странах с низким и средним уровнями дохода, и в течение последующих десяти лет ожидается стремительный рост этого показателя, что может усугубить неравенство между странами и группами населения. Таким образом, необходимы устойчивые глобальные усилия для активизации действий по борьбе с деменцией и решения связанных с ней проблем. Ни одна страна, ни один сектор и ни одна организация не в состоянии справиться с этой проблемой самостоятельно.

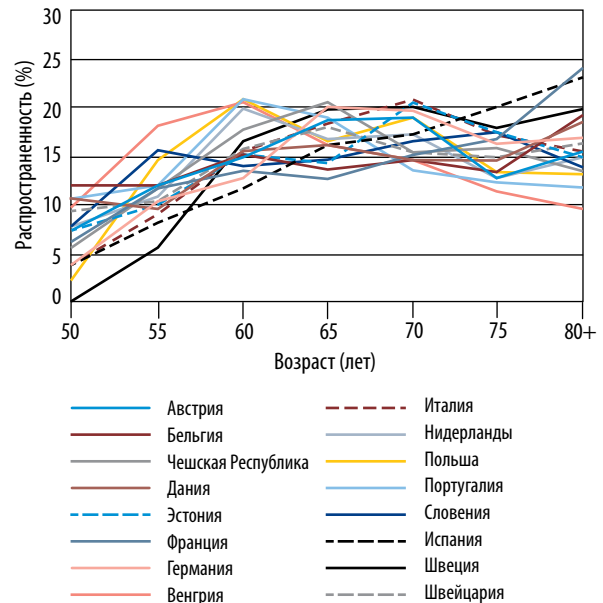
В документе «Призыв к действиям», принятом участниками первой Конференции на уровне министров ВОЗ по глобальной борьбе с деменцией, состоявшейся в Женеве в марте 2015 г., был определен ряд основных принципов и подходов для руководства глобальными усилиями. К ним относятся усилия, направленные на согласование мер профилактики, снижения риска, ухода и лечения, с тем чтобы усилия, направляемые на поиск эффективного лечения, практических методов и мер по снижению риска, сопровождались постоянным совершенствованием мер по уходу за людьми, живущими с деменцией, и оказанием поддержки лицам, осуществляющим такой уход. Участники конференции отметили необходимость включения аспектов, связанных с профилактикой деменции, уходом и реабилитацией, в стратегии в отношении старения. Была также подчеркнута необходимость углубления понимания деменции и повышения осведомленности общественности для обеспечения социальной интеграции людей, живущих с деменцией, и членов их семей. Кроме того, участники конференции призвали к укреплению многосекторальных действий и партнерств, а также к активизации коллективных усилий в области научно-исследовательской деятельности с целью ускорения принятия мер по борьбе с деменцией. На следующем этапе ВОЗ планирует создать глобальную обсерваторию по деменции в целях углубления понимания деменции и мониторинга ее эпидемиологии, ответных мер политики, наличия ресурсов в разных странах и научно-исследовательской деятельности в целях распространения, пропаганды и содействия глобальным и национальным усилиям по снижению бремени, связанного с деменцией. Хотя этому важному вопросу будет уделено основное внимание в рамках любых мер общественного здравоохранения в связи с проблемой старения населения, а соответствующие аспекты ухода освещены в главе 5, в рамках настоящего доклада не представляется возможным в полном объеме охватить все направления дальнейших усилий по борьбе с деменцией. Дополнительную информацию о деменции можно получить в других документах ВОЗ, посвященных этому вопросу, которые доступны по адресу: <http://www.who.int/topics/dementia/en/>.

По результатам крупномасштабного систематического обзора исследований, проведенных в семи странах с высоким уровнем дохода, было установлено, что мультиморбидность присутствует у более половины пожилых людей, при этом уровень ее распространенности резко возрастает в глубокой старости (81). Дополнительные исследования в Китае и Испании дали аналогичные результаты, согласно которым более половины китайцев в возрасте 70 лет и старше и от половины до двух третей испанцев в возрасте старше 65 лет имеют два или более хронических заболевания (82, 83).

В странах с высоким уровнем дохода максимальное увеличение распространенности мультиморбидности обычно приходится на два периода: в возрасте от 50 до 60 лет и в глубокой старости. Это следует из рисунка 3.15, на котором представлена распространенность мультиморбидности в различных странах Европы, включенных в исследование SHARE (следует отметить, что приведенные показатели распространенности ниже, чем рассмотренные выше, вследствие исключения многих состояний, в том числе аффективных расстройств).

Между тем в ходе одного крупномасштабного исследования, проведенного в Шотландии, было установлено, что мультиморбидность наступает на 10–15 лет раньше у жителей в наиболее обездоленных районах по сравнению с жителями благополучных районов (84). Мультиморбидность также более широко распространена среди людей с низким социально-экономическим статусом (81, 82, 85). Эти выводы подтверждают неоднократно повторенную в настоящем докладе мысль о том, что хорошее здоровье в пожилом возрасте тесно связано с высоким социально-экономическим статусом. Следовательно, важно обеспечить разработку таких систем, которые могут удовлетворять потребности пожилых людей с коморбидностью на справедливой основе. Хотя мультиморбидность распространена более широко среди пожилых женщин, чем среди пожилых мужчин, в ходе исследований

Рисунок 3.15. Распространенность мультиморбидности среди людей в возрасте 50 лет и старше, 2010–2011 гг.



Примечание: Мультиморбидность обычно определяют как наличие двух или более хронических заболеваний (72). В данное исследование были включены следующие состояния здоровья: ишемическая болезнь сердца, повышенное кровяное давление, инсульт, хроническая обструктивная болезнь легких, астма, артрит, остеопороз, рак, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, а также другие виды деменции.

Источник: (16).

заболеваемости были выявлены аналогичные показатели для обоих полов, что свидетельствует о том, что разные уровни распространенности отражают скорее разные уровни выживания, нежели риска (86). К факторам риска, выявленным в ходе нескольких исследований заболеваемости, относятся низкий социально-экономический статус, большее число ранее перенесенных заболеваний, расовая или этническая принадлежность, а также возраст, хотя в ходе крупномасштабного ретроспектив-

ного когортного исследования, проведенного в Соединенных Штатах, было установлено, что в большой доле случаев мультиморбидность начинает формироваться в возрасте до 65 лет (81, 86).

Фактические данные из стран с низким и средним уровнями дохода носят ограниченный характер. Тем не менее, учитывая двойное бремя инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также более тяжелое и образующееся в более ранние сроки бремя распространенных расстройств, описанных выше (рисунки 3.4 и 3.5), вероятно, что мультиморбидность имеет еще более широкое распространение. Это приводит к дополнительным сложностям в странах, которые и так уже испытывают проблемы, связанные с лечением отдельных состояний (87).

Кроме того, ВИЧ-инфекция также, по-видимому, повышает риск мультиморбидности. По мере роста показателей выживаемости и по мере того, как ВИЧ-инфекция все чаще становится хроническим состоянием, увеличивается и возраст населения, живущего с ВИЧ. Данные исследований в странах с высоким уровнем дохода свидетельствуют о том, что у людей с ВИЧ-инфекцией риск развития хронических заболеваний, гериатрических синдромов и мультиморбидности увеличивается почти в пять раз даже в тех случаях, когда инфицированные пациенты получают надлежащее лечение и помощь (88, 89). Это может объясняться дисфункцией иммунной системы, воспалением или суммарной токсичностью лечения либо сочетанием этих факторов. Следовательно, страны с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции по мере старения населения могут сталкиваться с особенно сложными проблемами в области здравоохранения.

Мультиморбидность оказывает значительное воздействие в пожилом возрасте. С ростом числа хронических состояний увеличивается и риск снижения жизнеспособности (81, 90). Тем не менее воздействие мультиморбидности на функционирование в пожилом возрасте определяется не только числом сопутствующи-

щих медицинских состояний, но и конкретными заболеваниями и их взаимодействием. Кроме того, несмотря на ограниченный характер фактических данных, вполне вероятно, что коморбидность формируется не случайно и определенные состояния имеют тенденцию возникать в сочетании друг с другом (91). Отчасти это может быть обусловлено иммунными изменениями, связанными со старением (92). Некоторые сочетания заболеваний оказывают особенно неблагоприятное воздействие на функционирование, например депрессия приводит к возникновению синергического эффекта ухудшения в сочетании с сердечной недостаточностью, остеоартритом и когнитивным нарушением (93).

Несмотря на наличие большого числа пожилых людей с мультиморбидностью, большинство систем здравоохранения не оснащены надлежащим образом для обеспечения комплексной помощи, необходимой для лечения таких сложных состояний здоровья. Обычно в клинических руководствах по лечению основное внимание уделяется одному состоянию, редко дается информация о возможной коморбидности и зачастую приводятся противоречивые рекомендации относительно лечения других состояний или соответствующего изменения образа жизни (91, 94, 95). Одним из распространенных последствий является полипрагмазия, которая может быть оправданной при лечении отдельных состояний, но подвергает пациента риску развития неблагоприятных взаимодействий лекарственных средств и побочных эффектов (94). Тем не менее риск развития взаимодействий лекарственных средств у пожилых людей с мультиморбидностью и у дряхлых стариков может ограничивать использование потенциально благоприятных методов фармакологического лечения (96).

Наконец, в большинстве клинических исследований не учитывается воздействие коморбидности, а пожилые люди обычно полностью исключаются из исследований, несмотря на произошедшие у них физиологические

изменения (97). Это существенно ограничивает полезность таких исследований в качестве руководства для оказания медико-санитарной помощи и оптимизации исходов лечения у пациентов пожилого возраста (98). Следовательно, для определения наилучших вариантов лечения пожилых людей с коморбидностью необходимы инновационные подходы. Пока не будут найдены такие подходы, руководством в некоторой степени могут служить результаты усовершенствованных пострегистрационных исследований.

Другие сложные проблемы здоровья в пожилом возрасте

Пожилым возрастом характеризуется также формирование ряда сложных состояний здоровья, которые возникают только в поздних периодах жизни и не подпадают под категории определенных болезней. Такие состояния обычно называют гериатрическими синдромами (99). Эти синдромы зачастую являются следствием множества глубинных факторов и нарушений различных систем организма, а жалобы пациента могут не иметь связи с патологическим состоянием, лежащим в их основе (100). Например, у пожилого человека может наблюдаться острое снижение когнитивных способностей или делирий, однако эти явления могут быть следствием таких глубинных причин, как инфекция или нарушение электролитного баланса. Аналогичным образом, падение может быть следствием множества глубинных факторов, включая взаимодействие лекарственных средств, характеристики окружающей среды и мышечную слабость.

Не прекращаются споры по поводу того, какие состояния могут быть отнесены к гериатрическим синдромам, однако в их число, без всяких сомнений, входят старческая дряхлость, недержание мочи, падения, делирий и пролежни (99, 101). Эти состояния являются более точными прогностическими факторами для выживания, нежели наличие или число кон-

кретных заболеваний (102, 103). Тем не менее с учетом мультисистемного характера, охватывающего множество дисциплин, такие состояния представляют проблему для систем здравоохранения с традиционной структурой и остаются без внимания при проведении эпидемиологических исследований. Инновационные подходы к ведению пациентов с коморбидностью и синдромами пожилого возраста должны занимать основное место в рамках любых мер реагирования общества на проблему старения населения.

Старческая дряхлость

Определение старческой дряхлости остается спорным, но это состояние может рассматриваться как постепенное возрастное ухудшение работы физиологических систем, приводящее к сокращению резервов индивидуальной жизнеспособности, что вызывает повышенную уязвимость к факторам стресса и увеличивает риск неблагоприятных последствий для здоровья (104). Такие понятия, как старческая дряхлость, зависимость от посторонней помощи и коморбидность, хотя и отличаются друг от друга, но тесно взаимосвязаны. Так, в ходе одного исследования было установлено, что коморбидность наблюдается в 57,7% случаев старческой дряхлости, а зависимость от посторонней помощи – в 27,2% случаев, в то время как ни тот, ни другой фактор не были отмечены в 21,5% случаев старческой дряхлости (105).

По оценкам одного крупномасштабного европейского исследования, уровень распространенности старческой дряхлости в возрасте от 50 до 64 лет составляет 4,1% и увеличивается до 17% в возрасте 65 лет и старше (106). В ходе того же исследования было установлено, что в этих возрастных группах распространенность состояния, предшествующего старческой дряхлости, составляет 37,4 и 42,3%, соответственно. Тем не менее распространенность старческой дряхлости и состояния, предшествующего старческой дряхлости, в разных странах существенно варьируется, при этом

более высокие уровни распространенности отмечаются в южной части Европы. Эти результаты согласуются с оценками, полученными в Японии и Республике Корея, где распространенность старческой дряхлости в обеих странах оценивается на уровне около 10% (107, 108). Еще больше старческая дряхлость может быть распространена в странах с низким и средним уровнями дохода (109–112). Старческая дряхлость чаще встречается у женщин и людей с низким социально-экономическим статусом (113–115).

Выраженность старческой дряхлости носит индивидуальный характер, и ее ход может быть обратимым, хотя лишь небольшая доля людей со старческой дряхлостью самостоятельно возвращается к полноценному функционированию (116, 117). Поскольку старческая дряхлость предполагает комплексные нарушения нескольких систем организма, одним из основных клинических подходов является проведение комплексной гериатрической оценки. Практика показала, что такие оценки и принимаемые на их основе меры, ориентированные на конкретного пациента, способны предотвращать многие негативные последствия для здоровья, включая сокращение продолжительности выживания и зависимость от посторонней помощи (118, 119). Также была доказана эффективность мер, направленных на повышение уровня физической активности, причем такие меры могут быть более эффективны при наиболее тяжелых проявлениях старческой дряхлости (120, 121). Кроме того, полезными могут оказаться меры, направленные на улучшение питания, однако фактические данные об этом носят ограниченный характер (122, 123).

Недержание мочи

Недержание мочи (то есть непроизвольное мочеиспускание, связанное с сильным позывом, усилием, физическим напряжением, чиханием или кашлем) является одной из игнорируемых проблем у пожилых людей и одним из надежных прогностических факторов для

потребности в уходе (124, 125). Недержание мочи является одним из наиболее распространенных нарушений в пожилом возрасте, при этом распространенность этого состояния с возрастом увеличивается и во всех возрастных группах встречается намного чаще у женщин, чем у мужчин (126). В ходе одного исследования, проведенного в сельских районах Китая, было установлено, что распространенность недержания мочи среди пожилых людей в возрасте старше 60 лет составляет 33,4% (127). По результатам другого популяционного исследования, распространенность недержания мочи среди пожилых людей с деменцией составила 19,1% в Латинской Америке, 15,3% в Индии и 36,1% в Китае, при этом было установлено, что недержание мочи автоматически связывается с инвалидностью (128).

Недержание мочи может оказывать существенное воздействие на качество жизни пожилых людей и лиц, осуществляющих уход. Недержание мочи приводит к депрессии, зависимости от посторонней помощи и низкой самооценке состояния здоровья пожилых людей (129), а также увеличивает нагрузку и бремя для лиц, осуществляющих уход (130).

Падения

Падения являются одной из основных проблем со здоровьем у пожилых людей (131). По оценкам, полученным по результатам различных обзоров и метаанализов, 30% людей в возрасте старше 65 лет (132–141) и 50% людей в возрасте старше 85 лет, проживающих в сообществе, падают как минимум один раз в год. Падения еще более распространены в учреждениях долгосрочной помощи, где падения ежегодно происходят более чем у 50% людей в возрасте старше 65 лет (136, 141, 142). В целом падения приводят к значительным травмам в 4–15% случаев, и 23–40% смертельных исходов по причине травматизма у пожилых людей связаны с падениями (133, 136, 137). Соответствующие травмы могут варьироваться от небольших синяков или ран до переломов кисти или

шейки бедра (140–142). Падения фактически являются основным фактором риска переломов и играют еще более важную роль, чем снижение минеральной плотности костей, или остеопороз (80% малотравматичных переломов происходят у людей без остеопороза, а 95% переломов шейки бедра являются результатом падения) (136, 143).

Имеется обширная база фактических данных, которые свидетельствуют о том, что многие падения можно предотвратить, устранив широкий спектр факторов риска. К таким факторам относятся (132, 134–141, 144–148):

- индивидуальные факторы – такие как возраст, гендер, этническая принадлежность, низкий уровень образования и низкий уровень дохода;
- характеристики состояния здоровья – такие как постуральная гипотензия, хронические состояния, использование лекарственных средств, злоупотребление алкоголем, низкий уровень физической активности, недосыпание, повышенный индекс массы тела;
- индивидуальная жизнеспособность – такие факторы, как снижение физической, эмоциональной и когнитивной способностей, а также нарушения зрения, координации движений и мобильности;
- факторы окружающей среды – такие как неудовлетворительные жилищные условия (скользкий пол, слабое освещение, препятствия и опасность споткнуться), ненадлежащая конструкция лестниц, неровные улицы и пешеходные дорожки, отсутствие доступа к медицинским и социальным услугам, ненадлежащее использование ассистивных устройств, отсутствие социального взаимодействия и поддержки со стороны сообщества, неудобная обувь.

Индивидуальная жизнеспособность и функциональная способность

До этого момента в настоящей главе в целом рассматривались общие эпидемиологические подходы, используемые для оценки здоровья в пожилом возрасте. В рамках этих подходов основное внимание уделяется причинам смертности и заболеваний, а в некоторых случаях – мультиморбидности, наблюдаемой у пожилых людей. Также были рассмотрены глубинные физиологические тенденции, а также гериаатрические синдромы, которые зачастую не классифицируются как заболевание или инвалидность, а потому не включаются в списки наиболее серьезных расстройств.

Учитывая повышенный риск заболеваний, а также важные социальные изменения и личные потери, которые зачастую характерны для второй половины жизни, можно было бы ожидать, что этот период связан с неотвратимым упадком и страданиями. Тем не менее это не так. Результаты множества исследований субъективных оценок благополучия на протяжении всего жизненного цикла свидетельствуют о том, что во многих странах общий уровень удовлетворенности жизнью в пожилом возрасте на самом деле повышается (149, 150). Можно найти целый ряд причин, объясняющих такие результаты, однако вполне вероятно, что это отчасти отражает потенциал для восстановления, адаптации и психосоциального роста в пожилом возрасте.

Тем не менее такие модели не носят универсальный характер, и в некоторых странах пожилые люди в меньшей степени удовлетворены жизнью, чем молодые совершеннолетние. Это подчеркивает важную роль условий окружающей среды, способствующих формированию позитивного восприятия жизни в пожилом возрасте.

Кроме того, как отмечено в главе 2, широкие оценки функционирования являются более

точными прогностическими факторами для позитивных исходов в пожилом возрасте, чем наличие какого-либо одного заболевания или даже мультиморбидности. В настоящем докладе утверждается, что такой комплексный подход может служить надлежащей основой для разработки мер общественного здравоохранения по решению проблемы старения населения.

Концепция *здорового старения* представляет собой такой подход, объединяя концепции индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности. В следующей части настоящей главы рассматриваются возможные способы измерения этих показателей, а также тенденции их изменений на протяжении жизненного цикла или варианты в разных странах. К сожалению, данные и методы, использованные для получения таких оценок, носят ограниченный характер. Ориентированные на определенную болезнь эпиднадзор и исследования зачастую не обеспечивают сбор полезной информации о функционировании, отсутствуют также общепризнанные инструменты, предназначенные для этой цели, хотя и существуют инструменты для измерения конкретных компонентов жизнеспособности, например когнитивной функции или серьезных ограничений в плане жизнеспособности, а также утраты способности к осуществлению видов повседневной деятельности. Таким образом, ниже следующее обсуждение следует рассматривать как попытку найти способ заполнения этих существенных пробелов.

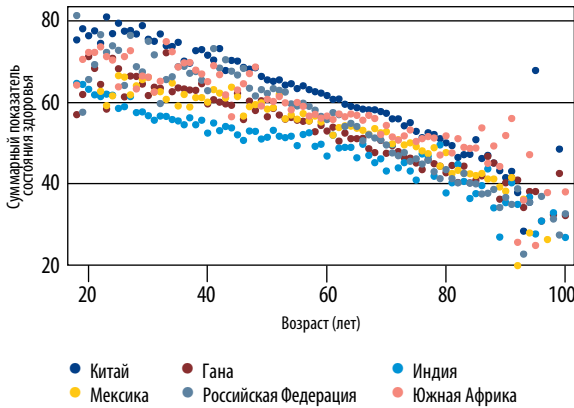
Индивидуальная жизнеспособность на протяжении всего жизненного цикла

Вышеописанные характеристики и тенденции состояния здоровья в своем сочетании и взаимодействии определяют индивидуальную жизнеспособность пожилого человека. В настоящее время большую часть информации об индивидуальной жизнеспособности дают исследо-

вания, посвященные периоду жизни, который характеризуется существенными потерями в плане функционирования. Такая информация бывает получена при помощи измерений видов повседневной деятельности (ВПД) или инструментальных видов повседневной деятельности (ИВПД). С помощью этих измерений могут быть определены потребности в социальной помощи; они также используются при проведении некоторых лонгитюдных исследований, направленных на определение прогностической ценности отдельных состояний или групп состояний в отношении функционирования в более широком смысле или в отношении зависимости от посторонней помощи в будущем. Использование показателей ВПД и ИВПД вписывается в структуру ныне действующих систем здравоохранения. Тем не менее применение этих показателей ограничено выявлением людей с существенной утратой функционирования. Кроме того, такие показатели, как правило, оценивают активность в реальном мире, что предполагает учет условий окружающей среды, в которых живут пожилые люди.

В этом крупном массиве фактических данных отсутствуют указания на траекторию изменений, предшествующих столь существенным утратам функционирования, или на факторы, которые могли на них повлиять. В качестве примера построения такой траектории можно привести попытку авторов, использующих результаты исследования SAGE, объединить ряд показателей, включая оценки физической и когнитивной способностей и биометрические показатели, для получения единого вектора, охватывающего основные области индивидуальной жизнеспособности (рисунок 3.16) (34). Анализ показывает, что в шести исследованных странах наблюдается постепенное снижение среднего уровня жизнеспособности на протяжении взрослой жизни. Разумеется, у большинства людей такое снижение происходит не гладко, а состоит из ряда перемежающихся спадов и восстановлений.

Рисунок 3.16. Изменения индивидуальной жизнеспособности на протяжении всего жизненного цикла

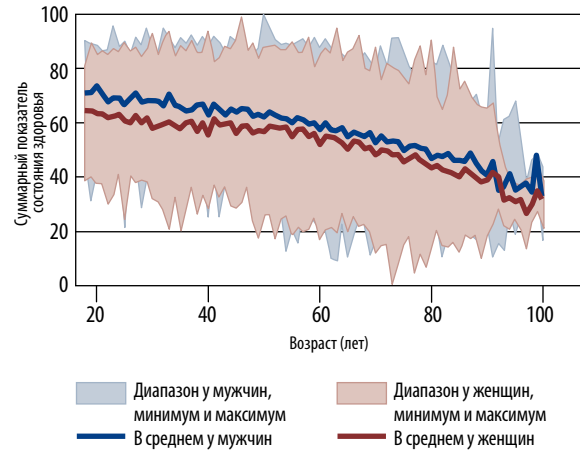


Примечание: Данные о физических и психических способностях были взяты из исследования ВОЗ по вопросам глобального старения и здоровья взрослых (SAGE), 2007–2010 гг. (раунд 1) (34), после чего был построен вектор жизнеспособности. Более высокие показатели указывают на более высокую индивидуальную жизнеспособность.

Но для населения в целом снижение в среднем носит постепенный характер: нет такого возраста, в котором большинство людей внезапно утрачивают жизнеспособность и становятся старыми. Не менее важно то, что каждой стране присуща своя модель изменения жизнеспособности. Показатели, выявленные по итогам таких комплексных оценок жизнеспособности, позволяют задать вопрос: почему так происходит?

На [рисунке 3.17](#) приведено среднее значение индивидуальной жизнеспособности у мужчин и женщин разных возрастов во всех странах, в которых проводилось исследование SAGE. Затененные участки вокруг средних значений указывают на диапазон изменения жизнеспособности для всех лиц данного возраста. Несмотря на отчетливую тенденцию к снижению индивидуальной жизнеспособности с возрастом, в чрезвычайно редких случаях встречаются лица в возрасте 80 лет или

Рисунок 3.17. Диапазон и среднее значение индивидуальной жизнеспособности у мужчин и женщин во всех странах, в которых проводилось исследование SAGE



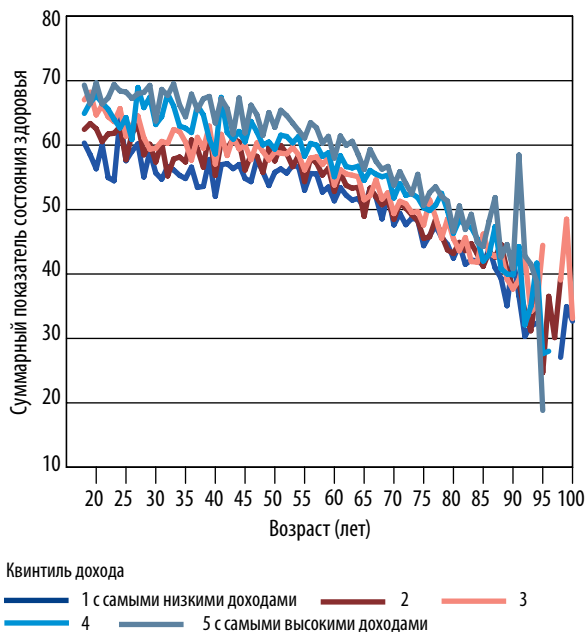
Примечание: Данные о физических и психических способностях были взяты из исследования SAGE, после чего был рассчитан суммарный показатель состояния здоровья. Более высокие показатели указывают на лучшее состояние здоровья.

Источник: (34).

старше, у которых средний уровень индивидуальной жизнеспособности превышает аналогичный показатель у взрослых молодых людей. На рисунке также видно, что, хотя в раннем взрослом возрасте жизнеспособность в среднем выше, у некоторых лиц отмечаются крайне низкие уровни жизнеспособности. В странах с высоким уровнем дохода больше вероятность того, что таких взрослых молодых людей с существенными ограничениями в плане жизнеспособности будет значительно меньше (что объясняет различия между [рисунками 3.17](#) и [1.1](#)).

Как было указано в главе 1, столь широкий разброс показателей индивидуальной жизнеспособности на протяжении всего жизненного цикла не случаен. Для отражения отношения между вектором индивидуальной жизнеспособности

Рисунок 3.18. Индивидуальная жизнеспособность по квинтилям дохода и возрасту



Примечание: Более высокие показатели указывают на лучшее состояние здоровья.

Источник: (34).

способности и социально-экономическим статусом на [рисунке 3.18](#) используются данные исследования SAGE. Из рисунка следует, что пик индивидуальной жизнеспособности у людей с низким социально-экономическим статусом, отмечается на гораздо более низком уровне по сравнению с людьми с более высоким социально-экономическим статусом, и это различие сохраняется на протяжении всего жизненного цикла. Это согласуется с лонгитюдными данными, полученными по результатам проведенного в Австралии лонгитюдного исследования здоровья женщин, которые приведены на [рисунке 1.19](#) (151).

Чем объясняются эти особенности? Примерно в 25% случаев разнообразие в плане индивидуальной жизнеспособности в пожилом возрасте объясняется генетическими факто-

рами (152). Остальные 75% являются в основном результатом кумулятивного воздействия поведенческих факторов и фактора подверженности рискам на протяжении жизненного цикла человека. Многие из этих характеристик зависят от таких личностных факторов, как социальное положение при рождении (153). Таким образом, на [рисунках 1.1, 3.17 и 3.18](#) отражено мощное воздействие социальных детерминантов на функционирование в пожилом возрасте.

Особенности функционирования в странах, находящихся на разных уровнях социально-экономического развития

Проведение такого анализа стало возможным благодаря наличию широкого спектра показателей, включенных в исследование SAGE. К сожалению, обследования населения или даже большинство исследований пожилых людей обычно не дают столь всеобъемлющей информации. Для этих целей необходимы простые инструменты, которые можно использовать при работе с большими выборками и которые позволяют проводить различия между индивидуальной жизнеспособностью человека и влиянием условий окружающей среды, в которой он живет (то есть функциональной способностью человека).

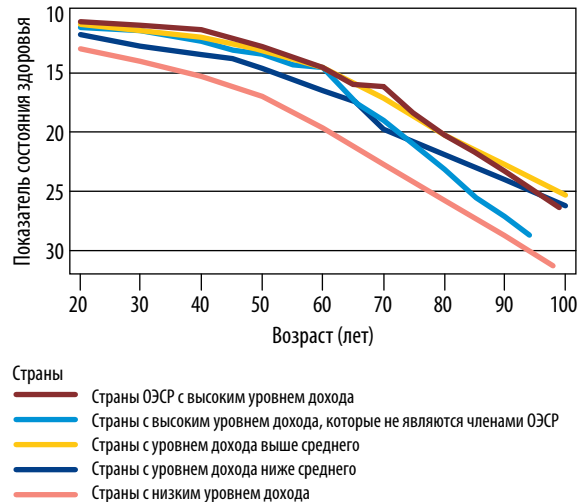
Хотя нет общепринятых инструментов для измерения таких характеристик, в качестве основы для проведения дальнейшего анализа можно использовать ряд инструментов, разработанных в целях оценки различных аспектов инвалидности. В ходе Обзора состояния здравоохранения в мире, проведенного ВОЗ в 2002–2004 гг., во всех странах использовался ряд вопросов по восьми областям для оценки состояния здоровья ([рисунок 3.19](#)) (154). С помощью этих вопросов оценивались трудности, связанные с выполнением работы или домашних обязанностей, передвижением, занятием активными видами деятельности, мытьем

и одеванием, поддержанием общего внешнего вида, концентрацией внимания и запоминанием, обучением решению новых задач, поддержанием личных отношений или участием в жизни сообщества и разрешением конфликтов. Таким образом, можно считать, что оценка состояния здоровья отражает определенные аспекты как индивидуальной жизнеспособности, так и функциональной способности. Тем не менее, в отличие от показателей, использованных в качестве основы для проведения анализа, представленного на [рисунке 3.16](#), этот инструмент основан на информации о состоянии здоровья по оценке самих респондентов и в него не включены биометрические показатели.

На [рисунке 3.19](#) представлены средние оценки по указанным характеристикам в течение всего жизненного цикла и их варианты в странах с высоким, средним и низким уровнями дохода. Из рисунка следует, что во всех странах, за исключением стран с низким уровнем дохода, средний показатель функционирования остается относительно высоким до возраста 60 лет, после чего ранее медленные темпы спада ускоряются. Чем выше уровень социально-экономического развития страны, тем позже начинается такое ускорение. Население стран – членов ОЭСР с высоким уровнем дохода достигает чуть более высокого пика функционирования, чем население стран с низким и средним уровнями дохода, и в целом это различие сохраняется. Это может являться следствием более качественного питания и более благоприятных условий в детстве в странах с высоким уровнем дохода, что способствует достижению более высоких пиковых показателей индивидуальной жизнеспособности, в то время как более высокая подверженность факторам стресса и более высокое бремя болезней в странах с низким и средним уровнями дохода может приводить к более быстрому возрастному снижению жизнеспособности.

На [рисунке 3.19](#) представлен неожиданный поздний спад в странах ОЭСР с высоким уровнем дохода по сравнению со странами с уровнем

Рисунок 3.19. Состояние здоровья в зависимости от возраста, 2002–2004 гг.



ОЭСР: Организация экономического сотрудничества и развития.

Примечание: К переменным, использованным для проведения анализа, относятся трудности, связанные с выполнением работы или домашних обязанностей, передвижением, занятием активными видами деятельности, мытьем или одеванием, поддержанием общего внешнего вида, концентрацией внимания и запоминанием, обучением решению новых задач, поддержанием личных отношений или участием в жизни сообщества и разрешением конфликтов. Более высокие оценки указывают на более высокие показатели инвалидности.

Источник: (154).

дохода выше среднего. Это можно объяснить исключением из этого анализа наиболее развитых стран, например Германии, Соединенного Королевства и Соединенных Штатов, поскольку не все вопросы были заданы во всех странах. Более быстрое снижение балльных оценок в странах с высоким уровнем дохода, не являющихся членами ОЭСР, можно объяснить особенностями эпидемиологической ситуации в Российской Федерации.

Значительный спад функциональной способности и зависимость от посторонней помощи

Термин «зависимость» широко применяется в связи со старением, хотя и нет общепринятого мнения ни о том, что на самом деле он обозначает, ни о том, позитивным или негативным является это состояние (155). Например, в ходе дискуссий по экономическим вопросам зависимость в пожилом возрасте обычно считается негативным состоянием, которое приводит к перераспределению благ от молодых и, предположительно, более продуктивных поколений старшему поколению, в то же время другие исследователи считают, что отношения между молодым и старшим поколениями лучше описывать как двустороннюю взаимозависимость (156–158). Во многих азиатских и других культурах такая взаимозависимость рассматривается как фундаментальное общественное благо (159).

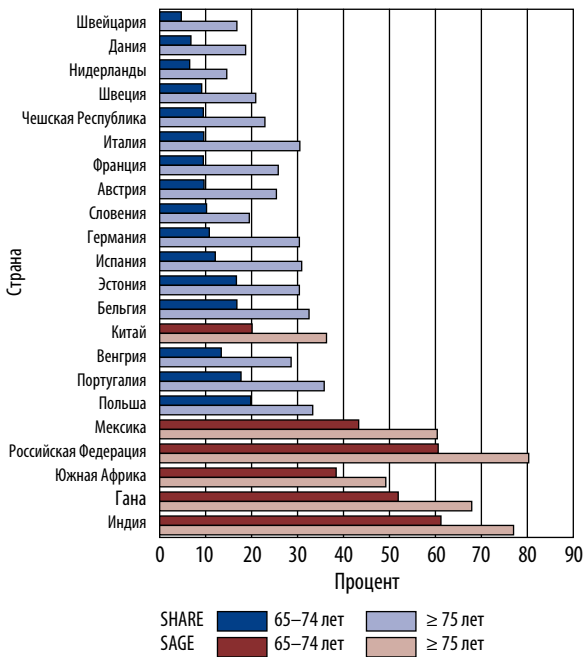
В этой связи в настоящем докладе термин «зависимость» используется только в рамках понятия «зависимость от посторонней помощи», которая возникает при снижении функциональной способности до уровня, при котором человек больше не может без посторонней помощи выполнять основные задачи, необходимые для повседневной жизни. Такой подход отражает снижение жизнеспособности, которое не может быть компенсировано другими аспектами условий проживания пожилых людей или использованием имеющихся ассистивных устройств. Оказание такой помощи повышает функциональную способность до уровня, при котором обеспечивается выполнение таких основных задач. Важно отметить, что самостоятельность может обеспечиваться даже при зависимости от посторонней помощи, если человек сохраняет способность принимать решения по вопросам, оказывающим на него влияние, и может контролировать выполнение выбранного им решения.

Зависимость от посторонней помощи часто оценивается при помощи инструментов, определяющих потребность человека в помощи при выполнении ВПД. Такие показатели позволяют оценить основные области функционирования, включая удержание мочи и кала, а также способность самостоятельно ухаживать за собой (например, чистить зубы), посещать туалет, самостоятельно принимать пищу, перемещаться (например, к инвалидному креслу), передвигаться по дому, одеваться, подниматься по лестнице и принимать ванну. К сожалению, виды таких инструментов имеют различия (например, некоторые из них требуют простых ответов «Да/Нет», в других используются ответы на основе различных шкал). Это следует учитывать при проведении сравнений между исследованиями или странами.

На [рисунке 3.20](#) представлена сводная информация, полученная по результатам исследований SHARE и SAGE, в ходе которых изучалась распространенность среди пожилых людей потребности в помощи для выполнения по крайней мере одного из пяти ВПД (прием пищи, принятие ванны, одевание, способность лечь в кровать и встать с кровати, пользование туалетом). На рисунке показаны выраженные различия между странами в отношении доли людей, нуждающихся в помощи для выполнения по крайней мере одного из основных ВПД. На рисунке также отчетливо видно воздействие возраста, поскольку люди в возрасте от 65 до 74 лет в гораздо меньшей степени нуждаются в помощи, чем люди в возрасте 75 лет или старше.

Выраженное различие между странами в нижней части списка (с высокой долей населения, имеющего ограничения) и странами, занимающими более высокие места в списке, может отражать как экономическое положение в разных странах, так и различия между использованными инструментами (пять стран в нижней части списка относятся к странам, в которых проводилось исследование SAGE, в ходе которого могло использоваться более низкое пороговое значение для положительного

Рисунок 3.20. Доля населения в возрасте 65–74 лет и в возрасте 75 лет и старше с ограничениями, связанными с выполнением одного или нескольких основных видов повседневной деятельности (ВПД), по странам



Примечание: К пяти основным ВПД, включенным в анализ, относятся прием пищи, принятие ванны, одевание, способность лечь в кровать или встать с кровати, а также посещение туалета.

Источники: (16, 34).

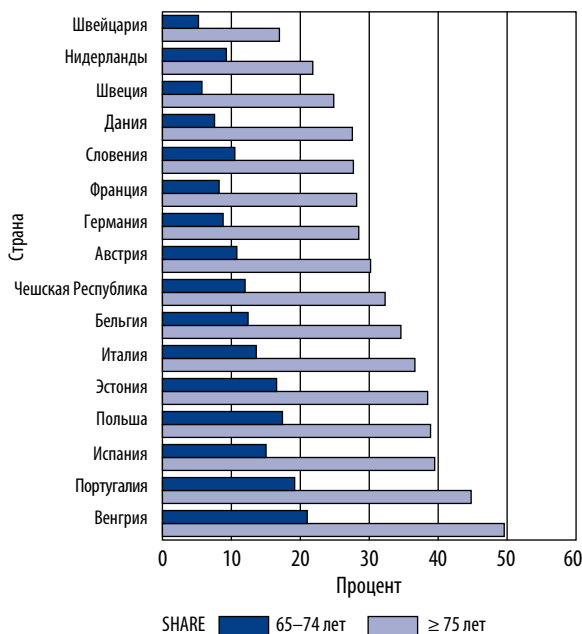
ответа). Кроме того, некоторые из этих различий могут являться следствием различий в социальных ожиданиях (и, следовательно, в отчетных данных), свойственных разным культурам и зависящих от уровня дохода. Тем не менее вполне вероятно, что такие тенденции в своем большинстве отражают истинные глубинные различия в уровне индивидуальной жизнеспособности. Это важно по двум причинам. Во-первых, во многих странах ВПД используются в качестве критериев правомочности получения

услуг по уходу и могут отражать существенный масштаб потребности в уходе. Уровень такой потребности в помощи варьируется от около 17% лиц в возрасте 75 лет и старше в Швейцарии до более 40% лиц этого же возраста в Гане, Индии, Мексике и Российской Федерации. Многие страны с наивысшим уровнем потребности в помощи имеют в наличии лишь минимальную инфраструктуру и услуги, уровень которых недостаточен для удовлетворения такой зависимости от посторонней помощи, и обязанность по оказанию помощи они возлагают на семьи пожилых людей. Более подробно о мерах, которые могут быть приняты для заполнения этого пробела, говорится в главе 4.

Вместе с тем такие существенные различия также поднимают следующий вопрос: в чем их причина? Какие факторы приводят к тому, что в Китае люди в возрасте 65–74 лет нуждаются в помощи в три раза меньше, чем в Индии? Почему в Бельгии пожилые люди в возрасте 65–74 лет нуждаются в помощи почти в два раза больше, чем люди того же возраста в соседних Нидерландах? Если некоторые из выявленных различий отражают реальную картину, то ответы на эти вопросы могут способствовать формированию наиболее оптимальных ответных мер общественного здравоохранения, необходимых для сдерживания или предотвращения возникновения потребности в помощи.

На рисунке 3.21 приведена сводная информация о ИВПД по данным исследования SHARE (с учетом областей, не охваченных исследованием SAGE). Наблюдается аналогичный рост потребности в помощи с возрастом, и в целом отмечается более высокий уровень распространенности такой потребности. Респонденты могут не быть зависимыми от посторонней помощи, но подвергнутся высокому риску возникновения такой зависимости. Согласно предложенному в настоящем докладе подходу к долгосрочной помощи, такие пожилые люди могут являться потенциальными субъектами мер, направленных на улучшение их жизне-

Рисунок 3.21. Доля населения в возрасте 65–74 лет и в возрасте 75 лет и старше с ограничениями, связанными с выполнением одного или нескольких инструментальных видов повседневной деятельности, по странам



Примечание: Трудности, связанные с такими видами деятельности, как пользование телефоном, прием лекарственных средств, распоряжение деньгами, покупка продуктов, приготовление пищи и использование карты.
Источник: (16).

способности и предотвращение возникновения зависимости от посторонней помощи.

Поскольку зависимость от посторонней помощи с возрастом увеличивается, старение населения приведет к существенному росту доли и числа лиц, нуждающихся в социальной помощи, в странах, находящихся на всех уровнях развития. Эти процессы совпадут по времени с сокращением доли лиц более молодого возраста, которые могли бы оказывать такую помощь, а также с изменением роли женщин, которые до настоящего времени являлись основными лицами, осуществляющими уход.

Основные виды поведения, влияющего на здоровое старение

Поскольку основное бремя болезней в пожилом возрасте приходится на неинфекционные заболевания, важными целями усилий, направленных на укрепление здоровья, являются факторы риска, приводящие к таким состояниям. Таким образом, осуществление стратегий, направленных на снижение бремени болезней и смертности в пожилом возрасте путем стимулирования здорового образа жизни и контроля метаболических факторов риска, необходимо начинать с раннего возраста и продолжать их реализацию на протяжении всего жизненного цикла (160). Риски, связанные с образом жизни, а также метаболические факторы риска действуют и в пожилом возрасте, хотя существующая между ними связь может ослабляться (161–163). Стратегии, направленные на уменьшение воздействия факторов риска, сохраняют эффективность и в пожилом возрасте, особенно касающиеся борьбы с гипертонией (164), улучшения питания (160, 165) и борьбы с курением (166), хотя фактические данные в отношении лиц пожилого возраста носят ограниченный характер. Кроме того, имеются фактические данные, свидетельствующие о том, что снижение воздействия факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний также снижает риск развития некоторых видов деменции (167).

Тем не менее, несмотря на наличие убедительных фактических данных, свидетельствующих о необходимости дальнейшей борьбы с факторами риска в пожилом возрасте, исследования групп населения пожилого возраста говорят о широкой распространенности поведения, подвергающего пожилых людей риску развития сердечно-сосудистых заболеваний (рисунок 3.22) (168). Значительные различия между странами в плане распространенности такого нездорового образа жизни говорят о том, что

существует множество возможностей для осуществления соответствующих мер.

Кроме того, появляется все больше фактических данных, свидетельствующих о том, что основные модели здорового образа жизни, такие как физическая активность и обеспечение достаточного питания, могут оказывать мощное влияние на индивидуальную жизнеспособность в пожилом возрасте помимо того воздействия, которое они оказывают в сфере снижения риска неинфекционных заболеваний. Меры широкого воздействия на индивидуальную жизнеспособность были исследованы в меньшей степени, однако они могут занимать центральное место в рамках стратегий, призванных обратить вспять или замедлить не только спад жизнеспособности, но и такое состояние, как старческая дряхлость. В настоящем разделе подробно рассмотрена связь между этими двумя моделями поведения и функциональной способностью.

Физическая активность

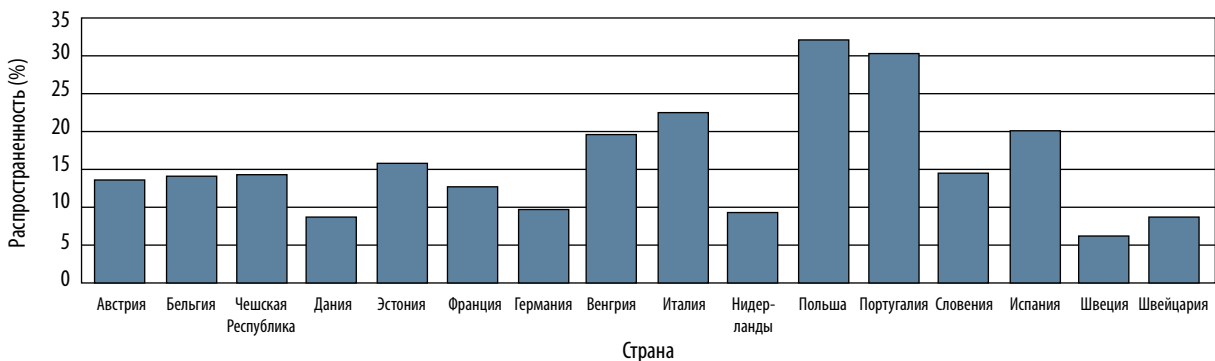
Занятия физической активностью на протяжении всего жизненного цикла приносят немало пользы, в том числе увеличивают продолжительность жизни. Например, по итогам недавно проведенного сводного анализа крупномас-

штабных лонгитюдных исследований было установлено, что у людей, занимающихся умеренной физической активностью в течение 150 минут в неделю, уровень смертности снижается на 31% по сравнению с менее активными людьми. Больше всего такие занятия полезны людям в возрасте старше 60 лет (169).

Физическая активность в пожилом возрасте также приносит множество других благотворных результатов. К ним относятся улучшение физических и психических способностей (например, благодаря сохранению мышечной силы и когнитивной функции, снижению тревожности и депрессии и повышению самооценки); профилактика заболеваний и снижение риска их развития (например, ишемической болезни сердца, диабета и инсульта); и улучшение социальных последствий (например, благодаря расширению участия в жизни сообщества, поддержанию социальных контактов и укреплению отношений между поколениями).

Приносимая таким образом польза может быть весьма существенной. Например, данные перекрестных и лонгитюдных исследований говорят о снижении на 50% относительного риска развития функциональных ограничений лиц, регулярно занимающихся хотя бы умеренной физической активностью (170, 171). Рандомизированные контролируемые испыта-

Рисунок 3.22. Скорректированная по возрасту распространенность гиподинамии среди людей в возрасте 60 лет и старше, по странам



Источник: (16).

ния указывают на аналогичные положительные результаты (121, 170), а тренировки с отягощением с постепенным увеличением нагрузки могут приносить дополнительную пользу (172). Физическая активность также способствует сохранению и даже улучшению когнитивной функции у людей с деменцией (170, 173), сокращая показатели ухудшения когнитивных функций примерно на треть (174).

Кроме того, физическая активность обеспечивает защиту от развития наиболее важных в пожилом возрасте нарушений здоровья. На долю гиподинамии приходится до 20% приписываемого популяционного риска деменции, и, по оценкам, можно было бы избежать 10 млн. новых случаев деменции в год во всем мире, если бы пожилые люди следовали рекомендациям в отношении физической активности (175). Аналогичным образом, на долю инсульта приходится наибольшая часть бремени болезней в пожилом возрасте, а умеренная физическая активность может снижать риск инсульта на 11–15%, в то время как активная физическая нагрузка приносит еще больше пользы, снижая этот риск на 19–22% (176).

Тем не менее, несмотря на очевидные преимущества физической активности, доля населения, соблюдающего соответствующие рекомендации, с возрастом сокращается, а анализ данных, полученных по итогам исследования SAGE и Обзора состояния здравоохранения в мире, проведенного ВОЗ, свидетельствует о том, что около трети людей в возрасте 70–79 лет и половина людей в возрасте 80 лет и старше не соблюдают основные рекомендации ВОЗ в отношении физической активности в пожилом возрасте (177).

Вместе с тем существенные различия в распространенности гиподинамии в разных странах свидетельствуют о том, что в основе таких различий могут лежать культурные факторы и факторы окружающей среды, которые поддаются изменениям. Кроме того, эффективными способами повышения уровня физической активности могут являться меры, принима-

емые на программном уровне и на уровне населения в целом (178). Также была доказана эффективность мер, направленных на развитие мышечной силы и выносливости (172).

Особенно важную роль для пожилых людей играют все виды фитнеса – аэробные нагрузки, силовые упражнения и упражнения на укрепление нервно-двигательных функций (координации движений). Вместе с тем целесообразно отметить, что аэробной нагрузке должны предшествовать силовые упражнения и упражнения на равновесие, поскольку новые фактические данные свидетельствуют о том, что тренировки с отягощением с постепенным увеличением нагрузки оказывают благоприятное воздействие не только на мышечную силу и физическую способность и снижают риск падения (172), но также способствуют укреплению сердечно-сосудистой системы, улучшению обмена веществ и снижению коронарного риска (179) у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями или без таких заболеваний. Вместе с тем такие аэробные нагрузки, как ходьба, которая является основным видом аэробных нагрузок для пожилых людей, не приводят к улучшению координации движений (180), не оказывают влияния на профилактику падений (181, 182), а также не приносят явной пользы в отношении наращивания силы. В связи с этим можно сделать вполне логичный вывод о том, что пожилым людям с нарушениями в плане подвижности рекомендуется начинать с силовых упражнений и упражнений на координацию движений, прежде чем приступать к аэробным нагрузкам.

Питание

Старение сопровождается физиологическими изменениями, которые оказывают неблагоприятное воздействие на пищевой статус. Такие сенсорные нарушения, как ухудшение вкусовых ощущений или восприятия запахов (или того и другого вместе), могут приводить к снижению аппетита. Плохое состояние полости рта и

проблемы с зубами могут вызывать сложности с пережевыванием пищи, воспаление десен и вести к однообразному рациону низкого качества; все эти факторы увеличивают риск недостаточности питания (183) (вставка 3.4). Может нарушаться секреция желудочного сока, что приводит к пониженному усвоению железа и витамина B12. Постепенная утрата зрения и слуха, а также остеоартрит могут ограничивать мобильность и влиять на способность пожилых людей совершать покупки и готовить пищу. Наряду с этими физиологическими изменениями старение может быть связано с глубокими психосоциальными изменениями и изменениями окружающей среды, включая изоляцию, одиночество, депрессию и нехватку денежных средств, что также может оказывать существенное воздействие на питание.

Сочетание всех этих тенденций увеличивает риск недостаточности питания в пожилом возрасте, поскольку, несмотря на возрастное снижение потребности в энергии, потребность в большинстве питательных веществ остается относительно неизменной. Недостаточность питания в пожилом возрасте в сочетании с описанными выше глубинными возрастными изменениями зачастую приводит к снижению мышечной и костной массы и увеличивает риск старческой дряхлости. Недостаточность питания также связывают с ухудшением когнитивной функции, снижением способности по уходу за собой и повышенным риском стать зависимым от посторонней помощи.

Тем не менее недостаточность питания в пожилом возрасте зачастую не диагностируется, а точные оценки распространенности раз-

Вставка 3.4. Состояние полости рта в пожилом возрасте

Одной из важнейших проблем в области *здорового старения*, которой зачастую уделяется недостаточное внимание, является состояние полости рта. Она особенно важна для пожилых людей, которые находятся в неблагоприятном положении, вне зависимости от того, в какой стране они живут – развивающейся или развитой. Плохое состояние полости рта оказывает глубокое воздействие на общее состояние здоровья и благополучие в целом, например посредством влияния на питание. Кроме того, зубная боль и проблемы, связанные с принятием и пережевыванием пищи, невозможностью улыбаться или общаться по причине отсутствующих, потерявших свой цвет или поврежденных зубов, оказывают серьезное воздействие на функциональную способность и повседневную жизнь пожилых людей.

Плохое состояние полости рта у пожилых людей приводит к запущенному кариесу (или разрушению зубов), широкому распространению пародонтоза (или заболевания десен), потере зубов, сухости во рту и к предраковому состоянию или раку полости рта. Профилактика потери зубов играет важную роль для обеспечения *здорового старения*. Тем не менее во всем мире у пожилых людей собственные зубы зачастую полностью отсутствуют, и основными причинами этого являются развившийся кариес зубов и запущенный пародонтоз. Кроме того, если во многих странах с высоким уровнем дохода распространенность потери зубов сокращается и все больше пожилых людей поддерживают свои зубы в хорошем состоянии, то в странах с низким и средним уровнями дохода распространенность этого явления растет. Так, показатель распространенности проблем с полостью рта и зубами у пожилых людей варьируется от 42% в странах с низким уровнем дохода до 29% в странах с высоким уровнем дохода (184).

У основных хронических заболеваний и заболеваний полости рта имеются общие факторы риска. Нездоровый образ питания с повышенным содержанием сахара в сочетании с плохим состоянием полости рта приводит к кариесу зубов, а пародонтоз связан с употреблением табака, злоупотреблением алкоголем, ожирением и диабетом. Употребление табака или алкоголя (либо оба этих фактора вместе) являются факторами риска рака полости рта. В связи с этим профилактику хронических болезней и заболеваний полости рта можно усилить за счет включения вопросов состояния полости рта в состав мер по укреплению общего состояния здоровья. Что касается других детерминантов индивидуальной жизнеспособности, то обездоленные пожилые люди подвергаются повышенному риску заболеваний полости рта и часто недополучают стоматологическую помощь.

личных форм недостаточности питания в мире носят ограниченный характер. Фактические данные свидетельствуют о том, что значительная доля пожилых людей в мире может быть затронута недостаточностью питания.

Для точной оценки пищевого статуса пожилых людей необходимо проведение антропометрических измерений, биохимических анализов крови и оценка питания. В ходе одного исследования, проведенного в Соединенном Королевстве с использованием таких комплексных подходов, было установлено, что риск белково-энергетической недостаточности составляет от 11 до 19% и сопровождается нехваткой витаминов С и D, а также низкими уровнями каротиноидов (185). По результатам исследования, проведенного на Филиппинах среди пожилых людей, проживающих в сообществе, потребляемая калорийность составила около 65% от уровня, необходимого для покрытия общего расхода энергии (186). Исследование, проведенное в сельских районах Малайзии, выявило проблемы, связанные как с недостаточным, так и с избыточным питанием, а также с низкими уровнями тиамина, рибофлавина и кальция (187). Кроме того, повышенные уровни недостаточности питания (15–60%) были зафиксированы во многих странах у госпитализированных пожилых пациентов, у пациентов, проживающих в домах престарелых, или у пациентов, принимающих участие в программах помощи на дому (188–191).

В нескольких исследованиях был применен подход с использованием опросников, с помощью которых была получена простая оценка пожилых пациентов в амбулаторных клиниках, больницах и домах престарелых (192). Этот подход использовали в ходе одного исследования, проведенного среди пожилых людей, проживающих в сельских районах в южной части Индии, и было установлено, что более чем 60% респондентов испытывают дефицит в потреблении белков и калорий (192). Исследование, проведенное в Исламской Республике Иран, выявило 12-процентный уровень

распространенности недостаточности питания среди пожилых людей, при этом более высокая распространенность наблюдалась в группах с низким социально-экономическим статусом (193).

Как и в случае других аспектов гериатрической помощи, решение проблем, связанных с недостаточностью питания в пожилом возрасте, требует многоаспектного подхода. Многие меры доказали свою эффективность в борьбе с недостаточностью питания, замедлении наступления зависимости от посторонней помощи, повышении индивидуальной жизнеспособности и обращении вспять процессов, связанных со старческой дряхлостью (123). Необходимо повышать питательную ценность продуктов питания, особенно в отношении витаминов и минералов, однако особенно важной задачей является обеспечение достаточного потребления калорий и белков. Было доказано, что индивидуальные консультации по вопросам питания улучшают пищевой статус пожилых людей в течение 12 недель (194).

Основные риски, связанные с окружающей средой

Чрезвычайные ситуации

Функциональная способность человека определяется его индивидуальной жизнеспособностью, соответствующими характеристиками окружающей его среды и взаимодействием между ними. Влияние окружающей среды может быть особенно сильным в случае стихийных бедствий или техногенных катастроф, а также в ситуации конфликтов. И хотя при принятии ответных мер в отношении таких событий приоритет отдается оказанию помощи уязвимым или маргинализированным группам населения, потребности пожилых людей зачастую остаются без внимания, несмотря на то что риск смерти, травматизма, заболе-

ваний и утраты функционирования для пожилых людей значительно повышается и может сохраняться в течение долгого времени после самого события (195, 196).

О таком повышенном риске свидетельствуют данные о пяти крупных стихийных бедствиях, согласно которым более половины случаев смерти, связанных с этими событиями, приходилось на людей в возрасте 60 лет и старше. Например, несмотря на то что доля населения в возрасте 65 лет и старше составляет лишь 23% от общей численности населения, 56% тех, кто погиб во время Великого восточно-японского землетрясения 2011 г., относились именно к этой возрастной группе (197). Кроме того, из-за недостаточности мер реагирования на чрезвычайные ситуации большое количество этих смертей наступило после самого землетрясения.

Уязвимость пожилых людей к чрезвычайным ситуациям отчасти объясняется пониженной индивидуальной жизнеспособностью, которая обычно связана со старением, а отчасти – с более высокой зависимостью от факторов окружающей среды, необходимых для сохранения функциональной способности. Как следствие, небольшое снижение индивидуальной жизнеспособности, которое компенсируется различными способами в обычных условиях проживания пожилых людей, быстро превращается в тяжкое бремя.

На физиологическом уровне пожилые люди в большей степени восприимчивы к обезвоживанию, гипо- и гипертермии. Понижению индивидуальной жизнеспособности могут способствовать недостаточность питания или перерывы в оказании медико-санитарной помощи. С учетом высокой распространенности хронических заболеваний и мультиморбидности среди пожилых людей перерывы в оказании медико-санитарной помощи и отсутствие доступа к основным лекарственным средствам могут иметь тяжелые и даже угрожающие жизни последствия. Тем не менее задачи лечения хронических заболеваний обычно не

входят в состав мер реагирования системы общественного здравоохранения на чрезвычайные ситуации гуманитарного характера.

Кроме того, пожилые люди могут быть более подвержены травмам и инфекционным заболеваниям, которые являются распространенными факторами риска в чрезвычайных ситуациях. Нарушения мобильности могут ограничивать возможности пожилых людей в плане эвакуации или получения доступа к воде, продуктам питания, основным лекарственным средствам и медицинским услугам после бедствий. Сенсорные нарушения могут ограничивать их возможности в плане доступа к услугам или получения информации о предоставляемых услугах, а многие пожилые люди могут во время бедствия утратить основные ассистивные устройства, например очки или слуховые аппараты.

Одной из причин невключения потребностей пожилых людей в число приоритетных мер во время чрезвычайных ситуаций может являться тот факт, что пожилые люди зачастую остаются неучтенными из-за ограниченности их мобильности и по причине их социальной изоляции. Для выявления и удовлетворения потребностей пожилых людей лица, ответственные за меры реагирования на чрезвычайные ситуации, должны осуществлять активный поиск пожилых людей, не надеясь на то, что о них позаботятся члены их семей. Более существенно то, что все данные, собранные в случае чрезвычайной ситуации, должны быть дезагрегированы по возрасту и полу. Тем не менее не следует думать, что все пожилые люди являются уязвимыми или беспомощными. Во время бедствий многие пожилые люди оказывают неоценимую помощь членам своих семей и сообществам. Действительно, многие из добровольцев, принимавших участие в мерах реагирования на землетрясение 2011 г. в Японии, были пожилыми людьми.

В главе 6 рассмотрены способы снижения уязвимости пожилых людей и разработки усовершенствованных мер реагирования на чрез-

вычайные ситуации, которые учитывали бы потребности пожилых людей.

Жестокое обращение с пожилыми людьми

Пожилые люди часто подвергаются ненадлежащему обращению со стороны тех, кому они доверяют, что влечет за собой глубокие и долгосрочные последствия. Жестокое обращение с пожилыми людьми – это «однократное или неоднократное действие или отсутствие надлежащего действия в рамках каких-либо взаимоотношений, предполагающих доверительность, которое причиняет вред или приводит к страданию человека пожилого возраста» (198).

Жестокое обращение с пожилыми людьми принимает различные формы, включая физи-

ческое, сексуальное, психологическое, эмоциональное насилие, финансовые и материальные злоупотребления, оставление без присмотра, пренебрежение и существенную потерю достоинства и уважения. Жестокое обращение имеет место как в контексте оказания помощи, так и вне этого контекста, например между двумя супругами, обладающими высокой функциональной способностью, или со стороны взрослого ребенка, зависящего от пожилого человека в плане жилищных условий или обеспечения финансовой безопасности (199). Тем не менее такие виды жестокого обращения отличаются от межличностного насилия, которое не связано с близкими отношениями, а связано с насильственной преступностью в сообществе.

Жестокое обращение с пожилыми людьми имеет серьезные физические последствия,

Таблица 3.1. Факторы риска в отношении жестокого обращения с пожилыми людьми и степень значимости фактов, подтверждающих факторы риска

Уровень	Факторы риска	Степень значимости подтверждающих фактов
Индивидуальный уровень (жертва)	Пол: женский	Низкая – средняя
	Возраст: старше 74 лет	Низкая – средняя
	Зависимость: тяжелая форма инвалидности	Высокая
	Слабое физическое здоровье	Высокая
	Психические расстройства: депрессия	Высокая
	Низкий уровень дохода или низкий социально-экономический статус	Высокая
	Финансовая зависимость	Низкая – средняя
	Расовая принадлежность	Низкая – средняя
	Когнитивное нарушение	Высокая
Индивидуальный уровень (виновник)	Социальная изоляция	Высокая
	Психические расстройства: депрессия	Высокая
	Злоупотребление психоактивными веществами: злоупотребление алкоголем и наркотиками	Высокая
Характер отношений	Зависимость от пожилого человека, с которым жестоко обращаются: финансовая, эмоциональная, родственная	Высокая
	Отношения между жертвой и виновником	Низкая – средняя
	Жилищные условия: жертва проживает вместе с виновником	Высокая
Сообщество	Семейное положение	Низкая – средняя
	Географическое положение: социально изолированное	Низкая – средняя
Общество	Негативные стереотипы в отношении старения	Недостаточно данных
	Культурные нормы	Недостаточно данных

включая боль, травматизм и даже смерть; а также психологические последствия, такие как стресс и депрессия; и увеличивает риск помещения в дом престарелых и риск госпитализации (200–204). Такие последствия могут быть особенно значительными у пожилых людей со сниженной индивидуальной жизнеспособностью и жизнестойкостью, что не позволяет им успешно бороться с физическими и психологическими травмами, являющимися следствием жестокого обращения. Точные данные, особенно из специальных учреждений, носят ограниченный характер, но справочный обзор, проведенный для настоящего доклада, выявил, что в странах с высоким и средним уровнями дохода распространенность жестокого обращения с пожилыми людьми составляет от 2,2 до 14% (205). По данным этого анализа, к наиболее распространенным видам жестокого обращения относятся:

- физическое насилие (распространенность: 0,2–4,9%);
- сексуальное насилие (распространенность: 0,04–0,82%);
- психологическое насилие на уровне выше порогового значения частоты или степени тяжести (распространенность: 0,7–6,3%);
- финансовые злоупотребления (распространенность: 1,0–9,2%);
- отсутствие заботы (распространенность: 0,2–5,5%).

Важно отметить, что приведенные данные не охватывают пожилых людей с когнитивными нарушениями и пожилых людей, проживающих в домах престарелых или учреждениях долгосрочной помощи. Тем не менее эти группы пожилых людей могут подвергаться особенно высокому риску жестокого обращения. Напри-

мер, по итогам одного обзора было установлено, что психологическое насилие в отношении пожилых людей с деменцией варьируется в пределах от 28 до 62%, а от физического насилия страдают от 3,5 до 23% пожилых людей с деменцией (203).

Чаще всего жертвами жестокого обращения с пожилыми людьми становятся женщины и пожилые люди с физической инвалидностью; зависящие от посторонней помощи; с плохим физическим и/или психическим здоровьем; пожилые люди с низким уровнем дохода; пожилые люди, не имеющие социальной поддержки (205, 206). На уровень риска также могут влиять качество близких отношений и совместное проживание. Жестоко обращаются с пожилыми людьми чаще члены семьи, страдающие психическими расстройствами (например, расстройствами личности) и расстройствами, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами, чем члены семей и лица, осуществляющие уход, которые не страдают такими расстройствами. Виновные в жестоком обращении нередко сами зависят от пожилых людей, с которыми они обращаются жестоко (199, 206). В [таблице 3.1](#) суммарно представлены сведения о степени значимости подтверждающих факторов риска в отношении жестокого обращения с пожилыми людьми с разбивкой по следующим категориям: пожилой человек, правонарушитель, тип взаимоотношений между ними, а также общинные и социальные факторы. Хотя принятию мер общественного здравоохранения по решению проблемы жестокого обращения с пожилыми людьми препятствует практически полное отсутствие надежных фактических данных об эффективности программ профилактики, в главе 5 рассматривается ряд вариантов, предлагаемых в рамках различных секторов.

Библиография

1. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0) PMID:25468150
2. Global health estimates 2013: deaths by cause, age, sex and regional grouping, 2000–2012. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015).
3. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009 Oct 3;374(9696):1196–208. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4) PMID:19801098
4. Global health estimates: life expectancy trends by country. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en, accessed 24 July 2015).
5. Fertility rates, total (births per woman). In: The World Bank [website]. Washington (DC): World Bank; 2015 (<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>, accessed 12 March 2015).
6. Crimmins EM, Belrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75–86. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID:21135070
7. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2006 Nov 28;103(48):18374–9. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID:17101963
8. Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM, Karlamangla AS. Disability trends among older Americans: National Health And Nutrition Examination Surveys, 1988–1994 and 1999–2004. *Am J Public Health*. 2010 Jan;100(1):100–7. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.157388> PMID:19910350
9. Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS. Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Apr;49(4):443–9. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49089.x> PMID:11347789
10. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr*. 2011;11(1):47. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47> PMID:21851629
11. Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. 2012 Nov;102(11):2157–63. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602> PMID:22994192
12. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: combining national surveys to more broadly track the health of the nation. *Am J Public Health*. 2013 Nov;103(11):e78–87. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301250> PMID:24028235
13. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61594-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9) PMID:19010526
14. Balestat G, Lafortune G. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris: OECD Publishing; 2007 (OECD Health Working Papers No. 26). <http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>
15. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):563–75. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8) PMID:25468158
16. Wave 4, release 1.1.1 (28 March 2013). In: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) [website]. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; 2013 (<http://www.share-project.org/home0/wave-4.html>, accessed 27 July 2015).
17. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
18. Fogel RW. Changes in the process of aging during the twentieth century: findings and procedures of the early indicators project. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2003.
19. Cheng ER, Kindig DA. Disparities in premature mortality between high- and low-income US counties. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E75. PMID:22440549
20. Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Aug;31(8):1803–13. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID:22869659

21. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011 Nov 1;89(11):788–97. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.089730> PMID:22084524
22. Macaulay R, Akbar AN, Henson SM. The role of the T cell in age-related inflammation. *Age (Dordr)*. 2013 Jun;35(3):563–72. <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9381-2> PMID:22252437
23. McElhaney JE, Zhou X, Talbot HK, Soethout E, Bleackley RC, Granville DJ, et al. The unmet need in the elderly: how immunosenescence, CMV infection, co-morbidities and frailty are a challenge for the development of more effective influenza vaccines. *Vaccine*. 2012 Mar 9;30(12):2060–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.01.015> PMID:22289511
24. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID:18256658
25. Sehl ME, Yates FE. Kinetics of human aging: I. Rates of senescence between ages 30 and 70 years in healthy people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 May;56(5):B198–208. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.5.B198> PMID:11320100
26. Heidemeier H, Moser K. Self-other agreement in job performance ratings: a meta-analytic test of a process model. *J Appl Psychol*. 2009 Mar;94(2):353–70. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.94.2.353> PMID:19271795
27. Staudinger U, Bowen C. A systemic approach to aging in the work context. *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*. 2011;44(4):295–306. <http://dx.doi.org/10.1007/s12651-011-0086-2>
28. Börsch-Supan A, Weiss M. Productivity and age: evidence from work teams at the assembly line. Munich: Munich Center for the Economics of Aging; 2013 (MEA discussion papers).
29. Russo A, Onder G, Cesari M, Zamboni V, Barillaro C, Capoluongo E, et al. Lifetime occupation and physical function: a prospective cohort study on persons aged 80 years and older living in a community. *Occup Environ Med*. 2006 Jul;63(7):438–42. PMID:16782827
30. Backes-Gellner U, Veen S. Positive effects of ageing and age diversity in innovative companies – large-scale empirical evidence on company productivity. *Hum Resour Manage J*. 2013;23(3):279–95. <http://dx.doi.org/10.1111/1748-8583.12011>
31. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al.; European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010 Jul;39(4):412–23. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afq034> PMID:20392703
32. Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM. Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. *J Am Geriatr Soc*. 2003 May;51(5):636–41. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00207.x> PMID:12752838
33. Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, Lopez-Jaramillo P, Avezum A Jr, Orlandini A, et al.; Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study investigators. Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *Lancet*. 2015 Jul 18;386(9990):266–73. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62000-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62000-6) PMID:25982160
34. WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>, accessed 23 June 2015).
35. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. *Osteoporos Int*. 1997;7(5):407–13. <http://dx.doi.org/10.1007/PL00004148> PMID:9425497
36. Cauley JA, Chalhoub D, Kassem AM, Fuleihan Gel-H. Geographic and ethnic disparities in osteoporotic fractures. *Nat Rev Endocrinol*. 2014 Jun;10(6):338–51. <http://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2014.51> PMID:24751883
37. Novelli C. Effects of aging and physical activity on articular cartilage: a literature review. *J Morphol Sci*. 2012;29(1):1–7. (<http://jms.org.br/PDF/v29n1a01.pdf>, accessed August 17 2015).
38. Martin JA, Buckwalter JA. Aging, articular cartilage chondrocyte senescence and osteoarthritis. *Biogerontology*. 2002;3(5):257–64. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1020185404126> PMID:12237562
39. Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA*. 2011 Jan 5;305(1):50–8. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1923> PMID:21205966
40. Yamasoba T, Lin FR, Someya S, Kashio A, Sakamoto T, Kondo K. Current concepts in age-related hearing loss: epidemiology and mechanistic pathways. *Hear Res*. 2013 Sep;303:30–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.heares.2013.01.021> PMID:23422312
41. Olusanya BO, Neumann KJ, Saunders JE. The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. *Bull World Health Organ*. 2014 May 1;92(5):367–73. PMID:24839326
42. Prevention of blindness and deafness: estimates. In: World Health Organization, Prevention of blindness and deafness [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/pbd/deafness/estimates/en/>, accessed 5 June 2015).

43. Davis A, Davis KA. Epidemiology of aging and hearing loss related to other chronic illnesses. Hearing care for adults – the challenge of aging. Chicago: Phonak; 2010. 23–32. (http://www.phonak.com/content/dam/phonak/b2b/Events/conference_proceedings/chicago_2009/proceedings/09_P69344_Pho_Kapitel_2_S23_32.pdf, accessed 5 June 2015).
44. Gates GA, Mills JH. Presbycusis. *Lancet*. 2005 Sep 24-30;366(9491):1111–20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67423-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67423-5) PMID:16182900
45. Baltes PB, Lindenberger U. Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: a new window to the study of cognitive aging? *Psychol Aging*. 1997 Mar;12(1):12–21. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.12> PMID:9100264
46. Hickenbotham A, Roorda A, Steinmaus C, Glasser A. Meta-analysis of sex differences in presbyopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2012 May;53(6):3215–20. <http://dx.doi.org/10.1167/iovs.12-9791> PMID:22531698
47. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 1999 Feb;48(4):445–69. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00370-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00370-0) PMID:10075171
48. Parham K, McKinnon BJ, Eibling D, Gates GA. Challenges and opportunities in presbycusis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 Apr;144(4):491–5. <http://dx.doi.org/10.1177/0194599810395079> PMID:21493222
49. Ryan EB, Giles H, Bartolucci G, Henwood K. Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Lang Commun*. 1986;6(1):1–24. [http://dx.doi.org/10.1016/0271-5309\(86\)90002-9](http://dx.doi.org/10.1016/0271-5309(86)90002-9)
50. Turano K, Rubin GS, Herdman SJ, Chee E, Fried LP. Visual stabilization of posture in the elderly: fallers vs. nonfallers. *Optom Vis Sci*. 1994 Dec;71(12):761–9. <http://dx.doi.org/10.1097/00006324-199412000-00006> PMID:7898883
51. Park DC. The basic mechanism accounting for age-related decline in cognitive function. In: Park DC, Schwarz N, editors. *Cognitive aging: a primer*. New York: Psychology Press; 2000:3–21.
52. Henry JD, MacLeod MS, Phillips LH, Crawford JR. A meta-analytic review of prospective memory and aging. *Psychol Aging*. 2004 Mar;19(1):27–39. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.19.1.27> PMID:15065929
53. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
54. Muscari A, Giannoni C, Pierpaoli L, Berzigotti A, Maietta P, Foschi E, et al. Chronic endurance exercise training prevents aging-related cognitive decline in healthy older adults: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Oct;25(10):1055–64. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2462> PMID:20033904
55. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muirheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007 Aug 23;357(8):762–74. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa067423> PMID:17715410
56. Lochlainn MN, Kenny RA. Sexual activity and aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Aug;14(8):565–72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.022> PMID:23540950
57. Lusti-Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. *Bull World Health Organ*. 2013 Sep 1;91(9):707–9. PMID:24101788
58. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr, Paik A, Gingell C; Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigators’ Group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*. 2004 Nov;64(5):991–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.055> PMID:15533492
59. Brenoff A. Dementia and sex: what was really on trial with Henry Rayhons. *Huffington Post*. 23 April 2015 (http://www.huffingtonpost.com/ann-brenoff/dementia-and-sex-henry-rayhons_b_7122460.html, accessed 5 June 2015).
60. Castelo-Branco C, Soveral I. The immune system and aging: a review. *Gynecol Endocrinol*. 2014 Jan;30(1):16–22. <http://dx.doi.org/10.3109/09513590.2013.852531> PMID:24219599
61. Lang PO, Govind S, Aspinall R. Reversing T cell immunosenescence: why, who, and how. *Age (Dordr)*. 2013 Jun;35(3):609–20. <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9393-y> PMID:22367580
62. Lang PO, Mendes A, Socquet J, Assir N, Govind S, Aspinall R. Effectiveness of influenza vaccine in aging and older adults: comprehensive analysis of the evidence. *Clin Interv Aging*. 2012;7:55–64. PMID:22393283
63. Wong SY, Wong CK, Chan FW, Chan PK, Ngai K, Mercer S, et al. Chronic psychosocial stress: does it modulate immunity to the influenza vaccine in Hong Kong Chinese elderly caregivers? *Age (Dordr)*. 2013 Aug;35(4):1479–93. 10.1007/s11357-012-9449-z PMID:22772580
64. Macaulay R, Akbar AN, Henson SM. The role of the T cell in age-related inflammation. *Age (Dordr)*. 2013 Jun;35(3):563–72. <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-012-9449-z> PMID:22252437
65. Salvioli S, Monti D, Lanzarini C, Conte M, Pirazzini C, Bacalini MG, et al. Immune system, cell senescence, aging and longevity—inflamm-aging reappraised. *Curr Pharm Des*. 2013;19(9):1675–9. PMID:23589904

66. Baker DJ, Wijshake T, Tchkonja T, LeBrasseur NK, Childs BG, van de Sluis B, et al. Clearance of p16Ink4a-positive senescent cells delays ageing-associated disorders. *Nature*. 2011 Nov 10;479(7372):232–6. <http://dx.doi.org/10.1038/nature10600> PMID:22048312
67. White-Chu EF, Reddy M. Dry skin in the elderly: complexities of a common problem. *Clin Dermatol*. 2011 Jan-Feb;29(1):37–42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2010.07.005> PMID:21146730
68. Lorencini M, Brohem CA, Dieamant GC, Zanchin NI, Maibach HI. Active ingredients against human epidermal aging. *Ageing Res Rev*. 2014 May;15:100–15. PMID:24675046
69. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin: cutaneous disorders in the elderly. *Am J Clin Dermatol*. 2009;10(2):73–86. <http://dx.doi.org/10.2165/00128071-200910020-00001> PMID:19222248
70. Patel T, Yosipovitch G. The management of chronic pruritus in the elderly. *Skin Therapy Lett*. 2010 Sep;15(8):5–9. PMID:20844849
71. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Feb;10(2):87–92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003> PMID:19187875
72. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*. 1999 Apr;174(4):307–11. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.174.4.307> PMID:10533549
73. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2010 Nov;22(7):1025–39. PMID:20522279
74. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord*. 2011 Mar;129(1-3):126–42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.015> PMID:20926139
75. Schuurmans J, van Balkom A. Late-life anxiety disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2011 Aug;13(4):267–73. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-011-0204-4> PMID:21538031
76. van Balkom AJ, Beekman AT, de Beurs E, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Jan;101(1):37–45. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001037.x> PMID:10674949
77. Jayasekara R, Procter N, Harrison J, Skelton K, Hampel S, Draper R, et al. Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. *J Ment Health*. 2015 Jun;24(3):168–71. PMID:25358075
78. Thorp SR, Ayers RW, Nuevo R, Stoddard JA, Sorrell JT, Wetherell JL. Meta-analysis comparing different behavioral treatments for late-life anxiety. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009 Feb;17(2):105–15. <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e31818b3f7e> PMID:19155744
79. Tedeschi E, Levkovitz Y, Iovieno N, Ameral VE, Nelson JC, Papakostas GI. Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry*. 2011 Dec;72(12):1660–8. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.10r06531> PMID:22244025
80. Vos T, Goss J, Begg S, Mann N. Projection of health care expenditure by disease: a case study from Australia. *New York: United Nations; 2007 (Background paper for the United Nations)*.
81. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011 Sep;10(4):430–9. http://www.goldcopd.it/gruppi_lavoro/2013/ageingmultimorbidityreview2011.pdf Available from: accessed August 17 2015). PMID:21402176
82. Wang HH, Wang JJ, Wong SY, Wong MC, Li FJ, Wang PX, et al. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC Med*. 2014;12(1):188. <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-014-0188-0> PMID:25338506
83. Garin N, Olaya B, Perales J, Moneta MV, Miret M, Ayuso-Mateos JL, et al. Multimorbidity patterns in a national representative sample of the Spanish adult population. *PLoS One*. 2014;9(1):e84794. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0084794> PMID:24465433
84. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012 Jul 7;380(9836):37–43. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2) PMID:22579043
85. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract*. 2008;14 Suppl 1:28–32. <http://dx.doi.org/10.1080/13814780802436093> PMID:18949641
86. St Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, Bobo WV, Finney Rutten LJ, Roger VL, et al. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity. *BMJ Open*. 2015;5(2):e006413. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006413> PMID:25649210

87. Beran D. Difficulties facing the provision of care for multimorbidity in low-income countries. In: Sartorius N, Holt R, Maj M, editors. *Comorbidity of mental and physical disorders: key issues in mental health*. Basel: Karger; 2015:33–41.
88. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013 Nov 2;382(9903):1525–33. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7) PMID:24152939
89. Guaraldi G, Zona S, Brothers TD, Carli F, Stentarelli C, Dolci G, et al. Aging with HIV vs. HIV seroconversion at older age: a diverse population with distinct comorbidity profiles. *PLoS One*. 2015;10(4):e0118531. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0118531> PMID:25874806
90. Garin N, Olaya B, Moneta MV, Miret M, Lobo A, Ayuso-Mateos JL, et al. Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. *PLoS One*. 2014;9(11):e111498. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0111498> PMID:25375890
91. Sinnige J, Braspenning J, Schellevis F, Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar J. The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases—a systematic literature review. *PLoS One*. 2013;8(11):e79641. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0079641> PMID:24244534
92. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, Mitnitski A, et al. Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*. 2010 Oct;11(5):547–63. <http://dx.doi.org/10.1007/s10522-010-9287-2> PMID:20559726
93. Tinetti ME, McAvay GJ, Chang SS, Newman AB, Fitzpatrick AL, Fried TR, et al. Contribution of multiple chronic conditions to universal health outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Sep;59(9):1686–91. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03573.x> PMID:21883118
94. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*. 2012;345 oct04 1:e6341. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e6341> PMID:23036829
95. Uhlig K, Leff B, Kent D, Dy S, Brunnhuber K, Burgers JS, et al. A framework for crafting clinical practice guidelines that are relevant to the care and management of people with multimorbidity. *J Gen Intern Med*. 2014 Apr;29(4):670–9. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-013-2659-y> PMID:24442332
96. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T 2nd, Palmer MH, Wagg A; Fourth International Consultation on Incontinence. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):165–78. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.20842> PMID:20025027
97. Gurwitz JH, Goldberg RJ. Age-based exclusions from cardiovascular clinical trials: implications for elderly individuals (and for all of us): comment on “the persistent exclusion of older patients from ongoing clinical trials regarding heart failure”. *Arch Intern Med*. 2011 Mar 28;171(6):557–8. PMID:21444845
98. Boyd CM, Vollenweider D, Puhan MA. Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases. *PLoS One*. 2012;7(8):e41601. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041601> PMID:22870234
99. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007 May;55(5):780–91. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x> PMID:17493201
100. Fried LP, Storer DJ, King DE, Lodder F. Diagnosis of illness presentation in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Feb;39(2):117–23. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01612.x> PMID:1991942
101. Fernández-Garrido J, Ruiz-Ros V, Buigues C, Navarro-Martinez R, Cauli O. Clinical features of prefrail older individuals and emerging peripheral biomarkers: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014 Jul-Aug;59(1):7–17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2014.02.008> PMID:24679669
102. Kane RL, Shamliyan T, Talley K, Pacala J. The association between geriatric syndromes and survival. *J Am Geriatr Soc*. 2012 May;60(5):896–904. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03942.x> PMID:22568483
103. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczký M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008 Aug;11(4):829–36. <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID:18729815
104. Cesari M, Prince M, Bernabei R, Chan P, Gutierrez-Robledo LM, Michel JP, et al. Frailty – an emerging public health priority. *Gerontologist*. 2016. (In press.)
105. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Mar;59(3):255–63. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/59.3.M255> PMID:15031310
106. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Jun;64(6):675–81. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/64.6> PMID:19276189

107. Han ES, Lee Y, Kim J. Association of cognitive impairment with frailty in community-dwelling older adults. *Int Psychogeriatr*. 2014 Jan;26(1):155–63. PMID:24153029
108. Shimada H, Makizako H, Doi T, Yoshida D, Tsutsumimoto K, Anan Y, et al. Combined prevalence of frailty and mild cognitive impairment in a population of elderly Japanese people. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jul;14(7):518–24. PMID:23669054
109. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Béland F, Bamvita JM. Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008 Dec;63(12):1399–406. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/63.12.1399> PMID:19126855
110. Rosero-Bixby L, Dow WH. Surprising SES Gradients in mortality, health, and biomarkers in a Latin American population of adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009 Jan;64(1):105–17. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbn004> PMID:19196695
111. Llibre JdeJ, López AM, Valhuerdi A, Guerra M, Llibre-Guerra JJ, Sánchez YY, et al. Frailty, dependency and mortality predictors in a cohort of Cuban older adults, 2003–2011. *MEDICC Rev*. 2014 Jan;16(1):24–30. PMID:24487672
112. Aguilar-Navarro S, Gutierrez-Robledo LM, Garcia-Lara JMA, Payette H, Amieva H, Avila-Funes JA. The phenotype of frailty predicts disability and mortality among Mexican community-dwelling elderly. *J Frailty Aging*. 2012;1(3):111–7. (<http://www.jfrailtyaging.com/all-issues.html?article=60>, accessed August 17 2015).
113. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar;56(3):M146–56. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146> PMID:11253156
114. Newman AB, Gottdiener JS, Mcburnie MA, Hirsch CH, Kop WJ, Tracy R, et al.; Cardiovascular Health Study Research Group. Associations of subclinical cardiovascular disease with frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar;56(3):M158–66. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.M158> PMID:11253157
115. Shlipak MG, Stehman-Breen C, Fried LF, Song X, Siscovick D, Fried LP, et al. The presence of frailty in elderly persons with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis*. 2004 May;43(5):861–7. <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2003.12.049> PMID:15112177
116. Borrat-Besson C, Ryser V-A, Wernli B. Transitions between frailty states – a European comparison. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Litwin H, Weber GW, editors. *Active ageing and solidarity between generations in Europe: first results from SHARE after the economic crisis*. Berlin: De Gruyter; 2013:175–86.
117. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med*. 2006 Feb 27;166(4):418–23. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.4.418> PMID:16505261
118. Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):278. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-278> PMID:19115992
119. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993 Oct 23;342(8878):1032–6. [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92884-V](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(93)92884-V) PMID:8105269
120. Cesari M, Vellas B, Hsu FC, Newman AB, Doss H, King AC, et al.; LIFE Study Group. A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons-results from the LIFE-P study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015 Feb;70(2):216–22. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glu099> PMID:25387728
121. Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, Blair S, Bonds DE, Church TS, et al.; LIFE study investigators. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*. 2014 Jun 18;311(23):2387–96. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.5616> PMID:24866862
122. Kelaiditi E, van Kan GA, Cesari M. Frailty: role of nutrition and exercise. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2014 Jan;17(1):32–9. PMID:24281373
123. Dorner TE, Lackinger C, Haider S, Luger E, Kapan A, Luger M, et al. Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay “buddies”: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1232. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1232> PMID:24369785
124. Yuan HB, Williams BA, Liu M. Attitudes toward urinary incontinence among community nurses and community-dwelling older people. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2011 Mar-Apr;38(2):184–9. PMID:21326113
125. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al.; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21(2):167–78. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.10052> PMID:11857671
126. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol*. 2014 Jan;65(1):79–95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.031> PMID:24007713

127. Yu PL, Shi J, Liu XR, Xia CW, Liu DF, Wu ZL, et al. [Study on the prevalence of urinary incontinence and its related factors among elderly in rural areas, Jixian county, Tianjin]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2009 Aug;30(8):766–71. PMID:20193194
128. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. The association between common physical impairments and dementia in low and middle income countries, and, among people with dementia, their association with cognitive function and disability. A 10/66 Dementia Research Group population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 May;26(5):511–9. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2558> PMID:20669334
129. Sims J, Browning C, Lundgren-Lindquist B, Kendig H. Urinary incontinence in a community sample of older adults: prevalence and impact on quality of life. *Disabil Rehabil*. 2011;33(15-16):1389–98. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.532284> PMID:21692622
130. Tamanini JT, Santos JL, Lebrão ML, Duarte YA, Laurenti R. Association between urinary incontinence in elderly patients and caregiver burden in the city of Sao Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study. *Neurourol Urodyn*. 2011 Sep;30(7):1281–5. PMID:21560151
131. Perracini M, Clemson L, Tiedmann A, Kalula S, Scott V, Sherrington C. Falls in older adults: current evidence, gaps and priorities. *Gerontologist*. 2016. (In press).
132. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004 Mar 20;328(7441):680. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7441.680> PMID:15031239
133. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (2):CD007146. PMID:19370674
134. Hoops ML, Rosenblatt NJ, Hurt CP, Crenshaw J, Grabiner MD. Does lower extremity osteoarthritis exacerbate risk factors for falls in older adults? *Womens Health (Lond Engl)*. 2012 Nov;8(6):685–96, quiz 697–8. <http://dx.doi.org/10.2217/whe.12.53> PMID:23181533
135. Dhital A, Pey T, Stanford MR. Visual loss and falls: a review. *Eye (Lond)*. 2010 Sep;24(9):1437–46. <http://dx.doi.org/10.1038/eye.2010.60> PMID:20448666
136. Karlsson MK, Magnusson H, von Schewelow T, Rosengren BE. Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporos Int*. 2013 Mar;24(3):747–62. PMID:23296743
137. Lee WK, Kong KA, Park H. Effect of preexisting musculoskeletal diseases on the 1-year incidence of fall-related injuries. *J Prev Med Public Health*. 2012 Sep;45(5):283–90. PMID:23091653
138. Mager DR. Orthostatic hypotension: pathophysiology, problems, and prevention. *Home Healthc Nurse*. 2012 Oct;30(9):525–30, quiz 530–2. <http://dx.doi.org/10.1097/NHH.0b013e31826a6805> PMID:23026987
139. Shaw BH, Claydon VE. The relationship between orthostatic hypotension and falling in older adults. *Clin Auton Res*. 2014 Feb;24(1):3–13. PMID:24253897
140. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: “It’s always a trade-off”. *JAMA*. 2010 Jan 20;303(3):258–66. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.2024> PMID:20085954
141. Ungar A, Rafanelli M, Iacomelli I, Brunetti MA, Ceccofiglio A, Tesi F, et al. Fall prevention in the elderly. *Clin Cases Miner Bone Metab*. 2013 May;10(2):91–5. PMID:24133524
142. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12(12):CD005465. PMID:23235623
143. Järvinen TL, Sievänen H, Khan KM, Heinonen A, Kannus P. Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls. *BMJ*. 2008 Jan 19;336(7636):124–6. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39428.470752.AD> PMID:18202065
144. Grundstrom AC, Guse CE, Layde PM. Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 May-Jun;54(3):421–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2011.06.008> PMID:21862143
145. Low PA. Prevalence of orthostatic hypotension. *Clin Auton Res*. 2008 Mar;18 Suppl 1:8–13. PMID:18368301
146. Muraki S, Akune T, Ishimoto Y, Nagata K, Yoshida M, Tanaka S, et al. Risk factors for falls in a longitudinal population-based cohort study of Japanese men and women: the ROAD Study. *Bone*. 2013 Jan;52(1):516–23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bone.2012.10.020> PMID:23103329
147. Patino CM, McKean-Cowdin R, Azen SP, Allison JC, Choudhury F, Varma R; Los Angeles Latino Eye Study Group. Central and peripheral visual impairment and the risk of falls and falls with injury. *Ophthalmology*. 2010 Feb;117(2):199–206.e1. PMID:20031225
148. Reed-Jones RJ, Solis GR, Lawson KA, Loya AM, Cude-Islas D, Berger CS. Vision and falls: a multidisciplinary review of the contributions of visual impairment to falls among older adults. *Maturitas*. 2013 May;75(1):22–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.019> PMID:23434262

149. Blanchflower DG, Oswald AJ. Is well-being U-shaped over the life cycle? *Soc Sci Med.* 2008 Apr;66(8):1733–49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030> PMID:18316146
150. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet.* 2015 Feb 14;385(9968):640–8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0) PMID:25468152
151. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort Profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Epidemiol.* 2005 Oct;34(5):987–91. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID:15894591
152. Brooks-Wilson AR. Genetics of healthy aging and longevity. *Hum Genet.* 2013 Dec;132(12):1323–38. <http://dx.doi.org/10.1007/s00439-013-1342-z> PMID:23925498
153. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 5 June 2015).
154. WHO World Health Survey. In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 23 June 2015).
155. Plath D. International policy perspectives on independence in old age. *J Aging Soc Policy.* 2009 Apr-Jun;21(2):209–23. <http://dx.doi.org/10.1080/08959420902733173> PMID:19333843
156. Kendig H, Hashimoto A, Coppard L. Family support for the elderly: the international experience. Oxford: Oxford University Press; 1992.
157. Aboderin I. Intergenerational support and old age in Africa. New Brunswick (New Jersey): Transaction Publishers; 2009.
158. Kunkel SR, Brown JS, Whittington FJ. Global aging: comparative perspectives on aging and the life course. New York: Springer; 2014. (<http://USYD.eblib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=1611870>, accessed 5 June 2015).
159. Phillips D, Cheng K. The impact of changing value systems on social inclusion: an Asia-Pacific perspective. In: Scharf T, Keating N, editors. From exclusion to inclusion in old age. Bristol: Policy Press; 2012. 109–24. <http://dx.doi.org/10.1332/policypress/9781847427731.003.0007>
160. Michel JP, Newton JL, Kirkwood TB. Medical challenges of improving the quality of a longer life. *JAMA.* 2008 Feb 13;299(6):688–90. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.299.6.688> PMID:18270358
161. Haveman-Nies A, de Groot L, Burema J, Cruz JA, Osler M, van Staveren WA; SENECA Investigators. Dietary quality and lifestyle factors in relation to 10-year mortality in older Europeans: the SENECA study. *Am J Epidemiol.* 2002 Nov 15;156(10):962–8. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwf144> PMID:12419769
162. Hrobonova E, Breeze E, Fletcher AE. Higher levels and intensity of physical activity are associated with reduced mortality among community dwelling older people. *J Aging Res.* 2011;2011:651931. <http://dx.doi.org/10.4061/2011/651931> PMID:21437004
163. Gupta PC, Mehta HC. Cohort study of all-cause mortality among tobacco users in Mumbai, India. *Bull World Health Organ.* 2000;78(7):877–83. PMID:10994260
164. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (4):CD000028. PMID:19821263
165. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al.; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013 Apr 4;368(14):1279–90. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1200303> PMID:23432189
166. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ.* 2000 Aug 5;321(7257):323–9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.321.7257.323> PMID:10926586
167. Andrieu S, Aboderin I, Baeyens JP, Beard J, Benetos A, Berrut G, et al. IAGG workshop: health promotion program on prevention of late onset dementia. *J Nutr Health Aging.* 2011 Aug;15(7):562–75. <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-011-0142-1> PMID:21808935
168. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol.* 2014 Feb;43(1):116–28. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt215> PMID:24505082
169. Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Intern Med.* 2015 Jun;175(6):959–67. PMID:25844730

170. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7(1):38. <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-7-38> PMID:20459782
171. Tak E, Kuiper R, Chorus A, Hopman-Rock M. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2013 Jan;12(1):329–38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.10.001> PMID:23063488
172. Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (3):CD002759. PMID:19588334
173. Jak AJ. The impact of physical and mental activity on cognitive aging. *Curr Top Behav Neurosci.* 2012;10:273–91. PMID:21818703
174. Blondell SJ, Hammersley-Mather R, Veerman JL. Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health.* 2014;14(1):510. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-510> PMID:24885250
175. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol.* 2014 Aug;13(8):788–94. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70136-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X) PMID:25030513
176. Diep L, Kwagyan J, Kurantsin-Mills J, Weir R, Jayam-Trouth A. Association of physical activity level and stroke outcomes in men and women: a meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt).* 2010 Oct;19(10):1815–22. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2009.1708> PMID:20929415
177. Bauman A, Singh M, Buchner D, Merom D, Bull F. Physical activity in older adults. *Gerontologist.* 2016 (In press.).
178. Saelens BE, Papadopoulos C. The importance of the built environment in older adults' physical activity: a review of the literature. *Wash State J Public Health Pract.* 2008;1(1):13–21.
179. Pollock ML, Franklin BA, Balady GJ, Chaitman BL, Fleg JL, Fletcher B, et al. AHA Science Advisory. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: benefits, rationale, safety, and prescription: An advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association; Position paper endorsed by the American College of Sports Medicine. *Circulation.* 2000 Feb 22;101(7):828–33. <http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.101.7.828> PMID:10683360
180. Howe TE, Rochester L, Neil F, Skelton DA, Ballinger C. Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (11):CD004963. PMID:22071817
181. Sherrington C, Whitney JC, Lord SR, Herbert RD, Cumming RG, Close JC. Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Dec;56(12):2234–43. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02014.x> PMID:19093923
182. Voukelatos A, Merom D, Sherrington C, Rissel C, Cumming RG, Lord SR. The impact of a home-based walking programme on falls in older people: the Easy Steps randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2015 May;44(3):377–83. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu186> PMID:25572426
183. Kshetrimayum N, Reddy CV, Siddhana S, Manjunath M, Rudraswamy S, Sulavai S. Oral health-related quality of life and nutritional status of institutionalized elderly population aged 60 years and above in Mysore City, India. *Gerodontology.* 2013 Jun;30(2):119–25. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2012.00651.x> PMID:22364560
184. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people—call for public health action. *Community Dent Health.* 2010 Dec;27(4) Suppl 2:257–67. PMID:21313969
185. Elia M, Stratton RJ. Geographical inequalities in nutrient status and risk of malnutrition among English people aged 65 y and older. *Nutrition.* 2005 Nov-Dec;21(11-12):1100–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2005.03.005> PMID:16308132
186. Risonar MG, Rayco-Solon P, Ribaya-Mercado JD, Solon JA, Cabalda AB, Tengco LW, et al. Physical activity, energy requirements, and adequacy of dietary intakes of older persons in a rural Filipino community. *Nutr J.* 2009;8(1):19. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-2891-8-19> PMID:19409110
187. Shahar S, Ibrahim Z, Fatah AR, Rahman SA, Yusoff NA, Arshad F, et al. A multidimensional assessment of nutritional and health status of rural elderly Malays. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2007;16(2):346–53. PMID:17468093
188. Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. *Ann Intern Med.* 1995 Dec 1;123(11):850–9. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-123-11-199512010-00008> PMID:7486469
189. Pérez Llamas F, Moregó A, Tóbaruela M, García MD, Santo E, Zamora S. Prevalencia de desnutrición e influencia de la suplementación nutricional oral sobre el estado nutricional en ancianos institucionalizados [Prevalence of malnutrition and influence of oral nutritional supplementation on nutritional status in institutionalized elderly]. *Nutr Hosp.* 2011 Sep-Oct;26(5):1134–40. PMID:22072365

190. Rodríguez N, Hernández R, Herrera H, Barbosa J, Hernández-Valera Y. Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos. [Nutritional status of institutionalized Venezuelan elderly.] *Invest Clin*. 2005 Sep;46(3):219–28. PMID:16152778
191. Shabayek MM, Saleh SI. Nutritional status of institutionalized and free-living elderly in Alexandria. *J Egypt Public Health Assoc*. 2000;75(5-6):437–59. PMID:17219883
192. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999 Feb;15(2):116–22. [http://dx.doi.org/10.1016/S0899-9007\(98\)00171-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0899-9007(98)00171-3) PMID:9990575
193. Aliabadi M, Kimiagar M, Ghayour-Mobarhan M, Shakeri MT, Nematy M, Ilaty AA, et al. Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: a cross-sectional study. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2008;17(2):285–9. PMID:18586650
194. Beck AM, Kjør S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2013 Jun;27(6):483–93. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215512469384> PMID:23258932
195. Tomata Y, Kakizaki M, Suzuki Y, Hashimoto S, Kawado M, Tsuji I. Impact of the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami on functional disability among older people: a longitudinal comparison of disability prevalence among Japanese municipalities. *J Epidemiol Community Health*. 2014 Jun;68(6):530–3. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-203541> PMID:24570399
196. Hirai H, Kondo N, Sasaki R, Iwamuro S, Masuno K, Ohtsuka R, et al. Distance to retail stores and risk of being homebound among older adults in a city severely affected by the 2011 Great East Japan Earthquake. *Age Ageing*. 2015 May;44(3):478–84. PMID:25315229
197. Displacement and older people: the case of the Great East Japan Earthquake and Tsunami of 2011. Chiang Mai, Thailand: Help Age International; 2013 (<http://www.helpage.org/silo/files/displacement-and-older-people-the-case-of-the-great-east-japan-earthquake-and-tsunami-of-2011.pdf>, accessed 5 June 2015).
198. Elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2014 (Fact Sheet No. 357; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>, accessed 5 June 2015).
199. Krug E, Dahlberg LL, Mercy J, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1, accessed 5 June 2015).
200. Dong X, Simon M, Mendes de Leon C, Fulmer T, Beck T, Hebert L, et al. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *JAMA*. 2009 Aug 5;302(5):517–26. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.1109> PMID:19654386
201. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: a 12-year prospective investigation. *J Am Geriatr Soc*. 2013 May;61(5):679–85. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12212> PMID:23590291
202. Dong X, Simon MA. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Intern Med*. 2013 May 27;173(10):911–7. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.238> PMID:23567991
203. Dong X, Chen R, Simon MA. Elder abuse and dementia: a review of the research and health policy. *Health Aff (Millwood)*. 2014 Apr;33(4):642–9. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1261> PMID:24711326
204. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA. Adult protective service use and nursing home placement. *Gerontologist*. 2002 Dec;42(6):734–9. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/42.6.734> PMID:12451154
205. Pillemer KA, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse. *Gerontologist*. 2016. Forthcoming.
206. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013 May;42(3):292–8. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs195> PMID:23343837



Глава 4
Системы здравоохранения

Маргарет, 61 год, Танзания

Маргарет – сотрудник правоохранительных органов в отставке. Она старается приспособиться к своему финансовому и социальному положению после выхода в отставку.

«Я была замужем 21 год, а потом мой муж умер. У меня четверо детей – три сына и дочь. Они живут в Дар-эс-Саламе. Сейчас я одна забочусь о трех своих внуках. Это очень трудно. Им требуется много всего, а у меня не хватает на это денег. От детей я получаю помощи мало. Иногда я не ем, чтобы мои внуки могли ходить в школу. Конечно, мне нужно лучше питаться, но ведь дети должны ходить в школу. Я отдаю им все, что у меня есть.

Когда я была молодой, то жила хорошо, ежемесячно получая зарплату.

Я работала тюремным служащим, а потом сотрудником полиции. Я проработала в полиции 28 лет. После того как я вышла в отставку, у меня возникло множество финансовых проблем. Мне пришлось ждать шесть месяцев, пока полиция не начала мне выплачивать пенсию, но это лишь небольшая сумма. У меня стало подниматься давление и началась депрессия, потому что денег едва хватало на жизнь.

Жить стало так трудно, что я прекратила заниматься физическими упражнениями, потому что была в депрессии, и мне не хотелось есть. Когда ты больше не работаешь, люди перестают ходить к тебе в гости – вся их забота и внимание исчезают. Я чувствовала себя очень одинокой и сердилась на всех; я думала, что умираю, пока не вступила в ассоциацию «Активная старость».

Когда я работала в полиции, я играла в команде по нетболу. Я всегда была в хорошей физической форме. Теперь я хожу в группу и снова занимаюсь. Мы выполняем упражнения, плетем корзины и играем в разные игры, например в карты. Я узнала много нового о том, как сохранить здоровье. ...Теперь я чувствую себя гораздо лучше. Депрессия прошла, и давление в норме. Я снова в хорошей физической форме. Я чувствую себя комфортно в группе – у меня есть друзья, и я больше не одинока. Я также получаю информацию о своих правах. Теперь мне известно, что я могу получать бесплатную медицинскую помощь. Я столько узнала в своей группе, и эти знания дали мне возможность двигаться вперед».

4

Системы здравоохранения

Введение

В главе 3 рассматривались комплексные изменения в состоянии здоровья, происходящие в пожилом возрасте. Совокупность таких изменений образует общую тенденцию к снижению жизнеспособности с возрастом и повышает вероятность развития группы клинических состояний, требующих непрерывного мониторинга или лечения. Выраженная неоднородность таких тенденций свидетельствует о возможности принятия мер для улучшения состояния здоровья, особенно в отношении лиц с наиболее выраженным снижением жизнеспособности. Преодолению такого неравенства может способствовать обеспечение доступа к надлежащим медицинским услугам.

Вместе с тем в настоящее время существует множество барьеров, ограничивающих доступ к медицинским услугам для пожилых людей, особенно в странах с низким уровнем дохода, а также для пожилых людей, которые находятся в неблагоприятном положении в странах с высоким уровнем дохода. Кроме того, если пожилые люди все же имеют доступ к медицинским услугам, такие услуги зачастую не отвечают их потребностям.

В данной главе освещены основные пробелы в действующих системах здравоохранения и рассмотрены проблемы, препятствующие повышению качества медицинской помощи для пожилых людей. Затем подробно описывается система здравоохранения, которая способна обеспечивать пожилым людям комплексные и ориентированные на человека услуги, а также обсуждаются меры на уровне политики, способствующие осуществлению таких изменений.

Фактические данные из стран с низким и средним уровнями дохода зачастую отсутствуют, поэтому обсуждается в основном информация об опыте стран с высоким уровнем дохода. Тем не менее опыт, полученный в странах с высоким уровнем дохода, применим и ко всем остальным странам.

Рост спроса, барьеры для использования, плохо согласованные услуги

Спрос на медицинские услуги

Поскольку динамика изменения состояния здоровья в пожилом возрасте связана с повышением потребностей в медицинской помощи, можно было бы ожидать, что с возрастом люди будут чаще обращаться за такой помощью. А учитывая, что бремя болезней и снижение жизнеспособности более масштабны в странах с низким и средним уровнями дохода, можно было бы также ожидать, что эта тенденция будет иметь более выраженный характер в условиях ограниченных ресурсов. Тем не менее фактические данные свидетельствуют о несоответствии между потребностью в медицинской помощи и показателями ее использования как в этих странах, так и в подгруппах пожилых людей, находящихся в неблагоприятном положении, в странах с высоким уровнем дохода. На [рисунке 4.1](#) использованы данные *Обзора состояния здравоохранения в мире*, проведенного ВОЗ для выявления связи между возрастом и показателями использования медицинских услуг, оказываемых в стационаре и амбулаторно, по оценкам самих респондентов (1). В странах с высоким уровнем дохода показатели использования медицинской помощи (особенно стационарной помощи) с возрастом увеличиваются.

Тем не менее эта тенденция в меньшей степени выражена в странах со средним уровнем дохода и полностью исчезает в странах с низким уровнем дохода. Эти данные соответствуют данным исследования, проведенного в странах Африки к югу от Сахары, которые указывают на то, что пожилые люди, имея худшее здоровье по сравнению с молодыми возрастными группами, пользуются медицинскими услугами гораздо реже (2, 3). Это может свидетельствовать о неудовлетворенных потребностях и крупных пробелах в обслуживании в таких

Рисунок 4.1. Доля респондентов, сообщивших об использовании медицинских услуг, по возрастным группам и уровню дохода стран



Источник: (1).

странах. Такие особенности использования могут быть связаны с барьерами, препятствующими доступу, нехваткой необходимых услуг и приданием приоритета в оказании услуг удовлетворению острых потребностей молодежи (зачастую пожилые люди сами принимают такие решения). Эти недостатки рассмотрены в разделе “Барьеры для использования”.

Несмотря на общую тенденцию к увеличению с возрастом спроса на медицинскую (и долгосрочную) помощь на уровне населения в странах с высоким уровнем дохода, спрос на медицинскую помощь среди разных групп населения и между отдельными людьми может различаться. Это объясняется не только различиями в состоянии здоровья и функциональном состоянии, хотя эти факторы также влияют на показатели использования медицинской помощи (4). Пожилые люди с хроническими состояниями здоровья в странах с высоким уровнем дохода чаще пользуются медицинской помощью, чем люди без таких состояний. Показатели использования медицинских услуг также растут по мере увеличения количества мультиморбидных состояний (5, 6), а люди с хроническими состояниями и функциональными ограничениями пользуются такими услугами в наибольшей степени (7).

Тем не менее еще одним ключевым фактором, обуславливающим такое разнообразие в плане показателей использования медицинской помощи, является социально-экономический статус. Несмотря на то что потребность в медицинской помощи, вероятно, будет выше у лиц, которые находятся в неблагоприятном положении, анализ, проведенный в 12 странах Европы, установил, что среди пожилых людей с одинаковыми уровнями потребностей более низкий социально-экономический статус ассоциируется с более редкими посещениями медицинских специалистов и стоматологов, однако эта тенденция имеет менее выраженный характер в отношении госпитализации и посещений врачей общей практики (8). В Соединенных Штатах также наблюдается более низкий уро-

вень доступа к медицинской помощи среди пожилых людей, которые находятся в неблагоприятном положении (9). Даже в странах с высоким уровнем дохода те, кто больше всего нуждается в медицинских услугах, могут пользоваться ими в наименьшей степени.

Таким образом, хотя старение населения обычно ассоциируется с ростом потребностей в медицинской помощи, особенно в странах с низким и средним уровнями дохода, связь между спросом на медицинские услуги и их использованием не столь очевидна. Кроме того, как свидетельствуют сравнительные данные и национальные данные стран, пожилые люди, находящиеся в неблагоприятном положении, оказываются в сложной ситуации, поскольку, нуждаясь в медицинской помощи, они не имеют к ней доступа или реже пользуются соответствующими услугами. Во всех странах одним из основных компонентов принимаемых системами здравоохранения мер по решению проблемы старения населения должно стать устранение барьеров, ограничивающих использование медицинской помощи пожилыми людьми, нуждающимися в такой помощи.

Барьеры для использования

Барьеры, препятствующие доступу многих пожилых людей к медицинской помощи, в обобщенном виде представлены в [таблице 4.1](#), в которой использованы данные, полученные от пожилых людей в ходе *Обзора состояния здравоохранения в мире*, проведенного ВОЗ (1). В странах с низким и средним уровнями дохода основные барьеры связаны со стоимостью обращения за медицинской помощью и транспортными издержками. В целом свыше 60% пожилых людей в странах с низким уровнем дохода не имеют доступа к медицинской помощи из-за высокой стоимости посещения врача, отсутствия транспорта или отсутствия средств для оплаты транспортных расходов. Стоимость проезда может быть особенно важной проблемой для пожилых людей, прожи-

вающих в сельских районах, поскольку медицинские услуги сконцентрированы в крупных городах, находящихся далеко от мест проживания и сообществ таких людей (10). Напротив, в странах с высоким уровнем дохода основными барьерами, по оценке пожилых людей, являются ненадлежащее обращение со стороны работников здравоохранения в прошлом или тот факт, что многие пожилые люди чувствуют себя недостаточно больными для обращения за медицинской помощью.

В странах, где пожилые люди или члены их семей должны платить за медицинскую помощь наличными, уровень благосостояния является одним из важнейших факторов, определяющих показатели использования медицинской помощи (4). Например, по данным исследования SAGE, уровень благосостояния домохозяйств играет важную роль в принятии пожилыми китайцами и жителями Ганы решения обратиться за медицинской помощью: чем выше

уровень благосостояния того или иного человека, тем с большей вероятностью он обратится за помощью (11). Следует отметить, что именно в этих странах, судя по сообщениям респондентов, самая высокая распространенность оплаты расходов на медицинскую помощь наличными, как показано на [рисунке 4.2](#).

Барьеры, связанные с приемлемостью по цене, существуют и в странах с высоким уровнем дохода, однако они могут варьироваться в зависимости от конкретной системы здравоохранения. Например, данные исследования Фонда Содружества (6) свидетельствуют о том, что в Соединенных Штатах почти 20% взрослых людей пожилого возраста не пользуются медицинской помощью по причинам, связанным с ее стоимостью, а во Франции только 3% пожилых людей сообщили об этой проблеме ([рисунок 4.3](#)).

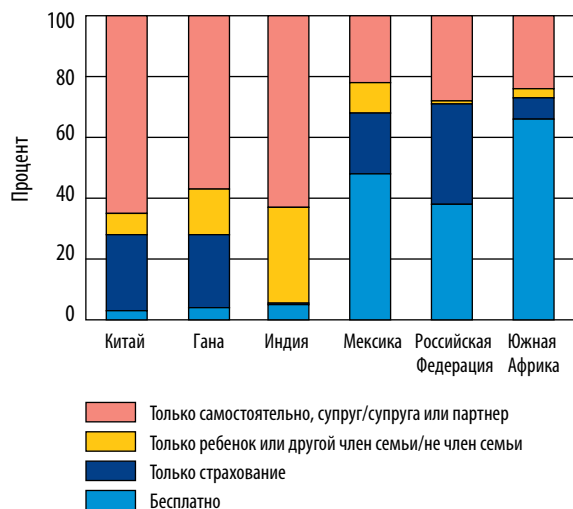
Другие широко распространенные барьеры могут быть связаны с тем, что системы здравоохранения не учитывают присущую пожилым

Таблица 4.1. Причины отсутствия доступа к медицинским услугам, приведенные пожилыми людьми в возрасте 60 лет и старше, по уровню дохода стран

Причины отсутствия доступа к медицинским услугам	Уровень дохода страны (% от числа респондентов)			
	Высокий	Выше среднего	Ниже среднего	Низкий
Отсутствие средств на визит к врачу	15,7	30,9 ^a	60,9 ^a	60,2 ^a
Отсутствие транспорта	12,1	19,3 ^a	20,7 ^a	29,1 ^a
Отсутствие средств на оплату транспортных расходов	8,7	12,9 ^a	28,1 ^a	33,0 ^a
Ненадлежащий уровень медицинского оборудования у поставщика медицинских услуг	11,2	10,5	14,1 ^a	16,7 ^a
Ненадлежащий профессиональный уровень поставщика медицинских услуг	19,0	8,3	7,8	13,1 ^a
Ненадлежащее обращение в прошлом	23,8	8,7	7,9	8,3
Отсутствие информации о том, куда следует обращаться	12,2	9,7	9,8	7,8
Пациент не чувствовал себя достаточно больным	21,5	31,8	27,3	25,8
Пациент обращался за медицинской помощью, но ему было отказано в ней	20,0	16,2	8,3	8,5 ^a
Другие причины	43,8	22,5 ^a	23,5 ^a	13,9

^a Результаты существенно отличаются ($P < 0,05$) от результатов, полученных от респондентов в возрасте моложе 60 лет. Источник: (1).

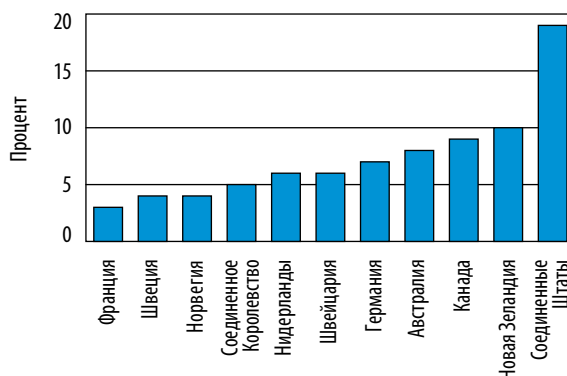
Рисунок 4.2. Источники оплаты расходов на амбулаторную помощь (%), взрослые в возрасте 50 лет и старше, в шести странах, 2007–2010 гг.



Источник: (11).

людям ограниченность жизнеспособности. Такие барьеры встречаются во всех странах, вне зависимости от их уровня дохода, и включают отсутствие доступных туалетов, длинные очереди за помощью, физические барьеры, препятствующие доступу, а также коммуникационные барьеры, связанные с отсутствием информации, доступной людям с потерей слуха, нарушениями зрения или людям с обеими формами таких нарушений. Длительные сроки ожидания и ожидание в очереди могут быть особенно серьезной проблемой для пожилых людей с физической инвалидностью или ограничениями в плане мобильности, а также для пожилых людей с недержанием мочи (12, 13). В некоторых странах Африки к югу от Сахары, а также в других странах были приняты меры для решения этой проблемы, например в клиниках было выделено специальное время для приема врачами только пожилых людей (вставка 4.1).

Рисунок 4.3. Доля взрослых людей в возрасте 65 лет и старше, испытывавших проблемы с доступом к медицинским услугам за последний год по причинам, связанным со стоимостью таких услуг, 11 стран, 2014 г.



Примечание: Респонденты с той или иной проблемой со здоровьем не обратились к врачу, не прошли медицинское обследование или лечение, рекомендованные врачом, не приобрели отпускаемое по рецепту лекарственное средство или пропустили прием дозы лекарственного средства (или сочетание этих факторов) по причинам, связанным со стоимостью.

Источник: (6).

Системы, предназначенные для решения различных проблем

Пожилые люди, имеющие доступ к медицинской помощи, обычно сталкиваются с системой, не предназначенной для удовлетворения их потребностей. Структура медицинских услуг зачастую ориентирована на диагностику и лечение ограниченных по времени течения заболеваний с использованием биомедицинского подхода, который заключается в поиске и устранении проблемы и оказывается весьма эффективным, когда приоритет отдается лечению острых состояний или инфекционных заболеваний. По традиции, вопросам здоровья

Вставка 4.1. Карта приоритетного доступа обеспечивает для пожилых людей доступ к медицинским услугам в Кувейте

В 2012 г. в Кувейте была осуществлена простая, но эффективная мера, направленная на повышение доступности и улучшение медицинского обслуживания пожилых людей: пожилым людям были розданы карты, гарантирующие им приоритетный доступ в клиники общего доступа и в клиники по лечению хронических заболеваний, принимающие пациентов по предварительной записи. Министерство здравоохранения начало в средствах массовой информации кампанию, освещающую введение этой карты, которую можно было получить в местных центрах первичной медико-санитарной помощи. Было роздано свыше 31 тыс. карт, таким образом был охвачен примерно 51% населения, имеющего право на их получение.

В ходе первичного опроса владельцы карт сообщили о резком сокращении времени ожидания приема и об увеличении времени, которое им посвящает их лечащий врач. Некоторые респонденты также отметили, что почувствовали свою значимость благодаря карте и что они оценивают льготный режим как знак высокой оценки и уважения.

и функционирования в долгосрочной перспективе уделяется меньше внимания.

Напротив, потребности в медицинской помощи и социальные потребности стареющего населения обычно носят комплексный и долгосрочный характер, затрагивают различные области функционирования и нарастают и убывают с течением времени. Как отмечено в главе 3, с возрастом увеличивается риск развития неинфекционных заболеваний и коморбидность становится скорее нормой, чем исключением. Процессы хронических заболеваний накладываются на глубинный процесс старения и пересекаются с ним, что в конечном счете оказывает воздействие на индивидуальную жизнеспособность пожилого человека. Эта комплексная динамика требует подходов,

отличающихся от подходов, разработанных для решения более неотложных проблем.

Отсутствие координации

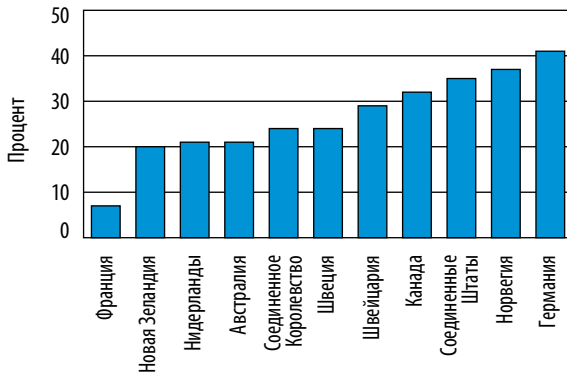
Зачастую деятельностью по уходу за одним пожилым человеком занимаются несколько медицинских работников, особенно в странах, где нет недостатка в работниках здравоохранения. Например, в ходе одного обследования пожилых людей, проведенного в 11 странах с высоким уровнем дохода, было установлено, что 39% респондентов из Германии консультировались у четырех или более врачей за последний год. Кроме того, более половины пожилых людей в Соединенных Штатах и около 40% пожилых людей в восьми других странах с высоким уровнем дохода регулярно принимали четыре или более лекарственных средств (6).

Для того чтобы лечение было безопасным и эффективным, необходимо постоянно поддерживать высокий уровень координации участия нескольких медицинских работников и применения множества потенциально взаимодействующих друг с другом мер вмешательства – как между медицинскими работниками, так и между разными этапами лечения и разными учреждениями здравоохранения. Тем не менее системы здравоохранения зачастую не обеспечивают такую координацию, возлагая бремя предоставления по мере необходимости соответствующей медико-санитарной информации на самого пожилого человека или на членов его семьи. Как следствие, многие пожилые люди страдают от недостатков, связанных с отсутствием координации в уходе за ними. По данным обследования, упомянутого в предыдущем абзаце, почти 41% респондентов в Германии сообщили о проблемах в связи с недостатком координации деятельности по уходу за ними за последние два года (рисунок 4.4) (6).

Неподготовленность медицинских работников

Медицинские работники часто не имеют достаточной подготовки для того, чтобы

Рисунок 4.4. Доля взрослых людей в возрасте 65 лет и старше, испытывавших проблемы в связи с недостатком координации деятельности по уходу за ними за последние два года, 11 стран, 2014 г.



Примечание: К проблемам в связи с недостатком координации деятельности по уходу относятся отсутствие результатов анализов или медицинской документации во время визита к врачу, назначение дублирующих друг друга анализов, получение противоречивой информации от разных врачей, отсутствие у специалиста истории болезни пациента или отсутствие у лечащего врача информации о лечении у специалистов либо сочетание этих проблем.

Источник: (6).

удовлетворять потребности пожилых людей в медицинской помощи. Многие из используемых в настоящее время подходов к подготовке медицинских работников были разработаны в XX веке, когда в мире медицинской проблемой номер один были острые инфекционные заболевания (14). В результате медицинских работников в первую очередь готовят к выявлению и лечению симптомов и состояний с трактовкой медицинской помощи как некоего эпизода.

Они не получают достаточной подготовки для того, чтобы использовать комплексный подход, который является наиболее эффективным при уходе за пожилыми людьми, и для того, чтобы контролировать и устранять

последствия хронических состояний в соответствии с приоритетами пожилых людей (15–17). Медицинских работников зачастую обучают реагировать на неотложные медицинские проблемы, а не активно предупреждать изменения, связанные с функциональностью, и бороться с такими изменениями. Их также редко готовят к работе с пожилыми людьми по вопросам обеспечения самостоятельного контроля ими своего здоровья (14, 18, 19).

Кроме того, несмотря на тот факт, что большинство пациентов систем здравоохранения являются пожилыми людьми, в учебных планах медицинских образовательных учреждений зачастую отсутствуют геронтологические и гериатрические специальности и подготовка, а также могут отсутствовать руководства по решению таких распространенных проблем, как мультиморбидность и старческая дряхлость (20). Например, проведенное в 36 странах обследование выявило, что 27% медицинских учебных заведений не проводят подготовку в области гериатрической медицины: сюда входят 19% учебных заведений в странах с высоким уровнем дохода, 43% учебных заведений в странах с переходной экономикой и 38% всех учебных заведений в других странах (21). Кроме того, учащиеся медицинских специальностей зачастую не знакомятся с комплексными биопсихосоциальными подходами, необходимыми для лечения пожилого населения (22). Напротив, их подготовка основана на биомедицинских знаниях и зачастую ориентирована на узкий круг заболеваний, связанных с их специальностью. Все эти недостатки в области подготовки характерны и для других медицинских работников (19, 23). Эта проблема особенно важна для стран с низким и средним уровнями дохода, где такие специалисты являются первыми, кто входит в непосредственный контакт с пожилыми людьми (вставка 4.2).

Таким образом, повышение уровня знаний и навыков в области гериатрической помощи необходимо для всех медицинских работников.

Это потребует решения таких повсеместных проблем, как нехватка преподавателей, нехватка финансирования, отсутствие свободных часов в и без того перегруженных учебных планах, а также недостаточное признание важности гериатрической подготовки (19).

Кроме того, вполне вероятно, что повышения у медицинских работников уровня навыков и знаний в области гериатрической помощи будет недостаточно. Большинству медицинских работников необходимо приобрести компетентность в ряде областей, не связанных с медициной, включая навыки совместного принятия решений, осуществление ухода на основе командной работы, использование информационных технологий, а также обеспечение непрерывного повышения качества помощи (26). Им также понадобится специальная подготовка для борьбы с эйджизмом, который получил широкое распространение в медицинских учреждениях.

Эйджизм в системе медицинской помощи

Эйджизм в системе медицинской помощи может принимать различные формы, включая негативное отношение медицинских работников к пожилым людям или к процессу старения, покровительственное отношение, нежелание консультироваться с пожилыми людьми по вопросам предпочитаемых ими способов ухода, а также воспрепятствование доступу к назначенным медицинским вмешательствам или его ограничение.

Эйджистские представления о пожилых людях получили широкое распространение во многих обществах, и такое отношение укрепляется в еще большей степени в рамках системы медицинского образования. Учащиеся медицинских учебных заведений практически не получают подготовку для решения многочисленных сложных проблем, связанных со здоровьем пожилых людей, и зачастую не имеют представления о приоритетах пожилых людей (22, 27). В учебниках нередко рассматри-

Вставка 4.2. Гана: использование потенциала местных медико-санитарных работников

В Гане были проведены реформы в целях более эффективного удовлетворения потребностей быстро растущего пожилого населения страны (24). В 2010 г. в стране был опубликован документ *National ageing policy: ageing with security and dignity* («Национальная политика в отношении старения: достойное старение в условиях безопасности») (25), а в 2011 г. была проведена национальная оценка ситуации в области здравоохранения и реализации мер системы здравоохранения в ответ на проблему старения. По итогам оценки были выявлены существенные недостатки в плане лечения, а также необходимость более тесной интеграции программ ухода за пожилыми людьми в существующую систему медицинских услуг. В частности, для удовлетворения потребностей пожилого населения заинтересованные стороны выдвинули предложение об использовании хорошо зарекомендовавшей себя в Гане программы с участием местных медико-санитарных работников.

Местные медико-санитарные работники являются основой системы здравоохранения Ганы, однако до реформы они систематически исключали пожилых людей из оценок медицинских потребностей домохозяйств. Для успешной интеграции вопросов, связанных со старением, в работу местных медико-санитарных работников необходимо несколько компонентов: подготовка по вопросам *здорового старения*; разработка протоколов и рабочих инструкций по вопросам старения и здоровья; укрепление связей между сообществами и поставщиками первичной медико-санитарной помощи; а также определение целевых показателей и мониторинг результатов, достигнутых по итогам осуществления программы. В настоящее время предпринимаются усилия по осуществлению данной стратегии.

ваются исключительно серьезные проблемы, связанные со старением, и не освещаются положительные аспекты пожилого возраста, что дает студентам одностороннее представление о процессе старения.

Некоторые медицинские работники считают, что их клиенты пожилого возраста не способны участвовать в процессах принятия решений по уходу за собой. Во многих странах врачи не обсуждают с пожилыми людьми вопросы, связанные с их предпочтениями относительно ухода за ними (6), но проявляют более ответственное, равное, терпеливое, уважительное и оптимистичное отношение к своим молодым клиентам, нежели к клиентам пожилого возраста (27, 28).

Пожилые люди могут также страдать от нормирования медицинских услуг на основе представления о том, что медицинские услуги являются ограниченным ресурсом и должны распределяться так, чтобы обеспечить наибольшее благо для наибольшего числа людей (29). Сторонники этой позиции аргументируют ее тем, что хронологический возраст является этически обоснованным, объективным и экономически целесообразным критерием распределения медицинской помощи, поскольку пожилые люди уже получили удовольствие от жизни и радоваться жизни им осталось недолго (29).

Тем не менее существуют сильные аргументы против такого подхода, от необходимости соблюдения принципа равенства и прав человека до аргумента, согласно которому в любой момент времени пожилые люди внесли наибольший вклад в социально-экономическое развитие, обеспечившее возможность оказания таких услуг, поэтому они имеют право рассчитывать на пользование по крайней мере некоторыми из них. Однако наиболее сильным аргументом против возрастного нормирования медицинской помощи является отсутствие четкой связи между хронологическим возрастом и здоровьем. Приоритетное обслуживание человека в возрасте 55 лет с мультиморбидностью и с ограниченной ожидаемой продолжительностью жизни по сравнению с человеком в возрасте 70 лет с хорошим состоянием здоровья и более длительной ожидаемой продолжительностью жизни не согласуется с

аргументом, используемым в оправдание возрастного нормирования услуг. Основанное на хронологическом возрасте нормирование медицинской помощи является наглядным примером дискриминации в отношении пожилых людей (30, 31).

Экономическое воздействие старения населения на системы здравоохранения

В настоящем докладе содержится утверждение, что инвестиции в системы здравоохранения способны принести значительные дивиденды в области здоровья и благополучия пожилых людей. Перед лицами, ответственными за разработку политики, встает ряд ключевых вопросов. Перевесит ли польза от таких инвестиций расходы на здравоохранение, связанные с увеличением продолжительности жизни? Каким окажется общее воздействие старения населения на уровень расходов на здравоохранение?

По многим причинам крайне сложно спрогнозировать воздействие старения населения на уровень расходов на здравоохранение. Во-первых, хотя пожилой возраст обычно ассоциируется с увеличением потребностей в помощи, отмечается слабая связь между потребностью в помощи и использованием медицинских услуг. Например, несмотря на высокое бремя болезней в странах с низким уровнем дохода, пожилые люди пользуются медицинскими услугами гораздо реже, чем молодежь (2, 3). Даже в странах с высоким уровнем дохода менее обеспеченные пожилые люди, у которых обычно более высокие потребности в помощи, стремятся пользоваться медицинскими услугами реже, чем их сверстники с более надежным финансовым положением (8, 9).

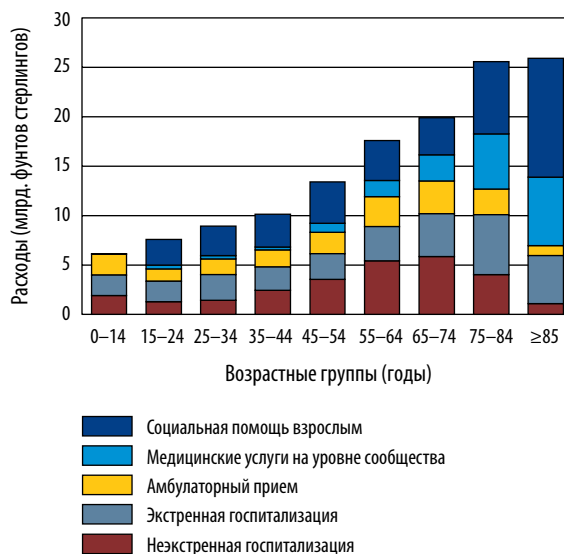
Даже если такое неравенство в плане спроса на помощь будет преодолено и уровень спроса в целом повысится, что позволит удовлетворять потребности более эффективно, связь между

возрастом и расходами на здравоохранение не будет носить линейный характер. Действительно, растущее число фактических данных из стран с высоким уровнем дохода свидетельствует о том, что начиная с возраста около 70 лет расходы на здравоохранение на одного человека существенно снижаются, а расходы вне традиционной системы здравоохранения возрастают (32–34).

Например, недавно проведенный анализ расходов Фонда медицинской помощи города Торбей в Англии показал, что расходы на все услуги растут по мере старения пациентов, но после достижения максимального уровня в возрасте 65–74 лет расходы, связанные с госпитализацией по неотложным и плановым показаниям, а также с амбулаторными посещениями, уменьшаются (рисунок 4.5) (32). Даже если исключить дискриминацию по возрастному признаку и нормирование медицинских услуг как основные факторы, лежащие в основе таких результатов, полученные данные указывают на вероятность того, что по мере дальнейшего увеличения возраста населения расходы на медицинскую помощь могут фактически сокращаться. Эти результаты также подчеркивают необходимость согласованной работы систем медицинской и долгосрочной помощи для обеспечения эффективного и надлежащего предоставления услуг.

Кроме того, на связь между возрастом пациентов и расходами на медицинскую помощь большое влияние оказывает сама система здравоохранения. Например, в ходе одного исследования в странах ОЭСР было установлено, что в Канаде и Соединенных Штатах наблюдается гораздо более высокий рост связанных с возрастом расходов, чем в Испании и Швеции, при этом расходы в Австралии, Японии и Соединенном Королевстве находятся примерно на среднем уровне (35). Это, вероятно, отражает различия в системах оказания услуг, стимулах, подходах к проведению мероприятий в отношении немощных пожилых людей, а также

Рисунок 4.5. Годовые расходы на медицинские услуги по возрастным группам и видам услуг, Торбей (население: 145 тыс.), Англия, 2010–2011 гг.



Источник: (32).

культурных нормах, которые особенно ярко проявляются ближе ко времени смерти.

Действительно, имеется значительный объем фактических данных, свидетельствующих о том, что время, оставшееся до смерти, является более точным прогностическим фактором в отношении расходов на медицинскую помощь, чем хронологический возраст (36, 37). Например, по оценкам, полученным в ходе исследований, проведенных в Австралии и Нидерландах, около 10% всего объема расходов на медицинскую помощь приходится на расходы по уходу за людьми в последний год их жизни, а по мере увеличения возраста уровень таких расходов снижается (38, 39). В Соединенных Штатах около 22% от всего объема медицинских расходов на пациентов приходится на последний год их жизни (40). Воздействие фактора времени, оставшегося до

смерти, на расходы отчасти объясняется комплексом проблем, связанных с состоянием здоровья человека в этот период, но может также являться и отражением культурных и медицинских норм. Например, расходы могут быть выше, если нормой является смерть в больнице, хотя госпитализация может практически не оказывать воздействия на течение болезни и вряд ли оказывает положительное влияние на благополучие пациентов, пользующихся услугами интенсивной терапии (41).

Рассмотрение проблемы с точки зрения времени, оставшегося до смерти, может способствовать разработке других прогностических моделей возможного воздействия будущих демографических изменений на расходы, связанные со здравоохранением. Например, в Соединенном Королевстве, несмотря на существенное увеличение численности пожилого населения, которое будет сохраняться в течение нескольких лет, доля населения, которому осталось жить менее 15 лет, как ни странно, фактически сокращается, и эта тенденция сохранится в обозримом будущем (42). Поскольку именно последние годы жизни, без сомнения, являются периодом, на который приходится наибольший рост расходов на медицинскую помощь, при построении экономической модели будущих расходов необходимо учитывать эти тенденции наряду с изменениями доли пожилого населения относительно всего населения в целом. При этом можно предположить, что демографические изменения, происходящие в настоящее время в Соединенном Королевстве, возможно, влияют на расходы на медицинскую помощь в гораздо меньшей степени, чем обычно считается.

Кроме того, увеличение ожидаемой продолжительности жизни означает, что последние годы жизни все чаще будут приходиться на престарелый возраст. Поскольку именно в этой возрастной группе отмечается тенденция к сокращению расходов на медицинскую помощь, предоставление людям возможности вести долгую и здоровую жизнь может факти-

чески уменьшить давление, приводящее к росту расходов на здравоохранение (43).

Одной из проблем может быть то, что меры вмешательства в среднем возрасте приводят к тому, что расходы просто переносятся на более поздние годы жизни, а совокупные расходы на протяжении жизни человека увеличиваются. Хотя исследований в этой области проведено немного, их результаты свидетельствуют о том, что это не так и немедленные выгоды и расходы будущих периодов уравнивают друг друга с течением времени (44, 45). Кроме того, результаты одного исследования, проведенного в Нидерландах (стране с комплексной системой долгосрочной помощи), согласуются с вышеописанной тенденцией, в соответствии с которой чем лучше состояние здоровья в начале пожилого возраста, тем ниже уровень больничных расходов на протяжении оставшегося срока жизни, но выше уровень расходов на оказание долгосрочной помощи (46).

В совокупности данные этих разнородных исследований, проведенных в странах с высоким уровнем дохода, говорят о том, что прогнозы в отношении роста расходов на здравоохранение в связи со старением населения носят слишком упрощенный характер и вряд ли способны обеспечить основу для принятия разумных политических решений. Это подкрепляется ретроспективным анализом, который свидетельствует о том, что старение населения оказывает гораздо меньшее влияние на рост расходов на здравоохранение, чем ряд других факторов. Например, по итогам исследования, проведенного в Соединенных Штатах в период с 1940 по 1990 г. (когда старение населения происходило значительно более быстрыми темпами, чем в последующие годы), было установлено, что в этот период старение способствовало увеличению расходов на медицинское обслуживание всего лишь на 2% (33). Для сравнения: на долю технологических изменений в медицинской практике пришлось от 38 до 65% роста расходов, на долю повышения цен – от 11 до 22%, а на долю увеличения

личных доходов – от 5 до 23% (33). Аналогичным образом, по результатам исследования расходов, проведенного во Франции в период с 1992 по 2000 г., было выявлено относительно небольшое влияние старения населения, в то время как показатель воздействия изменений в клинической практике оказался выше почти в четыре раза (47).

Во многих странах с низким и средним уровнями дохода (а также в некоторых странах с высоким уровнем дохода), где показатели использования медицинских услуг гораздо ниже, чем должны быть, учитывая потребности пожилых людей в медицинской помощи, необходимо расширить охват такими услугами для удовлетворения потребностей этого слоя населения. Тем не менее влияние на расходы не связано со старением населения в той же степени, в которой оно связано с обеспечением

справедливого осуществления права всех слоев населения на здоровье.

Таким образом, есть основания утверждать, что увеличение доли пожилого населения в составе населения в целом не является основным экономическим барьером для проведения реформы систем здравоохранения в том направлении, которое предложено в настоящем докладе. Действительно, учитывая вероятность того, что предложенные подходы являются более эффективными и справедливыми, а также учитывая, что требование относительно координации медицинского обслуживания, которое лежит в основе реформ, не приведет к увеличению расходов (таблица 4.2), представляется разумным поддержать такие изменения как с точки зрения экономической перспективы, так и с точки зрения принципов *здорового старения*.

Таблица 4.2. Обобщение практического опыта разных стран в области интеграции и координации медицинского обслуживания

Страна	Основные характеристики интеграции	Результаты
Австралия: исследование в области координации медицинского обслуживания (48, 49)	<p>Подход на основе всего населения в целом обеспечил улучшения в плане доступа и оказания первичной медико-санитарной помощи и повышения уровня координации медицинского обслуживания в сообществе</p> <ul style="list-style-type: none"> – Организация скоординированного медицинского обслуживания пациентов с хроническими и комплексными потребностями – Более широкое использование систем управления информацией и информационных технологий – Создание надежных механизмов для разрешения конфликтов 	<ul style="list-style-type: none"> – Клиенты ощутили поддержку и стали меньше беспокоиться – Повысилась удовлетворенность врачей общей практики – Сократились число посещений пунктов неотложной помощи, а также сроки пребывания после мер вмешательства – Снизилось число направлений в местные центры медицинского обслуживания
Бразилия: тематическое исследование, включение вопроса старения в национальную программу охраны здоровья семьи (вставка 4.9)	<ul style="list-style-type: none"> – Выезды на дом многопрофильной бригады в составе врача, медицинской сестры и социального работника – Подготовка медицинских работников для оценки старческой дряхлости и функционирования – Между клиниками первичной медико-санитарной помощи установлены тесные связи по вопросам направления пациентов 	<ul style="list-style-type: none"> – Результаты пока документально не оформлены

Канада (Квебек): Программа исследований по вопросам интеграции услуг в целях поддержания автономности (PRISMA) (50)	Координация действий лиц, отвечающих за принятие решений, и менеджеров по медицинскому обслуживанию <ul style="list-style-type: none"> – Система работает по принципу единого окна – Используются процедуры социального сопровождения – Разработаны индивидуализированные программы обслуживания и внедрена единая система оценки – Основное внимание уделяется функциональной автономности клиентов – Использование компьютеризированных историй болезни для распространения информации между учреждениями в целях мониторинга пациентов 	<ul style="list-style-type: none"> – Рост удовлетворенности и расширение прав и возможностей пациентов – Сокращение числа случаев снижения функциональности – Сокращение числа случаев неудовлетворения потребностей – Сокращение числа посещений пунктов неотложной помощи и случаев госпитализации – Отсутствие роста числа консультаций с медицинскими работниками или случаев использования услуг по уходу на дому – Улучшение показателей работы системы без дополнительных расходов
Таиланд: Проект “Друзья помогают друзьям” (Источник: Ekachai Piensriwatchara и Puangpen Chanprasert, Департамент здравоохранения, Министерство общественного здравоохранения, Таиланд, личное сообщение, январь 2015 г.)	Долговременная медицинская помощь под эгидой Министерства здравоохранения <ul style="list-style-type: none"> – Помощь неофициальным лицам, осуществляющим долговременный уход – Неофициальные лица, осуществляющие уход, и добровольцы из местного сообщества были официально включены в систему и осуществляют выезды на дом и оценку функционирования – Медицинский работник, прикрепленный к ближайшему медицинскому центру, обеспечивает наблюдение и материально-техническую поддержку 	<ul style="list-style-type: none"> – Результаты пока документально не оформлены
Англия: тематические исследования (49, 51)	<ul style="list-style-type: none"> – Осуществлена реальная интеграция: вертикальная (больница дом) и горизонтальная (многопрофильные бригады) – Программа ориентирована на членов сообщества с комплексными потребностями – Многопрофильные бригады в составе координаторов медицинского обслуживания, медицинских сестер из местного сообщества, специалистов по трудотерапии, физиотерапевтов и социальных работников – Объединенные фонды клинических групп по заключению контрактов Национальной службы здравоохранения и местных органов власти 	<ul style="list-style-type: none"> – Повышение уровня мотивации персонала и положительные оценки со стороны врачей общей практики – Сокращение сроков ожидания получения долговременной медицинской помощи – Сокращение числа случаев неотложной госпитализации, койко-мест и сроков пребывания в больнице – Сократилось число пациентов, помещаемых в дома престарелых – Улучшение показателей работы системы без дополнительных расходов

Меры реагирования

В предыдущем разделе было показано, что системы здравоохранения обычно не успевают реагировать на быстрые темпы старения населения в мире. Медицинские услуги во

всем мире ориентированы преимущественно на модель неотложной помощи, которая плохо приспособлена для решения основных проблем со здоровьем пожилых людей. Этот недостаток в оказании медицинской помощи усугубляется дискриминацией по возрастному признаку и незнанием приоритетов и потребностей пожи-

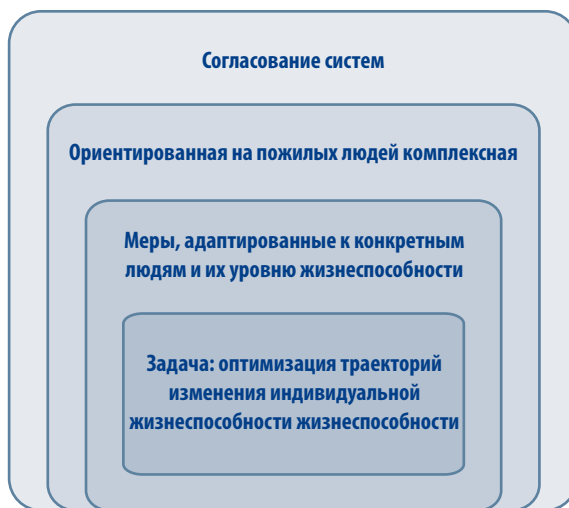
лых людей. Для содействия *здоровому старению* необходимы новые подходы.

Фактические данные свидетельствуют о том, что наиболее эффективно удовлетворять потребности пожилых людей будет та система, в рамках которой основное внимание уделяется оказанию услуг пожилым людям. На практике это означает, что медицинское обслуживание организовано исходя из потребностей и предпочтений пожилых людей и обеспечивает интеграцию в рамках всех уровней и видов услуг. Эти меры помогут преодолеть раздробленность и неэффективность, свойственные многим системам здравоохранения, и обеспечить, чтобы оказание медицинской помощи было обусловлено меняющимися и разнообразными потребностями пожилых людей, а не структурой услуг.

Проведение таких реформ потребует перемен, выходящих за пределы клиник, а также повлечет за собой переоценку всех аспектов системы здравоохранения (вставки 4.3 и 4.4). В следующих разделах рассматриваются прин-

ципы разработки таких систем, ориентированных на достижение общей цели – оптимизации траектории изменения индивидуальной жизнеспособности (рисунок 4.6).

Рисунок 4.6. Системы здравоохранения, поощряющие здоровое старение



Вставка 4.3. В штате Карнатака, Индия, одной из приоритетных задач является улучшение гигиены полости рта

Гигиена полости рта у пожилых людей является проблемой, которой зачастую не уделяется должного внимания, несмотря на ее важность для питания и роль в снижении жизнеспособности. В индийском штате Карнатака были приняты важные меры для решения этой проблемы: впервые в стране в марте 2014 г. вопросы гигиены полости рта были включены в национальную политику в области здравоохранения. Данная реформа имеет особое значение для Индии, поскольку большая часть пожилого населения страны является экономически уязвимой и имеет ограниченный доступ к стоматологической помощи, что зачастую приводит к потере зубов.

В штате Карнатака были приняты дополнительные меры на уровне штата для повышения эффективности реформы. Правительство штата предложило предоставлять зубные протезы бесплатно через 42 стоматологических учебных заведения штата; оказание этих услуг будет финансироваться правительством штата Карнатака. Все расходы стоматологических учебных заведений, связанные с предоставлением таких протезов, будут возмещены. Работа с населением местных деревень поможет выявить пожилых людей, нуждающихся в зубных протезах, и поощрять их обращаться за помощью в одно из стоматологических учебных заведений.

Итоги этих мер пока еще не подведены, однако применяемая стратегия позволила определить методы решения всех проблем со здоровьем пожилых людей в рамках политики *здорового старения*, включая такую проблему, как гигиена полости рта, которая часто остается без внимания. Также на практике было продемонстрировано, что право пожилых людей на здоровье – особенно наиболее уязвимых членов общества – может быть обеспечено посредством осуществления совместных действий.

Цель: оптимизация траекторий изменения индивидуальной жизнеспособности

Существует потребность в системах здравоохранения, которые ставят перед собой цели *здорового старения*, предусматривающие развитие и поддержание функциональной способности человека. Тем не менее в рамках этих целей основной задачей систем здравоохранения является оптимизация траекторий изменения индивидуальной жизнеспособности.

Фактические данные свидетельствуют о том, что уделение первоочередного внимания индивидуальной жизнеспособности пожилых

людей является более эффективной мерой, чем приоритетное лечение отдельных хронических заболеваний (15–17). При этом важность лечения заболеваний не отвергается, однако подчеркивается, что целями и отправными точками мер здравоохранения должны быть физические и психические способности пожилых людей. Рассмотрение проблем пожилых людей с точки зрения индивидуальной жизнеспособности и условий, в которых они живут, может обеспечить ориентированность медицинских услуг на результаты, которые особенно важны для повседневной жизни пожилых людей. Такой подход также помогает избежать ненужного лечения, полипрагмазии и их побочных эффектов (10, 56, 57).

Вставка 4.4. Оценка *здорового старения* и планы комплексного медицинского обслуживания

Оценка *здорового старения* охватывает различные области индивидуальной жизнеспособности и условия окружающей среды, в которой живут люди. Такая оценка начинает проводиться, как только люди обращаются за медицинскими услугами. Вероятность выявления у пожилых людей целого ряда проблем со здоровьем зачастую обуславливает необходимость привлечения нескольких врачей общей практики и специалистов, а также участия представителя сектора социального обслуживания. При необходимости такая оценка может быть проведена в несколько этапов для учета мнений всех соответствующих сторон (52, 53).

В рамках такой комплексной оценки составляются планы медицинского обслуживания. План включает цели пожилого человека, способы их достижения, функции разных секторов системы здравоохранения и социальной системы, а также план последующего наблюдения и повторной оценки. Составленный план медицинского обслуживания становится основой для объединения усилий и оценки достигнутого прогресса в отношении целей и задач пожилого человека.

Комплексные планы помощи являются результатом совместных усилий. Начальная оценка и обсуждение проводятся с участием пожилого человека, основных членов его семьи, других лиц, отвечающих за принятие решений, а также медицинских работников, отвечающих за вопросы планирования медицинского обслуживания. В процессе такого обсуждения определяются и уточняются потребности и цели пожилого человека, а также медико-социальные услуги, которые могут способствовать достижению его целей (54).

Комплексные планы медицинского обслуживания являются основным инструментом переориентации систем здравоохранения на оказание интегрированной медицинской помощи с ориентацией на пожилых людей. При полномасштабной реализации такие планы усиливают интеграцию медико-социальных услуг и способствуют координации действий различных служб здравоохранения. Данные исследования свидетельствуют о том, что планы комплексного медицинского обслуживания могут повышать качество обслуживания и способствуют получению более высоких результатов в плане здоровья (17, 55).

Адаптация мер к конкретным людям и их уровню жизнеспособности

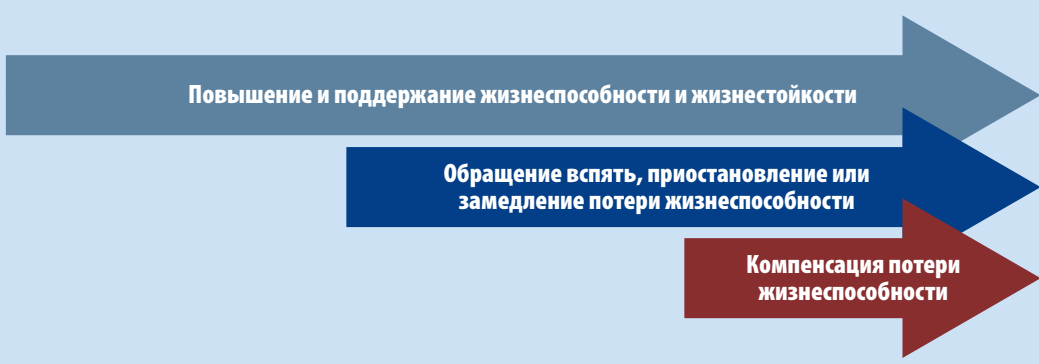
Вторая половина жизни характеризуется широким разнообразием траекторий изменения индивидуальной жизнеспособности. Тем не менее в любой группе пожилых людей у многих индивидов будут наблюдаться периоды высокой и стабильной жизнеспособности,

спада жизнеспособности и значительной потери жизнеспособности. Каждый из этих трех периодов требует различных мер реагирования, которые в обобщенном виде представлены на [рисунке 4.7](#).

Люди с высоким и стабильным уровнем жизнеспособности

Целью в отношении людей с высоким и стабильным уровнем жизнеспособности должно быть развитие и поддержание такого уровня

Рисунок 4.7. Три общих периода изменений индивидуальной жизнеспособности в пожилом возрасте; риски и проблемы, цели и ключевые меры реагирования системы здравоохранения

Период	Высокая и стабильная жизнеспособность	Спад жизнеспособности	Значительная потеря жизнеспособности
Риски и проблемы	Рискованные модели поведения, новые НИЗ	Снижение мобильности, саркопения, старческая дряхлость, когнитивные нарушения или деменция, сенсорные расстройства	Трудности при выполнении основных задач, боль и страдания, вызванные хроническими состояниями на поздних стадиях
Задачи			
Ответные меры	<p>Ослабление факторов риска и поощрение здорового образа жизни</p> <p>Ранняя диагностика и лечение хронических заболеваний</p> <p>Повышение жизнестойкости посредством образа жизни, способствующего укреплению жизнеспособности, укреплению личных навыков и развития отношений</p>	<p>Осуществление многокомпонентных программ на уровне первичной медико-санитарной помощи</p> <p>Устранение глубинных причин спада жизнеспособности</p> <p>Поддержание мышечной массы и минеральной плотности костей посредством упражнений и правильного питания</p>	<p>Меры, направленные на восстановление и поддержание индивидуальной жизнеспособности</p> <p>Уход и поддержка в целях компенсации потери жизнеспособности и обеспечения достойной жизни</p> <p>Быстрый доступ к неотложной помощи</p> <p>Паллиативная помощь и помощь в конце жизни</p>

НИЗ: неинфекционные заболевания.

жизнеспособности в течение как можно более длительного срока. Основное внимание следует уделять профилактике заболеваний и снижению риска, стимулированию образа жизни, способствующего укреплению жизнеспособности, надлежащему решению острых проблем, а также лечению хронических неинфекционных заболеваний на ранних стадиях.

Такие модели поведения, как нездоровое питание, малоподвижный образ жизни и табакокурение, увеличивают риск развития различных неинфекционных заболеваний в пожилом возрасте, и эффективными остаются стратегии, направленные на снижение воздействия такого поведения (58–66). Поэтому меры в отношении моделей поведения пожилых людей, у которых отмечается такая траектория, должны быть направлены на снижение этих рисков.

Выявление и лечение неинфекционных заболеваний на ранних стадиях является еще одной областью для принятия мер в течение этого периода. Эффективное управление медицинским обслуживанием лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, раком, хроническими респираторными заболеваниями, диабетом и другими неинфекционными заболеваниями или лиц, подверженных риску развития таких заболеваний, может препятствовать накоплению функциональной недостаточности, снижать потребность в госпитализации и использовании дорогостоящих высокотехнологичных мер вмешательства, а также снижать вероятность преждевременной смерти (64, 65, 67). Существует ряд эффективных мер профилактики и лечения неинфекционных заболеваний, а многие страны – в основном страны с высоким уровнем дохода – уже добились существенного снижения смертности от хронических заболеваний благодаря реализации этих мер (68). Тем не менее для ликвидации разрыва в области лечения хронических заболеваний у пожилых людей необходимы целенаправленные действия и принятие политических обязательств, особенно в странах с низким и средним уровнями дохода (69). Подготовлено

руководство по предоставлению первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченности ресурсов (70).

Особое внимание следует уделять гипертонии, которая является причиной значительной части сердечно-сосудистых заболеваний, ведущих к снижению индивидуальной жизнеспособности и преждевременной смерти. Тем не менее в случае выявления и лечения гипертонии на ранних стадиях эти риски возможно минимизировать. Лицам с гипертонией необходимо проводить оценку общего риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, включая тесты на сахарный диабет и другие факторы риска. Гипертония и диабет тесно связаны друг с другом, и невозможно проводить надлежащее лечение одной болезни, не уделяя должного внимания другому заболеванию (71). Фактические данные свидетельствуют о том, что подход к принятию решений о лечении на основе общего риска, в отличие от принятия решений на основе какого-либо одного фактора риска, позволяет не допустить использования ненужных лекарственных средств и, как следствие, наступления побочных эффектов от таких препаратов (72).

Люди со снижающейся жизнеспособностью

По мере прогрессирования связанных со старением глубинных изменений и развития хронических заболеваний индивидуальная жизнеспособность начинает снижаться. Этот процесс носит комплексный и динамичный характер: он может протекать медленно в рамках процесса старения или быстро, особенно вследствие определенных состояний здоровья или травм. Вмешательство на этом этапе имеет большое значение, поскольку процессы, приводящие к старческой дряхлости или зависимости от посторонней помощи, можно задержать, замедлить или даже частично обратить вспять благодаря мерам вмешательства, принимаемым на ранних стадиях процесса снижения функциональности (73–75).

Задача обеспечения здорового образа жизни сохраняет свою актуальность, однако основное внимание смещается от снижения факторов риска к принятию мер, которые непосредственно способствуют поддержанию индивидуальной жизнеспособности и ее восстановлению. Например, аэробные нагрузки важны для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (76), однако с возрастом возрастает значение упражнений, способствующих наращиванию мышечной массы, силовых упражнений и упражнений на координацию движений (глава 3), особенно для женщин среднего возраста с высоким риском развития остеопороза (77, 78). Рекомендации в отношении питания также меняются, при этом основное внимание уделяется питательной ценности, особенно содержанию в рационе витаминов и микроэлементов, хотя обеспечение надлежащего уровня потребления калорий и белков также остается важной задачей (глава 3) (79).

Эффективные меры вмешательства начинаются с комплексной оценки индивидуальной жизнеспособности пожилого человека и траекторий ее изменения; специфических состояний, моделей поведения и рисков, которые могут повлиять на жизнеспособность в будущем; и условий проживания пожилого человека. Такая оценка по критериям *здорового старения* обеспечивает информацию, необходимую для определения приоритетности и адаптации мер вмешательства (вставка 4.4). На основе этой информации разрабатываются многокомпонентные программы, эффективность которых в плане улучшения индивидуальной жизнеспособности, поддержания навыков самообслуживания и предотвращения зависимости от посторонней помощи была продемонстрирована в рамках учреждений первичной медико-санитарной помощи (80–83).

Учитывая их важную роль, меры, направленные на улучшение питания и стимулирование физической активности, следует включать в большинство многокомпонент-

ных программ (66). В частности, интенсивные силовые упражнения крайне необходимы для предотвращения и обращения вспять старческой дряхлости и саркопении; косвенным образом они также способствуют защите мозга от депрессии и ухудшения когнитивных функций (вставка 4.5) (84, 85). В ходе одного систематического обзора были получены данные о снижении на 50% относительного риска развития функциональных ограничений среди людей в возрасте 65–85 лет, занимающихся регулярной и по крайней мере умеренной физической активностью (86). Вследствие того что немощь является основной причиной падений людей, страдающих от старческой дряхлости (87–89), силовые упражнения могут способствовать поддержанию или восстановлению их автономности и независимости.

Люди со значительной потерей жизнеспособности

Многие люди пожилого возраста доживают до такого момента, когда они больше не в состоянии без посторонней помощи выполнять основные повседневные задачи. Этот этап характеризуется зависимостью от посторонней помощи, которая оказывается в первую очередь в рамках систем долгосрочного ухода (глава 5). Тем не менее системы здравоохранения продолжают играть важную роль для людей со значительной потерей жизнеспособности, в том числе посредством обеспечения текущего ведения заболеваний, реабилитации, а также оказания паллиативной помощи и помощи в конце жизни. Задачей систем здравоохранения также является обеспечение своевременного доступа к первичной, специализированной и неотложной помощи при необходимости. Имеются надежные фактические данные, свидетельствующие о том, что специализированные гериатрические отделения неотложной помощи оказывают более качественную помощь с более короткими сроками госпитализации при более низком уровне расходов по сравнению с помощью в больницах общего профиля (54, 90, 91).

Вставка 4.5. Здоровье мозга на протяжении всего жизненного цикла в Индонезии

Центр здоровья и интеллекта Министерства здравоохранения Индонезии недавно осуществил инициативу, направленную на развитие когнитивной устойчивости и функционирования на протяжении всего жизненного цикла. Меры принимаются на ранних этапах жизни и включают следующее:

- обеспечение стимуляции мозга и достаточного питания плода во время беременности;
- обеспечение стимуляции сенсомоторных функций у детей первого года жизни и использование игр и учебных материалов для стимуляции когнитивных функций у детей ясельного возраста;
- оптимизация учебной среды для детей школьного возраста и подростков;
- проведение среди взрослых оздоровительной работы, направленной на поощрение здорового образа жизни, физических упражнений, участия в общественной деятельности и развитие навыков управления стрессовыми ситуациями;
- раннее выявление ухудшения когнитивных функций или сопутствующих дегенеративных или сосудистых нарушений у пожилых людей.

Основным инструментом в рамках данной инициативы является полная оценка мозговой деятельности. Этот инструмент позволяет оценивать различные навыки, эмоциональный интеллект и когнитивные функции, а также определять меры, которые могут быть предложены лицам, принимающим участие в программе.

Эта инициатива примечательна тем, что в ее рамках используется охватывающий весь жизненный цикл подход к формированию когнитивной устойчивости и ресурсов, необходимых для профилактики и откладывания ухудшения когнитивных функций на более поздние этапы жизни. Министерство здравоохранения осуществляет эту программу на общенациональном уровне.

Источник: Trisa Wahyuni Putri, Центр здоровья и интеллекта, Министерство здравоохранения, Индонезия, личное сообщение, 24 сентября 2014 г.

Решающее значение для поддержания функциональной способности и сохранения достоинства пожилых людей на этом этапе жизни имеет интеграция медицинских услуг и услуг долгосрочной помощи. Были доказаны преимущества координации деятельности по оказанию помощи, а планы медицинского обслуживания способствуют предотвращению ненужной госпитализации, обеспечивают связь со службами долгосрочной помощи и содействуют пребыванию пожилых людей дома (92).

Одним из вариантов оказания услуг людям со значительной потерей жизнеспособности является организация медицинской помощи на дому. Такие услуги оказывает бригада медицинских работников и специалистов по долгосрочной помощи, которые обеспечивают лечение на дому тем людям, которые в противном случае подлежали бы госпитализации в отделения неотложной помощи. Фактические данные свидетельствуют о том, что такие услуги обеспечивают высокую удовлетворенность пациентов и лиц, осуществляющих уход, снижают смертность и сокращают показатели повторной госпитализации (93, 94).

Еще одним важным компонентом медицинской помощи на данном этапе являются услуги по реабилитации. Они способствуют предотвращению наступления постоянной инвалидности и зависимости от посторонней помощи, а также, как было доказано, способствуют сокращению числа случаев ненужной госпитализации и затягивания выписки из больницы (92). Больницы неотложной помощи должны принимать участие в обеспечении надлежащей реабилитации в условиях стационара, однако большая часть реабилитационных услуг может быть оказана за пределами больниц, в сообществе или дома (85).

Паллиативная помощь и помощь в конце жизни обеспечивают достойное и уважительное обращение с людьми на поздних стадиях заболеваний, а также учет их потребностей и пожеланий (вставка 5.8). Основными задачами

такой медико-санитарной помощи являются предоставление точной информации о лечении и прогнозах, составление планов расширенного ухода, а также облегчение боли и симптомов. Для минимизации страданий необходимо обеспечить наличие и применение опиоидных и неопиоидных анальгетиков. Тем не менее на последнем этапе жизни важное значение имеет социальная поддержка, и системы здравоохранения должны способствовать оказанию такой поддержки даже в условиях больницы.

Оказание ориентированной на пожилых людей комплексной помощи

Фактические данные свидетельствуют о том, что наилучшим подходом к осуществлению сложного комплекса мер на протяжении жизни пожилых людей является ориентированная на них комплексная помощь (95–98). В основе ориентированной на пожилых людей помощи лежит представление о том, что пожилые люди – это не простоместилище различных наруше-

ний или болезней. Это личности, обладающие уникальным опытом, потребностями и предпочтениями. В рамках этой концепции пожилые люди рассматриваются в контексте повседневной жизни как члены своей семьи и сообщества. Это означает, что, в отличие от эйджистского подхода, пожилые люди включаются в культуру совместного принятия решений, которая обеспечивает соблюдение их достоинства и автономности.

На клиническом уровне комплексная помощь представляет собой услуги, которые охватывают весь континуум помощи, интегрированы на разных уровнях и между разными уровнями лечения и лечебными учреждениями в рамках систем медико-санитарной и долгосрочной помощи (в том числе на дому) и предоставляются в соответствии с потребностями человека на протяжении всего жизненного цикла (99). С точки зрения пациента, комплексная помощь оказывается непрерывно, вне зависимости от заболевания, учреждений здравоохранения и периода времени. Важными компонентами клинической помощи пожилым людям с хроническими и множественными

Таблица 4.3. Сравнение традиционной помощи и ориентированной на пожилых людей комплексной помощи

Традиционная помощь	Ориентированная на пожилых людей комплексная помощь
Ориентирована на то или иное состояние (или состояния) здоровья	Ориентирована на человека и его цели
Целью являются социальное сопровождение или излечение пациента	Целью является максимальное повышение индивидуальной жизнеспособности
Пожилые люди рассматриваются как пассивные получатели помощи	Пожилые люди являются активными участниками процесса планирования медицинского обслуживания и обеспечения самопомощи
Помощь оказывается фрагментарно и зависит от состояний, медицинских работников, учреждений и этапов жизненного цикла	Помощь оказывается комплексно и охватывает все состояния, всех медицинских работников, все учреждения и этапы жизненного цикла
Связь между медико-санитарной и долгосрочной помощью ограничена или отсутствует	Налажена тесная связь между медико-санитарной и долгосрочной помощью
Старение считается патологическим состоянием	Старение считается нормальным и ценным этапом жизненного цикла

состояниями являются оценки *здорового старения*, планирование медицинского обслуживания и оказание помощи по принципу единого окна (таблица 4.3) (48, 50, 51, 100).

Важность комплексного подхода подчеркнута в *глобальной стратегии ВОЗ о предоставлении ориентированных на человека комплексных услуг здравоохранения* (99). В стратегии содержится рекомендация изменить методы финансирования, управления и оказания медицинских услуг, а также предложены пять взаимозависимых стратегических направлений деятельности, которые необходимо принять, чтобы придать медицинским услугам в большей степени ориентированный на человека и комплексный характер. Тем не менее для каждого конкретного контекста необходимо разработать точный набор применимых стратегий, учитывающих местные реалии, ценности и предпочтения (99).

В данном разделе представлены основные компоненты стратегии, которые наиболее актуальны для здоровья пожилых людей. Комплексный подход может осуществляться на уровне организации здравоохранения и на уровне сообщества, а также на более широком уровне политики, механизмов финансирования и совместных структур управления (101). Тем не менее исключительно важное значение имеет интеграция между первичной медико-санитарной помощью и другими уровнями и учреждениями по оказанию помощи (102).

Лишь несколько стран внедрили систему комплексной помощи пожилым людям и осуществили оценку ее использования в рамках своих систем здравоохранения. Имеется лишь небольшое количество документально зафиксированных результатов исследований, которые свидетельствуют о том, что обеспечить повышение удовлетворенности и индивидуальной жизнеспособности, а также сокращение показателей госпитализации может применение самых разных подходов (таблица 4.2).

Учитывая широкое разнообразие систем в мире, обеспечить оказание комплексной

помощи невозможно путем повсеместного применения какой-либо одной организационной модели (49). Тем не менее фактические данные свидетельствуют о том, что наиболее эффективным способом обеспечения комплексной помощи является объединение услуг, направленных на удовлетворение потребностей пожилых людей, на основе подхода, ориентированного на пожилых людей, а также с уделением основного внимания вопросам социального сопровождения, содействия их самопомощи и старению на месте (посредством оказания помощи на уровне сообщества). Эти подходы представлены ниже.

Социальное сопровождение: одна цель, одна оценка, один план медицинского обслуживания

Эффективная система социального сопровождения включает оценку потребностей отдельных пациентов, разработку планов комплексного медицинского обслуживания (вставка 4.4), а также управление услугами и их направленность на достижение одной цели – поддержания функциональной способности (103). Социальное сопровождение обычно предусматривает оказание помощи и ее координирование по принципу единого окна под руководством координатора медицинских услуг, который оказывает помощь при проведении оценки, передает информацию и координирует услуги, оказываемые различными медицинскими работниками и в различных учреждениях здравоохранения (49).

По данным систематических обзоров, социальное сопровождение способствует повышению индивидуальной жизнеспособности, улучшает различные аспекты назначения и приема лекарственных средств, а также способствует повышению качества услуг на уровне сообщества (16). Социальное сопровождение также приводит к улучшению состояния здоровья пожилых людей, страдающих от старческой дряхлости (16, 17), а также обеспечивает клинические преимущества в отношении неко-

торых хронических заболеваний (104). Таких результатов можно добиться и в условиях ограниченности ресурсов (см. [вставку 4.6](#)).

Оценки по критериям *здорового старения* и планы медицинского обслуживания особенно эффективны в трех ситуациях. Они помогают клиническому ведению пациентов с мультиморбидностью в разных медицинских учреждениях, направляя их усилия на достижение одной цели (105). Для пациентов, помещенных на стационарное лечение в больницу, такие оценки и планы могут снижать риск и предотвращать вред, связанный с госпитализацией, а также способствовать успешной выписке из больницы домой (54). Что касается пациентов, выписанных из больницы и включенных в программы долгосрочной помощи, то эти оценки и

планы гарантируют проведение последующего наблюдения, а также обеспечивают связь между службами медико-санитарной и социальной помощи (105).

Составной частью большинства подходов к социальному сопровождению является регулярное и устойчивое последующее наблюдение за пожилыми людьми. Такое наблюдение позволяет на раннем этапе выявить осложнения или изменения функционального состояния, что предотвращает необходимость в экстренной помощи и сводит к минимуму связанную с ней низкую эффективность. Оно также обеспечивает возможность мониторинга достигнутого прогресса в соответствии с планом медицинского обслуживания и привлечения дополнительной помощи при необходимости.

Вставка 4.6. Индивидуальные планы медицинского обслуживания пожилых людей, живущих в трущобах в Рио-де-Жанейро, Бразилия

В 2012 г. Научно-исследовательский центр по вопросам старения в Бразилии приступил к осуществлению экспериментального проекта в пригороде Рио-де-Жанейро Росинья (крупнейший в Бразилии район трущоб), поставив перед собой простую, но амбициозную цель: обеспечить надлежащий уровень медицинской помощи пожилым людям, страдающим от старческой дряхлости. С самого начала многопрофильная бригада Центра тесно сотрудничала с тремя клиниками семейного здоровья в Росинье. Персонал клиник прошел начальную подготовку в области гериатрии и стал направлять пожилых людей в Центр, используя для этого стандартизированные критерии отбора и ответы на вопросы скрининговой анкеты. Получившим направление в Центр предлагали пройти комплексную многоаспектную гериатрическую оценку, на основе которой составляли индивидуальный план медицинского обслуживания. План направляли в лечебное учреждение этих пациентов, которое в любое время имело возможность обратиться в Центр для обсуждения или за консультацией. Через 4–5 месяцев пожилой человек возвращался в Центр для контрольной оценки.

В течение 1-го года экспериментального этапа исследования были проведены почти 3 тыс. консультаций, на основе которых были составлены индивидуальные планы медицинского обслуживания для более чем 350 пожилых людей. Начальная оценка программы выявила высокие уровни соблюдения пациентами рекомендаций относительно приема лекарственных средств и питания; рекомендации в отношении физических упражнений и изменений условий окружающей среды выполнила почти половина пожилых людей, для которых были составлены индивидуальные планы медицинского обслуживания. Во время экспериментального этапа исследования к программе присоединились и другие клиники, и в настоящее время Центр принимает пациентов, направляемых учреждениями общественного здравоохранения, расположенными на всей территории штата Рио-де-Жанейро.

С 2014 г. Центр предлагает медицинским учреждениям и их пациентам более широкий ассортимент вспомогательных услуг, включая направление к различным специалистам (стоматологам, диетологам, логопедам, специалистам по трудотерапии и физиотерапевтам), оценки когнитивной функции, группы поддержки для членов семьи, осуществляющих уход, а также семинары по таким вопросам, как профилактика падений и обеспечение надлежащего питания.

Систематическая поддержка в целях самопомощи

Обеспечение поддержки в целях самопомощи является еще одним инструментом оказания ориентированной на пожилых людей комплексной помощи (106, 107). Такая поддержка предусматривает предоставление пожилым людям информации, формирование у них навыков и предоставление инструментов, необходимых им для контроля состояний здоровья, профилактики осложнений, максимального увеличения индивидуальной жизнеспособности и поддержания качества жизни. Это не означает, что пожилые люди будут предоставлены сами себе или что к ним будут предъявляться необоснованные или чрезмерные требования. Тем не менее этот подход признает автономность пожилых людей и их способность обеспечивать уход за собой на основе консультаций и партнерских отношений с медицинскими работниками, членами своих семей и другими лицами, осуществляющими уход.

В рамках программы самопомощи при хронических заболеваниях (108) собран наиболее обширный материал по вопросам оказания пожилым людям поддержки в области самопомощи. Работая с группами пожилых людей, инструкторы, не являющиеся специалистами, обучают их методам лечения симптомов когнитивных расстройств, дают рекомендации относительно методов контроля отрицательных эмоций, а также обсуждают такие вопросы, как лекарственные средства, диета, усталость и способы плодотворного взаимодействия с медицинскими работниками. Не являющиеся специалистами лидеры групп проводят интерактивные курсы, с тем чтобы укрепить у участников программы уверенность в своих способностях к выполнению конкретных задач по уходу за собой. Цель заключается не в ознакомлении участников с информацией о конкретном заболевании, а в использовании интерактивных упражнений для повышения у участников уровня самооэффективности и развития других навыков, помогающих им вести

активный образ жизни. Важным компонентом являются обмен опытом между участниками программы и обсуждение вопросов с лидерами групп.

Было доказано, что программы самопомощи при хронических заболеваниях способствуют улучшению состояния здоровья пожилых людей по целому ряду показателей. Улучшения наблюдались в области физической активности (109–111), ухода за собой (109), хронической боли (112) и самооэффективности (109–112). Тем не менее объем оцененных улучшений был в целом незначительным, а долгосрочные результаты недостаточно подтверждены документальными доказательствами (113). Кроме того, в большинстве исследований не учитывались пожилые люди, выбывшие из программ (113).

Обычно уровень участия пожилых людей в общинных программах самопомощи весьма низок, а те, кто принимает в них участие, как правило, обладают лучшим физическим здоровьем (114). Эти результаты свидетельствуют о необходимости ведения проактивной информационно-разъяснительной работы среди пожилых людей, проживающих в сообществе, а также о необходимости в дополнительных форматах поддержки развития самопомощи, связанных с меньшим количеством физических барьеров для участников.

Хотя в отношении плановых посещений медицинских учреждений собран не столь обширный материал, они предоставляют прекрасную возможность для формирования и укрепления навыков самопомощи. В данном контексте успешная самопомощь не является каким-то отдельным видом деятельности, а обеспечивает возможность для привлечения пожилых людей и лиц, осуществляющих уход за ними, к участию в процессах совместного принятия решений и разделения ответственности за здоровье и благополучие пожилого человека. Для руководства таким взаимодействием были разработаны различные клинические модели (115–117). Имеются и другие формы

осуществления программ самопомощи – по телефону или по сети Интернет.

Старение на месте

Пожилые люди часто предпочитают стареть в своем собственном доме или хотя бы в том сообществе, в котором они проживают (118–120). Это позволяет им поддерживать отношения и участвовать в общинных сетях, которые могут способствовать их благополучию и служить ресурсом в неблагоприятные периоды. Хотя концепция старения на месте в основном ориентирована на обеспечение надлежащего и приемлемого по цене жилья, формирование антропогенной среды, благоприятной для людей пожилого возраста, а также на обеспечение инструментальной поддержки, важную роль в ней играют медицинские услуги, обеспечивающие помощь пожилым людям в местах их проживания. Таким образом, необходимо переориентировать модели помощи на оказание первичной медицинской помощи и помощи на уровне сообщества. Такая переориентация предусматривает переход от стационарной к амбулаторной помощи, более активному использованию мер вмешательства на дому, участию сообщества и полностью интегрированной системе направления к специалистам (99).

Существует целый ряд эффективных подходов. Например, позитивные результаты дают выезды медицинских работников на дом в рамках программ на уровне сообщества (80, 121), хотя значения измеренных благоприятных последствий варьируются в разных исследованиях и для разных итоговых показателей. В 2014 г. итоги обзора 64 рандомизированных исследований свидетельствуют о том, что выезды на дом были эффективными в тех случаях, когда они включали проведение многопрофильной оценки, а количество визитов составляло пять или более (122). Максимальный общий эффект был достигнут в таких областях, как сокращение числа посещений отделений неотложной помощи, количества госпитализаций, продолжительности пребы-

вания в больнице, числа падений, а также улучшение физического функционирования (122). Для достижения максимального эффекта услуги на дому должны дополняться тесным взаимодействием со службами первичной медико-санитарной помощи, предусматривать план последующего наблюдения, а также ориентироваться на людей с низким риском смерти (123).

Принимаемые на дому меры по стимулированию физической активности у пожилых людей также дали многообещающие результаты (124). Принимаемые на дому меры, связанные с физической активностью, способствуют преодолению барьеров, с которыми обычно сталкиваются пожилые люди: такие меры устраняют транспортные барьеры и облегчают занятия физической активностью, делая их частью повседневной жизни (125, 126). Меры на дому, направленные на стимулирование физической активности, доступны в наибольшей степени, если не требуют направления к врачу.

Работа с местным населением и эпидемиологические обследования также являются важными аспектами, содействующими старению на месте. Такие меры могут охватывать пожилых людей, не посещающих медицинские центры, а также способствовать выявлению, мониторингу и поддержке пожилых людей, нуждающихся в медицинских услугах. В странах с низким и средним уровнями дохода многие из этих функций могут выполнять медико-санитарные работники на местах (вставка 4.7).

На уровне населения в целом сектор здравоохранения также может участвовать в разработке и осуществлении других программ, стимулирующих *здоровое старение*, например посредством предоставления рекомендаций относительно разработки программ физической активности, приемлемых для пожилых людей.

Вставка 4.7. Старение на месте: роль медико-санитарных работников на местах

Фактические данные и опыт говорят о том, что в странах с низким и средним уровнями дохода медико-санитарные работники на местах могут играть важную роль в обеспечении *здорового старения* на месте.

В Африканском регионе ВОЗ основой систем здравоохранения являются программы охраны здоровья на уровне сообщества. Медико-санитарные работники на местах играют ключевую роль в обеспечении соответствия первичной медико-санитарной помощи потребностям сообщества, особенно в области охраны здоровья матери и ребенка, а об их эффективности свидетельствует снижение уровня смертности среди матерей и детей.

Возрос интерес к возможности привлекать медико-санитарных работников на местах к борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями. Являясь единственным поставщиком услуг первичной медико-санитарной помощи на уровне сообщества, медико-санитарные работники на местах идеально подходят для оказания геронтологической помощи пожилым людям, проведения эпидемиологических обследований (то есть выявления в сообществе пожилых людей, страдающих от старческой дряхлости или зависящих от посторонней помощи, которые не обращались за помощью в медицинские учреждения), а также проведения оценок и принятия мер на дому (127, 128).

Выезды на дом в рамках общинных программ для пожилых людей предусмотрены национальной политикой нескольких стран с высоким уровнем дохода, включая Австралию, Данию и Соединенное Королевство. Целью таких программ является откладывание на более поздний возраст или предотвращение спада функциональности, зависимости от посторонней помощи и последующего помещения в дома престарелых благодаря проведению первичных профилактических мероприятий (например, иммунизация и упражнения), вторичных мероприятий (например, выявление нелеченых заболеваний) и третичных профилактических мероприятий (например, усовершенствование схем приема лекарственных средств). Хотя полученные оценки свидетельствуют об эффективности некоторых из этих программ, остается неясным, способны ли они предотвращать спад функциональности, какие компоненты программ эффективны и каким группам населения они могут приносить наибольшую пользу (127, 129).

Отлаженные системы здравоохранения

Хорошо отлаженные системы здравоохранения обеспечивают возможность оказания ориентированной на пожилых людей комплексной помощи. ВОЗ определила направления, на которых необходимо сосредоточить деятельность по построению эффективных (и хорошо отлаженных) систем здравоохранения (121). К этим направлениям относятся оказание услуг; людские ресурсы; инфраструктура здравоохранения, в том числе продукция медицинского назначения, вакцины и соответствующая технология; информационные службы и службы передачи данных; управление и руководство; а также финансирование. В данном разделе рассмотрены меры, которые могут быть приняты в указанных направлениях в целях содействия

оказанию стареющему населению комплексной и ориентированной на человека помощи (130).

Оказание услуг: создание благоприятной для пожилых людей инфраструктуры здравоохранения

Помимо создания систем, предоставляющих важные для пожилых людей услуги, службы первичной медико-санитарной помощи необходимо расположить вблизи мест проживания пожилых людей и обеспечить приоритетное обслуживание уязвимых групп населения и территорий, не получающих надлежащего медицинского обслуживания (131). Это важно для всех, но особенно для пожилых людей. Расстояние до медицинских центров, которое не представляет проблемы для населения в целом, может стать непреодолимым препятствием для пожилых людей со значительными нарушениями

ями; с этим связана также проблема доступного и приемлемого по цене общественного транспорта (глава 6) (132). Специализированные медицинские услуги обычно расположены в центральных районах, что может потребовать совершения дальних поездок. В таких случаях важно обеспечивать наличие удобного для пожилых людей и приемлемого по цене транспорта.

На всех уровнях обслуживания физическая инфраструктура медицинских центров и больниц должна быть спроектирована так, чтобы соответствовать нуждам пожилых людей. Такая инфраструктура может включать лифты, эскалаторы, пандусы, двери и проходы, доступные для лиц со значительной потерей физической способности или лиц в инвалидных колясках, удобные лестницы (не слишком высокие и крутые) с поручнями, полы с нескользким покрытием, помещения для отдыха с удобными сиденьями, а также крупные, четкие и хорошо освещенные указатели (132). Можно предусмотреть процедуры, благоприятные для пожилых людей (например, клиники могут выделять специальное время для обслуживания пожилых людей или предоставлять им приоритет при ожидании в очереди) (вставка 4.1), а весь персонал, включая вахтеров и административных работников, должен пройти подготовку в области оказания услуг, в большей степени благоприятных для пожилых людей.

Людские ресурсы: кадровые изменения

В соответствии с определением ВОЗ работниками здравоохранения являются «все люди, занимающиеся деятельностью, основным предназначением которой является укрепление здоровья» (133). К их числу относятся различные медицинские работники государственного и частного секторов, а также все другие вспомогательные работники, основные функции которых связаны с осуществлением или содействием осуществлению деятельности по укреплению здоровья, а также предоставлением

профилактической, лечебной, реабилитационной и паллиативной помощи.

Кадровые изменения, необходимые для реагирования на приоритетные вызовы XXI века, требуют от широкой коалиции медицинских работников и специалистов, оказывающих долгосрочную помощь, осуществления сотрудничества с партнерами на уровне сообщества, с пожилыми людьми и членами их семей. Оказываемые ими услуги должны отвечать будущим потребностям и ожиданиям пожилых людей. Для достижения этой цели медицинские работники всех категорий должны обладать надлежащей компетенцией, но вместе с тем должны работать в условиях, обеспечивающих максимальное применение их способностей. Для этого требуется создание многопрофильных бригад, обеспеченных инструментами, позволяющими им оказывать высококачественную комплексную помощь вне рамок медицинских учреждений, в том числе на дому (вставка 7.1).

Для выполнения требуемых функций медицинские работники должны обладать рядом ключевых компетенций. Они должны уметь проводить базовый скрининг для оценки функционирования, включая оценку зрения, слуха, когнитивных функций, состояния питания и гигиены полости рта (вставка 4.3), а также должны обладать навыками ведения состояний здоровья, которые свойственны пожилым людям, таких как старческая дряхлость, остеопороз и артрит. Они должны иметь представление о типичных проявлениях депрессии, деменции и алкоголизма у пожилых людей, а также о способах выявления признаков отсутствия заботы или жестокого обращения. Кроме того, медицинские работники должны уметь проводить оценки показателей *здорового старения* и составлять планы медицинского обслуживания, поскольку эти меры являются основными инструментами оказания ориентированной на пожилых людей комплексной помощи. Помимо этих конкретных компетенций медицинские работники должны обладать компетенциями общего характера в области

коммуникации, групповой работы, информационных технологий и общественного здравоохранения.

Аналогичные изменения необходимо внести в программы дослужебной подготовки персонала; такие программы обычно отстают от быстрых темпов текущих эпидемиологических и демографических изменений. Изменения в дослужебной подготовке могут включать принятие учебных программ на основе компетенций, в том числе указанных выше, стимулирование межпрофессионального образования, а также расширение учебного процесса от учебных центров до учреждений первичной медико-санитарной помощи и сообществ (14). Может возникнуть необходимость в наращивании потенциала учебных заведений в целях достижения предусмотренных стандартов (134). В руководстве ВОЗ по трансформации и расширению масштабов обучения и подготовки медицинских работников представлены ключевые рекомендации касательно расширения и реформирования образования и подготовки в целях увеличения числа, повышения квалификации и значимости медицинских работников (135). Не менее важно развивать навыки, которые обеспечивают более тесную интеграцию медицинских и социальных услуг.

Для закрепления знаний и совершенствования навыков действующего персонала важное значение имеет обучение без отрыва от основного места работы и непрерывное профессиональное развитие. Проверенными методами для закрепления новых навыков являются обеспечение постоянной поддержки и надзора за персоналом, а также привлечение к совместным консультациям специалистов широкого профиля и специалистов в области гериатрии.

Помимо обеспечения подготовки необходимо использовать медицинских работников таким образом, чтобы их деятельность соответствовала цели оказания ориентированной на пожилых людей комплексной помощи, и неотъемлемой частью этого процесса являются многопрофильные бригады. Многопрофильные

бригады несут совместную ответственность и отвечают за клинические процедуры и результаты лечения в отношении как отдельных пациентов, так и определенных групп населения. Для достижения успеха такие бригады должны регулярно проводить совещания, делиться информацией, четко распределять клинические функции и выполнять взаимодополняющие, но вместе с тем скоординированные функции в отношении одних и тех же лиц и групп населения (136). Бригады могут быть сформированы в рамках одной клиники или учреждения или включать персонал разных учреждений; связь между ними может обеспечиваться с помощью информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) при периодическом проведении очных совещаний.

Конкретные сочетания специалистов в составе многопрофильных бригад зависят от имеющихся в системе здравоохранения кадров и их конкретных сфер деятельности. С учетом сказанного важную роль в оказании комплексной помощи играют медицинские сестры. Как показала практика, участие или руководство со стороны прошедших надлежащую подготовку медицинских сестер или других медицинских работников, которые могут оказывать содействие врачам при выполнении основных функций (таких, как оценка, социальное сопровождение, поддержка в области самопомощи и последующее наблюдение), способствует соблюдению медицинскими работниками руководящих принципов, повышает уровень удовлетворенности пациентов, улучшает клинические показатели и состояние здоровья и повышает показатели использования медицинских услуг (137–139).

В идеале другими основными членами бригады должны быть врач общей практики, социальный работник, работник из местного сообщества и врач-гериатр для обеспечения консультаций и поддержки. Кроме того, в состав бригады могут также входить фармацевты, диетологи, реабилитологи и психологи, и это лишь некоторые из специалистов, в участии

которых может возникнуть необходимость. Наконец, непрофессиональные медицинские работники, которых иногда называют пациентами-экспертами, могут делиться своими знаниями и опытом с другими пациентами с таким же заболеванием.

С учетом будущего спроса необходимо по-новому подходить к определению требований к уровню образования, компетенции и карьерного роста для новых типов медицинских работников, необходимость в которых будет связана с удовлетворением будущих потребностей. Например, надзор за составлением комплексных планов медицинского обслуживания могут осуществлять специально назначенные координаторы помощи, которые могут относиться к одной из профессиональных групп, перечисленных выше, либо к другой группе специалистов. Во многих странах с низким и средним уровнями дохода в ответ на нехватку медицинского персонала и на проблемы, связанные с удержанием персонала в сельских районах и на территориях, не получающих надлежащего медицинского обслуживания, возникла новая категория вспомогательных клинических специалистов (например, старшие по отделению, работники медико-санитарных служб или младший медицинский персонал) (137, 140–142).

Наконец, хотя в настоящем докладе утверждается, что потребности пожилых людей будут удовлетворяться наилучшим образом, если все специалисты пройдут надлежащую подготовку в области гериатрии, решить эту задачу невозможно без критической массы опыта, накопленного специалистами в области гериатрии, или при отсутствии врачей-гериатров, способных наблюдать и лечить пациентов в сложных случаях. Удивляет тот факт, что во многих странах крайне мало врачей-гериатров, хотя для удовлетворения даже текущих потребностей их необходимо гораздо больше. Кроме того, для определения наиболее эффективных мер и услуг необходима гораздо более крепкая научная база. Хотя не для всех служб

здравоохранения потребуются научные гериатрические подразделения и специалисты, их наличие будет иметь решающее значение для формирования базы фактических данных и поднятия статуса этой области знаний, которая часто воспринимается как одна из наименее привлекательных.

Информационные системы здравоохранения и электронное здравоохранение: инвестиции играют ключевую роль

Использование ИКТ для оказания медицинской помощи (так называемое электронное здравоохранение – eHealth) является важным инструментом преобразования систем и услуг здравоохранения в целях оказания ориентированной на пожилых людей комплексной помощи, приемлемой для пожилых людей и соответствующей повестке дня в области *здорового старения*. Стратегическое использование ИКТ будет иметь большое значение для улучшения функциональной способности будущих поколений, интеграции помощи, оказываемой пожилым людям, и управления ею, оценки воздействия мер вмешательства и обеспечения подотчетности в отношении оказанных услуг.

Во всем мире достижения в области ИКТ используются для улучшения доступа к медицинской помощи и повышения ее качества и безопасности, а также для обеспечения экономической эффективности предоставления медицинских услуг (143). Например, в Европейском союзе внедрение ИКТ и телемедицины, по оценкам, повысило эффективность медицинской помощи на 20% (144). Сегодня во многих странах электронное здравоохранение приводит к изменению принципов оказания медицинской помощи и работы систем здравоохранения.

С помощью электронных медицинских карт и сопутствующих систем медико-санитарной информации могут осуществляться сбор, упорядочение и распространение информации об отдельных пациентах и группах пациентов, что

способствует выявлению потребностей пожилых людей, планированию их медицинского обслуживания с течением времени, мониторингу реакции на лечение и оценке результатов в отношении здоровья. Эти инструменты также могут облегчать сотрудничество между медицинскими работниками и между бригадами по оказанию медицинской помощи и их клиентами, которые могут находиться в разных учреждениях или географических районах. Такие медицинские услуги, как телемедицина и удаленные консультации, позволяют пациентам получать доступ к средствам диагностики и лечения, которые в противном случае были бы для них недоступны на местном уровне. Во многих отношениях ИКТ стали основой эффективного лечения хронических заболеваний и оказания помощи многопрофильными бригадами.

В целом ряде учреждений ИКТ используются для облегчения доступа к современным знаниям, что позволяет медицинским работникам оказывать безопасную помощь на основе фактических данных. Например, автоматические напоминания, подсказки и предупреждения, входящие в состав систем управления клинической медицинской документацией, помогают персоналу соблюдать стандарты качества и систематически документировать результаты диагностических тестов и оказанную медицинскую помощь.

Электронное здравоохранение все более широко применяется для повышения качества жизни пожилых людей. Например, с его помощью проживающие у себя дома пожилые люди поддерживают связь с бригадами по оказанию медицинской помощи, а также с общинными и социальными службами, что позволяет пожилым людям преодолевать одиночество и изоляцию, вести независимый образ жизни и оказывать себе помощь при различных состояниях.

В настоящее время ведутся исследования по использованию ИКТ пожилыми людьми для мониторинга своего здоровья. Например,

носимые на себе электронные устройства могут использоваться для сбора информации об их физической активности, питании и таких показателях функциональной способности, как скорость ходьбы.

Исследования генетических детерминант жизнеспособности пожилых людей и биомаркеров преждевременного спада жизнеспособности позволят предоставлять пациентам индивидуальные консультации на гораздо более раннем этапе, чем это возможно в настоящее время. Должны быть разработаны такие информационные системы, которые могут обеспечить наиболее полное использование преимуществ этих инноваций.

Кроме того, область применения информационных систем здравоохранения можно расширить, включив в нее проведение мониторинга, оценки и планирования на уровне политики, а также для повышения качества медицинского обслуживания пожилых людей – в идеале в рамках систем медико-санитарной и долгосрочной помощи. Тем не менее для их использования в этих областях необходимо обеспечить широкое согласование и последовательное использование единых показателей. Необходимо определить и ввести в действие показатели глубинных причин и областей функциональной способности, такие как недостаточное питание, нарушения мобильности, когнитивные нарушения и сенсорные расстройства, а также обеспечить их регулярную оценку в группах населения пожилого возраста. В качестве отправной точки для разработки показателей в рамках систем медицинской и долгосрочной помощи можно использовать различные инструменты для измерения показателей функциональной способности (145–147).

Продукция медицинского назначения, вакцины и технологии: обеспечение доступа

Для сохранения здоровья, активности и независимости пожилых людей в течение как можно более длительного срока незаменимыми явля-

Вставка 4.8. Австралия: привлечение фармацевтов к оказанию комплексной помощи для решения проблем, связанных с приемом лекарственных средств

В Австралии пожилым людям с повышенным риском возникновения проблем, связанных с приемом лекарственных средств, оказывает помощь фармацевтическая служба «Хоум Медисинз Ревью» (Home Medicines Review), сотрудники которой занимаются предотвращением, выявлением и устранением таких проблем. Служба действует следующим образом.

1. Врачи общей практики на основе стандартных критериев выявляют подверженных риску пожилых людей, например тех, кто принимает пять лекарственных средств или более, либо тех, кто принимает лекарственные средства с узким «терапевтическим окном», подлежащие назначению с большой осторожностью и под контролем врача во избежание побочных явлений. Таких пожилых людей направляют в местную аптеку по их выбору.
2. Фармацевт проводит беседу с пожилым человеком (обычно на дому) для выяснения полного профиля лекарственного средства.
3. Фармацевт составляет письменный отчет с изложением своих выводов и рекомендаций, а затем пересылает отчет врачу общей практики, лечащему этого человека.
4. Врач общей практики и пожилой человек согласовывают план приема лекарственных средств на основе отчета.

Эта служба является одним из основных компонентов австралийской национальной политики в отношении лекарственных средств, цель которой состоит в обеспечении безопасного и эффективного использования лекарственных препаратов. С 2001 г. в стране было проведено 620 тыс. обзоров использования лекарственных средств. Результаты проведенной оценки свидетельствуют о том, что такие обзоры оптимизируют процедуры назначения медикаментов пожилым людям и предотвращают развитие избыточных побочных эффектов (148).

ются продукция медицинского назначения, основные лекарственные средства и технологии здравоохранения.

Лекарственные средства для пожилых людей должны быть безопасными и правильно подобранными, должны иметься в наличии и быть доступными; тем не менее для большинства систем здравоохранения достижение этих целей является серьезной проблемой. Пожилые люди принимают больше лекарственных средств, чем люди молодого возраста, а также нередко принимают несколько лекарственных средств одновременно (полипрагмазия). Кроме того, по мере старения организма действие лекарственных средств меняется, а с возрастом также увеличивается вероятность правильного использования лекарственных средств. Поэтому обеспечение надлежащего использования лекарственных средств пожилыми людьми, в том числе за счет правильного

назначения лекарственных средств, является задачей, которая требует неотложного внимания (вставка 4.8).

Страны могут рассмотреть возможность принятия мер в нескольких направлениях. Например, может возникнуть необходимость в разработке руководства по надлежащему назначению лекарственных средств; дополнительную пользу могут принести программы обеспечения бесплатного доступа пожилых людей к основным лекарственным средствам. В Бразилии, например, доступ к лекарственным средствам был расширен за счет бесплатного предоставления пяти основных лекарственных средств пожилым людям, получающим лечение в рамках системы национального здравоохранения; лекарственные препараты для лечения хронических заболеваний бесплатно предоставляются пожилым людям через службы медико-санитарной помощи и

в рамках национальной программы охраны здоровья семьи (149).

Перечни основных лекарственных средств необходимо пересмотреть с учетом динамики изменения состояния здоровья пожилых людей. Например, обычно в эти перечни не входят пищевые добавки, витамины и микроэлементы, хотя вопрос об их включении в такие списки стоит рассмотреть, поскольку они оказывают положительное воздействие на функционирование пожилых людей. Что касается других состояний, таких как деменция и саркопения, то в их отношении пока что не накоплены убедительные фактические данные, обосновывающие необходимость медикаментозного лечения, поэтому, прежде чем включать лекарственные средства для лечения этих состояний в соответствующие списки, необходимо провести дополнительные исследования (150).

Еще одной важной областью, где могут быть приняты соответствующие меры, является обеспечение доступа к ассистивным технологиям здравоохранения. Такие технологии могут помочь пожилым людям сохранить функциональную способность, несмотря на снижение жизнеспособности; они могут повышать благополучие и качество жизни, способствовать сокращению числа падений и госпитализаций, а также снижению обеспокоенности среди пожилых людей и членов их семьи (151). Интеграция продукции медицинского назначения и услуг в национальную политику в области здравоохранения и старения способствует достижению справедливости и созданию необходимой политической и нормативной среды, содействующей расширению доступа к таким технологиям. Необходимо также разработать финансовые схемы закупки таких технологий.

Решения ближайшего периода времени не обязательно должны быть ориентированы на новые технологии, а могут использовать имеющиеся технические средства или их сочетание. Обзоры ассистивных технологий, применяемых пожилыми людьми, свидетельствуют о том, что наиболее широкое применение нахо-

дят базовые устройства, в том числе очки и слуховые аппараты, устройства, обеспечивающие мобильность (такие, как трости и опорные ходунки), оборудование для пользования туалетом, подушки или другие средства для приспособления мебели либо кроватей для нужд пожилых людей (152). Одной из приоритетных задач является обеспечение широкой доступности этих устройств и их приемлемости по цене.

Технологии будущего должны быть не только ориентированы на конкретные физические нарушения и неинфекционные заболевания, но также учитывать потребности и предпочтения пожилых людей. Хотя эти традиционные области медицинских технологий по-прежнему будут иметь большое значение, существует потребность в расширении сферы применения этих технологий и устройств. В период социальной изоляции и одиночества, которые оказывают существенное воздействие на психическое и физическое здоровье пожилых людей, медицинские технологии могут в значительной степени способствовать сокращению физического и эмоционального разрыва между членами семьи, пожилыми людьми и лицами, осуществляющими уход за ними, и другими членами сообщества. Обеспечение медицинской помощи на дому (развивающееся направление медицинских технологий) по-прежнему останется актуальной задачей. Носимые электронные устройства позволят осуществлять непрерывный мониторинг функций и уход на индивидуальной основе. Вместе с тем необходимо расширить сферу применения технологий и устройств, используя их для решения таких проблем, как ухудшение когнитивных функций и старческая дряхлость, поскольку в этих областях наблюдаются дефицит профессиональных кадров и недостаточный уровень подготовки. Тем не менее компьютерные интерфейсы, робототехника и виртуальные компьютерные сети могут лишь отчасти удовлетворить базовую потребность человека в физическом, эмоциональном и социальном контактах.

Вставка 4.9. Интеграция вопросов старения в национальную стратегию охраны здоровья семьи в Бразилии

В 2006 г. в Бразилии была принята национальная политика по вопросам старения и здоровья, которая привлекла внимание к потребностям стареющего населения страны, прежде не рассматривавшимся в национальной политике и стратегиях здравоохранения. Новая политика способствовала повышению качества оказываемой пожилым людям помощи благодаря обязательствам, принятым Бразилией в отношении всеобщего охвата услугами здравоохранения, а также комплексной национальной программе по вопросам охраны здоровья семьи, которые послужили основными инструментами улучшений.

Ключевым элементом программы по вопросам охраны здоровья семьи является использование многопрофильных бригад, в состав которых входят не только врачи и медицинские сестры, но и физиотерапевты, психологи, инструкторы по физической культуре, диетологи и врачи-трудотерапевты, а также другие специалисты. Такие бригады работают в центрах охраны здоровья семьи, которые оказывают медицинские и социальные услуги, обеспечивают контакты с населением, проводят эпидемиологические обследования и посещают больных на дому в рамках определенного географического района.

Все медицинские работники обучены проведению оценки функционального состояния пожилых людей, включая старческую дряхлость, а также проведению психосоциальной оценки. Такие всесторонние оценки стали основой для интеграции помощи, оказываемой различными службами и поставщиками услуг. Разработанное новое руководство по вопросам комплексной первичной медико-санитарной помощи пожилым людям дополнило программу подготовки специалистов.

Затем вопросы старения были включены в ряд процедур клинической помощи; кроме того, были введены новые меры вмешательства, ориентированные на пожилых людей. Некоторые из этих мер осуществляются в сообществах, в которых проживают пожилые люди, с использованием групп самопомощи, курсов содействия здоровому образу жизни, групп физической подготовки и танцевальных классов. К преимуществам программы следует отнести привлечение и участие сообществ. Например, пожилые люди и добровольцы обеспечивают реализацию многих инициатив в области социальной помощи, осуществляемых центром.

Источник: Eduardo Augusto Duque Bezerra, руководитель городского отдела здравоохранения, Пернамбуку, Бразилия, личное сообщение, март 2015 г.

Руководство и управление: включение концепции здорового старения в политику и планирование в качестве центрального элемента

Реформы в области политики лежат в основе разработки и осуществления комплексных мер реагирования служб здравоохранения на проблему старения населения. Залогом успеха таких мер являются принятие правительствами обязательств в этой области, а также конкретизирующая эти обязательства официальная политика, законодательство, нормативные положения и механизмы финансирования.

Ориентированная на человека комплексная помощь пожилым людям предусматривает разработку мер политики и планов медицин-

ской помощи, которые прежде всего учитывают потребности пожилого населения (вставка 4.9). Слишком часто в политике и планах проблемы пожилых людей остаются без внимания. Первым шагом должен стать пересмотр политики и планов с учетом этого факта. При пересмотре планов и политики должны быть учтены такие важные для стареющего населения вопросы, как координация помощи, поддержка в области самопомощи, старение на месте и последствия для функциональности. В соответствующих случаях политика и планы должны обеспечивать интеграцию на разных уровнях помощи (например, между службами первичной медико-санитарной помощи и службами на базе больниц), а также в рамках

систем медицинской и долгосрочной помощи. Интеграции может способствовать разработка единых систем составления бюджета, мониторинга и отчетности.

Необходимо выявлять политику и процедуры, приводящие к дискриминации пожилых людей, и вносить в них изменения. Такие изменения могут предусматривать, например, адаптацию национальных показателей здоровья посредством включения показателей здоровья, имеющих большое значение для пожилых людей (таких, например, как деменция или сенсорные нарушения), обеспечение сбора данных о состоянии здоровья по всем возрастным группам, разбивку данных по возрасту и полу с группировкой по 5 или 10 лет вместо отнесения пожилых людей к категории «старше 70 лет» и установление требования об оценке выводимых на рынок новых лекарственных средств для лечения конкретных заболеваний на предмет общей мультиморбидности.

Кроме того, необходимо уделять внимание вопросам преодоления неравенства в области охраны здоровья пожилых людей. Бедные и маргинализированные пожилые люди обычно в большей степени уязвимы к рискам для здоровья, у них больше проблем со здоровьем, и они сталкиваются с большими трудностями в получении доступа к услугам. Сравнение 20% наиболее богатых и 20% наиболее бедных домохозяйств позволяет получить представление лишь о 40% населения. При этом существенные различия в плане жизнеспособности и функционирования, а также факторов риска, заболеваний и доступа к услугам наблюдаются между всеми слоями населения (от наиболее бедных до наиболее богатых), а также между группами населения при разбивке по другим социальным характеристикам.

Системы здравоохранения могут способствовать сокращению огромных, но устранимых различий внутри стран, хотя эта задача требует принятия политических обязательств и четкого понимания ситуации (153). Системы, в которых такие различия успешно преодолены,

обладают рядом общих характеристик. Они стремятся к обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения и обеспечивают конкретные преимущества для детей и пожилых людей, социально уязвимых и маргинализированных групп населения, а также для других групп, охват которых в надлежащей степени не обеспечивается. В рамках этих систем используется комплексный подход к пониманию более широких детерминант здоровья и различий в уровне рисков и уязвимости отдельных людей и групп населения, а вопросы справедливости в отношении здоровья включены в программы общественного здравоохранения (154). Измерению подлежат как неравенство, так и социальные градиенты в целом, и на основе этой информации можно выявлять и отслеживать несправедливость в отношении здоровья. Системы, успешно решающие проблемы несправедливости, предусматривают участие групп населения и организаций гражданского общества, выступающих в поддержку привлечения пожилых людей к процессу принятия решений. Это касается в первую очередь организаций, которые работают с социально уязвимыми и маргинализированными группами населения. И наконец, такие системы предусматривают руководство, процедуры и механизмы, способствующие межсекторальному сотрудничеству в области содействия *здоровому старению*.

В некоторых странах вопросы старения включаются в общую политику и планы в области здравоохранения, в то время как в других государствах эти вопросы излагаются в отдельном документе. В идеале вопросы *здорового старения* включаются в национальную политику и планы в области здравоохранения, при этом подготавливается дополнительный, более комплексный план по вопросам политики в области старения и здравоохранения с более детальным рассмотрением этих вопросов (24).

Финансирование системы здравоохранения: согласование с целями здорового старения

Медицинскому обслуживанию стареющего населения может способствовать политика по финансированию здравоохранения. Важной отправной точкой является получение надежной информации, которая позволяет отслеживать все уровни затрат, а также проводить анализ расходования средств и получаемых промежуточных и конечных результатов. Как подчеркивалось в настоящем докладе, расходы на здоровье пожилых людей являются инвестициями в их способность делать то, что они считают важным. Назрела острая необходимость в измерении экономической выгоды таких мер.

Политика по финансированию здравоохранения должна соответствовать целям обеспечения всеобщего охвата стареющего населения услугами здравоохранения, который определяется ВОЗ как обеспечение того, чтобы все люди имели возможность доступа к услугам здравоохранения, в которых они нуждаются, – таким, как профилактика, укрепление здоровья, лечение и реабилитация – без риска финансового разорения в связи с доступом к ним (155). Согласование политики по финансированию здравоохранения с целями обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения позволит пожилым людям не воздерживаться от использования основных медицинских услуг по причине связанных с ними финансовых расходов, а также избавит их от риска столкнуться с финансовыми трудностями или даже обнищания в связи с испытываемыми ими потребностями в помощи.

С практической точки зрения политика по финансированию здравоохранения охватывает такие вопросы, как получение доходов, объединение и распределение средств, а также определение способов приобретения услуг. Что касается получения доходов, то обеспечение надлежащего уровня государственного финансирования необходимо для ограничения использования наличных средств пациентов

для оплаты основных услуг и, следовательно, для обеспечения финансовой защиты. Объединение ресурсов разных групп населения позволяет эффективно распределить риски и имеет особенно важное значение для групп стареющего населения.

Цель закупок при оказании ориентированной на пожилых людей комплексной помощи состоит в предоставлении доступных и приемлемых по цене услуг для всех. Политика по финансированию здравоохранения должна обеспечивать, чтобы применяемые на систематической основе стимулы способствовали оказанию таких комплексных услуг, а не принятию разрозненных мер в ответ на конкретные проблемы. Например, поставщики медицинских услуг должны иметь финансовые стимулы для проведения всесторонних оценок, принятия профилактических мер для задержки или обращения вспять спада жизнеспособности и обеспечения долгосрочной помощи (в том числе реабилитационной, паллиативной и хосписной). В состав обеспеченных денежным покрытием услуг также должна входить медицинская помощь на дому.

Особое внимание необходимо уделять не только обеспечению надлежащей оплаты труда медицинских работников, оказывающих помощь пожилым людям, но и наличию соответствующих стимулов, особенно для работников в общинных учреждениях и учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Финансовые стимулы могут использоваться для поощрения медицинских работников вести трудовую деятельность в регионах, не получающих надлежащего медицинского обслуживания, и эти меры находят все большее применение в секторе здравоохранения наряду с выплатой заработной платы и получением платы за услуги.

Пересмотр целей медицинских исследований

Целью многих медицинских исследований является изучение заболеваний. Этот подход

не позволяет более глубоко изучить незначительные изменения индивидуальной жизнеспособности, которые происходят как до, так и после начала заболевания, а также факторы, влияющие на эти изменения.

Глубинные изменения жизнеспособности и функций организма, сопровождаемые во многих случаях коморбидностью, приводят к тому, что физиологические реакции пожилых людей отличаются от реакций в других возрастных группах. Тем не менее пожилые люди и лица с коморбидностью обычно исключаются из клинических исследований, и это означает, что их результаты неприменимы непосредственно к группам пожилого населения (156, 157).

Необходимо пересмотреть дизайн клинических исследований в целях более точного определения ответной реакции пожилых людей на различные лекарственные средства и их сочетания (158). В частности, в отношении влияния часто назначаемых лекарственных средств на людей с мультиморбидностью необходимы дальнейшие исследования, отличающиеся от типичного допущения о том, что оптимальным способом лечения пациента с более чем одной проблемой со здоровьем является сочетание разных мер вмешательства (158). При этом результаты исследований следует рассматривать с учетом не только маркеров заболеваний, но и индивидуальной жизнеспособности. Пока не будут разработаны новые подходы к проведению клинических исследований, которые бы в большей степени отвечали потребностям пожилых людей, заполнению этих пробелов может способствовать более тщательный послепродажный контроль.

Для разработки мер по замедлению спада жизнеспособности необходимо, чтобы трансляционные исследования старения и продолжительности жизни в большей степени учитывали социальные аспекты. Например, понимание причин, почему некоторые пожилые люди не принимают лекарственные средства, может способствовать соблюдению

режима лечения и, следовательно, повысить его эффективность (159). Кроме того, для групп населения пожилого возраста могут потребоваться другие информационные сообщения и стратегии, стимулирующие ведение здорового образа жизни (160, 161).

Наконец, для обеспечения устойчивости систем здравоохранения важно добиться экономической эффективности принятых стратегий. Тем не менее было бы неверным предполагать, что результаты анализа экономической эффективности, проведенного в младших возрастных группах, можно просто экстраполировать на пожилых людей, для которых характерны более высокие уровни риска и более высокая распространенность неблагоприятных последствий (162). Одним из результатов может стать вывод, что скрининг и лечение являются в большей степени экономически эффективными в отношении пожилых людей.

Тем не менее вполне вероятно, что наиболее важной задачей является изменение установок доноров и исследователей. Им необходимо не только в большей степени и более конкретно сосредоточиться на исследовании траекторий изменения индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности, но и преодолеть дискриминационные представления о пожилых людях и пересмотреть политику и процедуры, включив в дизайн исследований пожилых людей. Эти меры потребуют пересмотра бюджетов, поскольку в настоящее время на финансирование связанных с пожилыми людьми исследований выделяются относительно небольшие средства (163).

Заключение

Для удовлетворения потребностей стареющего населения необходимо внести существенные изменения в структуру систем здравоохранения и процедуры оказания медицинской помощи. Во многих местах, особенно в странах с низким и средним уровнями дохода, основ-

ными препятствиями к получению помощи являются доступ к медицинским услугам и их приемлемость по цене. В таких условиях необходимо разработать новые услуги и подходы.

Тем не менее на глобальном уровне имеющиеся в настоящее время услуги зачастую в недостаточной степени отвечают потребностям пожилых людей. Для обеспечения комплексной и скоординированной помощи, которая, как было показано, является более адекватной и эффективной, необходимо перепрофилировать такие услуги. Прежде всего, медицинская помощь должна быть ориентирована на пожилых людей. Это потребует учета их уникальных потребностей и предпочтений, а также их вовлечения в качестве активных участников в процессы планирования медицинского обслуживания и контроля их состояний.

Вместе с тем необходимы изменения и самих систем здравоохранения. Необходимо обеспечить более тесную интеграцию медицинских услуг на всех уровнях и среди всех групп специалистов. Необходимо обеспечить более высокий уровень координации с системами долгосрочной помощи, возможно, посредством официальной интеграции. В структуру медицинской помощи пожилым людям следует внедрить такие направления, как социальное сопровождение, поддержка в области самопомощи и содействие старению на месте.

Такие изменения не требуют больших затрат и носят устойчивый характер. Хотя в большинстве дискуссий по вопросам старения населения высказывалось предположение о неконтролируемом росте спроса на услуги, фактические данные свидетельствуют о том, что этот рост будет гораздо более слабым фактором инфляции, нежели развитие новых технологий и изменения в клинической практике. Действительно, рассмотренный в данной главе комплексный и ориентированный на человека подход не только обеспечивает оптимальные результаты для пожилых людей, но и требует затрат не больше, чем традиционные услуги.

Хотя преобразование систем здравоохранения потребует действий по нескольким направлениям, приоритетными из них являются три следующие области:

- переориентация клинической практики заболевания на индивидуальную жизнеспособность;
- перестройка систем здравоохранения для обеспечения ориентированной на пожилых людей комплексной помощи;
- переобучение медицинских кадров в целях повышения качества оказываемой помощи в соответствии с требованиями новых систем.

Основные действия по каждому из этих направлений рассмотрены в главе 7.

Библиография

1. WHO World Health Survey: 2002–2004. In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 23 June 2015).
2. McIntyre D. Health policy and older people in Africa. In: Lloyd-Sherlock P, editor. Living longer: ageing, development and social protection. London: Zed Books; 2004:160–83 (<http://zedbooks.co.uk/node/21198>, accessed 9 June 2015).
3. Aboderin I, Kizito P. Dimensions and determinants of health in old age in Kenya. Nairobi: National Coordinating Agency for Population and Development; 2010.
4. He W, Muenchrath MN, Kowal P. Shades of gray: a cross-country study of health and well-being of the older populations in SAGE countries, 2007–2010. Washington (DC): United States Government Printing Office; 2012 (<http://www.census.gov/prod/2012pubs/p95-12-01.pdf>, accessed 9 June 2015).
5. Bähler C, Huber CA, Brüngger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1):23. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0698-2> PMID: 25609174
6. Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff (Millwood).* 2014 Dec;33(12):2247–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0947> PMID: 25410260
7. Alecxih L, Shen S, Chan I, Taylor D, Drabek J. Individuals living in the community with chronic conditions and functional limitations: a closer look. Washington (DC): Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, United States Department of Health and Human Services; 2010 (<http://www.aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2010/closerlook.pdf>, accessed 9 June 2015).
8. Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med.* 2015 Feb;126:154–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.028> PMID: 25562311
9. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health.* 2004 Oct;94(10):1788–94. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788> PMID: 15451751
10. Balarajan Y, Selvaraj S, Subramanian SV. Health care and equity in India. *Lancet.* 2011 Feb 5;377(9764):505–15. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61894-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61894-6) PMID: 21227492
11. WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE). In: World Health Organization, Health statistics and information systems [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>, accessed 23 June 2015).
12. Dey S, Nambiar D, Lakshmi JK, Sheikh K, Srinath Reddy K. Health of the elderly in India: challenges of access and affordability. In: Smith JP, Majmundar M, editors. Aging in Asia: findings from new and emerging data initiatives. Washington (DC): National Academies Press; 2012 (<http://www.nap.edu/catalog/13361/aging-in-asia-findings-from-new-and-emerging-data-initiatives>, accessed 9 June 2015).
13. Albanese E, Liu Z, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. Equity in the delivery of community healthcare to older people: findings from 10/66 Dementia Research Group cross-sectional surveys in Latin America, China, India and Nigeria. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):153. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-153> PMID: 21711546
14. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010 Dec 4;376(9756):1923–58. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5) PMID: 21112623
15. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law.* 2010 Jan;5(Pt. 1):71–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120> PMID: 19732475
16. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):93. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010
17. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community.* 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
18. Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ.* 2005 Mar 19;330(7492):637–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7492.637> PMID: 15774994
19. Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans; Board on Health Care Services; Institute of Medicine of the National Academies Press. Retooling for an aging America: building the health care workforce. Washington (DC): National Academies Press; 2008 (http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12089, accessed 9 June 2015).
20. Mateos-Nozal J, Beard JR. Global approaches to geriatrics in medical education. *Eur Geriatr Med.* 2011;2(2):87–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2011.01.001>

21. Keller I, Makipaa A, Kalenscher T, Kalache A. Global survey on geriatrics in the medical curriculum. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_tegeme.pdf, accessed 9 June 2015).
22. Stall N. Time to end ageism in medical education. *CMAJ*. 2012 Apr 3;184(6):728. doi: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.112179> PMID: 22410378
23. Center for Health Workforce Studies. The Impact of the aging population on the health workforce in the United States. Rensselaer (NY): University at Albany, School of Public Health; 2006 (http://www.albany.edu/news/pdf_files/impact_of_aging_full.pdf, accessed 9 June 2015).
24. Araujo de Carvalho I, Byles J, Aquah C, Amofah G, Biritwum R, Panisset U, et al. Informing evidence-based policies for ageing and health in Ghana. *Bull World Health Organ*. 2015 Jan 1;93(1):47–51. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136242> PMID: 25558107
25. National ageing policy: ageing with security and dignity. Accra: Government of Ghana; 2010 (<http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/blogs/blog.article.php?blog=3442&ID=1000008901>, accessed 23 June 2015).
26. Boulton C, Counsell SR, Leipzig RM, Berenson RA. The urgency of preparing primary care physicians to care for older people with chronic illnesses. *Health Aff (Millwood)*. 2010 May;29(5):811–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0095> PMID: 20439866
27. Adelman RD, Capello CF, LoFaso V, Greene MG, Konopasek L, Marzuk PM. Introduction to the older patient: a “first exposure” to geriatrics for medical students. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Sep;55(9):1445–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01301.x> PMID: 17767689
28. Band-Winterstein T. Health care provision for older persons: the interplay between ageism and elder neglect. *J Appl Gerontol*. 2013 PMID: 24652870
29. Reese PP, Caplan AL, Bloom RD, Abt PL, Karlawish JH. How should we use age to ration health care? Lessons from the case of kidney transplantation. *J Am Geriatr Soc*. 2010 Oct;58(10):1980–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03031.x> PMID: 20831719
30. Galea S, Vlahov D, Tracy M, Hoover DR, Resnick H, Kilpatrick D. Hispanic ethnicity and post-traumatic stress disorder after a disaster: evidence from a general population survey after September 11, 2001. *Ann Epidemiol*. 2004 Sep;14(8):520–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2004.01.006> PMID: 15350950
31. Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112671/1/9789241507158_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
32. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King’s Fund; 2014 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf, accessed 9 June 2015).
33. Kingsley DE. Aging and health care costs: narrative versus reality. *Poverty Public Policy*. 2015;7(1):3–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pop4.89>
34. Rolden HJA, van Bodegom D, Westendorp RGJ. Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses. *Soc Sci Med*. 2014 Nov;120(0):110–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.020> PMID: 25238558
35. Hagist C, Kotlikoff L. Who’s going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005 (Working Paper 11833; <http://www.nber.org/papers/w11833.pdf>, accessed 9 June 2015).
36. Wong A, van Baal PH, Boshuizen HC, Polder JJ. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. *Health Econ*. 2011 Apr;20(4):379–400. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1597> PMID: 20232289
37. Hoover DR, Crystal S, Kumar R, Sambamoorthi U, Cantor JC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health Serv Res*. 2002 Dec;37(6):1625–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113> PMID: 12546289
38. Kardamanidis K, Lim K, Da Cunha C, Taylor LK, Jorm LR. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Med J Aust*. 2007 Oct 1;187(7):383–6. PMID: 17907999
39. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life—the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 2006 Oct;63(7):1720–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.018> PMID: 16781037
40. Hoover DR, Crystal S, Kumar R, Sambamoorthi U, Cantor JC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health Serv Res*. 2002 Dec;37(6):1625–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113> PMID: 12546289
41. Marik PE. The cost of inappropriate care at the end of life: implications for an aging population. *Am J Hosp Palliat Care*. 2014;pii:1049909114537399. <http://ajh.sagepub.com/content/early/2014/06/05/1049909114537399.abstract?rss=1> PMID: 24907121

42. Spijker J, MacInnes J. Population ageing: the timebomb that isn't? *BMJ*. 2013;347 Nov 12:f6598. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6598> PMID: 24222481
43. Rechel B, Doyle Y, Grundy E, McKee M. How can health systems respond to population aging? Copenhagen: World Health Organization; 2009. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf, accessed 9 June 2015).
44. Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. *N Engl J Med*. 2003 Sep 11;349(11):1048–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa020614> PMID: 12968089
45. Gandjour A. Health care expenditures from living longer—how much do they matter. *Int J Health Plann Manage*. 2014 Jan;29(1):43–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.2164> PMID: 23418021
46. Wouterse B, Huisman M, Meijboom BR, Deeg DJ, Polder JJ. Modeling the relationship between health and health care expenditures using a latent Markov model. *J Health Econ*. 2013 Mar;32(2):423–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.11.005> PMID: 23353134
47. Dormont B, Grignon M, Huber H. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Econ*. 2006 Sep;15(9):947–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/heec.1165> PMID: 16958079
48. Esterman AJ, Ben-Tovim DI. The Australian coordinated care trials: success or failure? The second round of trials may provide more answers. *Med J Aust*. 2002 Nov 4;177(9):469–70. PMID: 12405885
49. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies. London: The King's Fund; 2014 (http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_102418-7.pdf, accessed 9 June 2015).
50. Hébert R, Raiche M, Dubois MF, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M; PRISMA Group. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): a quasi-experimental study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010 Jan;65B(1):107–18. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp027> PMID: 19414866
51. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, accessed 9 June 2015).
52. Bernabei R, Landi F, Onder G, Liperoti R, Gambassi G. Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(3):308–13.
53. Conroy SP, Stevens T, Parker SG, Gladman JR. A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: 'interface geriatrics'. *Age Ageing*. 2011;40(4):436–43.
54. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011 Oct 27;343:d6553. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d6553> PMID: 22034146
55. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Sep;39(9 Pt. 2):85–165; discussion 175–185. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb05927.x> PMID: 1832179
56. Odden MC, Peralta CA, Haan MN, Covinsky KE. Rethinking the association of high blood pressure with mortality in elderly adults: the impact of frailty. *Arch Intern Med*. 2012 Aug 13;172(15):1162–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2012.2555> PMID: 22801930
57. Managing older people with type 2 diabetes: global guideline. Brussels: International Diabetes Federation; 2013 (<http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2014/02/IDF-Guideline-for-Older-People.pdf>, accessed 9 June 2015).
58. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009;(4):CD000028.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=19821263&dopt=Abstract PMID: 19821263
59. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al.; PREDIMED Study Investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013 Apr 4;368(14):1279–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1200303> PMID: 23432189
60. Michel JP, Newton JL, Kirkwood TB. Medical challenges of improving the quality of a longer life. *JAMA*. 2008 Feb 13;299(6):688–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.299.6.688> PMID: 18270358
61. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*. 2000 Aug 5;321(7257):323–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.321.7257.323> PMID: 10926586
62. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf, accessed 9 June 2015).

63. Elwood P, Galante J, Pickering J, Palmer S, Bayer A, Ben-Shlomo Y, et al. Healthy lifestyles reduce the incidence of chronic diseases and dementia: evidence from the Caerphilly cohort study. *PLOS ONE*. 2013;8(12):e81877. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0081877> PMID: 24349147
64. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, Mitnitski A, et al. Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*. 2010 Oct;11(5):547–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10522-010-9287-2> PMID: 20559726
65. Beck AM, Kjør S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2013 Jun;27(6):483–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215512469384> PMID: 23258932
66. Dorner TE, Lackinger C, Haider S, Luger E, Kapan A, Luger M, et al. Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay “buddies”: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1232. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1232> PMID: 24369785
67. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/global-coordination-mechanism/publications/global-action-plan-ncds-eng.pdf?ua=1>, accessed 9 June 2015).
68. Epping-Jordan JE, Galea G, Tukuitorua C, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*. 2005 Nov 5;366(9497):1667–71. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67342-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67342-4) PMID: 16271649
69. Lloyd-Sherlock P, Beard J, Minicuci N, Ebrahim S, Chatterji S. Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *Int J Epidemiol*. 2014 Feb;43(1):116–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt215> PMID: 24505082
70. Prevention and control of noncommunicable diseases: guidelines for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76173/1/9789241548397_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
71. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHO/DCO/WHD/2013.2; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
72. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full%20text.pdf, accessed 9 June 2015).
73. Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):278. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-278> PMID: 19115992
74. Daniels R, van Rossum E, Metzeltin S, Sipers W, Habets H, Hobma S, et al. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. *Clin Rehabil*. 2011 Nov;25(11):963–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215511410728> PMID: 21849375
75. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013 Mar 2;381(9868):752–62. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9) PMID: 23395245
76. Murtagh EM, Murphy MH, Boone-Heinonen J. Walking: the first steps in cardiovascular disease prevention. *Curr Opin Cardiol*. 2010 Sep;25(5):490–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/HCO.0b013e32833ce972> PMID: 20625280
77. Edwards MH, Dennison EM, Aihie Sayer A, Fielding R, Cooper C. Osteoporosis and sarcopenia in older age. *Bone*. 2015 Apr 14; doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bone.2015.04.016> PMID: 25886902
78. Giangregorio LM, Papaioannou A, MacIntyre NJ, Ashe MC, Heinonen A, Shipp K, et al. Too fit to fracture: outcomes of a Delphi consensus process on physical activity and exercise recommendations for adults with osteoporosis with or without vertebral fractures. *Osteoporos Int*. 2014;25(3):821–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00198-013-2523-2> PMID: 25510579
79. Levine ME, Suarez JA, Brandhorst S, Balasubramanian P, Cheng CW, Madia F, et al. Low protein intake is associated with a major reduction in IGF-1, cancer, and overall mortality in the 65 and younger but not older population. *Cell Metab*. 2014 Mar 4;19(3):407–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmet.2014.02.006> PMID: 24606898
80. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Goberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2008 Mar 1;371(9614):725–35. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60342-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60342-6) PMID: 18313501
81. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med*. 2002 Oct 3;347(14):1068–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa020423> PMID: 12362007
82. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB Jr, Walston JD; Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Apr;52(4):625–34. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52174.x> PMID: 15066083
83. Pel-Littel RE, Schuurmans MJ, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJ. Frailty: defining and measuring of a concept. *J Nutr Health Aging*. 2009 Apr;13(4):390–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-009-0051-8> PMID: 19300888

84. Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Tijhuis MA, Kromhout D. Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations. *Qual Life Res.* 2004 Apr;13(3):667–77. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/B:QURE.0000021313.51397.33> PMID: 15130029
85. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al.; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2009 Jul;41(7):1510–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c> PMID: 19516148
86. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7(1):38. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-7-38> PMID: 20459782
87. Wolfson L, Judge J, Whipple R, King M. Strength is a major factor in balance, gait, and the occurrence of falls. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1995 Nov;50(Spec. No.):64–7. PMID: 7493221
88. Gomes GA, Cintra FA, Batista FS, Neri AL, Guariento ME, Sousa ML, et al. Elderly outpatient profile and predictors of falls. *Sao Paulo Med J.* 2013;131(1):13–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802013000100003> PMID: 23538590
89. Landi F, Liperoti R, Russo A, Giovannini S, Tosato M, Capoluongo E, et al. Sarcopenia as a risk factor for falls in elderly individuals: results from the iSIRENTE study. *Clin Nutr.* 2012 Oct;31(5):652–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2012.02.007> PMID: 22414775
90. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ.* 2009 Jan 22;338:b50. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b50> PMID: 19164393
91. González Montalvo JI, Gotor Pérez P, Martín Vega A, Alarcón Alarcón T, Álvarez de Linera JL, Gil Garay E, et al. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. [The acute orthogeriatric unit. Assessment of its effect on the clinical course of patients with hip fractures and an estimate of its financial impact]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011 Jul-Aug;46(4):193–9. (in Spanish). PMID: 21507529
92. Patterson L. Making our health and care systems fit for an ageing population: David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. *King's Fund March 2014. Age Ageing.* 2014 Sep;43(5):731. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu105> PMID: 25074536
93. Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: home-based end of life care. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2011;(7):CD009231. PMID: 21735440
94. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of “hospital in the home”. *Med J Aust.* 2012 Nov 5;197(9):512–9. doi: <http://dx.doi.org/10.5694/mja12.10480> PMID: 23121588
95. McDonald KM, Schultz EM, Chang C. Evaluating the state of quality-improvement science through evidence synthesis: insights from the closing the quality gap series. *Perm J.* 2013 Fall;17(4):52–61. doi: <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/13-010> PMID: 24079357
96. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care.* 2005 Apr;17(2):141–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzi016> PMID: 15665066
97. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: World Health Organization; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf, accessed 9 June 2015).
98. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003 Mar;18(3):222–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.819> PMID: 12642892
99. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HIS/SDS/2015.6; <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>, accessed 9 June 2015).
100. Chernichovsky D, Leibowitz AA. Integrating public health and personal care in a reformed US health care system. *Am J Public Health.* 2010 Feb;100(2):205–11. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.156588> PMID: 20019310
101. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Buijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care.* 2013 Jan-Mar;13:e010. PMID: 23687482
102. The world health report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/>, accessed 9 June 2015).
103. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, accessed 9 June 2015).

104. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L Jr, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med.* 2002 May;22(4) (Suppl.):15–38. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00423-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00423-3) PMID: 11985933
105. Conroy S, Dowsing T. What should we do about hospital readmissions? *Age Ageing.* 2012 Nov;41(6):702–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs154> PMID: 23045361
106. Nuñez DE, Keller C, Ananian CD. A review of the efficacy of the self-management model on health outcomes in community-residing older adults with arthritis. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2009;6(3):130–48. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00157.x> PMID: 19656354
107. Sherifali D, Bai JW, Kenny M, Warren R, Ali MU. Diabetes self-management programmes in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med.* 2015 Apr 10. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/dme.12780> PMID: 25865179
108. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, William Brown B, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care.* 2001 Nov;39(11):1217–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200111000-00008> PMID: 11606875
109. Jonker AA, Comijs HC, Knipscheer KC, Deeg DJ. Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). *Eur J Ageing.* 2009 Dec;6(4):303–14. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-009-0131-y> PMID: 19920862
110. Kim SH, Youn CH. Efficacy of chronic disease self-management program in older Korean adults with low and high health literacy. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2015 Mar;9(1):42–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.10.008> PMID: 25829209
111. Melchior MA, Seff LR, Bastida E, Albatineh AN, Page TF, Palmer RC. Intermediate outcomes of a chronic disease self-management program for Spanish-speaking older adults in South Florida, 2008–2010. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:E146. doi: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130016> PMID: 23987252
112. Reid MC, Papaleontiou M, Ong A, Breckman R, Wethington E, Pillemer K. Self-management strategies to reduce pain and improve function among older adults in community settings: a review of the evidence. *Pain Med.* 2008 May-Jun;9(4):409–24. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00428.x> PMID: 18346056
113. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013;13(9):1–60. PMID: 24194800
114. Dattalo M, Giovannetti ER, Scharfstein D, Boulton C, Wegener S, Wolff JL, et al. Who participates in chronic disease self-management (CDSM) programs? Differences between participants and nonparticipants in a population of multimorbid older adults. *Med Care.* 2012 Dec;50(12):1071–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e318268abe7> PMID: 22892650
115. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005 Apr;55(513):305–12. PMID: 15826439
116. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med.* 2001 Jan;20(1):68–74. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00254-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00254-3) PMID: 11137778
117. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med.* 2002 May;22(4):267–84. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00415-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00415-4) PMID: 11988383
118. Public housing in Singapore: residents' profile, housing satisfaction and preferences. HDB Sample Household Survey 2013. Singapore: Housing and Development Board, Singapore Government; 2014.
119. Keenan TA. Home and community preferences of the 45+ Population. Washington (DC): AARP; 2010 (<http://assets.aarp.org/rgcenter/general/home-community-services-10.pdf>, accessed 9 June 2015).
120. Costa-Font J, Elvira D, Mascarilla-Miró O. 'Ageing in Place'? Exploring Elderly people's housing preferences in Spain. *Urban Stud.* 2009;46(2):295–316. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0042098008099356>
121. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008 Mar;63(3):298–307. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/63.3.298> PMID: 18375879
122. Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, Parsons A, Underhill K, Montgomery P. Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE.* 2014;9(3):e89257. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0089257> PMID: 24622676
123. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 2002 Feb 27;287(8):1022–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.8.1022> PMID: 11866651
124. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005;(1):CD004017. PMID: 15674925

125. Geraedts H, Zijlstra A, Bulstra SK, Stevens M, Zijlstra W. Effects of remote feedback in home-based physical activity interventions for older adults: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2013 Apr;91(1):14–24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.018> PMID: 23194823
126. Opdenacker J, Delecluse C, Boen F. A 2-year follow-up of a lifestyle physical activity versus a structured exercise intervention in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Sep;59(9):1602–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03551.x> PMID: 21883103
127. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair R, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2001;323(7315):719–25.
128. van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*. 2000;320(7237):754–8.
129. Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:74.
130. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 9 June 2015).
131. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, Urrutia S, Fabrega R, Tasca R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. *J Integr Care*. 2011;19(5):5–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/14769011111176707>
132. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf, accessed 9 June 2015).
133. The world health report 2006: working for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 9 June 2015).
134. Global consensus for social accountability of medical schools. In: Global consensus for social accountability [website]. Global consensus for social accountability; 2010 (<http://healthsocialaccountability.org/>, accessed 9 June 2015).
135. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf, accessed 9 June 2015).
136. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000 Feb 26;320(7234):569–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7234.569> PMID: 10688568
137. Abegunde DO, Shengelia B, Luyten A, Cameron A, Celletti F, Nishtar S, et al. Can non-physician health-care workers assess and manage cardiovascular risk in primary care? *Bull World Health Organ*. 2007 Jun;85(6):432–40. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.06.032177> PMID: 17639240
138. Wilson IB, Landon BE, Hirschhorn LR, McInnes K, Ding L, Marsden PV, et al. Quality of HIV care provided by nurse practitioners, physician assistants, and physicians. *Ann Intern Med*. 2005 Nov 15;143(10):729–36. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-143-10-200511150-00010> PMID: 16287794
139. Aubert RE, Herman WH, Waters J, Moore W, Sutton D, Peterson BL, et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1998 Oct 15;129(8):605–12. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-129-8-199810150-00004> PMID: 9786807
140. Epping-Jordan JE, van Ommeren M, Ashour HN, Maramis A, Marini A, Mohanraj A, et al. Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective. *Int J Ment Health Syst*. 2015;9(1):15. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s13033-015-0007-9> PMID: 25904981
141. Samb B, Celletti F, Holloway J, Van Damme W, De Cock KM, Dybul M. Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *N Engl J Med*. 2007 Dec 13;357(24):2510–14. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs071889> PMID: 18077816
142. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bull World Health Organ*. 2002;80(7):575–80. PMID: 12163922
143. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):658–61. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61461-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61461-6) PMID: 25468151
144. eHealth and ageing. In: Digital Agenda for Europe: a Europe 2020 initiative [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/ehealth-and-ageing>, accessed 9 June 2015).
145. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al.; WHO/NIH Joint Project. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ*. 2010 Nov 1;88(11):815–23. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.067231> PMID: 21076562
146. The International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.

147. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993 Mar;31(3):247–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199303000-00006> PMID: 8450681
148. Castelino RL, Bajorek BV, Chen TF. Retrospective evaluation of home medicines review by pharmacists in older Australian patients using the medication appropriateness index. *Ann Pharmacother*. 2010;44(12):1922–9.
149. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Free access to hypertension and diabetes medicines among the elderly: a reality yet to be constructed. *Cad Saude Publica*. 2010 Jun;26(6):1163–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600010> PMID: 20657981
150. Qaseem A, Snow V, Cross JT Jr, Forciea MA, Hopkins R Jr, Shekelle P, et al; American College of Physicians/American Academy of Family Physicians Panel on Dementia. Current pharmacologic treatment of dementia: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med*. 2008 Mar 4;148(5):370–8. doi: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-148-5-200803040-00008> PMID: 18316755
151. Assistive devices background paper: prepared for the World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
152. Spillman BC. Assistive device use among the elderly: trends, characteristics of users, and implications for modeling. Washington (DC): Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, US Department of Health and Human Services; 2005 (<http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/astdev.htm>, accessed 9 June 2015).
153. Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. Challenging inequity through health systems: final report of the Knowledge Network on Health Systems. Geneva: WHO Commission on the Social Determinants of Health; 2007. (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf, accessed 9 June 2015).
154. Sadana R, Blas E. What can public health programs do to improve health equity? *Public Health Rep*. 2013 Nov;128(Suppl. 3):12–20. PMID: 24179274
155. World health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 29 June 2015).
156. Gurwitz JH, Goldberg RJ. Age-based exclusions from cardiovascular clinical trials: implications for elderly individuals (and for all of us). Comment on “the persistent exclusion of older patients from ongoing clinical trials regarding heart failure”. *Arch Intern Med*. 2011 Mar 28;171(6):557–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.33> PMID: 21444845
157. Boyd CM, Vollenweider D, Puhon MA. Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases. *PLOS ONE*. 2012;7(8):e41601. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041601> PMID: 22870234
158. Banerjee S. Multimorbidity—older adults need health care that can count past one. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):587–9. PMID: 25468155
159. de Souto Barreto P. Ageing: research needs social science. *Nature*. 2014 Aug 21;512(7514):253. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/512253e> PMID: 25143106
160. Carstensen L, Hartel C. Motivation and behavioral change. In: *When I’m 64..* Washington (DC): National Academies Press; 2006: 34–54 (<http://www.nap.edu/catalog/11474/when-im-64>, accessed 9 June 2015).
161. Notthoff N, Carstensen LL. Positive messaging promotes walking in older adults. *Psychol Aging*. 2014 Jun;29(2):329–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036748> PMID: 24956001
162. Aedoand C, Walker D. Methodological issues in assessing the cost-effectiveness of interventions to improve the health of older people. In: Dangour AD, Grundy EMD, Fletcher AE, editors. *Ageing well: nutrition, health, and social interventions*. Boca Raton (FL): CRC Press; 2007:127–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1201/9781420007565.ch11>
163. Fontana L, Kennedy BK, Longo VD, Seals D, Melov S. Medical research: treat ageing. *Nature*. 2014 Jul 24;511(7510):405–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/511405a> PMID: 25056047



Глава 5
Системы долгосрочной помощи

Хоакин, 80 лет, Колумбия

Тринадцать лет тому назад Хоакину поставили диагноз – болезнь Альцгеймера. За ним ухаживает его жена Мара Леонор, которой 70 лет. Они женаты уже более пятидесяти лет, и у них шестеро детей и семеро внуков.

Мара Леонор рассказывает:

«Сложнее всего было понять, что это за болезнь. Как только мы поняли, что она собой представляет, все стало намного проще. Мы не можем бороться с болезнью, тем более – с Хоакином, его нельзя обвинять, а долг семьи заключается в том, чтобы его понимать и научиться жить в новых условиях. Один из врачей, посещавших Хоакина, посоветовал обратиться в Fundaciyn Acciyn Familiar Alzheimer (Фонд действий семей по борьбе с болезнью Альцгеймера), где я пошла на курсы подготовки для лиц, осуществляющих уход, и таким образом мы обучались все вместе.

Два раза в неделю Хоакин посещает центр дневной помощи. Благодаря этой поддержке у меня появляется немного свободного времени, когда я могу заниматься другими неотложными делами. Например, оплатить счета, назначить встречу и т.д. В эти дни я могу также посещать семьи, с которыми мы познакомилась в Фонде. Благодаря полученным знаниям я могу помочь другим семьям научиться жить с этой болезнью, и многие люди просят меня организовать семинары. Я училась каждый день, потому что это стало для меня личной проблемой. Я многое узнала о болезни, о которой раньше и не слышала, и сейчас я понимаю, что мы с Хоакином поменялись ролями. Он всю жизнь заботился обо мне, и теперь моя очередь заботиться о нем».

5

Системы долгосрочной помощи

Введение

Вне зависимости от возраста или уровня индивидуальной жизнеспособности, пожилые люди имеют право на достойную и полноценную жизнь. Для людей со значительной потерей индивидуальной жизнеспособности такая жизнь возможна только при условии помощи, поддержки и содействия со стороны других лиц.

В разных странах (и даже в пределах одной страны) формы долгосрочной помощи могут значительно различаться. Ответственность за ее оказание нередко возложена на семью, которая вынуждена нести существенные психологические, социальные и экономические затраты. Тем не менее растет и роль правительств, особенно в странах с высоким уровнем дохода. В связи с этим во многих странах активно обсуждается вопрос оказания помощи на устойчивой основе, а также вопрос обеспечения надлежащего баланса между семьей и государством при оказании помощи и поддержки. Между тем гораздо реже обсуждаются характер и качество оказываемой помощи и поддержки, а также крайне редко рассматривается необходимость количественной оценки тех выгод, которые могут принести такие инвестиции. Кроме того, пожилые люди, получающие помощь, нередко стереотипно воспринимаются как бремя и на этом основании маргинализируются.

В данной главе рассматривается альтернативный подход к решению этой серьезной проблемы для реализации принципов *здорового старения*. Существует много определений долгосрочной помощи, но в данном докладе этот термин определяется следующим образом:

виды деятельности, осуществляемые другими лицами в целях обеспечения того, чтобы люди с существенной постоянной утратой индивидуальной жизнеспособности или люди, подверженные риску такой утраты, могли поддерживать уровень функциональной способности, соответствующий их основным правам, фундаментальным свободам и человеческому достоинству.

Другими словами, долгосрочная помощь является всего лишь средством, обеспечивающим пожилым людям с существенной утратой индивидуальной

жизнеспособности возможность пользоваться преимуществами *здорового старения*. Как и на всех других этапах жизненного цикла, этого можно добиться с помощью двух механизмов:

- оптимизации траектории изменения индивидуальной жизнеспособности у получателей помощи;
- компенсации утраты жизнеспособности путем создания благоприятной среды и оказания помощи, необходимой для поддержания функциональной способности на уровне, обеспечивающем благополучие.

В основе определения долгосрочной помощи лежат два ключевых принципа.

Во-первых, даже в условиях существенной утраты функционирования пожилые люди вполне могут “жить полной жизнью”. Они имеют заслуженное право и свободу реализации своих сохраняющихся устремлений к благополучию, наполненной смыслом жизни и уважению.

Во-вторых, как и на других этапах жизненного цикла, индивидуальная жизнеспособность в периоды существенного спада не носит статичный характер, поскольку спады жизнеспособности являются частью континуума, и в некоторых случаях такой спад можно предотвратить или обратить вспять. Поэтому для полного удовлетворения потребностей человека на этом жизненном этапе требуются усилия по оптимизации траектории изменения жизнеспособности и сокращения образующихся пробелов, которые пришлось бы компенсировать посредством других механизмов помощи.

Такая формулировка цели долгосрочной помощи имеет ряд важных последствий. Например, к потенциальным получателям долгосрочной помощи относятся не только лица, которые уже зависимы от посторонней помощи, но и лица со значительной потерей жизнеспособности или подверженные высокому риску ухудшения состояния здоровья до такого состояния. Простые меры могут помочь

впоследствии избежать необходимости в более интенсивных мерах вмешательства.

Кроме того, зависимость от посторонней помощи не рассматривается как постоянное состояние (все или ничего). Например, реабилитация, правильное питание или физическая активность могут повысить жизнеспособность пожилого человека до уровня, при котором потребность в долгосрочной помощи снижается или даже исчезает.

Наконец, если конечной целью долгосрочной помощи является функциональная способность пожилых людей, а не простое удовлетворение их основных потребностей в целях выживания, то лицам, осуществляющим уход, необходимо обратить внимание на другие цели. К таким целям относится способность пожилых людей передвигаться; устанавливать и поддерживать отношения; учиться, развиваться и принимать решения; и вносить вклад в жизнь сообщества (глава 6). Чтобы помочь пожилым людям со значительной потерей жизнеспособности в достижении этих целей, лица, осуществляющие уход, должны обладать соответствующими знаниями, подготовкой и поддержкой.

Достичь этих целей можно, лишь обеспечив участие широкого круга лиц, осуществляющих уход, которые работают в различных учреждениях. В настоящем докладе термин “долгосрочная помощь” используется для обозначения всех таких лиц, осуществляющих уход, учреждений, в которых они работают, а также руководства и вспомогательных служб, которые помогают им осуществлять их функции. Таким образом, система долгосрочной помощи охватывает членов семьи, друзей, лиц, оказывающих помощь и поддержку на добровольных началах, персонал, осуществляющий уход на платной и бесплатной основе, координаторов помощи, общинные службы и медицинские учреждения, а также службы, оказывающие помощь лицам, осуществляющим уход, и обеспечивающие качество их услуг (например, путем кратковременного замеще-

ния лиц, осуществляющих уход, а также путем предоставления информации, обучения, аккредитации, финансирования и подготовки). Эта система частично дублирует систему здравоохранения, и функции ее персонала частично совпадают с функциями поставщиков медицинской помощи.

В настоящем докладе утверждается, что в XXI веке ни одна страна не может позволить себе не иметь скоординированную систему долгосрочной помощи. Тем не менее это не значит, что существует одна система, применимая для любых условий. Напротив, для того чтобы определить, какая система подходит для нее в наибольшей степени, каждая страна должна учитывать свою уникальную ситуацию.

Рост потребности в долгосрочной помощи

Большинство оценок числа пожилых людей, нуждающихся в долгосрочной помощи, существенно занижены, поскольку предполагается, что эта потребность возникает только при такой потере жизнеспособности, когда люди начинают испытывать трудности при выполнении основных задач, включая принятие пищи, принятие ванны, одевание, возможность лечь в кровать или встать с кровати, а также посещение туалета. Как указано в главе 3, в настоящем докладе термин “зависимость от посторонней помощи” используется для описания этих крайне ограниченных состояний функционирования. Поэтому такие оценки не охватывают пожилых людей с менее существенной потерей жизнеспособности, которым тем не менее не помешают помощь и поддержка. Такие оценки также способствуют укреплению восприятия спада функционирования как “пороговой” величины, которая может быть полезной для выявления лиц, отвечающих критериям обслуживания, но которая не учитывает континуум траекторий изменения *здорового старения* и возможности влияния на

них. Между тем зачастую отсутствует явный порог, после которого пожилой человек, ранее не нуждавшийся в помощи и поддержке, начинает нуждаться в них.

Как бы то ни было, данные исследований свидетельствуют о том, что значительная доля пожилого населения зависит от посторонней помощи и эта доля с возрастом увеличивается (глава 3). Вместе с тем существует значительная разница между странами: от менее 5% населения в возрасте 65–74 лет, зависящего от посторонней помощи, в Швейцарии до порядка 50% населения того же возраста в странах с низким и средним уровнями дохода (в зависимости от способов измерения). Среди лиц старше 74 лет доля зависимых от посторонней помощи еще выше.

Более высокий показатель зависимости от посторонней помощи в странах с низким и средним уровнями дохода по сравнению со странами с высоким уровнем дохода важен потому, что такие страны обычно не обладают инфраструктурой, способной удовлетворять эту важную потребность. Следует также отметить, что зависимость от посторонней помощи в большей степени распространена среди женщин, чем среди мужчин того же возраста (1). Это можно объяснить гендерными различиями в специфических состояниях здоровья и социальных отношениях (глава 3) (2).

Повсеместное старение населения в мире приведет к существенному росту абсолютного числа пожилых людей, зависимых от посторонней помощи.

Во многих странах с низким и средним уровнями дохода рост будет более резким, учитывая более высокие темпы старения населения, а в некоторых из них абсолютное число зависимых от посторонней помощи пожилых людей удвоится к 2050 году (3). На самом деле эта тенденция может быть и несколько недооцененной, учитывая более высокую распространенность существенной потери жизнеспособности среди пожилых людей в этих странах (рисунок 3.17). Особенно высо-

кие показатели роста будут отмечены в странах Африки к югу от Сахары (4).

Текущие подходы к долгосрочной помощи

Долгосрочная помощь предоставляется в различных условиях – на дому получателя помощи и в общинных центрах, в пансионатах для престарелых, домах престарелых, больницах и других медицинских учреждениях. Масштабы и объемы оказываемой помощи и поддержки зависят от конкретных условий.

В настоящем докладе помощь на уровне сообщества означает любые формы помощи, которые не требуют постоянного нахождения пожилого человека в медицинском учреждении. Этот вид помощи может предоставляться на дому у пожилых людей или в общинных либо дневных центрах. Помощь на уровне сообщества может способствовать старению на месте и отсрочить помещение пациента в дом престарелых, снизить количество дней пребывания в больнице, а также повысить качество жизни (5, 6).

Помощь в учреждениях круглосуточного пребывания обеспечивается в пансионатах для престарелых, домах престарелых и других соответствующих заведениях. Во второй половине XX века образцом для помощи в таких учреждениях служила модель медицинской помощи, при которой учреждение выглядит и работает как больница, а не как дом. В последнее время все больше внимания получают альтернативные концепции помощи в учреждениях круглосуточного пребывания. В таких странах, как Германия, Нидерланды, Соединенные Штаты, Швеция и Япония, некоторые учреждения больничного типа преобразовывают в небольшие коллективные дома, в которых создается более домашняя атмосфера и обеспечивается круглосуточная помощь. В результате такого инновационного подхода к резидентам относятся прежде всего как к людям, а не как к паци-

ентам (7). В целом для пожилых людей, членов их семей и лиц, обеспечивающих помощь и поддержку на добровольных началах, и для других социальных работников эта новая концепция помощи представляется перспективной в плане повышения качества помощи (8–13).

Кроме того, во многих странах с высоким уровнем дохода осуществляется переход от долгосрочной помощи в учреждении круглосуточного пребывания к помощи на уровне сообщества (14). Во многих странах ОЭСР от половины до трех четвертей пожилых людей получают долгосрочную помощь на дому (15).

Кадровые ресурсы долгосрочной помощи: их роль зачастую недооценена, а поддержка и подготовка отсутствуют

К кадровым ресурсам, обеспечивающим долгосрочную помощь, относится широкий спектр работников, обладающих различными навыками. На одном конце спектра находятся неофициальные лица, осуществляющие уход на бесплатной основе, которые не имеют подготовки и не получают поддержки со стороны; к ним относятся члены семьи, друзья и соседи. На другом конце спектра находятся высококвалифицированные специалисты по оказанию помощи. Между этими полюсами находятся лица, обладающие различными уровнями подготовки, опыта и оплаты и имеющие разный статус. Например, существует большая разница между осуществляющим уход лицом, которое не прошло официальную подготовку, но получает плату от родственников за уход на дому за пожилым человеком, зависимым от посторонней помощи, и осуществляющим уход лицом, которое прошло полную подготовку в аккредитованном учебном заведении, имеет государственную лицензию и на постоянной основе принимает участие в мероприятиях по повышению квалификации. Кроме того, различие между социальными работниками, получающими оплату,

и осуществляющими уход членами семьи не всегда столь определено. Члены семьи, осуществляющие уход, могут иметь большой опыт и квалификацию, и в некоторых странах они могут получать оплату наличными от правительства или в рамках схем страхования (14).

Одной общей чертой столь широкого спектра является тот факт, что большинство лиц, осуществляющих уход, составляют женщины – будь то члены семьи, соседи или друзья, которые оказывают помощь и поддержку, либо социальные работники, получающие оплату (16). Как следует из таблицы 5.1, существенную помощь членам своей семьи оказывают дочери и невестки, хотя супруги, большинство из которых сами являются пожилыми людьми, также обеспечивают значительную поддержку. В некоторых условиях,

например в городских районах Китая и Перу, существенная часть помощи на дому обеспечивается лицами, осуществляющими уход на платной основе, при этом большинство из них не прошло соответствующую подготовку. Широкое использование надомных социальных работников, оказывающих платные услуги, стало возможным за счет женщин с низким уровнем формального образования, мигрировавших из сельских в городские районы, которые получают относительно невысокую плату за оказание помощи.

По мере того как число детей в семье уменьшается, а люди живут все дольше, а также по мере экономического развития стран и расширения участия женщин в секторе оплачиваемой занятости использование труда неофициальных лиц, осуществляющих уход на бесплатной

Таблица 5.1. Характеристики лиц, осуществляющих уход, и характеристики помощи (%), оказываемой зависимым от посторонней помощи пожилым людям на уровне сообщества, Китай, Мексика, Нигерия и Перу, 2003–2008 гг.

Характеристики	Китай		Мексика		Нигерия ^a (n = 228)	Перу	
	Город (n = 183)	Село (n = 54)	Город (n = 114)	Село (n = 82)		Город (n = 135)	Село (n = 26)
Лицо, осуществляющее уход							
Супруга (супруг)	38,8	38,9	16,7	15,9	13,7	18,5	26,9
Дочь/сын или невестка/зять	43,2	59,3	73,7	65,8	68,0	40,0	50,0
Неродственник	16,4	1,9	3,6	0,0	1,4	25,2	3,8
Женщина, осуществляющая уход	67,2	50,0	83,3	81,7	63,2	85,9	88,5
Характеристики помощи							
Лицо, осуществляющее уход, сократило время своей основной работы, чтобы оказывать помощь	3,8	48,1	25,4	36,6	39,2	16,3	23,1
Помощь оказывает другое лицо (лица) на неофициальной основе	7,1	22,2	55,3	58,5	66,5	45,9	57,7
Помощь по уходу оказывает социальный работник на платной основе	45,4	1,9	3,5	1,2	2,1	33,3	7,7

^a Сбор данных в Нигерии не был завершен.

Источник: (17).

основе, без принятия дополнительных мер поддержки вряд ли будет устойчивым подходом. Это справедливо не только в отношении стран с высоким уровнем дохода (14), но также и для стран с низким и средним уровнями дохода, где изменения происходят еще более быстрыми темпами (18, 19).

Вследствие старения населения и прогнозируемого снижения доступности неофициальных лиц, осуществляющих уход на бесплатной основе, ожидается, что на рынке труда спрос на оплачиваемых социальных работников к 2050 г. возрастет вдвое (15). Тем не менее многие оплачиваемые социальные работники не соответствуют предъявляемым к ним требованиям и не имеют надлежащей подготовки (20–22). Кроме того, студенты медицинских учебных заведений и учреждений по подготовке социальных работников, а также преподавательский состав нередко имеют предубеждения и негативно относятся к пожилым людям, будучи твердо (но ошибочно) убеждены, что ухаживать за пожилыми людьми несложно (23). Более того, негативное отношение к оказанию долгосрочной помощи может во многих странах затруднять наем оплачиваемых социальных работников. Причиной такого отношения могут являться эйджизм в сфере культуры в целом, тенденция ассоциировать долгосрочную помощь с плохими условиями труда или низкий статус лиц, осуществляющих уход (24).

Финансирование долгосрочной помощи: расходы неизбежны

Во многих странах в центре дискуссий по вопросам долгосрочной помощи стоит проблема устойчивости действующих финансовых механизмов в свете быстро растущего спроса. И такие опасения вполне оправданны: в государствах – членах ОЭСР государственные расходы на оказание долгосрочной помощи в период с 2005 по 2011 г. росли в среднем на 4,8% в год (15). Согласно прогнозам Европейского

союза, к 2060 г. уровень расходов возрастет как минимум вдвое (25).

Несмотря на сходство в широком плане, государственные расходы в странах ОЭСР существенно варьируются: в 2011 г. уровень расходов колебался в пределах от более чем 3,5% от уровня валового внутреннего продукта (ВВП) в Нидерландах и Швеции до менее 0,3% в Венгрии, Греции, Португалии и Эстонии (15). Основной причиной такого разнообразия является объем оказываемой государством поддержки программы долгосрочной помощи – как в плане спектра предусмотренных услуг, так и в плане оплачиваемой пожилыми людьми доли от общей стоимости программы (14). Кроме того, доступ к услугам иногда предоставляется по результатам проверки нуждаемости.

Кроме того, неформальная помощь редко включается в оценки расходов, связанных с долгосрочной помощью. Такие негосударственные расходы могут достигать значительных объемов и включают стоимость неоплаченного труда и упущенные возможности в плане образования и получения дохода для лиц, осуществляющих уход за членом семьи, а также наличные средства, выплачиваемые пожилыми людьми или членами их семей за получение помощи в частном порядке (26). У членов семей, осуществляющих уход на бесплатной основе, нередко возникают проблемы с сохранением рабочего места или ведением другой приносящей доход трудовой деятельности. Осуществляющие уход лица могут оказаться не в состоянии работать полный рабочий день, что может препятствовать их карьерному росту. Для лиц трудоспособного возраста оказание неформальной помощи может быть связано с повышенным риском бедности и может снизить или полностью исключить их право на пенсионное обеспечение в будущем (27).

Многие страны допускают использование личных расходов для хотя бы частичной оплаты долгосрочной помощи. Такие расходы оказывают существенное неблагоприятное воздей-

стве на располагаемый доход пожилых людей и членов их семей. Во многих странах с низким уровнем дохода, в которых правительства не финансируют долгосрочную помощь, все финансовое бремя ложится непосредственно на плечи пожилых людей и членов их семей. Даже в Европе личные расходы пожилых людей в среднем составляют 9,6% от доходов домашних хозяйств, и уровень таких расходов может достигать 25% (28). Такие расходы особенно обременительны для малоимущих, женщин и лиц старшего возраста (29).

Наконец, как описано в главе 4, в странах с высоким уровнем дохода наблюдается тенденция к сокращению показателей использования медицинской помощи среди лиц в возрасте около 75 лет при условии доступности для них долгосрочной помощи. Если долгосрочная помощь недоступна, могут возникать другие расходы в связи с ненадлежащим использованием неотложной медицинской помощи. Таким образом, хотя государственные расходы на оказание долгосрочной помощи могут казаться низкими, эти расходы перекладываются (по крайней мере, частично) на сектор здравоохранения.

Отсюда следует, что любая долгосрочная помощь – даже бесплатная помощь, оказываемая членами семьи, – сопряжена с теми или иными расходами. Кто-то неизбежно оплачивает эту помощь тем или иным образом. Одним из ключевых вопросов политики является справедливое распределение таких расходов среди всех слоев общества.

Там, где предусмотрено государственное финансирование долгосрочной помощи, расходы на эти цели обычно финансируются за счет системы налогообложения в целом, механизмов принудительного сбережения или комбинации этих двух вариантов. Большинство механизмов и систем также предусматривают дополнительное финансирование за счет государственных и частных источников. Как и в случае механизмов финансирования здравоохранения, финансирование долгосрочной

помощи посредством механизмов всеобщей предварительной оплаты, объединения рисков и стратегических закупок позволяет распределить финансовое бремя между всеми участниками и облегчает неимущим пожилым людям доступ к получению помощи (вставка 5.1).

Вне зависимости от источника финансирования, в странах с высоким уровнем дохода используется ряд стратегий, направленных на снижение бремени неофициальных лиц, осуществляющих уход, и связанных с этим расходов. В некоторых странах лица, осуществляющие уход, получают непосредственную оплату в целях поддержки их усилий по уходу и компенсации недополученного дохода. Например, в странах Северной Европы с высоким уровнем дохода (Дания, Норвегия, Финляндия и Швеция) местные муниципалитеты принимают на работу лиц, осуществляющих уход за членами семьи (14); в Канаде лица, осуществляющие уход, получают налоговые вычеты (14). Тем не менее такие механизмы носят ограниченный характер, а лица, ответственные за разработку политики, выражают вполне оправданные опасения относительно того, что потребности в бюджетных средствах для расширения таких выплат на всех неофициальных лиц, осуществляющих уход, могут оказаться высокими. Некоторые страны со средним уровнем дохода рассматривают возможность создания аналогичных механизмов, но также на ограниченной основе. Например, в Чили была введена оплата для лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми, в значительной степени зависимыми от посторонней помощи, хотя для общего числа лиц, осуществляющих уход на платной основе, установлен максимум.

Для сохранения лиц, осуществляющих уход в составе рабочей силы, некоторые правительства приняли законодательство, обязующее работодателей предоставлять работникам отпуск по уходу за пожилыми членами своей семьи. Вместе с тем существуют различия в условиях предоставления и продолжительности такого отпуска и в отношении требования

к работодателю или механизму страхования занятости оплачивать такой отпуск. В 2004 г. две трети государств – членов ОЭСР предусматривали требования к работодателям предоставлять отпуск по уходу при отсутствии существенных причин коммерческого характера для отказа в его предоставлении. Тем не менее, по данным исследования, проведенного в том же году, лишь 37% европейских работодателей предоставляли эту льготу (14). В странах с низким и средним уровнями дохода, в которых большая часть оплачиваемого труда приходится на неофициальный сектор с преобладанием малых предприятий, а государственное регулирование трудовых отношений зачастую носит ограниченный характер, предоставление отпуска по уходу связано с особенно большими сложностями и может приводить к дискриминации женщин при найме на работу.

Помимо отпуска по уходу законодательством некоторых стран предусмотрена возможность частичной занятости или гибкого графика работы. Тем не менее во многих из этих стран работодатели могут отказывать работникам в предоставлении гибкого графика по причинам рабочего или коммерческого характера (14).

В других странах для покрытия расходов, связанных с долгосрочной помощью, зависящим от посторонней помощи пожилым людям выдаются наличные средства или ваучеры. Например, в Испании получателю помощи выплачивается пособие для организации помощи на дому силами членов семьи (14). Положительной стороной такого подхода является расширение прав и возможностей пожилых людей и обеспечение их автономности. Тем не менее на практике этот подход может привести

Вставка 5.1. Финансирование долгосрочной помощи в Японии

До 1990-х гг. государственное финансирование долгосрочной помощи в Японии носило ограниченный характер, и средства выделялись в основном на уровне местных органов власти. Доступ к помощи обычно предоставлялся по результатам проверки нуждаемости, и это приводило к тому, что пожилым людям, которые не считались малоимущими, приходилось оплачивать помощь в полном объеме (30). В 2000 г. японское правительство признало факт роста неудовлетворенного спроса; в качестве меры реагирования была введена система страхования долгосрочной помощи с целью снижения бремени на лиц, осуществляющих уход за членами семьи, и объединения систем медицинской и социальной помощи в рамках комплексного плана для застрахованного населения.

После 2000 г. выплаты отдельным лицам определяются на основе оценки потребностей. Лица, пользующиеся долгосрочной помощью, оплачивают 10% расходов по уходу (хотя для застрахованных лиц с низким уровнем дохода предусмотрен определенный максимум), тогда как остальная часть расходов финансируется за счет страховых взносов и налоговых сборов в равных долях. Система предусматривает широкий ассортимент услуг, включая помощь на уровне сообщества и помощь в учреждении, а также свободный выбор услуг и их поставщиков (31).

Эта новая система страхования способствовала существенному расширению доступа к профессиональной долгосрочной помощи, при этом доля лиц в возрасте 65 лет и старше, пользующихся социальной помощью, возросла с 39% в 1999 г. до 61% в 2001 г.

Поскольку ответственность за руководство этой системой несут местные органы власти, между различными регионами страны возникло неравенство. Это привело к обсуждению вопроса о том, каким образом можно обеспечить единообразие доступа к услугам на территории всей страны (32).

Доступ к услугам в домах престарелых расширился не столь заметно, поскольку правительство контролирует предложение, а пожилые люди по-прежнему должны оплачивать часть сопутствующих расходов. Была высказана обеспокоенность по поводу того, что необходимость такой оплаты может стать существенным барьером, препятствующим доступу пожилых людей из бедных семей.

к проблемам, особенно в случае пожилых людей с когнитивными нарушениями или с низким уровнем образования. Как и в случае оплаты труда лиц, осуществляющих уход, разработки политики выражают обеспокоенность по поводу финансовых последствий предоставления таких пособий в широких масштабах.

Оказание помощи: устаревший и фрагментированный подход

Качество долгосрочной помощи зачастую оставляет желать лучшего даже в странах с высоким уровнем дохода (33, 34). Ухудшению качества способствуют два основных фактора: вид оказываемой помощи, которая нередко не отвечает основным целям долгосрочной помощи, а в некоторых случаях может привести к жестокому обращению, а также отсутствие интеграции с медико-санитарной помощью. Отсутствие эффективно действующих нормативных положений и стандартов, к тому же приоритет долгосрочной помощи также ухудшают ее качество.

Хотя исключения существуют, снижению качества помощи особенно способствуют устаревшие идеи и методы работы, которые часто нацелены на сохранение жизни пожилых людей, а не на поддержание достойного образа жизни и их индивидуальной жизнеспособности. В рамках этой парадигмы пожилых людей могут рассматривать в качестве пассивных получателей помощи, а услуги могут предоставляться с учетом потребностей поставщиков услуг, а не потребностей и предпочтений пожилых людей. Помощь может быть нацелена на удовлетворение основных потребностей пожилых людей, таких как принятие ванны или одевание, за счет решения более широких задач обеспечения их благополучия, уважительного к ним отношения и наполнения их жизни смыслом (34). Фрагментация и жесткое распределение обязанностей по предоставлению помощи в учреждениях могут в еще большей степени усугублять такие проблемы (35–37). Например, социальные

работники, отвечающие за выполнение таких конкретных задач, как приготовление пищи или выдача лекарственных препаратов, могут не иметь никакого представления о потребностях и желаниях пожилого человека.

В некоторых случаях долгосрочная помощь причиняет прямой вред безопасности и достоинству пожилых людей. Например, несмотря на то что распространенность жестокого обращения с пожилыми людьми составляет около 10% среди населения в целом, от физического насилия страдают до 23% пожилых людей с деменцией (глава 3). Нарушения прав человека могут отмечаться как при оказании помощи на уровне сообщества, так и в специализированных учреждениях. В качестве примеров можно привести меры физического воздействия для борьбы с проблемным поведением или для защиты людей от падения (38–40) и ненадлежащее назначение нейролептических препаратов для контроля поведения (41). Зачастую члены семьи и оплачиваемые социальные работники ничего не знают об альтернативных методах воздействия (42, 43). Таким образом, жестокое обращение с пожилыми людьми ставит под угрозу автономность, достоинство и безопасность и так уже уязвимых пожилых людей. Кроме того, в некоторых случаях пожилые люди могут быть не единственными жертвами, поскольку жестокое обращение может быть следствием перенапряжения осуществляющих уход лиц, которые работают с избыточной нагрузкой (44).

Еще одним фактором, способствующим снижению качества помощи, является отсутствие интеграции между долгосрочной помощью и основной медицинской помощью как на административном уровне, так и в местах использования. Строгое разделение социальной помощи и поддержки и основной медицинской помощи может вести к фрагментации охвата, пробелам в обеспечении долгосрочного ухода и ненадлежащему использованию неотложной медицинской помощи. Необходимо обеспечить более полную координацию на системном уровне.

Реагирование на проблемы долгосрочной помощи

Для устойчивого удовлетворения растущих потребностей в мировом масштабе долгосрочная помощь должна развиваться стремительными темпами. Такие изменения потребуют скоординированных и многосекторальных ответных действий с участием широкого круга заинтересованных сторон как в рамках правительств, так и вне их. По сути дела, необходимо полностью изменить представление о составляющих долгосрочной помощи. Необходимо разработать совершенно новые идеи в отношении долгосрочной помощи и систем ее обеспечения.

Без радикальной переориентации политики отставание многих стран в области обеспечения необходимой помощи еще больше увеличится. Будет сохраняться дефицит официальных услуг долгосрочной помощи, а там, где такие услуги доступны, могут продолжить существование устаревшие модели помощи в учреждении. Зависимые от посторонней помощи пожилые люди будут по-прежнему уязвимы к жестокому обращению. Будет отсутствовать связь между долгосрочной и основной медицинской помощью. Кроме того, сохранится тенденция к несправедливой и неправомерной эксплуатации женского труда в сфере обеспечения помощи.

Движение к интегрированной системе: революционная повестка дня

Изменения должны коснуться двух обширных областей. Во-первых, и в обществе, и в политике долгосрочная помощь должна быть признана важным общественным и политическим благом. Необходимо также признать, что пренебрежение этой проблемой влечет за собой огромные социальные и экономические издержки.

Во-вторых, необходимо пересмотреть определение долгосрочной помощи. От представления о долгосрочной помощи как о минимальной и базовой системе социальной защиты, обеспечивающей элементарную поддержку пожилых людей, которые больше не способны позаботиться о себе самостоятельно, необходимо перейти к более позитивной и упреждающей повестке дня. На этой новой основе долгосрочная помощь должна быть переориентирована на повышение индивидуальной жизнеспособности и компенсацию утраты жизнеспособности на уровне, способствующем поддержанию функциональной способности пожилого человека и обеспечению его достоинства и благополучия. В более широком плане долгосрочная помощь должна способствовать социальной сплоченности и гендерной справедливости, а также обеспечивать приемлемый уровень благополучия для всех членов общества, включая не только зависимых от посторонней помощи пожилых людей, но и лиц, осуществляющих уход за ними (вставка 5.2). Кроме того, как и в случае медицинской помощи, долгосрочная помощь при наличии возможности должна способствовать укреплению роли пожилых людей в обществе и содействовать самопомощи.

Для достижения этих целей справедливым, устойчивым и социально оправданным образом могут потребоваться коренные изменения моделей национального развития. Такие изменения должны отражать важную роль долгосрочной помощи в обеспечении социальной сплоченности, расширении возможностей и ускорении темпов экономического роста, которые могут сопутствовать реформе, а также в защите прав уязвимых пожилых людей.

Общие принципы интегрированной системы долгосрочной помощи

Все страны, вне зависимости от своего уровня экономического развития или доли зависи-

мых от посторонней помощи пожилых людей в структуре своего населения, нуждаются в полностью интегрированной системе долгосрочной помощи. Правительства должны взять на себя общую ответственность за обеспечение функционирования такой системы, однако это не означает, что они должны финансировать или предоставлять все услуги.

Системы долгосрочной помощи разных стран могут иметь существенные отличия, зависящие от доступности ресурсов; имеющейся инфраструктуры, включая медицинские услуги; и культурных предпочтений. Работая над созданием комплексной системы, страны должны принимать во внимание такие различия, а также учитывать текущую и прогнозируемую численность пожилых людей и их потребности в долгосрочной помощи; действующие модели оказания услуг; а также наличие и навыки социальных работников и оплачиваемых неофициальных лиц, осуществляющих уход. К другим факторам, которые следует принимать во внимание, относятся наличие

и характер информационных систем и систем обработки данных, действующая инфраструктура, наличие ассистивных технологий, имеющиеся на национальном уровне ресурсы, а также политика в области помощи.

При всем разнообразии факторов существует ряд общих принципов создания систем долгосрочной помощи.

- Долгосрочная помощь должна быть доступной и приемлемой по цене. Особое внимание необходимо уделять обеспечению доступа к услугам для бедных и маргинализированных людей.
- Долгосрочная помощь должна способствовать реализации прав человека зависимых от посторонней помощи пожилых людей. Помощь должна оказываться таким образом, чтобы уважалось достоинство пожилых людей, расширились возможности для их самовыражения и, по мере возможности, поддерживалась их способность делать выбор.

Вставка 5.2. Принимаемые на уровне сообщества меры по поддержке лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми с деменцией, Гоа, Индия

В штате Гоа, как и повсюду в Индии, ощущается нехватка официальных услуг долгосрочной помощи. В дома престарелых не принимают людей с деменцией, а специализированных домов престарелых для больных деменцией в 2008 г. не было. Обязанность по уходу за людьми с деменцией возложена в основном на членов их семей, которые несут тяжелую нагрузку и испытывают серьезный психологический стресс.

В ответ на эту ситуацию на уровне сообщества была разработана программа по поддержке и обучению членов семей больных деменцией с использованием местных ресурсов системы здравоохранения и людских ресурсов. Эта программа предусматривает предоставление основной информации о деменции, сопутствующем проблемном поведении и способах борьбы с ним, а также об имеющихся государственных услугах. Пожилым лицам, осуществляющим уход, предоставляется информация о том, каким образом можно помочь больным в выполнении видов повседневной деятельности (ВПД), как можно получить направления к врачам или психиатрам при наличии острых симптомов, а также о работе неофициальных групп поддержки.

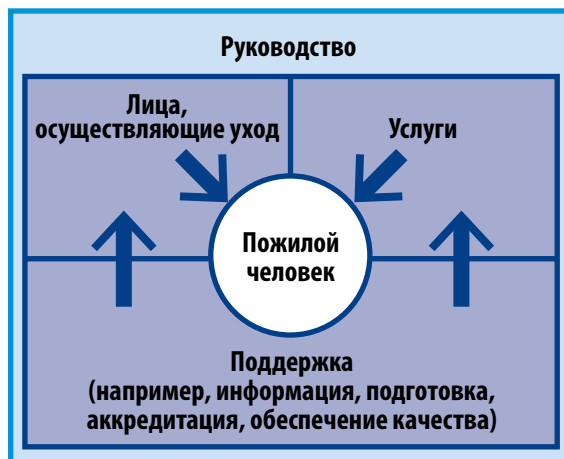
Эта программа способствовала укреплению психического здоровья лиц, осуществляющих уход, и снижению уровня стресса; кроме того, ограниченные фактические данные свидетельствуют о том, что такая программа может улучшить функциональное состояние людей с деменцией и снизить уровень проблемного поведения, связанного с этим состоянием (45).

Такой же пакет мер привел к аналогичным результатам в Перу и Российской Федерации (46, 47), что говорит о том, что эти относительно простые и доступные меры могут приниматься во многих странах с низким и средним уровнями дохода в условиях ограниченности ресурсов и инфраструктуры.

- При наличии возможности долгосрочная помощь должна повышать индивидуальную жизнеспособность пожилых людей.
- Долгосрочная помощь должна быть ориентирована на человека. Она должна быть ориентирована на потребности пожилых людей, а не на структуру услуг.
- Персоналу долгосрочной помощи (работающий как на платной, так и на бесплатной основе) должно быть обеспечено справедливое отношение, он также должен иметь соответствующий социальный статус и пользоваться заслуженным признанием.
- Национальные правительства должны принять на себя всю полноту ответственности за управление системами долгосрочной помощи.

На [рисунке 5.1](#) представлены основные компоненты ориентированной на пожилых людей системы долгосрочной помощи. К таким компонентам относятся лица, осуществляющие уход, и учреждения, обеспечивающие возможность оказания помощи пожилым людям. Не меньшее значение имеют вспомогательные услуги, которые могут предоставляться для облегчения связанного с уходом бремени (например, путем обеспечения временного ухода в период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход) и гарантирования соответствующего уровня и качества оказываемой помощи (например, путем обеспечения информации, подготовки и аккредитации для лиц, осуществляющих уход), а также надлежащего управления в целях мобилизации ресурсов и обеспечения скоординированной и целенаправленной работы системы. Во всех странах уже есть по крайней мере некоторые компоненты этой системы, однако во многих случаях эти компоненты слабо развиты, не представляют собой единого целого или не отвечают вышеизложенным руководящим принципам.

Рисунок 5.1. Компоненты ориентированной на пожилых людей системы долгосрочной помощи



Страны обладают значительной свободой действий, используя разнообразные инновационные и гибкие подходы к применению этих компонентов. Тем не менее в любом случае крайне важно обеспечить эффективные и интегрированные партнерства между правительствами, семьями, добровольцами, неправительственными организациями, медицинскими и социальными работниками и частным сектором. Кто фактически будет оказывать такие услуги, зависит от конкретной страны.

На основе общих принципов, приведенных выше, можно определить конкретные руководящие стратегии разработки эффективно действующей системы долгосрочной помощи вне зависимости от формата такой системы. К таким стратегиям относятся:

- предоставление пожилым людям возможности сохранять или поддерживать связи с их сообществом и социальными сетями – то есть содействие старению на месте;

- поддержка и наращивание потенциала лиц, осуществляющих уход на платной и бесплатной основе;
- поощрение комплексной помощи посредством использования стратегий социального сопровождения и более широкого сотрудничества;
- создание справедливых и устойчивых механизмов финансирования долгосрочной помощи.

В основе всех этих стратегий лежит необходимость в получении дополнительной информации об эффективности систем в условиях различных ограничений в плане ресурсов и наличия различных проблем. Решение этой задачи будет способствовать обеспечению справедливого доступа в странах с низким, средним и высоким уровнями дохода.

Содействие старению на месте

Как описано в главе 2, старение на месте означает общее для пожилых людей желание оставаться в своем местном сообществе и сохранять свои социальные связи на протяжении всего процесса старения. Существует множество способов обеспечения для пожилых людей возможности старения на месте. Иногда это означает просто оставаться на месте: то есть продолжать жить в одном и том же доме. В других случаях это может означать переезд пожилых людей в более безопасный и в большей степени приспособленный к их потребностям дом с сохранением жизненно важных связей с их сообществом, друзьями и семьей. В любом случае основное внимание следует уделять желанию пожилого человека стареть в том месте, которое он считает для себя приемлемым.

Для старения на месте могут потребоваться широкий ассортимент услуг и наличие целого ряда лиц, осуществляющих уход (48). Все это может расширить возможности пожилого человека и избавить его от необходимости сделать

выбор по принципу «все или ничего» – получать помощь в учреждении круглосуточного пребывания или остаться дома без всякой помощи. Способствовать достижению этой цели также могут инновационные ассистивные технологии здравоохранения (вставка 5.3).

Одним из примеров применения указанных принципов на практике является система страхования долгосрочной помощи, действующая в Республике Корея с 2008 г. (52, 53). Данная система предусматривает оценку индивидуальных потребностей и предлагает различные услуги, в том числе уход на дому, помощь по дому, услуги медицинских сестер, пункты дневной помощи и центры краткосрочного пребывания.

Наращивание кадрового потенциала и поддержка лиц, осуществляющих уход

Существует множество проблем в связи с подготовкой и поддержкой кадровых ресурсов, оказывающих долгосрочную помощь на платной и бесплатной основе. К ним относятся необходимость обеспечения достаточной численности лиц, осуществляющих уход как на платной, так и на бесплатной основе, а также обеспечение их соответствующей подготовки, поддержки и справедливого отношения к ним на рабочем месте.

Обеспечение наличия кадров

Обеспечить наличие кадров на оптимальном уровне можно путем принятия мер в нескольких направлениях. Способствовать найму и удержанию оплачиваемых социальных работников может увеличение оплаты труда и предоставление льгот. Еще одной важной мерой может стать улучшение условий их труда путем проведения подготовки, обеспечения возможностей карьерного роста, надлежащей рабочей нагрузки, гибкого режима работы и предоставления социальным работникам права

Вставка 5.3. Инновационные ассистивные технологии здравоохранения могут способствовать старению на месте

Инновационные ассистивные медицинские технологии для оказания долгосрочной помощи – такие как удаленный мониторинг и роботизированные помощники – привлекают к себе большое внимание. Зачастую их презентуют в качестве чрезвычайно перспективных средств для повышения уровня функциональной способности пожилых людей со сниженной индивидуальной жизнеспособностью, повышения качества их жизни и качества жизни лиц, осуществляющих уход за ними, а также для возможного сокращения индивидуальных и общественных расходов и содействия старению на месте (49).

В реальности использование инновационных ассистивных медицинских технологий не столь однозначно. Крупных исследований по вопросам воздействия различных устройств и мер вмешательства проведено мало, тогда как новые технологии могут ставить под угрозу конфиденциальность и автономность пожилых людей в случае непродуманного применения таких технологий без учета потребностей человека.

Даже при необходимости проведения дополнительных исследований использование определенных видов инновационных технологий должно основываться на потребностях и предпочтениях пожилого человека или лиц, осуществляющих уход за ним. Например, использование технологий отслеживания и слежения может быть отличным решением для человека с ранней стадией деменции, желающего самостоятельно совершать прогулки по окрестностям. Однако на поздних стадиях деменции эта технология может не обеспечивать такие же преимущества и может возникнуть необходимость в использовании другого подхода (50).

Стоит рассмотреть некоторые дополнительные этические вопросы, связанные с использованием инновационных ассистивных медицинских технологий. Следует также учитывать воздействие инновационных технологий на сферу конфиденциальности, автономности и социального участия пожилых людей. Некоторые формы инновационных технологий могут привести к незапланированным последствиям в виде изоляции пожилых людей или ограничения их свободы передвижения. В каждом отдельном случае необходимо взвешивать возможные негативные последствия и преимущества использования этих технологий. Тем не менее данные исследований свидетельствуют о том, что пожилые люди редко высказывают возражения этического характера против использования инновационных технологий и зачастую рассматривают их в качестве приемлемой альтернативы отсутствию ухода или помещению в специализированное учреждение (51).

К разработке разумной политики в отношении использования инновационных ассистивных медицинских технологий необходимо привлечь широкий круг заинтересованных сторон. В разработке такой политики должны принимать участие директивные органы, поставщики услуг, представители промышленных и научных кругов и, что наиболее важно, сами пожилые люди. Разрабатываемые технологии должны отражать потребности и предпочтения конечных пользователей; большое значение также имеет уровень подготовки лиц, осуществляющих уход, медицинских работников и других лиц. Наконец, пристального внимания требует создание финансовых механизмов для проведения исследований и разработок, а также для обеспечения справедливого внедрения их результатов, особенно в странах с низким уровнем дохода.

принимать обоснованные решения (54, 55). Социальные работники, чей труд ценят и уважают и которые ощущают себя частью команды клинических специалистов, в большей степени удовлетворены своей работой и более склонны продолжать работу на своем месте (14).

Кроме того, необходимо повышать престиж и статус деятельности по осуществлению ухода. Повышение престижа долгосрочной помощи и

борьба со стереотипными негативными представлениями о роли лиц, осуществляющих уход, будет способствовать привлечению новых работников в эту область. Предоставление возможностей для непрерывного повышения квалификации и карьерного роста также может способствовать изменению негативного представления о том, что работа в сфере ухода является бесперспективной. Предоставление лицам,

осуществляющим уход, возможностей для обучения и подготовка серьезной программы исследовательской деятельности также могут привести к изменению отношения к деятельности по уходу и повысить престиж этой работы, а также способствовать выявлению примеров эффективной практики и моделей помощи.

Потенциальный контингент социальных работников можно расширить, если привлечь к этой деятельности больше мужчин. В ряде европейских стран доля лиц мужского пола, осуществляющих уход на неофициальной основе, растет, особенно в старших возрастных группах, и это говорит о том, что мужчины, особенно мужья, составляют большинство неофициальных лиц, осуществляющих уход, в возрастной группе 75 лет или старше; вместе с тем они представлены гораздо реже в других возрастных группах и среди неофициальных лиц, осуществляющих уход, которые не состоят в браке с лицом, за которым ухаживают (56). Тем не менее это свидетельствует о том, что мужчины чаще готовы выполнять работу по уходу, чем принято считать. Сбор дополнительной информации о способах и стимулах привлечения мужчин в сферу оказания помощи по уходу может помочь обществу задействовать этот ресурс (57).

Еще одним потенциальным источником трудовых ресурсов являются иммигранты, однако использование труда выходцев из других стран сопряжено с юридическими и этическими проблемами. В странах с высокой долей рабочих-мигрантов среди лиц, осуществляющих уход, необходимо принять меры для предотвращения утечки квалифицированных работников, осуществляющих уход, из стран с низким уровнем дохода (58). ВОЗ разработала глобальный кодекс этического поведения, в котором приводятся рекомендации по решению вопросов, связанных с наймом (59). Кроме того, крайне важно обеспечить наличие у этих социальных работников надлежащего уровня опыта и знаний, необходимых для выполнения ими возложенных на них функций.

Можно также рассмотреть возможность непосредственного участия сообществ и соседей в обеспечении долгосрочной помощи, в частности посредством привлечения местных добровольцев (60) и обеспечения вклада со стороны пожилых членов сообщества. Одним из механизмов достижения этой цели являются ассоциации пожилых людей (вставка 5.4).

Подготовка и аккредитация

Еще одним важным фактором наращивания потенциала является наличие у всех социальных работников навыков и знаний, необходимых для выполнения возложенных на них функций. Конкретные требования к подготовке определяются в зависимости от места лица, осуществляющего уход, в диапазоне от члена семьи, осуществляющего уход на бесплатной основе, до высококвалифицированного специалиста по уходу. Например, членам семей, осуществляющим уход на бесплатной основе, или добровольцам рекомендуется (но не требуется) посещать курсы по обучению базовым навыкам, а также получать информацию через сеть Интернет (вставка 5.5). Все оплачиваемые социальные работники, вне зависимости от выполняемых ими функций, должны продемонстрировать владение базовыми знаниями и навыками, например в области физической культуры или контроля хронических заболеваний, либо должны посещать курсы повышения квалификации лично или по сети Интернет. Профессиональным социальным работникам (то есть работникам, имеющим формальную квалификацию по дисциплинам, связанным с оказанием помощи) требуется более интенсивная и продолжительная подготовка, а их деятельность может регулироваться профессиональными лицензионными органами. Все программы профессиональной подготовки должны быть согласованы с надежными и эффективно действующими механизмами аккредитации.

Программа подготовки должна охватывать не только конкретные заболевания или

Вставка 5.4. Ассоциации пожилых людей: использование потенциала пожилого возраста

Организация ассоциаций пожилых людей является инновационным подходом к принятию мер на уровне сообщества. Такие организации расширяют права и возможности пожилых людей благодаря использованию их навыков, потенциала и готовности активно участвовать в жизни своего сообщества и служить ему. Их роль в деле повышения благополучия пожилых людей, в том числе неимущих и находящихся в неблагоприятном положении, была признана Ассоциацией стран Юго-Восточной Азии, Организацией Объединенных Наций, ВОЗ и правительствами стран Азии (61). Например, в Китае была недавно принята политика, направленная на совершенствование и расширение сферы деятельности 490 тыс. ассоциаций и обеспечение более тесной увязки их работы с целями развития.

Ассоциации пожилых людей имеют многопрофильный характер и ведут деятельность по разным направлениям, но преимущественно они нацелены на повышение уровня дохода посредством микрокредитования и приносящей доход деятельности; предоставление медицинских услуг и помощи пожилым людям, в том числе в рамках общинных программ помощи зависимым от посторонней помощи пожилым людям; проведение социально-культурных мероприятий, а также обеспечение готовности к стихийным бедствиям; и содействие участию в общественной жизни. Ассоциации также могут оказывать социальную помощь путем предоставления денежных средств, продуктов питания и помощи наиболее нуждающимся членам сообщества. Ассоциации тесно сотрудничают с органами государственной власти, стремясь не только гарантировать получение членами сообщества полагающихся им услуг (таких, как социальные пенсии и медицинское страхование), но и выступая за развитие и расширение услуг и ресурсов, предоставляемых местными органами власти. Ассоциации также занимаются обеспечением собственной финансовой устойчивости, а во Вьетнаме они продемонстрировали свои способности по мобилизации средств.

Ассоциации пожилых людей обладают большим потенциалом для содействия *здоровому старению*. Для своих членов они организуют регулярные медицинские обследования, осуществляют программы санитарного просвещения и проведение регулярных занятий физической культурой, а также распространяют информацию о здоровом образе жизни и профилактике и лечении неинфекционных заболеваний. В Юго-Восточной Азии ассоциации разрабатывают комплексный подход по оказанию помощи на уровне сообщества все большему числу пожилых людей, в высокой степени зависящих от посторонней помощи и нуждающихся в помощи при выполнении ВПД, имеющих ограниченный доход или не получающих помощи от членов своих семей. Такая деятельность включает привлечение, подготовку и удержание добровольцев из числа членов сообщества для оказания помощи на дому и обеспечения индивидуальной помощи нуждающимся в ней пожилым людям. При необходимости ассоциации также могут оказывать помощь по оплате транспортных расходов для проезда к медицинским центрам, а также предлагают доступ к вспомогательным службам, например обеспечивающим ассистивные устройства или услуги по реабилитации. Некоторые ассоциации также привлекают финансовые и трудовые ресурсы для перестройки и ремонта домов, а в подверженных стихийным бедствиям районах прикрепляют ко всем подверженным риску пожилым людям лиц, ответственных за оказание им помощи в случае опасности. Ассоциации пожилых людей эффективно используют ресурсы, имеющиеся в распоряжении групп пожилого населения, для мобилизации всего сообщества.

состояния здоровья, но и вопросы, связанные с эйджизмом. Социальные работники должны получить необходимую информацию, сформировать у себя представления и навыки, позволяющие им оказывать ориентированную на пожилых людей помощь на практике (см. вставку 5.6, где представлен пример подготовки лиц, осуществляющих уход за людьми

с деменцией). Такие компетенции охватывают широкий круг областей и могут включать способность оказать помощь при выполнении ВПД и поддерживать индивидуальную жизнеспособность, содействие пожилым людям в принятии решений и ведении автономного образа жизни, а также умение работать в составе многопрофильной бригады специалистов.

Вставка 5.5. Программы на базе сети Интернет для неофициальных лиц, осуществляющих уход за людьми с деменцией

Интернет является мощным инструментом для поддержки членов семей, осуществляющих уход, особенно тех из них, которые испытывают сложности с получением поддержки в очном порядке. В эту группу входят лица, осуществляющие уход в удаленных или сельских районах, в странах с низким и средним уровнями дохода, страдающие от нехватки времени или не имеющие доступа к транспортным средствам. Как было доказано, программы на базе сети Интернет снижают уровень депрессии среди лиц, осуществляющих уход, вселяют в них уверенность в своих силах и повышают самооценку (62).

В качестве одного из примеров программ самопомощи, предлагаемых на базе сети Интернет, можно назвать программу по борьбе с деменцией, которая осуществляется под руководством инструктора (63).

Программа разработана для лиц, осуществляющих уход за людьми с деменцией, и включает восемь основных уроков и один итоговый урок для закрепления полученных знаний. После каждого урока лица, осуществляющие уход, выполняют домашнее задание и направляют его своему инструктору, который должен представить результаты проверки домашнего задания через три рабочих дня. Лица, осуществляющие уход, могут перейти к следующему уроку только после того, как откроют и прочтут отзыв преподавателя. Им также рекомендуется вести дневник с описанием своей повседневной работы и с изложением своих соответствующих мыслей и чувств. Рандомизированное контролируемое исследование результатов этой программы свидетельствует о снижении симптомов депрессии и тревожности среди лиц, осуществляющих уход (64). Возраст старше 75 лет не является препятствием для участия; тем не менее более половины (55,7%) всех участников не прошли все уроки, что указывает на возможности для улучшения этой программы (65).

Учитывая перспективность этого подхода, ВОЗ совместно с международными партнерами разрабатывает онлайн-инструмент поддержки под названием iSupport (http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/isupport/en). Цель инструмента состоит в облегчении бремени, повышении самоэффективности и улучшении психического здоровья посредством стимулирования самопомощи, развития навыков и оказания помощи лицам, осуществляющим уход за людьми с деменцией. Инструмент будет доступен с персональных компьютеров, планшетов и смартфонов через безопасное интернет-соединение. Благодаря доступу со смартфонов инструментом смогут пользоваться осуществляющие уход лица из разных частей света (таких, как Азия), где отмечаются высокие показатели использования смартфонов.

После определения основных компетенций и других целей подготовки может быть проведена аккредитация для обеспечения включения таких компетенций и целей в базовый или дослужебный учебный план подготовки профессиональных социальных работников. Для того чтобы социальные работники могли получить подготовку такого рода, может потребоваться расширение потенциала учебных заведений.

Важными аспектами подготовки действующих социальных работников являются непрерывное повышение квалификации и постоянный контроль. На управленческом уровне для проверки того, что обучение ведется

на постоянной основе и лица, осуществляющие уход, получают обновленные знания, соответствующие изменяющимся потребностям, могут использоваться аудит и обратная связь. Некоторые страны могут принять решение об официальном лицензировании социальных работников в качестве еще одного механизма обеспечения постоянного совершенствования навыков.

Помимо подготовки необходимо разработать руководящие принципы оказания помощи и обеспечить их широкое распространение. В некоторых странах были разработаны многопрофильные руководящие принципы, охватывающие такие области, как питание,

Вставка 5.6. Помощь, ориентированная на людей, живущих с деменцией

В рамках концепции помощи, ориентированной на человека, пожилые люди рассматриваются как личности, обладающие уникальным опытом, потребностями и предпочтениями (66). Они рассматриваются в контексте своей повседневной жизни и получают помощь, необходимую для поддержания взаимоотношений со своими друзьями, членами семьи и сообществом. В отличие от эйджистских представлений о пожилых людях, их достоинство и автономность высоко ценятся и встраиваются в культуру совместного принятия решений.

К людям с деменцией такой подход к помощи зачастую не применяется, и к ним могут относиться не как к личностям, особенно на поздних стадиях деменции, когда симптомы проявляются наиболее явно.

Данные исследований свидетельствуют о том, что подготовка лиц, осуществляющих уход, по вопросам ориентированной на человека помощи, а также оказание им поддержки на постоянной основе способны изменить их отношение и поведение по отношению к людям с деменцией. Исследования также говорят о том, что у лиц, осуществляющих уход в соответствии с принципами ориентированной на человека помощи, снижается уровень рабочего стресса и растет уровень личной и профессиональной удовлетворенности.

В процессе подготовки лица, осуществляющие уход, узнают о том, что люди с деменцией продолжают испытывать полный спектр эмоций даже при выраженном ухудшении когнитивных функций и что они продолжают общаться с внешним миром посредством своего поведения, даже если им сложно говорить. Хотя люди с деменцией могут со временем утратить способность принимать информированные решения по сложным вопросам, большинство из них способны принимать ответственные решения в отношении своих предпочтений. Даже если их способность к восприятию устной речи существенно нарушена, в попытке выяснить их предпочтения или мнение можно невербальным способом дать людям с деменцией понять, что к их мнению прислушиваются (67).

При проведении любых мероприятий лица, осуществляющие уход, могут оценить, оказывают ли они ориентированную на человека помощь, ответив на следующие вопросы (68):

- Показывают ли мое поведение и способ общения, что я уважаю и ценю этого человека?
- Отношусь ли я к этому человеку как к уникальной личности со своим прошлым и со своими достоинствами и потребностями?
- Предпринимаю ли я серьезные попытки рассмотреть свои действия с точки зрения человека, которому я пытаюсь помочь? Как этот человек может расценить то, что я делаю?
- Помогают ли мое поведение и взаимодействие этому человеку ощутить социальную уверенность и поддержку?

удержание мочи, альтернативы ограничительным устройствам, контроль проблемного поведения и предотвращение жестокого обращения с пожилыми людьми. Данные исследований свидетельствуют о целесообразности систематического осуществления таких руководящих принципов (69–71).

Наконец, важно обеспечивать соблюдение данных руководящих принципов и протоколов. Для этого могут быть использованы лицензирование или аккредитация поставщиков услуг по уходу и соответствующих учреждений. Во

многих странах со средним уровнем дохода отмечается рост числа частных агентств, которые проводят подготовку социальных работников и затем трудоустраивают их в семьи. Во многих странах деятельность таких частных агентств практически не регулируется. Аналогичным образом, в странах с низким уровнем дохода деятельность учреждений с круглосуточным пребыванием также обычно не регулируется, а качество их услуг в целом остается низким. Для повышения качества помощи необходима аккредитация этих учреждений.

Поддержка лиц, осуществляющих уход на бесплатной основе

Возможны различные формы поддержки лиц, осуществляющих уход на бесплатной основе. Меры поддержки могут предусматривать обучение, подготовку и временный уход за больным на период отдыха лица, обычно осуществляющего уход за ним, а также обеспечение гибких условий работы и оплата наличными.

Большинство неофициальных лиц, осуществляющих уход, нуждаются в обучении и подготовке, обычно по вопросам, связанным с состоянием здоровья пожилого человека и соответствующими последствиями, ожидаемым прогрессированием заболевания и способами оказания пожилым людям помощи в домашних делах. Лица, осуществляющие уход, также нуждаются в информации об использовании ориентированного на человека подхода в процессе оказания помощи пожилым людям, а также в навыках работы в составе многопрофильной бригады.

Фактические данные свидетельствуют о том, что предоставление лицам, осуществляющим уход, базовой информации о состоянии здоровья пожилого человека, а также их обучение навыкам контроля проблемного поведения (например, в случае деменции) позволяют снизить уровень их рабочего стресса (72, 73). Кроме того, лиц, осуществляющих уход, можно обучить практическим навыкам, таким как безопасное перемещение человека из инвалидного кресла в постель или оказание помощи при принятии ванны. Следует также предоставлять информацию об общинных ресурсах, доступных для пожилого человека и для лиц, осуществляющих за ним уход. Обучение и подготовка могут осуществляться на индивидуальной основе, в учебной аудитории, по сети Интернет (вставка 5.5) или в рамках групп поддержки лиц, осуществляющих уход. Обширная база фактических данных, полученных в странах

с высоким уровнем дохода, свидетельствует о том, что такие меры оказывают благоприятное воздействие на неофициальных лиц, осуществляющих уход (73–76).

Одной из форм поддержки является временный уход за больным на период отдыха лица, обычно осуществляющего уход за ним. Такая мера позволяет основному неофициальному лицу, осуществляющему уход, немного отдохнуть от выполнения своих обязанностей. Цель такой помощи состоит в снижении уровня стресса у неофициальных лиц, осуществляющих уход, при одновременном удовлетворении повседневных потребностей лиц, нуждающихся в уходе. В некоторых случаях временный уход осуществляют добровольцы или профессиональные работники на дому у пожилого человека. В других случаях пожилого человека временно помещают в учреждение с круглосуточным пребыванием. Дневная помощь является еще одной формой временного ухода, при которой пожилые люди проводят часть дня, принимая участие в социальных программах (пример временного ухода за пожилыми людьми с деменцией см. во вставке 5.7). В ходе нескольких исследований были сделаны попытки определить воздействие временного ухода на бремя и благополучие лиц, осуществляющих уход, но полученные результаты были противоречивыми (79–81): такие результаты могут зависеть от качества оказываемой помощи и от того, в какой мере такие услуги отвечают потребностям членов семьи, осуществляющих уход (82). Необходимо провести исследования для выяснения наиболее полезных направлений программ замены на время отпуска. В тех случаях, когда возможно предоставление замены на время отпуска, важно уведомлять членов семьи, осуществляющих уход, о наличии такой возможности с учетом соответствующих культурных и этических аспектов (83).

Вставка 5.7. Временный уход за людьми с деменцией на период отдыха лиц, осуществляющих уход за ними

Временный уход в основном осуществляется на дому у пожилых людей, но может предоставляться и в дневных центрах или учреждениях с круглосуточным пребыванием. Находясь в группе, люди с деменцией могут в безопасных условиях взаимодействовать с другими людьми со сходными проблемами.

В таких странах с высоким уровнем дохода, как Соединенные Штаты, дневные центры и учреждения с круглосуточным пребыванием, в которых предоставляется краткосрочный временный уход, были созданы несколько десятилетий назад в помощь людям с деменцией и неофициальным лицам, осуществляющим уход за ними. Учреждения, предоставляющие временный уход на один или несколько дней в неделю либо вплоть до нескольких недель, дают возможность членам семьи, осуществляющим уход, отдохнуть в то время, пока человек с деменцией находится под наблюдением и в безопасности. Это способствует достижению конечной цели, включающей содействие старению на месте людей с деменцией, обеспечение высококачественной помощи и снижение вероятности развития проблем со здоровьем у членов семьи, осуществляющих уход.

За последние десять лет страны с низким уровнем дохода уделяют все больше внимания созданию дневных центров. Например, пакистанская организация по борьбе с болезнью Альцгеймера открыла свой первый дневной центр для людей с деменцией при техническом содействии австралийской организации по борьбе с болезнью Альцгеймера, расположенной в Западной Австралии (77). Центр предназначен для людей с любой стадией деменции, нуждающихся в помощи и наблюдении в течение дня. Центр обеспечивает членам семьи возможность для регулярного отдыха от выполнения обязанностей по уходу и позволяет им сохранить свои рабочие места. Социальные работники проводят обучение, ведут группы поддержки и консультируют членов семей. Они также предлагают широкий спектр услуг для людей с деменцией, включая транспортировку из дома до центра и обратно; такие занятия, как рисование, кулинария, работа в саду, чтение газет и ежедневная зарядка; а также помощь в уходе за собой. В центре предлагают обед и чай. Кроме того, предусмотрены медицинские и психологические услуги, а также выдача прописанных лекарственных средств. Расходы центра и сопутствующих служб оплачиваются пакистанской организацией по борьбе с болезнью Альцгеймера, и все услуги предоставляются клиентам бесплатно, хотя тех, кто может себе позволить такие расходы, приглашают к участию в расходах. Тем не менее финансовая структура центра нестабильна, поскольку полностью зависит от частных пожертвований и привлеченных средств из сторонних источников.

Дневные центры по уходу за людьми с деменцией получили развитие и в Сингапуре. Местная ассоциация по борьбе с болезнью Альцгеймера открыла в городе четыре центра, разместив их поблизости от жилья, финансируемого государством. В этих центрах помощь людям с деменцией и другими состояниями, например людям, восстанавливающимся после инсульта, оказывают 5 дней в неделю (с понедельника по пятницу), а также по некоторым субботним дням. Для тех, кто в этом нуждается, предоставляется транспорт. В центре проводится медико-социальная терапия, охватывающая физические, когнитивные и социальные области; арт-терапия; и плановые прогулки. Один из центров также является дневным реабилитационным центром и имеет в штате физиотерапевта. Для оказания ориентированных на человека услуг и мониторинга результатов, достигнутых клиентами, применяются индивидуальные планы помощи и инструмент мониторинга показателей благополучия. Лицам, осуществляющим уход, предлагают участие в группах поддержки, а те, кто нуждается в консультациях или в дополнительном временном уходе, направляются к специально назначенным социальным работникам. Деятельность центров финансирует Министерство здравоохранения посредством субсидий, предоставляемых людям с деменцией после проверки нуждаемости (78).

Содействие комплексной помощи посредством социального сопровождения и более широкого сотрудничества

Социальное сопровождение является основным инструментом обеспечения ориентированной на пожилых людей комплексной помощи, в рамках которой сочетаются медицинские и социальные услуги (84, 85). Основные функции

социального сопровождения включают выявление случаев, упреждающее планирование и мониторинг помощи, а также обеспечение постоянного участия координатора предоставляемых услуг. Исследования показывают, что социальное сопровождение оказывает благоприятное воздействие на психологическое состояние и благополучие пожилых людей (86, 87), а также на уровень удовлетворенности лиц, осуществляющих уход (87, 88). Оно также может отсрочить момент помещения пациента в дом престарелых, снизить показатели госпитализации и продолжительность пребывания в домах престарелых (89–91). В среднесрочной перспективе отмечается и экономия средств (91).

Некоторые программы социального сопровождения ориентированы не только на пожилых людей, но и на лиц, осуществляющих уход за ними. Например, в Нидерландах координаторы предоставляемых услуг обеспечивают обучение и поддержку пожилых людей и неофициальных лиц, осуществляющих уход за ними (92, 93).

В рамках континуума всех видов помощи планирование социального сопровождения обеспечивает пожилым людям право выбора, что способствует их автономности. Это справедливо в отношении всех пожилых людей, даже тех из них, у которых отмечается значительное снижение жизнеспособности (94). Например, хотя люди с тяжелой деменцией могут быть не в состоянии принимать решения о необходимости хирургической операции, они по-прежнему способны выбрать, что им есть и какую одежду носить. Соблюдение этого принципа может быть сопряжено с трудностями. Тем не менее в соответствии с концепцией *здорового старения* лица, обеспечивающие долгосрочную помощь, должны помогать пожилым людям в принятии тех решений, которые те способны принимать (94), а лица, осуществляющие уход, должны на постоянной основе оценивать, «когда убеждение оправданно, и когда начинается неоправданное покровительственное отношение» (95).

Помимо социального сопровождения важным элементом ухода за людьми с существенным спадом индивидуальной жизнеспособности является заблаговременное планирование мер по оказанию помощи. Такое планирование представляет собой официальное обсуждение в целях оказания таким пациентам помощи в принятии личных решений о своем будущем лечении и паллиативной помощи (96, 97) (*вставка 5.8*). Основная цель заблаговременного планирования мер по оказанию помощи состоит в поддержке автономности пожилых людей и предоставлении им возможности для принятия личных решений в период, когда они окажутся не в состоянии говорить за себя, посредством выяснения их желаний, потребностей и предпочтений до того, как они не смогут этого сделать. Повысить эффективность заблаговременных планов по оказанию помощи могут опытные координаторы совместно с основными лицами, отвечающими за принятие решений, а также с участием пожилых людей и лиц, осуществляющих уход за ними (101).

Хотя стратегии социального сопровождения и лежащие в их основе принципы способствуют приданию долгосрочной помощи более ориентированного на человека и комплексного характера, согласованность и интеграция медицинской и социальной помощи и поддержки должны быть обеспечены на административном уровне. Это требует более унифицированного подхода. Одним из вариантов может быть единое государственное учреждение, например министерство здравоохранения или социальной помощи, которое несет основную ответственность за работу всей системы долгосрочной помощи, а не только за работу ее определенных участков. Тем не менее такие официальные структуры управления не являются единственным способом обеспечения интеграции (*вставка 5.9*).

Еще одним аспектом интеграции является обеспечение сотрудничества между неофициальными и профессиональными лицами, осу-

ществляющими уход. Фактические данные свидетельствуют о том, что эффективный обмен информацией между разными лицами, осуществляющими уход, способствует интеграции и координации помощи (88). Таким образом, внедрение систем обмена информацией может стать важным шагом по пути создания действительно интегрированных услуг.

Важно отметить, что семейный и профессиональный уход не исключают друг друга. Неофициальные лица, осуществляющие уход, могут получать поддержку со стороны специалистов по уходу, и их работа может дополняться работой профессионалов; аналогичным образом, специалисты по уходу могут руководствоваться советами членов семьи и оказываемый

ими уход может дополняться уходом со стороны членов семьи.

Обеспечение устойчивого и справедливого финансирования

Расходы, связанные с решением проблемы зависимости пожилых людей от посторонней помощи, уже высоки и будут существенно расти в дальнейшем. Как было указано ранее в данной главе, если правительство не финансирует услуги, за них должен платить кто-то другой. Поскольку бремя плохого состояния здоровья в пожилом возрасте в непропорциональной степени ложится на плечи людей, находящихся в неблагоприятном положении, то и

Вставка 5.8. Что такое паллиативная помощь?

Целью паллиативной помощи является повышение качества жизни людей с ограниченным прогнозируемым сроком жизни, испытывающих существенный спад жизненной способности; она призвана также предотвратить или облегчить физические, психологические или духовные страдания пациентов и членов их семей. Концепция паллиативной помощи постепенно развивается: ранее паллиативная помощь была ориентирована в основном на больных раком на последних стадиях заболевания, а также на институциональную и специализированную помощь. Тем не менее за последние десять лет сфера действия паллиативной помощи существенно расширилась благодаря охвату более широкого спектра состояний здоровья, учреждений по оказанию помощи и групп лиц, осуществляющих уход. В настоящее время паллиативная помощь также включает вопросы, связанные с благополучием семей.

По оценкам ВОЗ, ежегодно около 40 млн. человек нуждаются в паллиативной помощи (98). Около 80% из них живут в странах с низким и средним уровнями дохода, а около 67% относятся к лицам в возрасте 60 лет и старше. Тем не менее системы здравоохранения большинства стран уделяют недостаточное внимание этой проблеме: около 42% стран вообще не имеют служб паллиативной помощи, а в других 30% стран такие услуги предоставляются лишь небольшой доле нуждающегося населения (99). Подготовка по вопросам паллиативной помощи зачастую носит ограниченный характер или полностью отсутствует, а от отсутствия доступа к опиоидным анальгетикам и другим лекарственным средствам, используемым в паллиативной помощи, страдают 80% населения мира (99). К другим барьерам относятся отсутствие информации о необходимости паллиативной помощи и предубеждения относительно характера такой помощи.

В паллиативной помощи используется многопрофильный подход к удовлетворению комплексных потребностей получателей помощи и членов их семей (100). В идеале, паллиативную помощь начинают оказывать в учреждениях первичной медико-санитарной помощи после уточнения прогноза. Лица, принимающие участие в планировании паллиативной помощи, должны обеспечить пожилым людям возможность принятия информированных и автономных решений в соответствии с их ценностями и предпочтениями. Затем помощь оказывают в различных условиях, с упором на помощь в рамках сообщества; такую помощь оказывают различные лица, осуществляющие уход, включая прошедших подготовку лиц, осуществляющих уход, или добровольцев. Принципы паллиативной помощи можно применять во всех учреждениях медицинской и долгосрочной помощи, и они соответствуют подходам, изложенным в данной главе.

Вставка 5.9. Комплексная система оказываемой на дому медико-социальной помощи пожилым людям в Турции

В Турции существует несколько учреждений, оказывающих помощь и поддержку пожилым людям на дому. Такие услуги предоставляются на бесплатной основе и финансируются из нескольких источников, включая общий бюджет, налоги, муниципальные бюджеты и взносы, выплачиваемые работодателями и работниками. Министерство здравоохранения обеспечивает медицинскую помощь на дому, которую оказывают многопрофильные бригады специалистов; Министерство семьи и социальной политики обеспечивает пожилым людям социальную поддержку, помощь и уход в различных условиях, в том числе на дому; а муниципалитеты обеспечивают социальную поддержку и оказывают другие услуги, такие как медицинская помощь на дому; психологическая поддержка; ремонт и обслуживание домов; помощь в работе по дому, в уходе за собой и при приготовлении пищи; а также проведение общественных мероприятий (102–104).

В 2015 г. министерства здравоохранения, семьи и социальной политики и внутренних дел, а также Союз муниципалитетов Турции разработали новый протокол, который рекомендует обеспечивать обмен электронными данными между различными учреждениями и организациями, обеспечивающими уход на дому (105, 106). Новая система сначала пройдет испытания в девяти провинциях, после чего будет развернута на национальном уровне. Для обеспечения нуждающихся пожилых людей медицинской помощью, социальной поддержкой и другими государственными услугами на дому будет использоваться программное обеспечение по обмену данными. Интеграция данных также позволит применить комплексный скоординированный подход, что повысит эффективность услуг и снизит вероятность их дублирования.

Когда пожилой человек или члены его семьи обращаются за какой-либо конкретной услугой, эта информация сразу вводится в базу данных. Если бригада первичной помощи решит, что какому-либо человеку потребуется другая услуга, она уведомит соответствующее учреждение через базу данных. Таким образом, потребности пожилых людей будут удовлетворяться незамедлительно.

Такой протокол является хорошим примером того, как та или иная страна может улучшить предоставление комплексной и интегрированной долгосрочной помощи, включая медицинскую и социальную помощь и поддержку. Используемый в Турции комплексный, коллективный и многопрофильный подход обеспечивает следующие преимущества:

- Расширение доступа к услугам и повышение доступности профессиональной помощи для пожилых людей.
- Ориентированный на человека, скоординированный и гибкий подход, адаптированный к обстоятельствам и потребностям каждого отдельного человека.
- Соблюдение прав и уважение достоинства пожилых людей, что позволяет им участвовать в принятии решений относительно своих потребностей, а также получать многие услуги на дому.
- Поддержка семей, осуществляющих уход за пожилыми родственниками, и содействие более активному участию пожилых людей в жизни общества.
- Повышение качества жизни и благополучия пожилых людей.
- Охрана здоровья пожилых людей и повышение уровня их безопасности.
- Наиболее эффективное использование учреждений, кадров и их ресурсов посредством обмена данными, что обеспечивает возможность координации помощи.

Несмотря на то что эта система введена в Турции недавно и еще не прошла оценку, протокол позволяет сделать ряд выводов.

- Комплексная помощь и поддержка могут предоставляться на бесплатной основе даже в развивающейся стране с фрагментированной системой долгосрочной помощи.
- Многосекторальные подходы являются основой долгосрочной помощи, а пилотный проект продемонстрировал роль правительства в обеспечении руководства, необходимого для налаживания сотрудничества между учреждениями и организациями.
- Важнейшей задачей правительства в рамках этой является создание механизма координации, выявление нуждающихся в медико-социальной помощи и поддержке, а также сотрудничество с партнерами в целях предоставления необходимых услуг.

бремя ухода, вероятно, в наибольшей степени затронет неимущих людей, особенно женщин. Таким образом, крайне важно найти способы справедливого распределения бремени, связанного с уходом. Эти проблемы обычно решаются с помощью механизмов покрытия рисков или адресного выделения ресурсов наиболее нуждающимся.

Это не означает, что правительства обязаны нести все расходы в связи с долгосрочной помощью. В значительной степени это политический вопрос, отражающий широкий спектр социальных подходов к распределению общих расходов на предоставление помощи. Но даже если роль правительства сводится лишь к руководству, это сопряжено с определенными расходами: эффективное руководство требует устойчивой и обеспеченной ресурсами системы координации и контроля.

Как и в случае финансирования системы здравоохранения (107), финансирование долгосрочной помощи должно быть ориентировано на достижение трех основных целей: мобилизация достаточных финансовых ресурсов; обеспечение доступности и приемлемой цены ухода даже для беднейших слоев населения; и экономически эффективное и справедливое использование ресурсов.

При наличии в обществе очевидного согласия по вопросу о том, что долгосрочная помощь является важным общественным благом и задачей с высоким общественным приоритетом, правительства могут мобилизовать ресурсы для долгосрочной помощи путем перенаправления общих налоговых ресурсов на эти цели из менее приоритетных областей. В качестве альтернативы или дополнения правительства могут принять решение о создании программ принудительного сбережения или страхования долгосрочной помощи. Для гарантированной мобилизации в нескольких странах – членах ОЭСР были приняты программы всеобщего страхования финансовых ресурсов; к таким странам относятся Германия,

Люксембург, Нидерланды, Республика Корея и Япония (14) (вставка 5.10). Например, в течение 4 лет с момента введения программы страхования долгосрочной помощи в Республике Корея помощь была оказана 5,5% населения в возрасте 65 лет и старше, среди которых основную часть составили неимущие пожилые люди, женщины и одинокие лица, что говорит о том, что этот механизм охватывает уязвимые группы населения (110). Среди лиц, получивших помощь, 89% сообщили о своей удовлетворенности ее качеством, а 93% семей заявили о сокращении бремени, связанного с уходом (111).

Тем не менее в Латинской Америке и странах Африки к югу от Сахары введение механизмов накопительного страхования пенсий и медицинских услуг дало смешанные результаты (112). Такие механизмы зачастую приводили к большому финансовому дефициту и требовали существенных дотаций из общих доходов. Одной из причин являются высокие уровни уклонения от уплаты взносов, что может свидетельствовать о низком уровне доверия к системам государственного страхования. Если сложно бывает убедить людей вносить вклады в страховой фонд, который предлагает такие ощутимые преимущества, как пенсионное обеспечение, то еще сложнее убедить их пожизненно вносить вклады в долгосрочную помощь, которая им, возможно, никогда и не понадобится.

В очень бедных странах ограниченность государственных ресурсов и конкуренция приоритетов делают маловероятным выделение существенных государственных средств на нужды долгосрочной помощи в обозримом будущем. Тем не менее существуют возможности привлечь внимание партнеров по развитию и неправительственных организаций к финансированию долгосрочной помощи. Даже в условиях крайне ограниченных ресурсов правительства могут привлекать потенциальных партнеров, излагать свои доводы и стимулировать финансовую помощь.

Вставка 5.10. Финансирование медицинской и долгосрочной помощи стареющему населению: Нидерланды

В Нидерландах пожилые люди получают медицинскую и долгосрочную помощь в рамках различных муниципальных программ, обеспечивающих их потребности в медицинской помощи, стационарной долгосрочной помощи и социальной помощи и поддержке. Кроме того, национальная система социального обеспечения оказывает финансовую помощь лицам, не имеющим других источников дохода (108). Для решения проблем, связанных с ростом расходов и изменением потребностей, в 2015 г. в Нидерландах были проведены масштабные реформы различных программ помощи (109).

Система медицинского страхования (известная под названием *Zorgverzekeringswet*), которая обеспечивает основные потребности всего населения в медицинской помощи, поддерживается частными (в основном некоммерческими) компаниями медицинского страхования. Эта система будет расширена и охватит индивидуальную помощь и сестринский уход на дому. Компании медицинского страхования оказывают помощь в удовлетворении самых насущных потребностей в уходе, таких как вставание с кровати, принятие душа и одевание, а также обеспечивают сестринский уход на уровне сообщества.

Помимо этой системы медицинского страхования, люди имеют возможность заключить договор добровольного медицинского страхования, который предусматривает услуги, не включенные в государственные программы. Добровольное страхование охватывает стоматологическую помощь и физиотерапию. Программами добровольного страхования охвачены около 85% населения, включая относительно высокую долю пожилых людей.

Соответствующая программа долгосрочной помощи претерпела радикальные изменения. Ранее программа носила обязательный характер и охватывала долгосрочную помощь пожилым людям, людям с психическими расстройствами и людям с инвалидностью. Новая программа (известная под названием *Wet Langdurige Zorg*) будет охватывать только наиболее трудоемкие формы долгосрочной помощи в учреждениях с круглосуточным пребыванием (и меньше людей будут иметь право на получение помощи в таких учреждениях). Амбулаторная индивидуальная помощь и сестринский уход на дому были отнесены к системе медицинского страхования, как описано выше.

Социальная поддержка, включая определенные виды услуг на дому и временный уход, были переданы в ведение муниципалитетов с финансированием из налоговых отчислений (в настоящее время этот механизм известен как *Wet Maatschappelijke Ondersteuning*). Этот механизм призван обеспечить как можно более длительное проживание пожилых людей в своих собственных домах, а также предоставление необходимой для этого помощи. В результате таких реформ местным органам власти отводится ведущая роль в деле оказания долгосрочной помощи на уровне сообщества.

Пожилые люди могут составить личный бюджет из средств всех трех программ, однако только для удовлетворения своих потребностей в долгосрочной помощи. Личный бюджет позволяет людям приобретать и организовывать уход за собой в соответствии со своими предпочтениями. Являясь держателями бюджета, пожилые люди имеют возможность нанимать членов своей семьи или любых других лиц для оказания помощи.

Ниже приведены основные выводы, сделанные на основе опыта Нидерландов.

1. Широкий охват медицинской и долгосрочной помощью обладает многочисленными преимуществами и способствует социальной солидарности.
2. Для охвата всех потребностей пожилых людей может потребоваться несколько различных программ. В таких обстоятельствах важно обеспечивать интеграцию между различными программами и использовать интегрированный и комплексный подход.
3. Важно уважать желания пожилых людей, которые хотят жить у себя дома как можно дольше.

Вне зависимости от источников получения дохода, механизмы всеобъемлющего покрытия рисков способствуют распределению финансовых издержек, связанных с долгосрочной помощью, среди общества в целом. Эти меры способствуют защите неимущих и маргинализированных людей и снижают риск наступления финансовой катастрофы у пожилых людей и членов их семей.

Обеспечение экономической эффективности мер способствует разумному расходованию ресурсов. Например, предоставление пожилым людям возможности оставаться дома способствует повышению качества их жизни и может являться более приемлемым по цене, чем помощь в учреждении с круглосуточным пребыванием, хотя это и не всегда так (113).

Кроме того, такие инициативы, как ассоциации пожилых людей (вставка 5.4), которые используют человеческий и социальный капитал пожилого населения для удовлетворения потребностей пожилых людей, могут стать устойчивым и малозатратным вариантом помощи в ближайшем будущем. Хотя в настоящее время эти механизмы применяются в основном в странах с низким и средним уровнями дохода, этот ресурс, зачастую не получающий надлежащего внимания, может быть полезным и в более развитых странах.

Финансирование всеобщей системы долгосрочной помощи может стать весьма сложной задачей в странах с низким и средним уровнями дохода. Тем не менее по ряду причин в таких странах имеются преимущества по показателям затрат в сравнении со странами с высоким уровнем дохода. Во-первых, старение населения в этих странах выражено в меньшей степени, поэтому спрос на долгосрочную помощь ниже. Во-вторых, большинство форм долгосрочной помощи не требует дорогостоящего оборудования или специальных технологий: основным и важнейшим видом затрат является человеческий труд, который имеет гораздо более низкую стоимость в менее развитых странах. В-третьих, эти страны имеют воз-

можность учиться на прошлых ошибках стран с высоким уровнем дохода, а именно: они могут делать упор на использование наиболее экономически эффективных услуг, направленных на поддержку членов семьи, осуществляющих уход. Например, в Чили, по оценкам, расходы на всеобщую систему социальной помощи на дому составят около 0,45% ВВП, что ориентировочно равносильно 10% общего бюджета здравоохранения (114).

Изменение отношения к долгосрочной помощи: политическая и социальная проблема

Проблемы и проявления несправедливости в рамках действующих систем долгосрочной помощи зачастую не получают должного внимания. Отчасти это объясняется тем, что многие люди, которых непосредственно касаются эти проблемы, лишены политического голоса и не представлены в различных организациях. Не покидающие своих домов пожилые люди, зависящие от посторонней помощи, социальные работники - мигранты и члены семей, осуществляющие уход, сталкиваются с различными барьерами, препятствующими их участию в политических дискуссиях. В большинстве национальных правительств нет влиятельного координирующего органа, способного освещать эти проблемы и способствовать их решению. Во многих случаях разделение функций и обязанностей между правительственными учреждениями на национальном и местном уровнях носит нечеткий и неопределенный характер. Это препятствует координации интегрированной системы медико-социальной помощи и поддержки, а также размывает границы ответственности правительства. В тех случаях, когда политические дискуссии все же ведутся, они зачастую посвящены обсуждению налогово-бюджетных вопросов. Меньше внимания уделяется значению преимуществ,

обеспечиваемых эффективно действующей системой долгосрочной помощи (вставка 5.11).

Освещая вопросы долгосрочной помощи, средства массовой информации зачастую проявляют эйджистский, узкий и необъективный подход (115). Привлечение внимания общества к ошибочности и разрушительному потенциалу широко распространенных эйджистских стереотипов в отношении пожилых людей является одним из способов борьбы с этими негативными настроениями (116). Если рассматривать

физические и когнитивные нарушения, депрессию и боль в качестве неизбежных аспектов старения, пожилых людей вряд ли будут воспринимать серьезно и они будут вытеснены на обочину жизни, особенно в обществах, в которых высоко ценятся независимость и самодостаточность (117). Широко распространенный страх смерти и личный дискомфорт при обсуждении вопросов, связанных со смертью, в том числе среди медицинских работников, в еще большей степени обостряют эту проблему (118).

Вставка 5.11. Основные преимущества системы долгосрочной помощи

1. Уважение достоинства в пожилом возрасте: уважение прав пожилых людей.
2. Сокращение расходов в связи с госпитализацией и сопутствующих расходов: система долгосрочной помощи снижает продолжительность пребывания в больнице, сокращает показатели повторной госпитализации и помогает пожилым людям вернуться домой. Все эти аспекты снижают соответствующие расходы на медико-санитарную помощь. Что касается людей в возрасте старше 70 лет в странах с доступными услугами долгосрочной помощи, то расходы на медико-санитарную помощь с возрастом сокращаются.
3. Сокращение масштабов нищеты: долгосрочная помощь на основе обеспечения справедливого доступа к услугам по уходу и их использованию представляет собой систему социальной защиты пожилых людей и защищает их – и членов их семей – от нищеты в более поздние периоды жизни. Она также способствует разделению риска катастрофических расходов на медико-санитарную помощь, снижает бремя, которое несут члены семей, и содействует социальной сплоченности.
4. Повышение качества помощи и качества жизни: продуманная система долгосрочной помощи, предлагающая различные варианты ухода, способствует поддержанию качества ухода на дому, осуществляемого членами семьи, облегчает бремя, которое несут лица, осуществляющие уход, и повышает качество жизни пожилых людей и лиц, осуществляющих уход за ними.
5. Улучшение помощи при деменции: получаемые на дому инструкции и поддержка позволяют членам семьи, осуществляющим уход, справляться с проблемным поведением дома и снижают уровень кризиса и стресса у лиц, осуществляющих уход.
6. Улучшение помощи в конце жизни: долгосрочная помощь, оказываемая в соответствии с принципами паллиативной помощи, избавляет пожилых людей от боли и стресса в конце жизни. Такая помощь, оказываемая на дому или в учреждениях с круглосуточным пребыванием, позволяет избежать ненужной, дорогостоящей и сопряженной со стрессом госпитализации в конце жизни.
7. Содействие занятости: при применении упреждающего подхода спрос на профессиональных социальных работников создает рабочие места и облегчает доступ к услугам долгосрочной помощи. Это – взаимовыгодное решение для правительства и общества. Некоторое облегчение бремени, которое несут лица, осуществляющие уход, может способствовать их трудоустройству (или возврату к трудоустройству).
8. Поддержка инноваций и коммерческой деятельности: для удовлетворения потребностей пожилых людей со значительной потерей жизнеспособности разрабатывается множество инновационных технологий. Такая продукция способствует удовлетворению потребностей пожилых людей, а затем становится доступной для других людей с аналогичными потребностями.

Между тем средства массовой информации могут предложить решения этой проблемы, усугублению которой они регулярно способствуют, начав борьбу с эйджистским отношением к пожилым людям и высказавшись в поддержку проведения информированного обсуждения вопросов долгосрочной помощи.

Например, результаты исследования, проведенного в Соединенных Штатах, показали, что географические различия в освещении вопросов долгосрочной помощи в средствах массовой информации тесно связаны с политическими реформами, которые на первый план выводят помощь на уровне сообщества (119).

Вставка 5.12. Национальная стратегия в отношении деменции, Шотландия

Национальная стратегия в отношении деменции, Шотландия: в 2013–2016 гг. были получены следующие основные результаты (120).

1. Больше людей с деменцией будут более продолжительный период времени жить у себя дома, и качество их жизни повысится.
2. Сообщества станут доступными и будут оказывать поддержку людям с деменцией, что будет способствовать повышению уровня осведомленности о деменции и снижению стигматизации.
3. Будет гарантирована своевременная и точная постановка диагноза.
4. Будет улучшена поддержка людей с деменцией и членов их семей после постановки диагноза.
5. Больше людей с деменцией, членов их семей и лиц, осуществляющих уход, будут принимать участие в помощи в качестве равноправных партнеров.
6. Будет улучшена ситуация с соблюдением и поощрением прав людей с деменцией во всех учреждениях, а также будет усилен контроль за соблюдением законодательных требований по отношению к лечению.
7. В больницах и других учреждениях, оказывающих помощь, с людьми с деменцией будут обращаться с уважением их достоинства.

Данная стратегия соответствует принятой в Шотландии концепции развития медицинской помощи и ухода на период до 2020 г. (121), согласно которой все люди, в том числе с деменцией, будут иметь возможность лучше и дольше жить у себя дома или в учреждениях домашнего типа. Ключевым аспектом для реализации этой концепции является интегрированная система медицинской и социальной помощи, а основными компонентами такого интегрированного подхода являются самопомощь с поддержкой и медицинская помощь на уровне сообщества.

В основе обеих стратегий лежит Шотландская хартия прав людей с деменцией и лиц, осуществляющих уход за ними (122), где изложены существующие права человека и другие юридические права людей с деменцией и лиц, осуществляющих уход за ними. Основным принципом подхода, основанного на правах человека, является право людей с деменцией и лиц, осуществляющих уход за ними, на обращение как с равноправными членами своих сообществ, на получение поддержки в повышении качества своей жизни, а также на возможность сохранения связи со своими сообществами, членами семьи и сетями социальной поддержки.

Шотландская организация по борьбе с болезнью Альцгеймера сыграла важную роль в продвижении этой повестки дня. Например, Пять основных принципов поддержки после постановки диагноза были приняты шотландским правительством в качестве основы программы по обеспечению всем людям, у которых была диагностирована деменция, поддержки после постановки диагноза в течение минимум одного года (120). Эти принципы позволяют пациентам и членам их семей разработать оптимальные индивидуальные планы по обеспечению высокого качества жизни и как можно более длительного периода независимой жизни для каждого больного деменцией. В более широком плане Шотландская организация по борьбе с болезнью Альцгеймера организовывала просветительские кампании и инициативы, направленные на формирование дружественных к людям с деменцией сообществ и поощрение дружеских отношений с людьми с деменцией

Продолжение...

Продолжение с предыдущей страницы...

в целях ознакомления с этим заболеванием и борьбы с негативными общественными представлениями о деменции на территории всего региона. Кроме того, были разработаны национальные стандарты помощи людям с деменцией (123), а также основы подготовки с описанием знаний, навыков и моделей поведения, которыми должны владеть все медицинские и социальные работники. В рамках Национальной службы здравоохранения работают более 500 активистов, которые при поддержке консультантов по уходу за больными деменцией стремятся путем перемен обеспечить распространение передового опыта по повышению качества жизни, ухода, лечения и результатов лечения людей с деменцией и членов их семей; они стремятся также снизить уровень применения психоактивных лекарственных средств и популяризировать немедикаментозные методы лечения.

Национальная стратегия в отношении деменции, Шотландия: в 2013–2016 гг. был получен ряд результатов, рассмотренных в настоящем докладе.

1. Наличие национальной стратегии или плана играет важную роль для объединения усилий заинтересованных сторон и согласования приоритетных направлений деятельности.
2. Меры по улучшению ситуации должны охватывать широкий ряд услуг и учреждений – не только социальные услуги и службы, но и неотложную медицинскую помощь в больницах и на уровне сообщества, включая любые организации или учреждения, которые могут посещать пожилые люди.
3. Подход, основанный на правах человека, является основной всеобъемлющей стратегией, направленной на улучшение качества долгосрочной помощи.

Заключение

В данной главе шла речь о необходимости фундаментального развития долгосрочной помощи. Во многих странах с низким и средним уровнями дохода официальные услуги долгосрочной помощи практически отсутствуют. Задачи, связанные с поддержкой зависящих от посторонней помощи пожилых людей, обычно приходится решать членам семьи женского пола, которые практически не имеют подготовки и не получают плату за свой труд. В некоторых странах с высоким уровнем дохода доступны комплексные государственные услуги, однако их устойчивость находится под большим вопросом, учитывая процесс старения населения. Во всех странах характер и качество помощи зачастую не соответствуют потребностям. Вопросам оптимизации траектории изменения индивидуальной жизнеспособности и уважения автономности и достоинства зачастую вообще не уделяется никакого внимания.

Важным первым шагом является популяризация новых подходов к концепции долгосроч-

ной помощи – включая отведение центральной роли оптимизации индивидуальной жизнеспособности. Кроме того, действовать необходимо по нескольким направлениям.

Прежде всего, все страны нуждаются в полностью интегрированной системе долгосрочной помощи. Для большинства стран это предусматривает разработку национального плана. Правительства могут привлечь заинтересованные стороны к обсуждению вопросов и принятию решений в отношении необходимых мер и лиц, ответственных за их реализацию. Как минимум, в плане должно быть предусмотрено, какие услуги будут оказываться, кто будет их оказывать, как будут финансироваться эти услуги, каким образом будет обеспечиваться всеобщий доступ к ним, каким образом будет обеспечиваться уровень качества, а также каким образом будет осуществляться координация системы предоставления интегрированной и комплексной долгосрочной помощи.

Вторым приоритетным направлением являются формирование и поддержка кадровых ресурсов, оказывающих долгосрочную

помощь. Для этого необходима надлежащая подготовка оплачиваемых социальных работников для выполнения их функций, а также обеспечение справедливой оплаты их труда и создание для них соответствующих рабочих условий. Предоставление социальным работникам права принимать обоснованные решения и разумных возможностей для карьерного роста является еще одним способом привлечения работников и удержания их на рабочем месте. Важно отметить, что поддержку необходимо оказывать и членам семьи, осуществляющим уход; для этого таким лицам следует предоставлять обучение, подготовку и возможность отдыха благодаря обеспечению временного ухода, необходимо также принятие законодательства в поддержку гибких условий работы или отпусков, а также оплаты наличными за оказываемые услуги.

В-третьих, следует обеспечить защиту прав пожилых людей и лиц, осуществляющих уход за ними. Неприемлемо обращаться с завися-

щими от посторонней помощи пожилыми людьми обезличенно, допуская унижение или жестокость по отношению к ним. Напротив, долгосрочная помощь должна способствовать уважению достоинства, автономности и желаний пожилых людей, содействуя им в поддержании контактов с их сообществом и социальными сетями. Аналогичным образом, работники по оказанию помощи, большинство из которых составляют женщины, также заслуживают справедливого и уважительного отношения.

Страны обладают значительной свободой действий, используя разнообразные инновационные и гибкие подходы к принятию мер в этих направлениях (вставка 5.12). Более подробные предложения относительно принимаемых мер представлены в главе 6. Во всех странах к этому процессу будет привлекаться широкий круг заинтересованных сторон. Тем не менее только правительства способны создать систему долгосрочной помощи и руководить ею.

Библиография

1. Leveille SG, Penninx BW, Melzer D, Izmirlian G, Guralnik JM. Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery, and mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000 Jan;55(1):S41–50. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/55.1.S41> PMID:10728129
2. Rodrigues MA, Facchini LA, Thumé E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cad Saude Publica*. 2009;25 (Suppl. 3):S464–76. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001500011> PMID:20027393
3. Current and future caregiver needs for people with disabling conditions. Geneva: World Health Organization; 2002 (Longterm care series).
4. Prince M, Prina M, Guerchet M. World Alzheimer report 2013. Journey of caring: an analysis of long-term care for dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2013 (<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>, accessed 17 June 2015).
5. Low LF, Fletcher J. Models of home care services for persons with dementia: a narrative review. *Int Psychogeriatr*. 2015 Feb 12. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215000137> PMID:25672570
6. Szanton SL, Wolff JL, Leff B, Roberts L, Thorpe RJ, Tanner EK, et al. Preliminary data from community aging in place, advancing better living for elders, a patient-directed, team-based intervention to improve physical function and decrease nursing home utilization: the first 100 individuals to complete a Centers for Medicare and Medicaid Services Innovation Project. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Feb;63(2):371–4. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13245> PMID:25644085
7. Pot AM. Improving nursing home care for dementia: is the environment the answer? *Aging Ment Health*. 2013;17(7):785–7. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.828679> PMID:23971862
8. De Bruin SR, Oosting SJ, Tobi H, Blauw YH, Schols JM, De Groot CP. Day care at green care farms: a novel way to stimulate dietary intake of community-dwelling older people with dementia? *J Nutr Health Aging*. 2010 May;14(5):352–7. <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-010-0079-9> PMID:20424801
9. Nakanishi M, Nakashima T, Sawamura K. Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2012 Jan;59(1):3–10. PMID:22568106
10. Verbeek H, Zwakhalen SM, van Rossum E, Kempen GI, Hamers JP. Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *Int J Nurs Stud*. 2012 Jan;49(1):21–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.008> PMID:21820656
11. Willemse BM, Depla MF, Smit D, Pot AM. The relationship between small-scale nursing home care for people with dementia and staff's perceived job characteristics. *Int Psychogeriatr*. 2014 May;26(5):805–16. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610214000015> PMID:24507445
12. Smit D, Willemse B, de Lange J, Pot AM. Wellbeing-enhancing occupation and organizational and environmental contributors in long-term dementia care facilities: an explorative study. *Int Psychogeriatr*. 2014 Jan;26(1):69–80.
13. te Boekhorst S, Depla MF, de Lange J, Pot AM, Eefsting JA. The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Sep;24(9):970–8. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2205> PMID:19452499
14. Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD Publishing; 2011.
15. Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2013.
16. Erol R, Brooker D, Peel E. Women and dementia: a global research review. London: Alzheimer's Disease International; 2015 (<http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/Women-and-Dementia.pdf>, accessed 17 June 2015).
17. Mayston R, Guerra M, Huang Y, Sosa AL, Uwakwe R, Acosta I, et al. Exploring the economic and social effects of care dependence in later life: protocol for the 10/66 research group INDEP study. *Springerplus*. 2014;3(1):379. <http://dx.doi.org/10.1186/2193-1801-3-379> PMID:25105086
18. Redondo N, Lloyd-Sherlock P. Institutional care for older people in developing countries: repressing rights or promoting autonomy? The case of Buenos Aires, Argentina. Norwich, England: University of East Anglia, School of International Development; 2009 (Working paper 13; <https://www.uea.ac.uk/documents/6347571/6504346/WP13.pdf/40c878ad-25f5-4967-b338-fca4246103d9>, accessed 17 June 2015).
19. Herd R, Hu Y, Koen V. Providing greater old age security in China. Paris: OECD Publishing; 2010 (Economics Department working paper No. 750; [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp\(2010\)6](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp(2010)6), accessed 17 June 2015).

20. Wong YC, Leung J. Long-term care in China: issues and prospects. *J Gerontol Soc Work*. 2012;55(7):570–86. <http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2011.650319> PMID:22963116
21. Nienhaus A, Westermann C, Kuhnert S. Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie. [Burnout among elderly care staff: a review of its prevalence]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2012 Feb;55(2):211–22. <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-011-1407-x> PMID:22290165 (in German).
22. Vernooij-Dassen MJ, Faber MJ, Olde Rikkert MG, Koopmans RT, van Achterberg T, Braat DD, et al. Dementia care and labour market: the role of job satisfaction. *Aging Ment Health*. 2009 May;13(3):383–90. <http://dx.doi.org/10.1080/13607860902861043> PMID:19484602
23. Baumbusch J, Dahlke S, Phinney A. Nursing students' knowledge and beliefs about care of older adults in a shifting context of nursing education. *J Adv Nurs*. 2012 Nov;68(11):2550–8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05958.x> PMID:22364192
24. The long-term care workforce: can the crisis be fixed? Problems, causes and options. Washington (DC): Institute for the Future of Aging Services; 2007 (http://www.leadingage.org/uploadedFiles/Content/About/Center_for_Applied_Research/Center_for_Applied_Research_Initiatives/LTC_Workforce_Commission_Report.pdf, accessed 17 June 2015).
25. The 2012 Ageing Report: economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060). Brussels: European Union; 2012. <http://dx.doi.org/10.2765/19991>
26. Wimo A., Prince M. World Alzheimer report 2010: the global economic impact of dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2010 (<https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>, accessed 17 June 2015).
27. Leichsenring K, Billings J, Nies H, editors. Long-term care in Europe: improving policy and practice. London: Palgrave Macmillan; 2013 (<http://www.palgraveconnect.com/pc/doi/finder/10.1057/9781137032348.0001>, accessed 17 June 2015).
28. Scheil-Adlung X, Bonan J. Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care: assessing impacts and policy implications. Geneva: International Labour Organization; 2012 (ESS paper No. 31; <https://www.ilo.org/gimi/gess/RessourcePDF.do?ressource.ressourceId=30228>, accessed 17 June 2015).
29. World social protection report 2014/15: building economic recovery, inclusive development and social justice. Geneva: International Labour Organization; 2014. (<http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/lang--en/index.htm>, accessed 17 June 2015).
30. Ogawa T. Ageing in Japan: an issue of social contract in welfare transfer or generational conflict? In: Lloyd-Sherlock P, editor. *Living longer: ageing, development and social protection*. London: Zed Books; 2004 (<http://zedbooks.co.uk/node/21198>, accessed 17 June 2015).
31. Mitchell O, Pigott J, Shimizutani S. Developments in long-term care insurance in Japan. Sydney: University of New South Wales, Australian School of Business; 2008 (UNSW Australian School of Business Research Paper No. 2008 ECON 01; <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1115186>, accessed 17 June 2015).
32. Shimizutani S, Inakura N. Japan's public long-term care insurance and the financial condition of insurers: evidence from municipality-level data. *Government Auditing Review*. 2007;14:27–40.
33. Hayashi M. Japan's long-term care policy for older people: the emergence of innovative "mobilisation" initiatives following the 2005 reforms. *J Aging Stud*. 2015 Apr;33:11–21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2015.02.004> PMID:25841725
34. Addressing dementia: the OECD response. Paris: OECD Publishing; 2015.
35. Willemse BM, Downs M, Arnold L, Smit D, de Lange J, Pot AM. Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging Ment Health*. 2015;19(5):444–52. PMID:25117793
36. Cohen-Mansfield J, Bester A. Flexibility as a management principle in dementia care: the Adards example. *Gerontologist*. 2006 Aug;46(4):540–4. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/46.4.540> PMID:16921008
37. Hancock GA, Woods B, Challis D, Orrell M. The needs of older people with dementia in residential care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Jan;21(1):43–9. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1421> PMID:16323258
38. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs*. 2009 Apr;18(7):981–90. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02460.x> PMID:19284433
39. Pellfolk T, Sandman PO, Gustafson Y, Karlsson S, Lövheim H. Physical restraint use in institutional care of old people in Sweden in 2000 and 2007. *Int Psychogeriatr*. 2012 Jul;24(7):1144–52. <http://dx.doi.org/10.1017/S104161021200018X> PMID:22414562
40. de Veer AJ, Francke AL, Buijse R, Friele RD. The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Oct;57(10):1881–6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02440.x> PMID:19682126

41. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Oct;24(10):1110–8. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2232> PMID:19280680
42. Hamers JP. Review: nurses predominantly have negative feelings towards the use of physical restraints in geriatric care, though some still perceive a need in clinical practice. *Evid Based Nurs*. 2015 Apr;18(2):64. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2014-101827> PMID:24997212
43. Kurata S, Ojima T. Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatr*. 2014;14(1):39. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-14-39> PMID:24674081
44. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013 May;42(3):292–8. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs195> PMID:23343837
45. Dias A, Dewey ME, D'Souza J, Dhume R, Motghare DD, Shaji KS, et al. The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: a randomised controlled trial from Goa, India. *PLOS ONE*. 2008;3(6):e2333. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0002333> PMID:18523642
46. Guerra M, Ferri CP, Fonseca M, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011 Mar;33(1):47–54. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000017> PMID:20602013
47. Gavrilova SI, Ferri CP, Mikhaylova N, Sokolova O, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care—the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Apr;24(4):347–54. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2126> PMID:18814197
48. Morley JE. Aging in place. *J Am Med Dir Assoc*. 2012 Jul;13(6):489–92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.011> PMID:22682696
49. Schulz R, Wahl HW, Matthews JT, De Vito Dabbs A, Beach SR, Czaja SJ. Advancing the aging and technology agenda in gerontology. *Gerontologist*. 2014;pii: gnu071. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu071> PMID:25165042
50. Pot AM, Willemse BM, Horjus S. A pilot study on the use of tracking technology: feasibility, acceptability, and benefits for people in early stages of dementia and their informal caregivers. *Aging Ment Health*. 2012;16(1):127–34. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.596810> PMID:21780960
51. Zwijsen SA, Niemeijer AR, Hertogh CM. Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: an overview of the literature. *Aging Ment Health*. 2011 May;15(4):419–27. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2010.543662> PMID:21500008
52. Baek SH, Sung E, Lee SH. The current coordinates of the Korean care regime. *J Comp Soc Welf*. 2011;27(2):143–54. <http://dx.doi.org/10.1080/17486831.2011.567019>
53. Community-based social care in East and Southeast Asia. Chiang Mai, Thailand: HelpAge International, East Asia and Pacific Regional Office; 2015 (<http://ageingasia.org/eaprdc0019/>, accessed 17 June 2015).
54. Hussein S, Manthorpe J. An international review of the long-term care workforce: policies and shortages. *J Aging Soc Policy*. 2005;17(4):75–94. http://dx.doi.org/10.1300/J031v17n04_05 PMID:16380370
55. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *Int J Nurs Stud*. 2014 Jan;51(1):63–71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001> PMID:23273537
56. Rodrigues R, Huber M, Lamura G, editors. Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012 (http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf, accessed 17 June 2015).
57. Thompson B, Tudiver F, Manson J. Sons as sole caregivers for their elderly parents. How do they cope? *Can Fam Physician*. 2000 Feb;46:360–5.
58. Bettio F, Simonazzi A, Villa P. Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean. *J Eur Soc Policy*. 2006;16(3):271–85. <http://dx.doi.org/10.1177/0958928706065598>
59. The WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. Geneva: World Health Organization; 2010 (World Health Assembly Resolution WHA63.16; http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1, accessed 17 June 2015).
60. Morita A, Takano T, Nakamura K, Kizuki M, Seino K. Contribution of interaction with family, friends and neighbours, and sense of neighbourhood attachment to survival in senior citizens: 5-year follow-up study. *Soc Sci Med*. 2010 Feb;70(4):543–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.057> PMID:19944506

61. Older people's associations. In: HelpAge International [website]. London: HelpAge International; 2015 (<http://www.helpage.org/tags/older+people's+associations/>, accessed 27 July 2015).
62. Boots LM, de Vugt ME, van Knippenberg RJ, Kempen GI, Verhey FR. A systematic review of Internet-based supportive interventions for caregivers of patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 Apr;29(4):331–44. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4016> PMID:23963684
63. Pot AM. Mastery over dementia: an internet intervention for family caregivers of people with dementia. *Alzheimers Dement*. 2010;6(4)(Suppl.):S90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2010.05.276>
64. Blom MM, Zarit SH, Groot Zwaafink RB, Cuijpers P, Pot AM. Effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia: results of a randomized controlled trial. *PLOS ONE*. 2015;10(2):e0116622. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116622> PMID:25679228
65. Pot AM, Blom MM, Willemsse BM. Acceptability of a guided self-help Internet intervention for family caregivers: mastery over dementia. *Int Psychogeriatr*. 2015;4:1–12. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215000034> PMID:25648589
66. Kitwood T. *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press; 1997 (<http://www.mheducation.co.uk/9780335198559-emea-dementia-reconsidered>, accessed 17 June 2015).
67. Greenblat C. *Love, loss and laughter: seeing Alzheimer's differently*. Guildford (CT): Lyons Press; 2012 (<http://www.lyonspress.com/book/9780762779079>, accessed 17 June 2015).
68. Brooker D. *Person-centred dementia care: making services better*, second edition. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015 (<http://www.jkp.com/uk/person-centred-dementia-care.html>, accessed 17 June 2015).
69. Zwijsen, SA, Smalbrugge M, Eefsting JA, Twisk JW, Gerritsen DL, Pot AM, et al. Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(7):531. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.007> PMID:24878214
70. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2012 May 23;307(20):2177–84. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.4517> PMID:22618925
71. Flores-Castillo A. *Cuidado y subjetividad: una mirada a la atención domiciliaria*. [Care and subjectivity. a look at care at home.] Santiago (Chile): Naciones Unidas; 2012 (CEPAL – Serie Mujer y desarrollo No. 112; <http://archivo.cepal.org/pdfs/2012/S1200015.pdf>, accessed 17 June 2015) (in Spanish).
72. Chien LY, Chu H, Guo JL, Liao YM, Chang LI, Chen CH, et al. Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011 Oct;26(10):1089–98. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2660> PMID:21308785
73. Brodaty H, Arasaratnam C. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry*. 2012 Sep;169(9):946–53. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101529> PMID:22952073
74. Van't Leven N, Prick AE, Groenewoud JG, Roelofs PD, de Lange J, Pot AM. Dyadic interventions for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2013 Oct;25(10):1581–603. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213000860> PMID:23883489
75. Kroes M, Garcia-Stewart S, Allen F, Eyssen M, Paulus D. *Dementia: which non-pharmacological interventions?* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2011 (KCE reports 160C; https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_160c_dementia_0.pdf, accessed 17 June 2015).
76. *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf, accessed 17 June 2015).
77. *Day care centre*. In: *Alzheimer's Pakistan* [website]. Lahore: Alzheimer's Pakistan; 2014 (<http://alz.org.pk/day-care-centre/>, accessed 2 June 2015).
78. *Dementia day care: New Horizon Centres*. In: *Alzheimer's Disease Association* [website]. Singapore: Alzheimer's Disease Association; 2010 (<http://www.alz.org.sg/support-services/dementia-day-care-new-horizon-centres>, accessed 2 June 2015).
79. Maayan N, Soares-Weiser K, Lee H. Respite care for people with dementia and their carers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD004396.
80. Shaw C, McNamara R, Abrams K, Cannings-John R, Hood K, Longo M, et al. Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Technol Assess*. 2009 Apr;13(20):1–224. <http://dx.doi.org/10.3310/hta13200> PMID:19393135
81. Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, Arksey H, Golder S, Adamson J, et al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. *Health Technol Assess*. 2007 Apr;11(15):1–157. <http://dx.doi.org/10.3310/hta11150> PMID:17459263
82. Tretteteig S, Vatne S, Rokstad AM. The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging Ment Health*. 27 Mar 2015. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1023765> PMID:25815563

83. Huang HL, Shyu YI, Chang MY, Weng LC, Lee I. Willingness to use respite care among family caregivers in Northern Taiwan. *J Clin Nurs*. 2009 Jan;18(2):191–8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02538.x> PMID:19120749
84. Beland F, Hollander MJ. Modelos integrados de asistencia para ancianos frágiles: perspectiva internacional. [Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives]. *Gac Sanit*. 2011;25(Suppl. 2):138–46. PMID:22088903 (in Spanish).
85. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID:19245421
86. You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):395. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-395> PMID:23151143
87. Somme D, Carrier S, Trouve H, Gagnon D, Dupont O, Couturier Y, et al. Niveau de preuve de la gestion de cas dans la maladie d'Alzheimer: revue de littérature. [Level of evidence for case management in Alzheimer's disease: a literature review.] *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2009 Dec;7(Spec. No. 1):29–39. PMID:20061231 (in French).
88. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID:19245421
89. You EC, Dunt DR, Doyle C. Case managed community aged care: what is the evidence for effects on service use and costs? *J Aging Health*. 2013 Oct;25(7):1204–42. <http://dx.doi.org/10.1177/0898264313499931> PMID:23958520
90. Pimouguet C, Lavaud T, Dartigues JF, Helmer C. Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials. *J Nutr Health Aging*. 2010 Oct;14(8):669–76. <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-010-0314-4> PMID:20922344
91. Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(1):CD008345.
92. Peeters JM, Francke AL, Pot AM. Organisatie en invulling van casemanagement dementie in Nederland. [Organization and content of case-management for people with dementia in the Netherlands.] Utrecht: Nivel/Trimbos-instituut; 2011 (in Dutch).
93. Verkade PJ, van Meijel B, Brink C, van Os-Medendorp H, Koekkoek B, Francke AL. Delphi research exploring essential components and preconditions for case management in people with dementia. *BMC Geriatr*. 2010;10(1):54. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-54> PMID:20696035
94. Peisah C, Sorinmade OA, Mitchell L, Hertogh CM. Decisional capacity: toward an inclusionary approach. *Int Psychogeriatr*. 2013 Oct;25(10):1571–9. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213001014> PMID:23809025
95. Diesfeldt H, Teunissen S. Wisl bekwaamheid. [Capacity.] In: Pot AM, Kuin Y, Vink MT, editors. *Handboek Ouderenpsychologie*. [Handbook of geropsychology]. Utrecht: De Tijdstroom; 2007 (<https://www.tijdstroom.nl/boek/handboek-ouderenpsychologie#.VYmmSPIVhHw>, accessed 17 June 2015) (in Dutch).
96. Hayhoe B, Howe A. Advance care planning under the Mental Capacity Act 2005 in primary care. *Br J Gen Pract*. 2011 Aug;61(589):e537–41. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X588592> PMID:21801576
97. Advance care planning. London: Royal College of Physicians; 2009 (National Guideline No. 12; https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/acp_web_final_21.01.09.pdf, accessed 17 June 2015).
98. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2013. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf, accessed 17 June 2015).
99. Humphreys G. Push for palliative care stokes debate. *Bull World Health Organ*. 2013 Dec 1;91(12):902–3. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.021213> PMID:24347727
100. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C, et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: a pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med*. 2015 Apr;6(2):189–94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2015.01.002>
101. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2008 Jan 15;148(2):147–59. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00010> PMID:18195339
102. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. [The regulation of home care services.] In: *Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü [website]*. Ankara: Mevzuat Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü [Ministry of Health, Turkey.]; 2005 (<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIiski=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m>, accessed July 3 2015) (in Turkish).

103. [Ankara Metropolitan Municipality.] Yaşlı Hizmetleri ve Şefkat Evleri. [Services for the elderly and care homes.] In: Ankara Büyükşehir Belediyesi [website]. Ankara: Ankara Büyükşehir Belediyesi; 2013 (in Turkish) (<http://www.ankara.bel.tr/sosyal-hizmetler/yasli-hizmetleri>, accessed 2 July 2015).
104. [Ministry of Family and Social Policies, Mardin province, Turkey.] Engelli Evde Bakım Hizmetleri Nelerdir? [What are home care services for the disabled?] In: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Mardin İl Müdürlüğü [website]. Mardin: T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Mardin İl Müdürlüğü; 2012 (in Turkish) (<http://www.mardin-aile.gov.tr/engelli-evde-bakim-hizmetleri-1.html>, accessed 2 July 2015).
105. [Ministry of Family and Social Policies, Turkey.] Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetlerinde İşbirliği Protokolü İmzalandı. [Cooperation protocol signed for home health and social support services.] In: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı [website]. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2014 (in Turkish) (<http://www.aile.gov.tr/haberler/evde-saglik-ve-sosyal-destek-hizmetlerinde-isbirligi-protokolu-i-CC%87mzalandi>, accessed 2 July 2015).
106. [Ministry of Health, Turkey.] Evde Sağlık ve Sosyal Destek Hizmetlerinin İşbirliği İçerisinde Yürütülmesine Dair Protokol İmzalandı. [Implementation protocol for home health and social support services.] In: T.C. Sağlık Bakanlığı [website]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2015 (in Turkish) (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-39760/evde-saglik-ve-sosyal-destek-hizmetlerinin-isbirligi-ic.html>, accessed 2 July 2015).
107. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/>, accessed 17 June 2015).
108. van Ewijk C, van der Horst A, Besseling P. The future of health care. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis; 2013 (CPB Policy Brief 2013/03; <http://www.cpb.nl/en/publication/the-future-of-health-care>, accessed 17 June 2015).
109. Verbeek-Oudijk D, Woittiez I, Eggink E, Putman L. Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research; 2014. (http://www.scp.nl/english/Publications/Publications_by_year/Publications_2014/Who_cares_in_Europe, accessed 17 June 2015).
110. Kim H, Kwon S, Yoon NH, Hyun KR. Utilization of long-term care services under the public long-term care insurance program in Korea: implications of a subsidy policy. *Health Policy*. 2013 Jul;111(2):166–74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.04.009> PMID:23706386
111. Lee HS, Wolf DA. An evaluation of recent old-age policy innovations in South Korea. *Res Aging*. 2014 Nov;36(6):707–30. <http://dx.doi.org/10.1177/0164027513519112> PMID:25651545
112. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Soc Policy Adm*. 2006;40(4):353–68. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x>
113. Kuo YC, Lan CF, Chen LK, Lan VM. Dementia care costs and the patient's quality of life (QoL) in Taiwan: home versus institutional care services. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010 Sep–Oct;51(2):159–63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2009.10.001> PMID:20042244
114. Matus-López M, Pedraza CC. Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012–2020. [Cost of a health care system for dependent older adults in Chile, 2012–2020.] *Rev Panam Salud Publica*. 2014 Jul;36(1):31–6. PMID:25211675 (in Spanish).
115. Mebane F. Want to understand how Americans viewed long-term care in 1998? Start with media coverage. *Gerontologist*. 2001 Feb;41(1):24–33. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/41.1.24> PMID:11220811
116. Butler RN. Psychiatry and the elderly: an overview. *Am J Psychiatry*. 1975 Sep;132(9):893–900. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.132.9.893> PMID:1098483
117. Allen JO. Ageism as a risk factor for chronic disease. *Gerontologist*. 2015 23 Jan; pii: gnu158. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu158> PMID:25618315
118. Leclerc BS, Lessard S, Bechennec C, Le Gal E, Benoit S, Bellerose L. Attitudes toward death, dying, end-of-life palliative care, and interdisciplinary practice in long term care workers. *J Am Med Dir Assoc*. 2014 Mar;15(3):207–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.11.017> PMID:24461725
119. Miller EA, Nadash P, Goldstein R. The role of the media in agenda setting: the case of long-term care rebalancing. *Home Health Care Serv Q*. 2015;34(1):30–45. <http://dx.doi.org/10.1080/01621424.2014.995259> PMID:25517684
120. Scotland's National Dementia Strategy: 2013–2016. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2013 (<http://www.gov.scot/Resource/0042/00423472.pdf>, accessed 13 July 2015).
121. 2020 Vision. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2015 (<http://www.gov.scot/Topics/Health/Policy/2020-Vision>, accessed 13 July 2015).
122. Charter of Rights for People with Dementia and their Carers in Scotland. In: Alzheimer Scotland [website]. Edinburgh: Alzheimer Scotland, Action on Dementia; 2015 (<http://www.dementiarights.org/charter-of-rights/>, accessed 13 July 2015).
123. Standards of care for dementia in Scotland: action to support the change programme. In: Scottish Government [website]. Edinburgh: Scottish Government; 2011 (<http://www.gov.scot/Resource/Doc/350188/0117212.pdf>, accessed 13 July 2015).



Глава 6

На пути к миру, благоприятствующему пожилым людям

Ён, 59 лет, Камбоджа

Ён заботится о двух внуках и живет один.

«В этой деревне я родился и прожил всю свою жизнь. Я никогда не был в столице, Пномпене, а только в соседнем городе Баттамбанг. Общинный работник из организации «ХелпЭйдж» спросил меня, не хочу ли я начать новый бизнес.

Когда я согласился, ассоциация пожилых людей договорилась о том, чтобы мастер по починке велосипедов обучил меня своему ремеслу.

Когда я прошел подготовку, ассоциация пожилых людей выделила мне грант в размере 220 долл. США (880 тыс. камбоджийских риелей), чтобы я купил инструменты и велосипедный насос – это все, что мне было нужно, чтобы чинить велосипеды.

Раньше я чинил обувь, но зарабатывал мало. В то время люди часто носили подержанную обувь, но теперь не так часто. Мне больше нравится заниматься ремонтом велосипедов, потому что теперь я зарабатываю в два-три раза больше. На полученные доходы я смог купить дополнительные инструменты и заменить некоторые из старых. Я смог покрыть крышу дома жемчугом, чтобы внутрь не попадал дождь. Кроме того, я живу на берегу реки, и поэтому мой дом часто затапливало, но из своих заработков я смог поставить свой дом выше. Теперь я даже одалживаю деньги своим детям.

Люди в деревне приносят мне на починку любые средства передвижения – почти все, у чего есть колеса. У меня не меньше двух-трех клиентов в день. Когда нужно починить проколотую шину, самое трудное – это ее снять. Мне понадобилось много времени, чтобы овладеть этим умением, но теперь я настоящий мастер.

Я считаю, что пожилым людям нельзя сдаваться и они всегда должны сохранять надежду. Даже если вы такой же инвалид, как я, вы можете жить благодаря своим усилиям, благодаря своим навыкам. Получив небольшую помощь, я смог открыть свой бизнес; мне кажется, другие могут поступить точно так же».

6

На пути к миру, благоприятствующему ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ

Введение

В главах 4 и 5 подчеркивается значение медицинской и долгосрочной помощи и указываются меры, которые могут быть приняты в целях укрепления этих систем. В данной главе рассматриваются важная роль дополнительных аспектов среды обитания пожилых людей, а также то, как другие секторы могут способствовать использованию пожилыми людьми соответствующих возможностей и решению проблем старения населения.

Процесс *здорового старения* предусматривает общую цель для всех секторов: развитие и поддержание функциональной способности. Следовательно, данная глава посвящена пяти основным составляющим функциональной способности, которые крайне важны для пожилого человека, с тем чтобы он мог:

- удовлетворять свои основные потребности;
- учиться, развиваться и принимать решения;
- сохранять мобильность;
- выстраивать и поддерживать отношения;
- вносить свой вклад в жизнь общества.

Эти навыки и умения чрезвычайно важны, для того чтобы пожилые люди могли делать то, что считают для себя важным. В целом эти навыки и умения позволяют пожилым людям безопасно стареть в том месте, которое они считают для себя подходящим, продолжать личностное развитие, участвовать в жизни сообщества и вносить свой вклад, сохраняя свои независимость и здоровье.

Хотя эти пять составляющих функциональной способности в данном тексте рассматриваются по отдельности, они тесно связаны друг с другом. Например, участие в работе может быть важным для удовлетворения своих основных потребностей. Удовлетворение основных потребностей является предпосылкой для обучения и роста. Возможности для обучения и роста также дают возможность для развития отношений.

Основой таких рассуждений являются три важных момента. Во-первых, физические или умственные действия, которые могут выполнять пожилые люди, – их индивидуальная жизнеспособность – являются лишь частью их потенциала. То, что они фактически способны делать (их функциональная способность), будет зависеть от их взаимодействия с окружающей их средой. Во-вторых, необходима смена парадигмы общественных взглядов на старение. Распространенные стереотипы эйджизма, согласно которым пожилые люди воспринимаются как единообразная группа дряхлых, обременительных и зависимых от посторонней помощи людей, не находят фактического подтверждения (глава 1), но ограничивают способность общества оценивать и использовать потенциальные людские и социальные ресурсы, которые являет собой пожилое население. Однако такие негативные установки влияют на процессы принятия решений и на выбор в отношении государственной политики, а также общественного мнения и моделей поведения (1). В-третьих, окружающие условия по-разному воздействуют на разных пожилых людей в зависимости от таких факторов, как пол, этническое происхождение или уровень образования. Это может приводить к неравному доступу к финансовой или психологической поддержке либо ограничивать варианты моделей поведения, что влияет на возможности пожилого человека в плане *здорового старения* (2). Без учета таких различий политика во всех секторах может привести к расширению пробелов, указанных в главах 1 и 3.

Данная глава также основывается на используемом в последнее десятилетие подходе ВОЗ к формированию городов и сообществ, благоприятствующих пожилым людям. Основные усилия по формированию таких городов и сообществ должны быть направлены на основные услуги на муниципальном уровне: транспорт, жилье и градостроительство, информация и коммуникация, а также медико-санитарные и коммунальные службы.

В данной главе этот подход дополнен мерами, благоприятствующими пожилым людям, для достижения цели, связанной с улучшением функциональной способности; в ней также расширены данные концепции так, чтобы это было приемлемо для всех секторов и способствовало сотрудничеству между ними. Следовательно, приведенные обсуждения имеют отношение к правительствам любого уровня и к любому сектору – как государственному, так и частному.

Обсуждаемые здесь меры принимают различные формы, но содействуют улучшению функциональной способности двумя основополагающими путями:

1. Посредством создания и поддержания индивидуальной жизнеспособности путем сокращения рисков (таких, как высокие уровни загрязнения воздуха), поощрения здорового образа жизни (например, физической активности), устранения препятствий для этого (например, высоких показателей преступности или опасностей, связанных с дорожным движением) либо путем предоставления услуг, содействующих жизнеспособности (таких, как медицинская помощь).
2. Посредством повышения функциональной способности – другими словами, путем восполнения пробела между тем, что люди могут делать, учитывая их уровень жизнеспособности, и тем, что они могли бы делать, если бы жили в благоприятных условиях (например, путем предоставления соответствующих ассистивных технологий, обеспечения доступного общественного транспорта или формирования более безопасной среды обитания). При этом важно признать, что, хотя меры вмешательства на уровне всего населения способны улучшить окружающие условия для большого числа пожилых людей, многие не смогут в полной мере воспользоваться предоставленными выгодами без индивидуализированной поддержки.

Целью данной главы является проведение обзора пяти составляющих функциональной способности и изучение фактических данных об эффективных мерах, способствующих их развитию. Предполагается, что данная глава поможет принимающим решения лицам рассмотреть текущую практику и обеспечить поддержку возможных мер, содействующих продвижению вперед. Во многих примерах нашли отражение извлеченные уроки, информацией о которых обменялись члены Глобальной сети ВОЗ городов и сообществ, благоприятствующих людям пожилого возраста (вставка 6.1).

Способность удовлетворять основные потребности

Вероятно, самой фундаментальной из всех способностей является способность пожилых людей контролировать и удовлетворять свои непосредственные и будущие потребности для обеспечения надлежащего уровня жизни в соответствии с определением в статье 25 Всеобщей декларации прав человека Организации Объединенных Наций (7). Эта способность пожилых людей включает возможность позволить себе надлежащее питание, одежду, приемлемое жилище, медицинскую и долгосрочную социальную помощь. Данная способность также распространяется на получение помощи для сведения к минимуму экономических последствий на случай болезни, инвалидности, вдовства или утраты средств к существованию (7).

Неспособность пожилых людей удовлетворить свои основные потребности может быть причиной и следствием сниженной жизнеспособности (8–11). Вместе с тем важную роль также играют условия проживания пожилых людей. “Слабая социальная политика, несправедливые экономические механизмы [когда и так уже состоятельные и здоровые люди становятся еще богаче, а бедные, в большей степени подверженные заболеваниям, становятся еще беднее] и непродуманные стратегии” (12) еще

больше затрудняют удовлетворение основных потребностей в пожилом возрасте и, таким образом, пагубно воздействуют на то, что пожилые люди могут и могли бы делать.

Среди указанных пожилыми людьми важнейших основных потребностей, помимо медицинской и долгосрочной помощи, оказались личная и финансовая безопасность, а также надлежащее жилище (13, 14). В данном разделе кратко рассматриваются имеющаяся информация об этих важных областях, их последствия для *здорового старения* и потенциал для действий.

Финансовая безопасность, жилище и личная безопасность

Отсутствие финансовой безопасности в пожилом возрасте является основным препятствием для *здорового старения* и сокращения несправедливости в отношении здоровья (12). Распространенность бедности среди пожилых людей по сравнению с населением в целом значительно различается по всему миру. В Европе один пожилой человек из пяти имеет доход ниже черты бедности, причем в наибольшей степени затронуты бедностью люди в возрасте старше 80 лет. Тем не менее в отдельных странах Европы наблюдается ряд отличий. В большинстве стран Европейского союза пожилые люди подвергаются более высокому риску бедности, чем население в целом, однако в некоторых странах, включая Венгрию, Люксембург, Нидерланды, Польшу, Францию и Чешскую Республику, пожилые люди относительно надежно защищены от бедности (15). Это говорит о значительных различиях в проводимой на местах политике. В странах с высоким уровнем дохода в целом индивидуальный уровень финансовой безопасности незначительно изменяется на протяжении всего жизненного цикла – то есть люди, благополучные в начале жизни, остаются благополучными и в конце жизни, а бедные остаются бедными (15, 16). В странах Африки к югу от Сахары домохозяйства, в состав которых

Вставка 6.1. Города и сообщества, благоприятствующие людям пожилого возраста

Город или сообщество, благоприятствующие людям пожилого возраста, являются прекрасными местами для старения. Такие города и сообщества способствуют здоровому и активному старению, тем самым обеспечивая благополучие на протяжении всей жизни. Они помогают людям как можно дольше сохранять независимость и обеспечивают по мере необходимости помощь и защиту на основе уважения самостоятельности и достоинства пожилых людей.

Глобальная сеть ВОЗ городов и сообществ, благоприятствующих людям пожилого возраста, была создана в 2010 г. в целях поддержки муниципальных структур, желающих воплотить эти смелые мечты в реальность с участием пожилых людей и на основе максимального расширения их возможностей на местном уровне. Сеть стремится к достижению поставленных целей посредством:

- **поощрения** изменений и демонстрации того, что и как может быть сделано;
- **установления связей** между городами и сообществами во всем мире в целях содействия обмену информацией и опытом;
- **поддержки** городов и сообществ в целях поиска решений путем предоставления инновационного и основанного на фактических данных технического руководства.

Сеть основывается на предыдущей работе ВОЗ, и к 2015 г. она объединяла более 250 городов и сообществ в 28 странах. Члены сети обязуются:

- привлекать пожилых людей и другие заинтересованные стороны к работе по всем секторам;
- провести оценки благоприятности для людей пожилого возраста условий в своих городах и выявлять приоритетные направления для деятельности;
- использовать результаты этих оценок для планирования и проведения опирающейся на фактические данные политики по ряду областей, с тем чтобы реформировать “структуры и услуги, которые должны стать доступными и инклюзивными для людей пожилого возраста, потребности и потенциал которых могут различаться” (3).

Меры вмешательства, благоприятствующие людям пожилого возраста, учитывают местные потребности. Например, в Нью-Йорке в рамках программы **“Безопасные улицы для пожилых людей”** Департамента транспорта были разработаны меры для повышения безопасности пожилых пешеходов в отдельных районах города, в которых пожилые люди нередко становились жертвами несчастных случаев, приводивших к тяжелым травмам или смерти. В период с 2009 по 2014 г. были заново спроектированы свыше 600 опасных перекрестков, а число смертельных случаев среди пожилых пешеходов сократилось на 21% (4).

В других городах были осуществлены инициативы, направленные на повышение мобильности путем обеспечения приемлемого по цене и доступного транспорта, в том числе в сельских районах. Например, в Виннипеге, Канада, в рамках программы **“Handi-transit”** обеспечивается транспортировка пожилых людей, которых не обслуживает общественный транспорт или которые больше не могут водить автомобиль (5).

В целях решения проблем социальной изоляции и одиночества многие сообщества открыли горячие телефонные линии, а также программы дружеской поддержки, в рамках которых добровольцы посещают пожилых людей. Еще одним способом решения проблемы социальной изоляции и одиночества являются программы, в рамках которых пожилым людям предлагают заниматься интересующими их видами деятельности. В качестве примера можно привести программу **“Men’s Sheds”**, действующую в Австралии и Ирландии, которая ориентирована на мужчин, подверженных риску социальной изоляции, и предлагает им занятия, которые могут их заинтересовать, такие как токарные работы, ремонт винтажных автомобилей, сбор реликвий и памятных вещей, а также занятия по информационным технологиям (6). Дополнительные примеры местных мер вмешательства см. на портале сети (<http://agefriendlyworld.org/en/about-us/>).

входят только пожилые люди, в целом обладают более низкой финансовой безопасностью, чем домохозяйства со смешанным возрастным составом (17). В Латинской Америке показатели бедности среди пожилых людей ниже, чем среди всего населения в целом (18).

Отдельные группы населения подвергаются большому риску не удовлетворить свою основную потребность в финансовой безопасности. Во всех странах женщины в большей степени подвержены бедности, чем мужчины, и реже приобретают в течение трудовой жизни права на получение пенсии. Например, вероятность бедности для пожилых женщин в странах ОЭСР на 33% выше, чем для мужчин того же возраста (15, 19). В странах Африки к югу от Сахары пожилые люди, проживающие вместе с внуками (так называемые домохозяйства с пропущенным поколением), подвержены повышенному риску бедности (17). В странах ОЭСР проживающие в одиночестве пожилые люди, которые чаще всего являются овдовевшими пожилыми женщинами, подвержены повышенному риску бедности при показателях бедности более 40% во многих странах, включая Австралию, Ирландию, Республику Корея, Мексику, Соединенные Штаты и Японию (15).

Во всем мире пожилым людям с низким уровнем дохода особенно сложно удовлетворить свою основную потребность в надлежащем жилище (вставка 6.2). Для малообеспеченных пожилых людей расходы на жилье нередко являются наибольшими в рамках их домохозяйств и основным фактором, определяющим наличие еды и возможность включения отопления в холодный период (21, 22). Обеспечение проживания пожилых людей в жилище площадью, подходящей для их домохозяйств, где может быть налажено приемлемое по цене отопление, связано с улучшением здоровья, а также с возможностью укрепить социальные связи как внутри, так и вне домохозяйства (23). При фиксированном доходе пожилые люди особенно уязвимы в связи с уровнем арендной платы и стоимостью коммунальных услуг,

Вставка 6.2. Право на надлежащее жилище

Право на надлежащее жилище требует наличия более чем просто четырех стен и крыши над головой (статья 11.1 *Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах*) (20). Это право включает право на безопасное жилье и сообщество, в котором можно жить спокойно и с достоинством. Право на надлежащее жилище охватывает ряд концепций, имеющих отношение к пожилым людям (21), таких как:

- гарантирование правовой защиты права на владение жильем от принудительного выселения, преследования и других угроз;
- обеспечение достаточной приемлемости по цене жилища, расходы на которое не угрожают возможности обитателей удовлетворять свои основные потребности и не ставят их под угрозу;
- обеспечение доступа к безопасной питьевой воде, адекватным санитарным условиям, энергии для приготовления пищи, отопления, освещения, хранения продуктов питания и утилизации отходов;
- обеспечение пригодности для проживания – то есть гарантирование физической безопасности, наличия достаточной площади, защиты от угроз для здоровья и конструктивных опасностей, а также расположения жилья в незагрязненных и безопасных районах;
- обеспечение доступности и пригодности к эксплуатации, например учитывая возможность снижения жизнеспособности;
- упрощение доступа к транспорту, магазинам, возможностям для трудоустройства, медицинской помощи и другим социальным учреждениям;
- уважение проявлений культурной идентичности.

технического обслуживания или изменениями, необходимыми для компенсации потери жизнеспособности. Улучшение жилищных условий, приводящее к росту арендной платы на сумму, выплачивать которую пожилой человек не в состоянии, может привести к сильному

стрессу и отрицательному воздействию на его здоровье (24).

Малообеспеченные люди чаще живут в неблагополучных районах, где меньше возможностей доступа к безопасным условиям, в которых пожилые люди могут проявлять физическую активность; где меньше таких ресурсов, как больницы, призванных помочь им справиться с неблагоприятными событиями; и где меньше возможностей доступа к здоровому питанию для получения достаточного количества питательных веществ (25). На уровни преступности и стресса могут также влиять характеристики районов и сообществ, в результате чего возможности пожилых людей в плане передвижения могут быть ограничены. Как было показано, сочетание факторов, связанных с личной бедностью и бедностью района проживания, увеличивает риск развития симптомов депрессии (26). Люди с наиболее низкой финансовой безопасностью или с наименьшей индивидуальной жизнеспособностью зачастую в наименьшей степени способны удовлетворить свою потребность в надлежащем жилище. Например, среди беднейших слоев населения, неспособных платить за надлежащее жилье или улучшить свои жилищные условия, отмечаются более высокие показатели инвалидности (27, 28). Соответственно, их неблагоприятное положение усугубляется (29).

Личная безопасность является еще одним критическим фактором для пожилых людей. В наибольшей степени угрозу личной безопасности также представляет проживание в неблагополучных районах, однако эта проблема актуальна для любых условий проживания, а отсутствие личной безопасности имеет глубокие последствия для здоровья, благополучия и выживаемости (30). Результатами злоупотреблений и преступности могут быть травмы, боль, стресс и депрессия. Когда пожилые люди, особенно женщины, становятся жертвами насильственной преступности, это нередко приводит к более тяжким последствиям для них, чем для людей других возрастных групп:

пожилые женщины испытывают большую потребность в медицинской помощи, помещении в дом престарелых; они подвергаются большему риску смерти в результате насилия (31). Пожилые люди – жертвы жестокого обращения подвергаются в два раза большему риску смерти по сравнению с людьми, не подвергавшимися злоупотреблениям (32). Страх перед преступностью, а также если пожилой человек стал жертвой преступления, несчастного случая или жестокого обращения – все это увеличивает риск социальной изоляции и усиливает ощущение уязвимости, существенно подрывая как способность пожилых людей принимать участие в жизни их семей и сообществ, так и усилия по улучшению состояния их здоровья (33, 34).

Тем не менее, поскольку пожилые люди не являются однородной группой населения, их опыт и последствия для здоровья, связанные с преступностью, страхом и жестоким обращением, также не одинаковы. Такие факторы, как возраст, пол, уровень физических и умственных способностей, социально-экономическое положение, этническое происхождение, религиозная принадлежность и принадлежность к сексуальным меньшинствам, оказывают большое влияние на уровень риска и связанный с этим риском опыт. В целом среди тех, кто вероятнее всего подвергается угрозам для личной безопасности, оказываются пожилые люди со слабым физическим и психическим здоровьем, зависимые от посторонней помощи, социально изолированные и малообеспеченные.

В случае стихийных бедствий для всех пожилых людей возникают трудности в удовлетворении своих основных потребностей в пище, воде, санитарии, крове и медицинских услугах. Пожилые люди, обладающие меньшей жизнеспособностью и испытывавшие трудности при удовлетворении своих основных потребностей до стихийного бедствия, могут оказаться недостаточно готовыми для смягчения воздействия стихийного бедствия (например могут быть не в состоянии сделать свой дом

устойчивым к воздействию урагана) или его последствий. Стихийные бедствия могут также создавать или усугублять угрозы для личной безопасности пожилых людей, например, если после стихийного бедствия пожилые люди вынуждены жить во временных убежищах (35).

Какие меры могут способствовать финансовой безопасности

На протяжении всей жизни люди беспокоятся по поводу отсутствия достаточных средств, однако в пожилом возрасте, когда зачастую снижается способность к получению дохода, такое беспокойство возрастает. Фактические данные свидетельствуют о том, что обладание определенной денежной суммой делает людей счастливее и снижает вероятность таких проблем с психическим здоровьем, как депрессия и тревожность (36, 37). Деньги также расширяют шансы в отношении других возможностей, таких как принятие решений о взаимоотношениях, обучение и работа.

Финансовая безопасность в пожилом возрасте может быть обеспечена на основе ряда источников: пенсии, социальные пособия, заработок, активы и денежные переводы от поколения к поколению. Исследования показали, что в странах с высоким уровнем дохода домохозяйства с более высоким уровнем дохода в большей степени полагаются на разные источники дохода, в то время как малоимущие домохозяйства в большей степени зависят от дохода в рамках программ социального обеспечения (27). В странах с низким уровнем дохода доступ к пособиям по линии социального страхования и другим программам социальной помощи крайне ограничен.

Пожилым людям, которые не смогли накопить достаточный доход в рамках накопительных пенсий, сбережений, денежных переводов от поколения к поколению или из других источников, социальная защита может обеспечить возможность удовлетворять свои основные потребности. Социальная защита является

одним из основополагающих прав человека и может иметь жизненно важное значение для пожилых людей, позволяя им управлять финансовыми рисками и гарантируя защиту от бедности (7, 20). Необходим ряд подходов для обеспечения социальной защиты, включая социальную пенсию, выплаты по итогам проверки на нуждаемость, а также компенсацию расходов на медицинскую и социальную помощь. Тем не менее ориентированность на эти подходы не должна вести к стигматизации пожилых людей. Приведенное ниже обсуждение сфокусировано на стратегиях, которые применяются в разных условиях для оказания поддержки неимущим пожилым людям и отражают как универсальные, так и целенаправленные подходы. Данный раздел следует изучать параллельно с разделом, посвященным способности вносить свой вклад, в котором идет речь в том числе о том, как помочь пожилым людям оставаться в сфере занятости без ущерба для *здорового старения*.

Социальные пенсии (то есть безвзносные денежные переводы в пользу пожилых людей) способны поднять социальный статус пожилых людей в рамках их домохозяйств, сохранить за пожилыми людьми право на участие в процессах принятия решений в своих домохозяйствах, а также улучшить доступ к услугам (12, 38, 39). Они также способствуют гендерной справедливости, поскольку женщины обычно живут дольше, но им менее доступны накопительные пенсии. Системы социального пенсионного обеспечения, особенно в странах с низким уровнем дохода, также могут повышать благополучие других членов домохозяйств, включая детей: дополнительные денежные средства, поступающие в домохозяйство, способствуют, например, посещению школы детьми и улучшению их питания (40). Таким образом, выплачиваемая пожилому человеку социальная пенсия может способствовать прерыванию межпоколенческого цикла нищеты. В ряде стран введены в действие системы социального пенсионного обеспечения, которые могут использоваться для оказания помощи

уязвимым пожилым людям. Например, в Чили малоимущие женщины и мужчины получают социальную пенсию, если они не имеют доступа к официальной пенсионной системе, в рамках которой пенсионные выплаты возможны лишь после определенного количества лет занятости и выплаты взносов. Пожилые женщины, как правило, беднее пожилых мужчин, поэтому женщины получают пропорционально больше выгод от данной программы, особенно в сельских районах (18). Такие программы могут служить примером эффективной политики в отношении старения, способствующей борьбе с несправедливостью, о которой шла речь в других частях настоящего доклада.

В целях преодоления различных видов уязвимости можно укрепить финансово-кредитные инструменты (41). Намибия предоставляет всеобщее пенсионное обеспечение людям в возрасте старше 60 лет без проверки на нуждаемость. Пенсию получают около 88% людей, имеющих право на ее получение, и она является основным источником дохода для 14% сельских домохозяйств и 7% домохозяйств в городах. Кроме того, что эта мера является важным средством сокращения масштабов нищеты, она также нередко приносит опосредованную пользу детям, живущим в домохозяйствах с пропущенным поколением, родители которых уехали на заработки или умерли от СПИДа (18). Например, по итогам проведенного в Южной Африке исследования было установлено, что у девочек, проживающих со своими бабушками, которые получают социальную пенсию, были отмечены улучшения показателей роста и веса для их возрастной группы (42). В Непале, несмотря на конфликт и его последствия, также обеспечивается выплата социальных пенсий пожилым людям (43). В Республике Корея в 2008 г. была введена базовая пенсия по старости, которая является безвзносной социальной пенсией, но с проверкой на нуждаемость и представляет собой один из механизмов социального обеспечения. Данная пенсия улучшила способность пожилых людей удов-

летворять свои основные потребности, включая потребности в отоплении и полноценном питании, особенно в самой старшей возрастной группе (44). В Казахстане пенсии также имеют важное значение в плане сокращения масштабов нищеты среди пожилых людей (45).

Тем не менее для обеспечения финансовых потребностей малоимущих пожилых людей требуется больше, чем просто выплата пенсий (вставка 6.3). Необходимы также различные формы непосредственной и косвенной поддержки; к ним могут относиться:

- обеспечение доступности общинных программ переподготовки, адаптированных к потребностям работников пожилого возраста и позволяющих им работать дольше;
- изменение установок работодателей в отношении ценности и вклада работников пожилого возраста;
- обеспечение социальной помощи на дому и на уровне сообщества для беднейших и старейших (эти категории зачастую пересекаются) и для тех, кто остался без семейной поддержки. Существенную часть этой группы нередко составляют женщины (47). Например, в Иордании предусмотрены программы целенаправленного перечисления денежных средств (то есть прямые денежные переводы людям, имеющим право на их получение) для неимущих женщин и домохозяйств, возглавляемых пожилыми людьми, однако данная программа действует в рамках семейных и общинных сетей, а значительная дополнительная социальная помощь обеспечивается религиозными и неправительственными организациями (18);
- обеспечение основной медицинской помощи на определенном национальном минимальном уровне в соответствии с критериями наличия, доступности, приемлемости и качества (глава 4) (48);

- разработка политики в области страхования по безработице и медицинского страхования, включая страхование непомерных расходов в области здравоохранения (48);
- обеспечение различных форм социального и пенсионного обеспечения для работников неофициального сектора (49). Например, в Индии национальная система пенсионного обеспечения была распространена на работников неофициального сектора (50);
- оказание помощи семьям, ухаживающим за пожилыми членами семьи (глава 5).

Вставка 6.3. Содействие подотчетности перед пожилыми людьми и уровень выплаты пенсий в Бангладеш

В Бангладеш неправительственная организация «Центр интеграции ресурсов» проводила работу с пожилыми людьми из 80 деревень, призывая их к формированию ассоциаций. Ассоциации выбирали среди своих членов лиц для мониторинга социальных выплат пожилым людям, таких как пособия по старости, пособия для вдов, а также доступа к медицинским услугам. Было установлено, что социальными выплатами пользуется очень небольшое число людей среди тех, кто имеет на них право: менее одного человека из десяти, проживающих в регионе. Ассоциации пожилых людей на регулярной основе проводят встречи с представителями местных правительств для оказания помощи в предъявлении своих прав на получение пенсии; в результате уровень выплаты пенсий вырос в пять раз, а банки упростили процедуры обслуживания пожилых людей (46).

Эффективные меры обеспечения надлежащего жилища

Пожилые люди хотели бы иметь жилье, которое обеспечит им безопасность и комфорт вне

зависимости от их возраста, уровня дохода или жизнеспособности. Для некоторых это может означать желание стареть на месте – то есть возможность, старея, оставаться в своем доме и сообществе (28, 51–54). Для других старение на месте может оказаться нежелательным. Например, их жилище может больше не устраивать их, если в районе их проживания наблюдаются процессы упадка или комплексного изменения среды и если общинные сети и услуги, на которые они рассчитывали, разрушаются. Для кого-то жилище может настолько не отвечать потребностям, что это становится разрушительным; обычно это имеет место в условиях ограниченных ресурсов. Отсутствие элементарных коммунальных удобств, многочисленные риски для безопасности и слишком большое число проживающих, принадлежащих к разным поколениям, в одном домохозяйстве могут ограничивать как комфорт, так и безопасность (55) (источник: I Aboderin, [Африканский исследовательский центр проблем народонаселения и здравоохранения] Older men and women's experience of older age in three sub-saharan cities («Опыт пожилых мужчин и женщин пожилого возраста в трех городах Африки к югу от Сахары») [неопубликованные данные], 27 июля 2015 г.).

Политика должна укреплять связь между потребностями и предпочтениями пожилых людей и их жилищем, а также предусматривать механизмы решения проблем, связанных с неизбежными изменениями, которые происходят с течением времени как среди людей, так и в местах их проживания (56). Укрепление такой связи может вести к улучшениям в плане психического здоровья, снижения количества травм, укреплять привязанность к дому и сообществу, а также способствовать самостоятельности и независимости (54).

Крайне важно рассмотреть вопросы общей жилищной политики и программ, а также мер обеспечения надлежащего жилья и безопасных условий проживания, однако эти вопросы выходят за рамки настоящего доклада. Авторы

доклада уделяют основное внимание мерам, которые могут быть приняты в целях учета проблем старения населения при формировании политики с уделением особого внимания малоимущим пожилым людям и людям, утратившим жизнеспособность. Принимаемые меры потребуют участия многих разных организаций, механизмов управления, инструментов финансирования, вариантов взаимодействия и поставщиков услуг. Любые избранные меры будут зависеть от контекста.

Содействие наличию выбора для пожилых людей

Пожилые люди, относящиеся к разным группам по уровню дохода и условиям проживания, должны иметь доступ к разным вариантам надлежащего и приемлемого по цене жилища. Среди таких вариантов могут быть рыночное жилье для тех, кто может себе его позволить, социальное жилье, пансионаты для престарелых, сообщества непрерывной помощи (предусматривающие разные виды проживания в соответствии с разными уровнями жизнеспособности, включая независимое проживание, учреждения с проживанием или дома престарелых) и совместное проживание, включая общешития и дома престарелых.

В Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов и Факультативном протоколе к ней подтверждаются равное право всех лиц с инвалидностью проживать в своем сообществе, возможность выбирать, где и с кем проживать, а также не быть обязанными проживать в каких-то определенных жилищных условиях (57). В статье 19 Конвенции также предусмотрены положения о ряде оказываемых на дому, по месту жительства и иных услугах на уровне сообщества, необходимых для поддержания жизни в местном сообществе и включения в него, которые могут являться экономически эффективными вариантами обеспечения пожилым людям возможности стареть на месте. Например, было показано, что телепомощь (то есть дистанционное предостав-

ление услуг) повышает способность пожилых людей, включая даже людей с деменцией, оставаться в своем доме. В Бадфорде, Англия, по итогам экспериментального проекта, в рамках которого пожилым людям оказывали телепомощь, было установлено, что 26% участников программы телепомощи могут оставаться в своем доме, что позволяет избежать нежелательного помещения в дом престарелых (58). Еще 13% участников программы удалось избежать госпитализации, а количество часов, необходимых для оказания помощи на дому, сократилось на 29%. Это были результаты экспериментального проекта, однако предполагается, что в случае полномасштабного осуществления данной программы можно будет сэкономить значительные ресурсы (58).

Разработка политики, способствующей переоборудованию жилья и обеспечивающей доступ к ассистивным технологиям

Вопросы доступности жилья и его переоборудования, а также использования ассистивных устройств особенно важны для пожилых людей, поскольку пожилые люди больше времени проводят дома или в районе своего проживания по сравнению с молодежью, а также могут обладать пониженной индивидуальной жизнеспособностью для преодоления таких барьеров, как неровный пол или дороги с рытвинами (59). Снижение индивидуальной жизнеспособности является наиболее распространенной причиной того, почему пожилые люди больше не в состоянии оставаться в своем доме и вынуждены переезжать (60). Многие пожилые люди живут в домах, построенных много лет назад и обладающих характеристиками, которые могут быть опасными: это, например, ковры, узкие двери, недоступные ванны комнаты или слабое освещение. Все это может создавать барьеры, препятствующие самостоятельности людей по мере старения и утраты жизнеспособности (52, 61). В случае значительной утраты жизнеспособности те неудобства в доме, которые ранее

Вставка 6.4. Снижение риска падений путем изменения окружающих условий

Непосредственная среда обитания играет важную роль в защите пожилых людей от падений. Систематический обзор многосторонних мер вмешательства на уровне населения, прошедших оценку в ходе исследований, которые были проведены в Австралии, Дании, Норвегии и Швеции, выявил снижение травматизма по причине падения от 6 до 75% (63).

Было показано, что в дополнение к мерам лечения различных состояний здоровья и применению лекарственных средств ряд мер по изменению окружающих условий способствовали снижению риска среди проживающих в сообществах пожилых людей (64). К таким мерам относятся:

- просвещение пожилых людей на индивидуальной основе в целях укрепления их знаний и снижения страха падения (63, 65, 66);
- посещение на дому медицинскими работниками людей, относящихся к группе высокого риска (65, 67, 68). Проводимые сертифицированными врачами и пожилыми людьми совместные оценки могут носить более комплексный характер и улучшать последующие действия по сравнению с только самостоятельной оценкой или оценкой, проводимой только медицинским работником (69);
- информация о более безопасном доме (65, 68);
- подготовка муниципальных поставщиков услуг, медицинских работников и проектировщиков нового жилья по вопросам устранения опасностей в домах и общественных местах (70);
- возможности для физической активности (65), такие как общинные программы ходьбы (67) или курсы тайцзицюань (66) (вставка 6.12);
- улучшения физической среды в районе проживания, например улучшение освещения в общественных местах и повышение доступности и безопасности дорог и тротуаров (67);
- просвещение на уровне местного сообщества по вопросам предотвращения и контроля падений при помощи брошюр, плакатов, телевидения и радио (68, 70, 71), а также путем взаимодействия с местными средствами массовой информации, местными учреждениями и коммунальными службами (65, 67, 71).

казались несущественными, теперь могут стать основными препятствиями для удовлетворения ежедневных потребностей пожилых людей. Это может означать, что пожилые люди могут оказаться не в состоянии вернуться домой после госпитализации или что им понадобится переехать в более удобное жилище (62).

Переоборудование жилья (то есть переделки или изменения, вносимые в постоянные физические характеристики жилища людей в целях снижения требований к физической среде) может принести массу преимуществ: упрощается выполнение задач; снижаются риски для здоровья, например риск падений (вставка 6.4); повышается уровень безопасности; обеспечивается возможность сохранения самостоятельности с течением времени. Это также оказывает положительное воздействие на социальные отношения и сети,

способствуя продолжению взаимодействия с обществом (24, 61, 72). Переоборудование жилья является экономически эффективной мерой (вставка 6.5). Обычно оно осуществляется в целях достижения одной или нескольких из следующих трех целей:

- физическая доступность – например, путем устранения препятствий (таких, как лестницы при входе) и обеспечения мобильности и средств безопасности (например, поручни в кабине для душа и возле туалета);
- комфорт – например, путем повышения эффективности энергопользования при утеплении помещений и герметизации окон и дверей (25);
- безопасность – например, путем снижения уровня атмосферной пыли или использования средств для снижения

травмоопасности, например нескользящего покрытия в ванных комнатах.

Пожилые люди могут заранее планировать и интегрировать изменения, необходимые для обеспечения им доступа (например, поручни можно установить при ремонте ванной комнаты), или же изменения могут вноситься на рассмотрение по мере снижения уровня жизнеспособности. Поскольку жизнеспособность пожилых людей может снижаться очень быстро, необходимо обеспечить своевременное проведение оценки и безотлагательное осуществление изменений в целях обеспечения максимального уровня траекторий функционирования пожилых людей и старения на месте (72). Поскольку дом может являться важной базой для обеспечения связанности, пожилые люди должны иметь возможность контролировать любые решения в отношении предлагаемого переоборудования (61).

Ниже приведены примеры политики или программ, которые осуществляются в целях помощи пожилым людям в переоборудовании жилья. В рамках программ необходимо предоставлять в формах, доступных и простых для понимания, информацию об имеющихся услугах по переоборудованию.

- Займы, гранты или прямые денежные переводы (субсидии): они предоставляются непосредственно пожилым людям или арендодателям, пожилые арендаторы которых отвечают определенным критериям, таким как уровень дохода, и арендодатели обязуются не повышать пожилому человеку арендную плату вследствие переоборудования (74, 75). Такие механизмы используются во многих странах Европы, Северной Америки и Карибского бассейна и могут быть ориентированы конкретно на живущих в бедности пожилых людей, но имеющих собственный дом, а также на арендодателей, арендаторы которых имеют низкий уровень дохода. Напри-

мер, в Германии в рамках программы Pflegeversicherung (национальной программы медицинского страхования на основе книги XI социального кодекса) выделяются субсидии для переоборудования домов для всех нуждающихся в долгосрочной помощи на дому, включая пожилых и других людей. Физические лица могут обратиться за финансированием для переоборудования жилья на сумму до 4000 евро. Если уровень жизнеспособности физических лиц продолжает снижаться и требует изменений, то соответствующие лица могут повторно обратиться за поддержкой на ту же сумму. Спрос на субсидии для переоборудования жилья увеличился почти в четыре раза (с 39 млн. евро в 1998 г. до 143 млн. евро в 2013 г.) и в настоящее время составляет 0,62% от общего уровня расходов в рамках программы Pflegeversicherung (источник: В. Hernig [Verband der Ersatzkassen], из личной переписки с Matthias Braubach, 13 мая 2015 г.).

- Программы для поддержания жилья в хорошем состоянии: в Австралии (76), на Багамских Островах и Барбадосе (77) в рамках программ предлагаются услуги по уборке и ремонту, а в Соединенном Королевстве (78) предусмотрена поддержка дряхлых или уязвимых пожилых людей, у которых вызывает беспокойство присутствие в их доме посторонних людей или которые сталкиваются с проблемами, связанными с контролем финансовых расходов в связи с ремонтом.

Действия, направленные на улучшение доступа в рамках жилья, могут сопровождаться предоставлением ассистивных технологий (79) в виде таких устройств, как трости, ходунки, стулья для принятия душа, нескользящие коврики для ванны и адаптированные туа-

Вставка 6.5. Деньги, потраченные с пользой: эффективность и значение переоборудования жилья

В ходе проведенного в 2000 г. исследования была изучена эффективность использования государственного финансирования, выделяемого на переоборудование жилья для пожилых людей и других людей с пониженной жизнеспособностью в Англии и Уэльсе (73). В ходе данного исследования проводились собеседования с людьми, дома которых подверглись значительному переоборудованию, использовалась информация, полученная по результатам заполнения вопросников, присланных по почте людьми, в чьих домах было проведено незначительное переоборудование, а также использовались административные документы и заключения профессионалов, посетивших соответствующие дома. Основным показателем эффективности была та степень, в которой благодаря переоборудованию удалось преодолеть проблемы, наблюдавшиеся у респондентов до переоборудования, не создавая для них новых проблем. По итогам исследования было установлено, что:

- незначительное переоборудование (такое, как установка поручней, пандусов, душевых кабинок с верхним душем и входных систем) имело долгосрочные благоприятные последствия практически для всех респондентов – 62% из них заявили, что теперь чувствуют себя в большей безопасности в отношении возможного риска несчастного случая, а 77% респондентов отметили положительное воздействие на состояние своего здоровья;
- существенное переоборудование (такое, как переоборудование ванной комнаты, пристройки или установка лифта) в большинстве случаев полностью изменило жизнь людей. Если до переоборудования для описания своего состояния люди нередко использовали такие слова, как «заключенный», «деградация» и «страх», то после переоборудования они говорили о себе как о «независимом», «полезном» и «уверенном»;
- если переоборудование не удавалось провести, то чаще всего причиной были недостатки исходной спецификации. Например, пристройки оказались слишком маленькими, или их нельзя было использовать, так как в них было слишком холодно, или в них не было предусмотрено необходимое оборудование для душа;
- по отзывам респондентов, успешное переоборудование позволяет им избегать госпитализации, снижает уровень нагрузки на лиц, осуществляющих уход за ними, а также содействует социальной инклюзии;
- наиболее очевидные преимущества были отмечены, когда были проведены подробные консультации с пользователями, были учтены пожелания всей семьи и если не пострадала целостность дома.

Переоборудование является высокоэффективным использованием государственных ресурсов и тем самым оправдывает вложения.

летные сиденья; людям с когнитивными расстройствами могут выдаваться календари, в которых используются символы. Чтобы быть уместными, пригодными и высококачественными, устройства должны отвечать потребностям пожилых с учетом их предпочтений и соответствовать условиям их проживания; и должен также быть предусмотрен надлежащий контроль для обеспечения их безопасного и эффективного применения (80).

Другие технологии также могут способствовать обеспечению безопасности пожилых людей у себя дома. Например, можно использо-

вать датчики и камеры для мониторинга дома и анализа данных, например в целях выяснения, не упал ли пожилой человек, не отключил ли он датчик задымления или не ушел ли он далеко от дома. В ходе одного систематического обзора интеллектуальных бытовых технологий было установлено, что пожилые люди зачастую открыты к использованию этих технологий у себя дома, если они видят ощутимые преимущества и в случае решения проблем, связанных с конфиденциальностью (79).

Исследования показали, что комплексный пакет услуг для пожилых людей, в состав кото-

рого входят переоборудование жилища и ассистивные технологии, является экономически эффективным, поскольку сокращает потребность в формальном уходе (81).

Разработка политики, расширяющей возможности пожилых людей в плане доступа к надлежащему жилищу

Потребности, предпочтения, жилищные условия и финансовое положение пожилых людей во всем мире значительно различаются. Следовательно, политика, направленная на обеспечение надлежащих жилищных условий для пожилых людей, должна предлагать ряд решений (51). Поскольку с жильем для пожилых людей с низким уровнем дохода связаны особенно заметные проблемы в том, что касается *здорового старения*, в данном разделе рассматриваются вопросы обеспечения приемлемого по цене социального жилья. Стратегии, направленные на обеспечение приемлемого по цене жилья, требуют расширения возможностей пожилых людей в плане оплаты за надлежащее жилище либо предоставления социального жилья. Такие стратегии могут требовать совместных действий со стороны правительств, социальных служб и частного сектора.

Разные страны добиваются приемлемости жилья по цене различными способами, однако при этом необходимо учитывать как предложение, так и спрос. Стратегии, направленные на стимулирование спроса, предусматривают наращивание объемов денежных средств, доступных для пожилых людей в целях аренды или приобретения надлежащего жилища. Например, в Уругвае предусмотрены пособия на жилье в зависимости от личного дохода, которые могут использоваться для оплаты части арендной платы или ее оплаты в полном объеме (77). В других странах региона также выделяются прямые субсидии для улучшения жилищных условий. Кроме того, правительства могут влиять на сумму арендной платы или ее воздействие на пожилых людей. В таких странах, как Соединенные Штаты, предоставляются

субсидированные жилищные сертификаты, обеспечивающие пожилым арендаторам возможность старения на месте. Как вариант, для пожилых домовладельцев с низким уровнем дохода предусмотрены программы налоговых льгот (27). В Южной Африке получателям пособий по старости предоставляются субсидии, которые позволяют им построить или приобрести дом. Другие стратегии, направленные на увеличение располагаемого дохода пожилых людей, предусматривают использование незаложенных домов в качестве актива, который может быть продан за наличные средства или на основании которого может быть выдан кредит (82).

В качестве варианта может быть предусмотрено осуществление политики в поддержку переселения пожилых людей в более приемлемое жилище. Например, в Нидерландах пожилым людям предоставляется специальное жилищное пособие для оказания им помощи при переезде в более приемлемое для них жилище (25). Законодательством Никарагуа для пожилых людей или домохозяйств с пожилым членом семьи предусмотрен приоритетный доступ к социальному жилью (77).

Обеспечение достаточного объема предложения надлежащего и приемлемого по цене жилья, которое может включать рыночное жилье, недорогое жилье или аренду жилья в поселках для престарелых, становится все более сложной задачей, особенно во многих регионах, в которых сократились фонды социального жилья (83). Тем не менее существует ряд возможностей для финансирования, включая займы, субсидии и льготы, которые можно использовать для повышения доступа к приемлемому по цене социальному жилью (27, 53, 84).

Также можно внедрить политику и программы, направленные на улучшение имеющегося жилищного фонда или районов, с тем чтобы они отвечали требованиям, предъявляемым к надлежащему жилищу. В неблагоприятных районах улучшение жилищных условий на протяжении жизненного цикла человека может

быть стратегией в интересах населения направленной на улучшение состояния здоровья и сокращение неравенства в отношении здоровья. Действия, выходящие за пределы мер по улучшению условий в неблагополучных районах, могут быть экономически эффективными в большей степени, чем меры по переселению людей с низким социально-экономическим статусом в более благополучные районы (25).

Дешевле построить новое доступное жилье с использованием энергосберегающих технологий, чем переоснащать имеющиеся жилые фонды. Во многих странах законами и стандартами в отношении инвалидности и доступности предусмотрена необходимость обеспечения доступа всем людям. Даже в случае низкой стоимости обновления жилого фонда, а также в том случае, если строительство нового жилья не является целесообразным в краткосрочной перспективе, крайне важно обеспечивать соответствие предоставляемого при государственной поддержке жилья принципам универсального дизайна, низкое энергопотребление и наличие возможностей для использования инноваций в рамках проектов жилья, которые могут поддерживать людей по мере их старения. Строительные нормы и правила, предусматривающие требования в плане доступности, могут также использоваться для побуждения строительных организаций к строительству домов, благоприятствующих людям пожилого возраста, а также к осуществлению модернизации, благоприятствующей людям пожилого возраста. Архитекторы, строители и проектировщики городов должны быть осведомлены о важности обеспечения доступа. Это особенно важно для крупномасштабных проектов обновления городских районов и в ходе реконструкции после стихийных бедствий.

Какие меры эффективны для удовлетворения потребности в личной безопасности

Для пожилых людей важно чувствовать себя в безопасности (то есть избегать травм и нанесения вреда) у себя дома и в своих сообществах. Травмы, жестокое обращение с пожилыми людьми, преступность и стихийные бедствия – все это подрывает личную безопасность пожилых людей. В данном разделе рассматриваются три проблемы, угрожающие личной безопасности пожилых людей: преступность (например, грабеж, насилие и убийство); жестокое обращение с пожилыми людьми (например, физическое, сексуальное, психологическое, эмоциональное насилие, финансовые и материальные злоупотребления, а также оставление без присмотра и пренебрежительное отношение); и стихийные бедствия. Вопросы безопасности, связанные с травматизмом в результате дорожно-транспортных происшествий и падений, рассматриваются в разделах «Способность сохранять мобильность» и «Какие меры эффективны для обеспечения надлежащего жилища».

Несмотря на ограниченность фактических данных об эффективных мерах обеспечения личной безопасности пожилых людей, приведенные ниже рассуждения основаны на таких фактических данных, которые свидетельствуют о пользе определенных стратегий для пожилых людей и характеризуются ограниченным риском непредвиденных неблагоприятных последствий.

Преступность

Хотя пожилые люди чаще склонны испытывать страх перед преступностью, чем молодые члены сообщества, они, возможно, реже становятся непосредственными жертвами преступности и соответствующих форм насилия (85). Тем не менее более низкая распространенность преступлений в отношении пожилых людей может объясняться не возрастным спадом риска, а

скорее ростом обусловленных страхом моделей поведения, которые приводят к снижению подверженности риску преступности (например, пожилые люди могут проводить больше времени дома) (30). Страх перед преступностью усугубляется большим неравенством, негативными установками и взаимоотношениями между поколениями, а также средствами массовой информации, которые повышают сенсационность преступлений (86).

Для повышения уровня личной безопасности пожилых людей и сохранности их имущества требуется принимать меры на дому и в сообществе в целом. Такие меры, как установка замков или сигнализации, должны сопровождаться действиями, направленными на поддержание дома в хорошем состоянии, чтобы не казалось, что он заброшен и в него легко проникнуть. Например, по результатам проекта «Безопасность и рекомендации для пожилых людей» в Ноттингемшире, Англия, было выявлено снижение числа ограблений домов пожилых людей с низким уровнем дохода на 93% благодаря предоставлению более надежных замков и принятию других мер предосторожности (87). Решения в области городского планирования и землепользования также могут повышать личную безопасность пожилых людей, если такие меры включают проектирование безопасных, хорошо освещенных и обеспеченных беспрепятственным доступом строений и ландшафтов. В целях повышения уровня безопасности пожилых людей местные органы власти должны обеспечивать безопасное пространство на подведомственной территории, выявлять связанные с безопасностью проблемы и реагировать на них (вставка 6.6).

Крайне важно бороться со страхом пожилых людей перед преступностью, одновременно побуждая их сохранять бдительность по отношению к реальным рискам. Пожилые люди, ведущие активный образ жизни, принимающие участие в жизни местного сообщества и чувствующие свою сопричастность, в меньшей степени подвержены страху перед преступно-

Вставка 6.6. Пожилые люди знакомятся с местным сотрудником полиции: Нью-Дели, Индия

Сангам-Вихар в Южном Дели, Индия, является одним из крупнейших несанкционированных поселений в Индии, в котором отсутствуют государственные службы, включая водоснабжение, электричество и канализацию. По итогам обзора на уровне местного сообщества было установлено, что пожилые люди особенно обеспокоены по поводу своей безопасности и практически не поддерживают контакты с местными правоохранительными органами.

При поддержке местных политиков в шести районах Сангам-Вихара была развернута программа содействия установлению связи между пожилыми людьми и местными сотрудниками полиции; в программу были включены приблизительно 1800 пожилых людей. При поддержке двух местных полицейских участков была организована встреча пожилых людей с местными сотрудниками полиции, на которой были розданы карточки с номерами телефонов всех полицейских, патрулирующих улицы. Пожилым людям порекомендовали звонить по этим номерам телефонов при необходимости и с этой целью их обучили, как звонить местному сотруднику полиции. В полицейских участках были созданы реестры участвующих в программе пожилых людей в целях содействия их идентификации в случае поступления от них звонка. Кроме того, сотрудники полиции выяснили, кто из пожилых людей живет в одиночестве, и периодически навещают их. Через 4 месяца было проведено небольшое контрольное обследование, по итогам которого выяснилось, что карточки с номерами телефонов сохранились у 50% пожилых людей. Хотя данная программа может оказаться многообещающей, необходимы дальнейшие исследования для определения ее воздействия на личную безопасность.

Источник: V Grewel, L Warth, из личного сообщения, июнь 2015 г.

стью. Люди, находящиеся в социальной изоляции, чаще утрачивают уверенность в себе и доверие, поэтому для снижения их страха перед преступностью необходимы специаль-

ные адресные меры с участием местного сообщества. Например, в Квинсленде, Австралия, Департамент по вопросам здравоохранения и старения подготовил пакет информационных материалов по проблемам преступности и безопасности и обучил организации местного сообщества, как пользоваться этим пакетом, для того чтобы развеять мифы и страхи по поводу масштабов преступлений, совершаемых в отношении пожилых людей (87). Еще одна стратегия включает взаимодействие со средствами массовой информации для сведения к минимуму сенсационных сообщений о преступлениях в отношении пожилых людей и создания положительного образа пожилых людей, принимающих участие в жизни местных сообществ (86).

Стратегии, направленные на предупреждение преступлений и снижение страха перед ними, лучше всего осуществлять на уровне местных правительств и в рамках стратегии обеспечения безопасности на уровне сообщества (87). Наиболее эффективными могут оказаться программы, опирающиеся на способности всех заинтересованных сторон – таких как правительство, частный сектор, неправительственные организации, ассоциации пожилых людей и полиция (87).

Жестокое обращение с пожилыми людьми

По меньшей мере один из десяти пожилых людей, живущих в сообществе, подвергается жестокому обращению, при этом наиболее уязвимыми являются женщины (глава 3) (88). Очевидно, что эти данные занижены, поскольку регистрируется лишь один из 24 случаев жестокого обращения с пожилыми людьми (89). Распространенность этого в учреждениях здравоохранения и среди людей с деменцией еще выше.

Ответные меры общественного здравоохранения на жестокое обращение с пожилыми людьми ограничены вследствие практически полного отсутствия достоверных фактических

данных об эффективности профилактических программ. Приведенные ниже стратегии опираются на значительный объем фактических данных, полученных по результатам тематических исследований, и на клинические данные, а также требуют взаимодействия с местными средствами массовой информации, организациями и коммунальными службами местного сообщества:

- многодисциплинарные группы – специалисты в различных областях объединяют усилия и знания для содействия в рассмотрении случаев жестокого обращения с пожилыми людьми;
- линии помощи – могут предоставлять информацию анонимным позвонившим и обратившимся за помощью в связи с фактическими или потенциальными жертвами;
- истории банковских операций – могут использоваться для выявления подозрительных случаев и способствовать выявлению пожилых людей, подвергающихся риску финансовых злоупотреблений (вставка 6.7);
- поддержка лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми, подверженными риску жестокого обращения, – в форме подготовки, информирования и предоставления замены на время отпуска, что способствует снижению уровня стресса у лиц, осуществляющих уход, а также помогает им лучше справляться со своими обязанностями;
- приюты на экстренный случай – предоставляются пожилым людям – жертвам жестокого обращения.

Крайне необходимы дальнейшие исследования масштабов злоупотреблений и факторов риска, а также действий, способных обеспечить профилактику и помощь.

Вставка 6.7. Борьба с финансовыми злоупотреблениями в отношении пожилых людей в Калифорнии

Финансовые злоупотребления в отношении пожилых людей (также именуемые мошенничеством в отношении пожилых людей) охватывают широкий спектр различных действий. Необычные операции являются наиболее очевидным показателем мошенничества, например, если клиент, обычно снимающий сумму 2000 долл. США, затем внезапно снимает 30 000 долл. США. Другие, менее заметные формы финансовых злоупотреблений выявить сложнее. К ним относятся “развод” пожилых людей по телефону или по сети Интернет, принуждение пожилого человека подписать тот или иной документ либо завещание, использование имущества или вещей пожилого человека без разрешения или даже ложные обещания обеспечить пожизненный уход в обмен на деньги.

В Соединенных Штатах финансовые злоупотребления в отношении пожилых людей относятся к видам преступности, растущим наиболее быстрыми темпами, при этом пожилые люди теряют около 2,9 млрд. долл. США в год, а регистрируется только 1 из 6 преступлений (74). Согласно результатам крупномасштабного исследования финансовых злоупотреблений в отношении пожилых людей в Соединенных Штатах, чаще всего правонарушителями являются не незнакомцы, а члены семьи (58%), зачастую взрослые дети пожилого человека (25%). К другим правонарушителям могут относиться друзья и соседи (17%), а также надомные социальные работники, работающие на платной основе (15%). От финансовых злоупотреблений чаще всего страдают пожилые афроамериканцы, живущие за чертой бедности. Пожилые люди, стремящиеся к независимой жизни, также подвергаются повышенному риску эксплуатации. Если пожилые люди нуждаются в помощи для совершения покупок или приготовления пищи, потенциальные правонарушители могут получить доступ к их финансам (90). В Калифорнии правительство, организации по уходу за пожилыми людьми, предприниматели и частные лица успешно осуществили ряд скоординированных мер, направленных на противодействие финансовым злоупотреблениям в отношении пожилых людей.

- Был принят новый закон штата, обязывающий банки предоставлять информацию о подозрениях в совершении финансовых злоупотреблений в отношении пожилых людей, по аналогии с преподавателями, которые обязаны сообщать о подозрениях в отношении жестокого обращения с детьми.
- Одна организация гражданского общества подготовила руководство для непрофессиональных лиц, оказывающих помощь по управлению финансами пожилых людей, в котором предусмотрены стандарты практики и рекомендации по защите финансов пожилых людей от финансовой эксплуатации.
- Крупная организация пожилых людей профинансировала ряд мероприятий для повышения осведомленности о проблеме финансовых злоупотреблений в отношении пожилых людей как один из основных факторов, влияющих на их здоровье и благополучие.
- Было открыто новое Бюро по защите финансовых прав потребителей, в состав которого входит Управление финансовой защиты пожилых американцев и которое поддерживает принятие мер на уровне штата и способствует защите пожилых американцев.

Опыт Калифорнии показывает, что многосекторальный подход с участием различных сторон на разных уровнях способствует решению сложных проблем, связанных с финансовыми злоупотреблениями в отношении пожилых людей.

Стихийные бедствия и чрезвычайные ситуации

Во всем мире растет количество стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций, вследствие чего пожилые люди подвергаются повышенному риску в плане снижения как их функциональной способности, так и жизнеспособности

(глава 3). Стихийные бедствия и чрезвычайные ситуации подрывают жизнеспособность пожилых людей и их шансы на выживание в результате связанных со стихийными бедствиями травм, низкого качества базовой хирургической помощи, проблем с их психическим здоровьем и психологическим состоянием,

обусловленными чрезвычайными ситуациями, сбоями в предоставлении услуг по профилактике и лечению хронических состояний и в обеспечении социальной поддержки. Кроме того, переживающие стихийное бедствие пожилые люди могут оказаться более восприимчивыми к инфекционным заболеваниям и может наблюдаться ухудшение их текущего состояния. Например, во время недавних вспышек холеры в Гаити и Зимбабве было отмечено, что вероятность смертельного исхода у людей в возрасте 60–79 лет в четыре раза выше (до 11 раз выше для людей в возрасте старше 80 лет), чем у молодых людей, а риск тяжелой формы дегидратации у них в два раза выше (91).

Стихийные бедствия и чрезвычайные ситуации могут также существенно ограничивать весь спектр способностей пожилых людей даже по сравнению с молодыми людьми, оказавшимися в аналогичных обстоятельствах; это можно объяснить утратой пожилыми людьми существенно важных для них ассистивных устройств, таких как очки, слуховые аппараты и устройства, обеспечивающие мобильность; либо пожилые люди могут быть оставлены без внимания, или им может оказываться недостаточная помощь, если местное сообщество вынуждено эвакуироваться или если снижается потенциал учреждений по оказанию помощи (92). Уязвимость пожилых людей с ограниченной жизнеспособностью усугубляется во время чрезвычайных ситуаций, когда они разлучены со своими семьями или не имеют контакта со своими обычными источниками неформальной помощи и поддержки (93).

Хотя состояние здоровья пожилых людей, а также их способность самим управляться во время стихийных бедствий значительно различаются, пожилые люди также являются важным и зачастую неосвоенным ресурсом. В целом знания пожилых людей о своей культуре и местном сообществе, их опыт выживания во время прошлых стихийных бедствий, а также уважительное отношение к ним со стороны их семей и сообществ можно использовать во

время чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий (33). В Шри-Ланке по результатам исследования лиц, пострадавших от цунами в Индийском океане в 2004 г., было установлено, что пожилые люди в большей степени страдали от отсутствия работы, чем от ощущаемой ими уязвимости: «Многие пожилые люди выразили большое желание вернуться к работе, особенно учитывая тот факт, что цунами еще глубже погрузило их семьи в нищету» (94). Оказание пожилым людям постоянной психологической поддержки также очень важно для их восстановления (95).

В ответ на такое многообразие среди пожилых людей все секторы должны охватывать их, оказывать им помощь и поддержку в целях использования их потенциального вклада там, где это возможно, а также обеспечивать им поддержку, если они нуждаются в содействии и защите. Для этого необходим ряд конкретных действий, таких как меры, приведенные в [таблице 6.1](#), однако также потребуется ряд системных изменений для удовлетворения долгосрочных потребностей сообщества.

К приоритетным мерам относятся включение вопросов, касающихся пожилых людей, в стратегии управления рисками в случае чрезвычайных ситуаций, привлечение средств и составление бюджетов, законодательства и программ. Стратегии в области старения также должны учитывать вопросы управления рисками в случае чрезвычайных ситуаций (O245

). Пожилых людей необходимо привлекать к разработке политики, законодательства и программ, а также к процессам мониторинга их реализации. Для этого может понадобиться наращивание потенциала пожилых людей и их организаций ([вставка 6.8](#)).

Механизмы обеспечения межсекторальной координации с привлечением пожилых людей к процессам принятия решений могут способствовать вовлеченности пожилых людей до, во время и после стихийных бедствий. Особенно полезно рассмотреть вопрос налаживания

Таблица 6.1. Конкретные действия, способные улучшить доступ пожилых людей к основным услугам во время стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций (35, 92)

Область	Примеры возможных действий
Медицинские услуги	Обеспечение пожилым людям, проживающим в сообществе и в институциональных учреждениях, доступа к первичной медико-санитарной помощи и профилактике вторичных состояний и сочетанных заболеваний, а также доступа к услугам, необходимым для компенсации утраты жизнеспособности (таким, как реабилитация), включая предоставленные ассистивных устройств.
Питание и продовольственная безопасность	Обеспечение пожилым людям доступа к надлежащему питанию и алиментарной поддержке (например, обеспечение людям, испытывающим затруднения при стоянии, доступа к пунктам дополнительного питания).
Планирование приютов, учреждений и местности	Учет требований к доступности при планировании местности и проектировании учреждений и приютов в целях обеспечения безопасности и уважения достоинства пожилых людей и простоты пользования.
Вода и канализация	Учет потребностей лиц с инвалидностью для обеспечения безопасного и надлежащего доступа к воде и канализации всем людям (например, необходимо рассмотреть вопрос обеспечения модифицированных контейнеров для воды или помощи со стороны других членов сообщества). Эти меры могут играть важную роль для пожилых людей, испытывающих затруднения с доступом к водяным насосам или туалетам либо с доставкой воды для приготовления пищи.
Защита	Повышение осведомленности о жестоком обращении с пожилыми людьми и принятие мер, предусмотренных в разделе «Жестокое обращение с пожилыми людьми». Обеспечение доступа пожилых людей к услугам лиц, осуществляющих уход.
Готовность к чрезвычайным ситуациям (включая раннее предупреждение)	Повышение осведомленности и предоставление рекомендаций по вопросам готовности к чрезвычайным ситуациям пожилым людям, лицам, осуществляющим за ними уход, и сообществу в целом. Готовность может включать, например, ознакомление с маршрутами безопасной эвакуации или обеспечение резервного запаса лекарственных средств для лечения хронических заболеваний либо запасных аккумуляторов для слуховых аппаратов. К анализу потенциальных опасностей и планированию мероприятий по реагированию и восстановлению необходимо привлечь пожилых людей.
Восстановление и реабилитация	Содействие доступу малоимущих пожилых людей к программам по обеспечению средств к существованию и учет требований к доступу при восстановлении антропогенной среды.

механизмов координации между системами медицинской и долгосрочной помощи. Например, дома престарелых могут стать отличными убежищами для членов сообщества, нуждающихся в уходе во время и непосредственно после стихийного бедствия (96).

Выявление и привлечение пожилых людей, персонала и добровольцев, знакомых с вопросами старения и местной культурой, а также обучение и подготовка гуманитарных работников по вопросам *здорового старения* могут способствовать укреплению людских ресурсов. Например, во время конфликта в Ливане

в 2006 г. пожилые люди были ценным источником социальной поддержки семей и сообществ, учитывая их знания и опыт, которые «позволили им внести вклад в разных сферах помощи, стратегий преодоления, консультирования и реабилитации» (97). Вовлечение пожилых людей в процессы принятия решений по вопросам, затрагивающим их сообщество, может также способствовать преодолению чувства разобщенности и сопутствующей психологической травмы (вставка 6.8).

Важно обеспечивать доступ пожилых людей к информации до, во время и после сти-

хийных бедствий, а информация о пожилых людях должна лежать в основе любых мер реагирования. Поддерживая контакт с пожилыми людьми, важно учитывать малограмотных людей и людей с сенсорными нарушениями, а также обеспечивать их заблаговременное информирование о рисках, последствиях, мерах реагирования (включая конкретные меры поддержки, доступные для пожилых людей) и восстановления, а также об их законных правах. Сбор данных, дезагрегированных по возрасту и уровню жизнеспособности, а также проведение консультаций с пожилыми людьми в ходе оценки на основе участия и в процессе проведения мониторинга и оценки могут способствовать принятию более эффективных ответных мер. Подготовка членов сообщества по вопросам, связанным с управлением рисками чрезвычайных ситуаций, с помощью брошюр, плакатов, телевидения и радио может способствовать повышению внимания к пожилым людям и выявлению их потребностей и способностей (33).

Важно также учитывать разные потребности отдельных людей и подгрупп; а применение основанного на правах человека подхода ко всем действиям будет способствовать выявлению, мониторингу, профилактике и реагированию на такие угрозы во время и после стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций, как повышенный риск жестокого обращения с пожилыми людьми.

Способности учиться, развиваться и принимать решения

В основе способностей учиться, развиваться и принимать решения лежат действия, направленные на продолжение обучения и применение знаний, принятие участия в решении проблем, продолжение личностного роста, а также возможность принимать решения. Про-

Вставка 6.8. Поддержка пожилыми людьми своего восстановления и восстановления своих сообществ: Мозамбик

После наводнения 2000 г. в Мозамбике во всех деревнях были учреждены советы, представляющие интересы пожилых людей, что позволило привлечь пожилых людей к планированию и осуществлению всех мероприятий сообщества, направленных на восстановление, включая распределение животных, сельскохозяйственных семян и инструментов, а также привлечение кредитов в целях осуществления приносящей доход деятельности. Пожилые люди также работали в рамках групп местного сообщества для выявления других уязвимых людей своей возрастной группы, посещали их на дому для определения их проблем и обеспечения доступа к продуктам питания, одеялам и одежде. Таким образом, пожилые люди способствовали собственному восстановлению и восстановлению своих сверстников и сообществ (33).

должение обучения способствует приобретению пожилыми людьми знаний и навыков для решения проблем, касающихся их здоровья, помогает им оставаться в курсе информационно-технических новшеств, принимать участие в жизни общества (например, в рамках рабочей деятельности или деятельности на добровольной основе), приспосабливаться к проблемам старения (например, к выходу на пенсию, вдовству или принятию на себя обязанностей по обеспечению ухода за другими лицами), сохранять свою идентичность и поддерживать в себе интерес к жизни (98). Продолжение личностного роста – умственного, физического, социального и эмоционального – очень важно в плане возможности для пожилых людей делать то, что они считают значимым, а способность принимать решения играет важную роль для сохранения пожилыми людьми ощущения контроля над своей жизнью (99).

Возраст ассоциируется с положительными и отрицательными изменениями жизнеспособности (или с восприятием ее), которые воздействуют на способности учиться, развиваться и принимать решения. Как показали исследования, с возрастом ухудшается ряд когнитивных процессов, включая скорость обработки информации (замедление скорости обработки информации можно свести к минимуму путем соответствующих тренировок), кратковременную память, управляющие функции, внимание и торможение. Напротив, автоматические, интуитивные когнитивные процессы остаются стабильными или даже улучшаются. Аналогичным образом, социальное и эмоциональное развитие обычно прогрессирует с возрастом благодаря самопознанию, приобретенным пожилыми людьми с годами (100) навыкам саморегулирования и устойчивым социальным отношениям.

Инвестиции в такие способности могут положительно воздействовать на все аспекты жизни: здоровье, отдых, отношения, общественную и рабочую жизнь. Продолжающие обучение пожилые люди обладают большей верой в себя и большим стремлением к самореализации, а обучение способствует более активному участию пожилых людей в жизни сообщества, снижает уровень их зависимости от семьи и финансируемых государством социальных служб, а также укрепляет их здоровье и благополучие (101, 102). Все это достигается благодаря развитию знаний, опыта и навыков пожилых людей, как участвующих в рабочей силе, так и не работающих, расширению социальных сетей и распространению общих норм и терпимости по отношению к другим людям (101–103). Также имеются достоверные фактические данные, свидетельствующие о том, что содействие обучению в течение всей жизни способствует преодолению стереотипов и эйджизма (102), может повышать уровень доверия между поколениями, вселять в людей ощущение общей идентичности и способствовать уважительному отношению

к различиям с одновременным обеспечением оптимального использования талантов каждого человека (104). Помимо обучения способность контролировать свою жизнь также имеет ключевое значение для благополучия пожилых людей (99). Способности к обучению, развитию и принятию решений тесно связаны с самостоятельностью, достоинством, целостностью личности, свободой и независимостью пожилых людей (105, 106).

Какие меры содействуют поддержанию способностей учиться, развиваться и принимать решения

Таким образом, обучение и личностный рост являются важными направлениями для инвестирования со стороны правительств, так и отдельных лиц наряду с обучением в целях участия в оплачиваемой занятости (раздел, посвященный способности вносить вклад в жизнь общества). Следовательно, лица, ответственные за разработку политики, должны учитывать способы распределения ресурсов на протяжении всего жизненного цикла человека, а не только в отношении молодого населения, как это происходит в настоящее время (104, 107). Например, в Соединенном Королевстве лишь 1% бюджета, выделенного на образование в 2009 г., был потрачен на пожилых людей, составляющих треть всего населения (104). Разнообразие образовательных возможностей необходимо привести в соответствие с многообразием взрослых учащихся и принимать во внимание их сильные стороны. Способность к обучению, как таковая, в равной степени относится ко всем пожилым людям и одинаково важна, например, как для пожилых людей, которые неграмотны, но желают максимально укрепить свое здоровье, так и для пожилых людей, которые не могут самостоятельно принять решение о том, что они хотят надеть или съесть, по причинам, связанным

с состоянием здоровья, или для тех людей, у которых наконец появилось время для занятий в целях получения научной степени.

Существует, однако, ряд препятствий, которые необходимо устранить в целях содействия вовлечению пожилых людей в обучение на протяжении всей жизни. К таким препятствиям относятся (108):

- собственные установки пожилых людей – они могут иметь негативные установки в том, что касается возможности вернуться к обучению, поскольку считают себя слишком старыми, им не хватает уверенности в себе или мотивации, они опасаются конкуренции с людьми более молодого возраста, а в некоторых случаях боятся того, что может обнаружиться их низкий уровень образования;
- физические и материальные барьеры – это могут быть расходы на образование, отсутствие времени, отсутствие информации о доступных вариантах, место оказания образовательных услуг, а также проблемы, связанные с наличием и доступностью транспорта;
- структурные барьеры – могут включать отсутствие возможностей для соблюдения своих интересов, методы обучения, неприемлемые для пожилых людей, а также проблемы, связанные с неизвестными местами и местами, доступ к которым для них невозможен.

Ниже приводится ряд стратегий, призванных устранить эти барьеры.

Преодоление негативных установок и стереотипов

Среди различных заинтересованных сторон, включая самих пожилых людей, членов их семей, друзей, медицинских и других работников, осуществляющих уход, преподавателей или тренеров (106), до сих пор распространены стереотипы, в соответствии с которыми к пожилым людям относятся как к забывчи-

вым и неспособным к обучению и принятию решений (100). Однако эти распространенные социальные конструкты не соответствуют потенциалу пожилых людей. Например, по результатам проведенного в Соединенных Штатах исследования, в ходе которого изучались свойства памяти пожилых людей в возрасте 60–75 лет и молодых людей в возрасте 17–24 лет, было установлено отсутствие реальных различий между участниками, если их стимулировали к обучению, по сравнению с тем, когда их стимулировали к запоминанию (109). В ходе другого исследования инструктирование пожилых людей относительно положительной оценки своей памяти позволило им определять эффективные стратегии запоминания, тем самым существенно сокращая разрыв между пожилыми и молодыми участниками тестов на запоминание (110). Пожилые люди также хранят в памяти больше информации, а их опыт может способствовать нахождению наиболее оптимальных решений.

Крайне важно бороться со стереотипами посредством проведения в средствах массовой информации, среди широких слоев населения, лиц, ответственных за разработку политики, преподавателей и поставщиков услуг информационных кампаний, которые расширяют знания и содействуют пониманию процесса старения (глава 7, вставка 7.3).

Повышение уровня грамотности среди пожилых людей

Уровень грамотности, в том числе медицинской грамотности, среди пожилых людей ниже, чем среди других групп населения (24, 102, 111). Уровень медицинской грамотности касается способности получать, объяснять и понимать основную медицинскую информацию и медицинские услуги, а также обладания навыками использования такой информации и услуг для укрепления здоровья (24). Пожилые люди с низким уровнем медицинской грамотности чаще сообщают о том, что не проходили вакцинацию или скрининг на рак, при том что уро-

вень медицинской грамотности является более значимым, чем уровень образования, фактором для прогнозирования использования пожилыми людьми профилактических услуг (24).

Базовая и медицинская грамотность составляют важную основу для обучения и принятия решений. Уровень грамотности можно повысить с помощью формальных индивидуальных программ, однако полезными также могут оказаться инновационные подходы на уровне населения в целом. Например, в Индии, где среди пожилых людей, особенно пожилых женщин, проживающих в сельских районах, отмечается высокий уровень неграмотности, что регулярные телевизионные трансляции голливудских фильмов с субтитрами на том же языке оказывают положительное воздействие на развитие навыков чтения среди как взрослых, так и детей (112).

Как было продемонстрировано, программы здравоохранения, ориентированные на повышение уровня медицинской грамотности, способствуют улучшению пищевых привычек и повышению физической активности (24), содействуют повышению эффективности лечения хронических и дегенеративных заболеваний (111), а также повышают индивидуальную способность человека справляться с отрицательными событиями, связанными со здоровьем. Уровень медицинской грамотности можно повысить посредством проведения с пожилыми людьми работы в целях развития их навыков самопомощи, укрепления их связей со службами клинической помощи, а также путем обеспечения постоянной социальной поддержки (главы 4 и 5).

Если предоставляемая пациентам медицинская информация отражает реальные жизненные ситуации и адаптирована к социокультурным условиям, она скорее окажет воздействие на людей с низким социально-экономическим статусом (113). Просветительские буклеты, написанные простым языком и ориентированные на людей с низким уровнем грамотности, помогают пожилым людям

эффективнее обсуждать с медицинскими работниками свои проблемы со здоровьем; было также показано, что такие буклеты способствуют большему использованию профилактических медицинских мер вмешательства, таких как вакцинация против пневмококковых инфекций (114).

Тем не менее зачастую с пожилыми людьми необходимо проводить непосредственную информационно-разъяснительную работу. Для этого можно выявлять и поощрять деятельность сетей, оказывающих поддержку пожилым людям, или адресно взаимодействовать с пожилыми людьми (113, 115). Например, в Ирландии существует Инициатива по руководству обучением взрослых, специально ориентированная на пожилых людей, которые уже принимают участие в программах повышения уровня грамотности; в рамках данной инициативы пожилым людям предоставляются дополнительные рекомендации в отношении личного роста, контроля стрессовых ситуаций и методов проведения собеседований (102).

Инвестиции в доступные возможности для обучения в течение всей жизни и развития

Обучение в течение всей жизни распространяется на все этапы жизни человека и включает весь спектр формального, неформального и неформального обучения (107). Следовательно, это процесс, который может происходить в любое время и в любом месте; он направлен на удовлетворение потребностей как отдельного человека, так и общества в целом.

Возможности для обучения, которые традиционно обеспечивались на протяжении первых 20 лет жизни, должны быть расширены, с тем чтобы пожилые люди могли развивать новые навыки и знания, а также сохранять чувство собственного «я», идентичность и смысл жизни. Расширение образовательных возможностей потребует полного учета в государственной политике последствий старения населения и признания того факта, что для некоторых

людей старение может означать продление их трудовой жизни, а для других – этап, составляющий треть их жизни, который они проживают на пенсии.

В целях преодоления препятствующих обучению материальных и структурных барьеров необходимо также адаптировать средства информации и подходы к особенностям пожилых учащихся, и обеспечение приемлемых приспособлений может способствовать эффективному участию пожилых людей с инвалидностью в процессах обучения (57). Для разработки курсов и содействия обучению можно использовать различные средства, включая создание открытых университетов (то есть университетов, не предусматривающих требований для поступающих) для пожилых людей, создание групп пожилых людей и содействие их участию в качестве партнеров в рамках оздоровительных мероприятий, а также использование массовых открытых дистанционных курсов, известных как МОДК, которые способны охватить людей из разных стран и с разным социально-экономическим статусом.

Работа в группах и с ровесниками, а также возможность поделиться опытом составляют важную часть обучения взрослых. Навыки самопомощи могут быть улучшены при поддержке по методу «равный – равному» и путем долгосрочного участия в группах (в течение 3 лет и более); например, было показано, что такие меры способны помочь людям, утратившим зрение, а также сократить количество падений (116). В Британии наставники из числа пожилых выходцев из Южной Азии, оказывающие помощь сверстникам по методу «равный – равному», используют свои языковые навыки и знание сообщества для привлечения сверстников к участию в программах поддержания физической активности (P Ong, неопубликованная статья о пожилых людях как об одном из ресурсов для их собственного здоровья, 2015 г.).

Пожилые люди оказываются старательными учащимися, менее сконцентрирован-

ными на оценках (117). Однако для выполнения пожилым человеком новых задач, связанных с обучением, его необходимо мотивировать, информировать его о возможностях, а также обеспечить ему благоприятствующую среду. Удобное физическое расположение и доступность учебных заведений будут способствовать более широкому участию. Для решения проблем, связанных со снижением жизнеспособности, например проблем со слухом и зрением, должна быть доступна информация в альтернативных форматах (например, крупным шрифтом или в формате электронных книг), которые отвечают предъявляемым к печатной продукции требованиям; кроме того, процессу обучения может способствовать использование в аудитории микрофонов, обеспечивающих возможность в конкретный момент времени говорить только одному человеку, а также использование доступных веб-сайтов. Необходимо разработать подходы к обучению и учебные материалы, которые позволяли бы учащимся обучаться вне зависимости от их уровня жизнеспособности. В рамках обучения пожилых людей могут также использоваться ряд законодательных и политических механизмов, основанных на принципах «снизу вверх» и «сверху вниз», которые уже нашли применение во многих странах, например такие, как политика в области защиты прав потребителей, законодательство о недопущении дискриминации, применимое к общественным зданиям, обстановке, в которой осуществляется обучение, или ИКТ (80).

Наконец, временная перспектива, связанная с возрастом человека, также может воздействовать на цели в области образования и личностного роста. Вероятно, в связи с этой перспективой обучение может оказаться более востребованным, если оно имеет отношение к жизни пожилого человека, а его плоды могут быть использованы в настоящее время, а не в обозримом будущем. Пожилые люди особенно ценят эмпирическое обучение, если оно дает

им возможность основываться на их прошлом опыте, ценном для них.

Содействие выбору и контролю

Процесс *здорового старения* требует от пожилых людей принятия решений или участия в принятии решений, влияющих на их жизнь, в том числе по вопросам, как провести свободное время, какое лечение пройти, что изучать и где жить (99). Однако выбор в отношении медицинской помощи, места проживания и образа жизни может быть крайне сложным, и такая сложность может влиять на желание пожилых людей нести ответственность за процесс принятия решений. В целях преодоления опасений относительно принятия решений и предоставления пожилым людям возможности сделать правильный для себя выбор крайне важно обеспечить, чтобы информация была простой для понимания и актуальной (**вставка 6.9**). Также важно, чтобы лица, осуществляющие уход, или члены семьи не предоставляли или не скрывали информацию в целях манипулирования пожилыми людьми, а давали им возможность самим принимать решения (119).

Значительная потеря жизнеспособности, особенно умственных способностей, может представлять функциональные и этические проблемы для реализации права пожилых людей на самоопределение. Если люди неспособны самостоятельно делать выбор, то им может понадобиться поддержка в принятии решений (57, 120). Использование стратегий принятия решений при поддержке подчеркивает, что человек не утрачивает своей правоспособности, но может нуждаться в помощи для принятия решений (57). Принятие решений при поддержке не подменяет процесс принятия решений, как таковой. Лицо или лица, оказывающие поддержку, должны стремиться к принятию решений, которые максимально соответствуют характеру пожилого человека и учитывают его прошлые и настоящие ценности и предпочтения. Важно создать механизмы в рамках семей и сообществ для оказания под-

держки при принятии решений и предусмотреть меры защиты, касающиеся обязанностей по уходу, процедур назначения лиц, оказывающих поддержку, и механизмов разрешения споров (80).

Менее значительное снижение жизнеспособности также может затруднять принятие пожилыми людьми собственных решений, регулирование окружающей среды и создание возможностей. Хотя члены семьи и друзья, надлежащее жилище и безопасные сообщества могут существенно помочь в этом пожилому человеку, можно также рассмотреть ряд политических стратегий, включая создание организаций пожилых людей, использование инновационных механизмов финансирования, таких как личные бюджеты, или предоставление поддержки в составлении планов на будущее в случае заболевания или инвалидности.

Организации пожилых людей созданы во многих странах и могут способствовать участию пожилых людей в процессах принятия решений на уровне сообщества (121, 122), доступу пожилых людей к ресурсам и обеспечивать активное участие пожилых людей в обсуждениях государственной политики и развитии их сообществ (123) (**вставка 6.10**). Например, проводившаяся в отношении ассоциаций пожилых людей в Сербии пропагандистская работа привела к развитию благоприятствующих людям пожилого возраста систем медицинской и социальной помощи; программы мониторинга в отношении пожилых людей в Бангладеш и Гане повысили уровень осведомленности пожилых людей о политических условиях и выдвинули пожилых людей на передний план в процессах принятия решений и мониторинга в их сообществе (121, 126, 127).

Личные медицинские бюджеты (то есть выплаты наличными в пользу отдельных лиц, обычно со стороны правительства, в целях оплаты за услуги) также могут расширить возможности пожилых людей в плане выбора и контроля путей удовлетворения их потребностей (128). По итогам национального

Вставка 6.9. Пропаганда здорового образа жизни среди пожилых людей: работать не так, как обычно

Старение нередко требует внесения существенных изменений в образ жизни: прием новых лекарственных средств, следование новой диете или изменение режима физических нагрузок. Пожилые люди могут также руководствоваться своеобразными мотивами для внесения таких изменений в свой образ жизни. К примеру, они не желают быть обузой для своей семьи, что может служить дополнительным стимулом для поддержания их физической способности. Они также могут желать дожить до того времени, когда повзрослеют их внуки, чтобы оказывать влияние на следующее поколение. В отличие от молодых людей, которые могут не видеть последствий своего негативного поведения, пока не наступит завтра, пожилые люди могут осознавать все непосредственные и потенциальные последствия, опасные для жизни (100).

Для изменения установок и моделей поведения важно, чтобы медицинская информация достигала своего адресата – пожилых людей – приемлемыми для них способами. Ниже представлены указания в отношении информационных сообщений для пропаганды здорового образа жизни (118).

- Используйте процессы коммуникации, основанные на эвристических подходах и интуиции. Такие процессы могут быть более эффективными, чем те, которые основаны на обработке и анализе больших объемов информации.
- Выстраивайте информационные сообщения так, чтобы они имели большее значение для пожилых людей. Адресный характер информационных сообщений (например, о важности физической активности на склоне лет) могут придать этим сообщениям большую актуальность и привлекательность.
- Отбирайте для пожилых людей позитивные информационные сообщения. Многие пожилые люди стараются избегать негативной информации. Для пожилых людей более эффективным подходом является акцент на выгодах в целях пропаганды улучшения поведения в отношении профилактики (таких, как преимущества здорового питания) и использование тестов (таких, как скрининг на рак).
- Ориентируйте информационные сообщения на конкретных пожилых людей. Увязка информации с индивидуальными особенностями человека может повлиять на то, что пожилые люди думают и ощущают в связи с вопросом здоровья; в частности, такой подход более эффективен, если в информационном сообщении указывается, как путем изменения своего поведения пожилой человек может стать эмоционально более удовлетворенным.
- Способствуйте контролю эмоционального стресса. Эмоциональный стресс может являться как катализатором, так и ингибитором изменений; следовательно, для содействия поведенческим изменениям и сохранению таких изменений эмоциональный стресс необходимо результативно контролировать.
- Учитывайте социальную поддержку, предоставляемую пожилому человеку. По мере старения круг общения пожилых людей сокращается и социальные взаимоотношения могут эффективнее обеспечивать скорее стабильность, чем изменения. Социальная поддержка может способствовать изменениям поведения или ставить такие изменения под угрозу – например, посредством предоставления эмоциональной поддержки и помощи для контроля эмоционального стресса – или посредством сдерживания изменений – например, если один из партнеров в паре хочет бросить курить, а второй не желает этого делать.

Дальнейшее исследование роли различных факторов, связанных с пожилыми людьми и их окружением, в плане мотивации пожилых людей к положительным изменениям поведения и поддержанию таких изменений представляется перспективным.

исследования личных бюджетов, проведенного в Соединенном Королевстве в 2013 г., было установлено, что личные бюджеты могут приносить выгоды пожилым людям многими способами,

в том числе посредством укрепления их физического здоровья, обеспечения возможности чувствовать себя независимыми, надлежащей поддержки, уважения и безопасности как

Вставка 6.10. Клубы межпоколенческого взаимодействия: улучшение жизни пожилых людей во Вьетнаме

Целью Национального плана действий по проблемам старения во Вьетнаме (2012–2020 гг.) является улучшение предоставляемых пожилым людям помощи и поддержки. Многообещающей мерой являются клубы самопомощи с участием людей разных поколений. Модель таких клубов была разработана по результатам серии экспериментальных программ организации «ХелпЭйдж Интернэшнл» в период с 2005 по 2012 г. Такие клубы способствуют наращиванию потенциала местных организаций гражданского общества в целях:

- участия в процессах развития сообщества;
- представительства интересов членов сообщества в рамках диалога с местными и национальными властями;
- удовлетворения потребностей сообщества, от оказания медицинской помощи до обеспечения доступа к информации и услугам, для улучшения способности пожилых людей выстраивать и поддерживать отношения и активно участвовать в жизни сообщества.

В деревне Йентхан в провинции Тханьхоа, Вьетнам, в марте 2014 г. был создан клуб межпоколенческого взаимодействия в целях побуждения находящихся в неблагоприятном положении групп сообщества к тому, чтобы взять на себя ведущую роль в развитии местного сообщества. Клуб оказал положительное воздействие на пожилых людей, которые стали регулярно заниматься физическими упражнениями, проводить мероприятия по самопомощи и проходить медицинские обследования. По оценкам членов клуба, за девять месяцев они повысили уровень своих знаний о неинфекционных заболеваниях и самопомощи; повысили уровень осведомленности о своих правах и льготах; и получили доступ к соответствующей информации и стали на регулярной основе заниматься физическими упражнениями и проходить медицинские обследования (124). В общей сложности 45 из 49 членов клуба получили медицинское страхование благодаря своему членству в клубе. Кроме того, члены клуба сообщили о том, что они с большей уверенностью принимают участие или играют ведущую роль в мероприятиях по оказанию помощи себе и своим сообществам (124).

Этот клуб является одним из около 700 клубов, работающих в 13 провинциях Вьетнама. В соответствии с национальными целями в рамках соответствующего плана к 2015 г. такие клубы или аналогичные модели на базе сообщества, предоставляющие помощь и поддержку пожилым людям, должны быть созданы в 15% сообществ страны, а к 2020 г. их доля должна возрасти до 50% (125).

у себя дома, так и вне его. Личные бюджеты также способствуют выбору и поддержанию отношений (128).

Кроме того, пожилым людям может быть предоставлена возможность влиять на решения, касающиеся их жизни, которые могут приниматься в случае потери ими жизнеспособности, необходимой для принятия обоснованных решений. Заблаговременное планирование мероприятий по оказанию помощи, включая оформление заранее распоряжений пациентов или их волеизъявлений, дает возможность пожилым людям обсудить и документально зафиксировать свои пожелания в отношении решений о будущем лечении и уходе до конца

жизни на случай утраты ими способности принимать такие решения (129, 130). Фактические данные свидетельствуют о том, что заблаговременное планирование мероприятий по оказанию помощи может способствовать оказанию долгосрочной помощи в соответствии с пожеланиями пациента и повышать удовлетворенность пациента получаемой помощью. К факторам, содействующим успешному заблаговременному планированию мероприятий по оказанию помощи, относятся уровень медицинской грамотности пожилого человека, подготовка планов до каких-либо ухудшений когнитивных функций, выделение достаточного времени для общения между пожилым челове-

ком и медицинским работником в целях обеспечения правильного понимания последним пожеланий пожилого человека, надлежащее оформление документации, а также регулярные пересмотры планов совместно с медицинскими работниками для их обновления по мере необходимости (131). Например, по результатам рандомизированного контролируемого исследования в Австралии, в ходе которого сравнивались заблаговременное планирование мероприятий по оказанию помощи и обычная помощь, были соблюдены пожелания 86% пожилых людей в отношении ухода до конца жизни по сравнению всего лишь с 30% пожилых людей в контрольной группе (132). В Соединенных Штатах было проведено еще одно рандомизированное контролируемое исследование, в которое были включены 139 пациентов, недавно поступивших в дом престарелых; по результатам исследования было установлено, что только два пациента в группе, в которой имелся заблаговременный план оказания помощи, получили лечение, не соответствовавшее их пожеланиям, по сравнению с 17 пациентами в контрольной группе (133). Хотя эти исследования были небольшими по масштабу, их результаты обнадеживают.

Способность сохранять мобильность

Способность сохранять мобильность очень важна для *здорового старения*. Данная способность относится к движению во всех его формах, будь то благодаря подвижности тела (при помощи ассистивных устройств или без нее) или при помощи того или иного транспортного средства. Мобильность включает способность встать со стула или переместиться из постели на стул, ходьбу в целях рекреации, упражнения, выполнение повседневных задач, вождение автомобиля и пользование общественным транспортом (134). Мобильность необходима для выполнения работы по дому; посещения магазинов, служб, учреждений и

различных мест в рамках сообщества (например, парков); и принятия участия в социальных и культурных мероприятиях.

Обычные для пожилого возраста изменения физических и психических способностей могут ограничивать мобильность. Тем не менее жизнеспособность можно наращивать, а свойства окружающей среды могут расширять возможности человека, что наглядно подтверждается способностью к сохранению мобильности. Например, использование ходунков или инвалидного кресла может позволить пожилым людям передвигаться дома и за его пределами; доступный в физическом и финансовом плане общественный транспорт позволяет пожилым людям добраться до нужного им места; а оснащение зданий пандусами, поручнями, лифтами и соответствующими указателями может упростить доступ пожилых людей в эти здания независимо от потери жизнеспособности. При отсутствии таких переоборудований или приспособлений снижение мобильности может вести к дальнейшему ухудшению здоровья, например к повышенному риску падений (64) и депрессии (135); такое ухудшение может приводить к отрицательным последствиям для автономности пожилых людей, социального взаимодействия, участия в общественной жизни и благополучия, что влияет на все остальные аспекты функциональной способности (136–140).

Потери, связанные с ухудшением мобильности, выходят за индивидуальный уровень. Если пожилые люди неспособны передвигаться, то это влияет и на их социальные взаимоотношения, и местное сообщество может лишиться ценного вклада, а также могут потребоваться дополнительные ресурсы для поддержки пожилых людей в их повседневной жизни (141). Положениям о предоставлении пожилым людям возможности передвигаться, когда и как они хотят и по приемлемой цене, отведена важная роль в *Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов* и *Факультативном протоколе к ней* (57).

Общественное здравоохранение должно играть важную роль в максимальном обеспечении мобильности пожилых людей.

Какие меры могут способствовать сохранению мобильности в пожилом возрасте

Мобильность зависит не только от индивидуальной жизнеспособности пожилых людей и их среды обитания, но и от их выбора. В свою очередь, решения в отношении мобильности формируются в зависимости от антропогенной среды, установок пожилых и других людей, а также от наличия мотивации и средств обеспечения мобильности (например, от использования ассистивных устройств или транспорта) (142, 143). Если пожилые люди осведомлены о наличии барьеров, препятствующих мобильности, – например, это может быть неуважительное отношение водителей или кондукторов общественного транспорта – и понимают, что физическая активность усугубляет риск травм, они могут ограничивать свои передвижения. Чрезмерная опека со стороны осуществляющих уход лиц, которые ограничивают перемещение пожилых людей из страха падения или из соображений щадящего режима движений для пожилых людей, также снижает мобильность пожилых людей (137, 144).

Укрепление возможностей пожилых людей: способность передвигаться

Как физические, так и когнитивные способности крайне важны для передвижения (пешком, на автомобиле или иными транспортными средствами), и имеются достоверные фактические данные о мерах, способствующих поддержанию мобильности.

Жизненно важной является физическая активность. Утрата мышечной массы, снижение гибкости и проблемы с равновесием и координацией движений могут затруднять передвижение. ВОЗ предоставляет рекомен-

дации в отношении физической активности для поддержания здоровья, в которых учтены различные отправные точки и уровни жизнеспособности (145). Во [вставке 6.11](#) резюмируются фактические данные о том, какие меры способствуют поддержанию физической жизнеспособности с учетом мер вмешательства на индивидуальном уровне и на уровне окружающей среды.

Реабилитация может способствовать восстановлению и поддержанию жизнеспособности у пожилых людей с пониженной мобильностью в результате таких состояний, как инсульт, сердечный приступ или травма (157). Услуги по реабилитации могут включать медицинскую реабилитацию и терапию, например тренировки, упражнения, просвещение и консультирование. Предоставление услуг по реабилитации в условиях, когда прежде такие услуги полностью отсутствовали, акцент следует сделать на экономически рентабельных подходах и оказании услуг в местах, расположенных как можно ближе к местам проживания людей (80).

Одним из ключевых определяющих факторов снижения мобильности в обществах с высокой степенью автомобилизации является невозможность вождения автомобиля в пожилом возрасте. Физические и когнитивные способности – как воспринимаемые, так и фактические – влияют на решения, связанные с мобильностью (142). В целях обеспечения скоординированных действий важно включить вопросы мобильности в рамки мероприятий по профилактике заболеваний и укреплению общего состояния здоровья (150).

Развитие когнитивной способности открывает особые перспективы в плане обеспечения безопасной мобильности среди пожилых людей, управляющих автомобилем (158, 159). К другим методам, способствующим пролонгированию способности управлять автомобилем, относятся такие физические меры вмешательства, как повышение уровня физической активности (154); проведение обучающих тренингов для водителей; и реабилитацион-

Вставка 6.11. Поддержание мобильности посредством физической активности

Возможности пожилых людей в плане физической активности по нарастающей связаны с теми условиями, в которых они живут (146–148). Было установлено, что индивидуальные, социальные факторы и факторы, связанные с физическими возможностями и окружающими условиями, оказывают одинаково важное воздействие на то, сколько может пройти пожилой человек (149). Факторы окружающей среды, способствующие повышению физической активности пожилых людей, включают безопасные места для ходьбы (такие, как пешеходные дорожки и парки); обеспечение доступа к местным учреждениям, товарам и услугам; наблюдение за другими пожилыми людьми, которые занимаются физическими упражнениями по соседству; и регулярное участие в физических упражнениях вместе с друзьями и членами семьи (149–152).

Пожилые люди могут сохранять мобильность путем простых изменений своего образа жизни (24, 153).

Пожилые люди должны стремиться сохранять максимально возможную активность. Умеренные физические упражнения очень эффективны; они увеличивают у пожилых людей физическую силу, аэробную способность, гибкость и улучшают равновесие при ходьбе и в положении стоя. Даже ходьба на короткие дистанции может способствовать поддержанию физических и когнитивных функций. Аэробные нагрузки и упражнения в целях укрепления мускулатуры и улучшения равновесия очень важны; однако в случае снижающейся жизнеспособности особенно необходимы тренировки с отягощениями.

- Пожилые люди должны соблюдать рекомендации относительно уровня физической активности для своего возраста и для своего состояния здоровья. (Дополнительную информацию см. по адресу: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/.)
- Пожилые люди должны принимать участие в программах физической активности, ориентированных на улучшение зрительного внимания, гибкости суставов, координации движений, оптимизацию скорости движений и способности к целенаправленной деятельности, поскольку такие программы также могут улучшать способность к управлению автомобилем и содействовать безопасному вождению (154, 155).
- В случае невозможности использования нижних конечностей пожилые люди должны обучиться использованию адаптивного оборудования, такого как средства ручного управления.

Лица, ответственные за выработку политики, могут создавать условия, способствующие физической активности (153, 156), путем:

- устранения барьеров, препятствующих физической активности, а также содействия изменениям, способствующим безопасной ходьбе к местам отдыха, доступу к транспорту и физической активности;
- проведения мероприятий на уровне сообщества в целях пропаганды физической активности и повышения осведомленности о ее пользе;
- подготовки программ упражнений в целях укрепления сердечно-легочной системы, развития мышечной силы и равновесия, а также программ тренировок с отягощениями, особенно для самых престарелых пожилых людей и людей, восстанавливающихся после острых заболеваний. Если такие программы сочетают в себе рекомендуемые упражнения и мероприятия для обеспечения их соблюдения, эффективность программ повышается;
- проведения консультаций в клинических учреждениях;
- формирования положительного отношения к физически активной старости и физической активности пожилых людей.

ная терапия, включающие совершенствование транспортировки на водительское кресло или обеспечение более удобного положения в автомобиле. Знания в области безопасного вождения и управления транспортным сред-

ством можно совершенствовать путем повышения осведомленности об общих проблемах, с которыми сталкиваются пожилые водители, особенно в сочетании с программами практического обучения водителей в ходе движения

по дороге (160). Тренинги для поддержания или улучшения скорости обработки когнитивной информации также укрепляют способность выполнения повседневных функций, включая вождение автомобиля (159). Консультирование может также оказаться полезным при разработке плана постепенного перехода к безопасному вождению, например к вождению только в дневное время или в часы низкой интенсивности дорожного движения, а также по хорошо знакомым маршрутам (160).

Решения о том, что пожилой человек больше не способен к безопасному вождению, должны приниматься в каждом конкретном случае и с учетом различных вариантов. Ограничения или скрининг на основе хронологического возраста должны вводиться с осторожностью, учитывая широкий спектр изменения жизнеспособности у пожилых людей, а также важность для них сохранения мобильности. Следует отметить, что показатели участия в дорожно-транспортных происшествиях в Соединенных Штатах в незначительной степени растут до возраста 75 лет, в котором для пожилых людей по-прежнему существует меньшая вероятность стать участником дорожно-транспортных происшествий, чем для молодых людей, а рост показателей смертности пожилых людей в результате дорожно-транспортных происшествий в основном объясняется их более высокой физической уязвимостью (161).

Обеспечение ассистивных технологий в целях повышения мобильности

Наличие соответствующих устройств, обеспечивающих мобильность, существенно воздействует на мобильность пожилых людей (162, 163); к таким устройствам относятся трости, ходунки, трости для людей, утративших зрение, а также инвалидные коляски. Если ассистивные устройства имеются в наличии, доступны по цене и отвечают потребностям пожилых людей и окружающим их условиям, то это существенно повышает их мобильность, независимость и участие в жизни общества. Руководство

по расширению и улучшению обеспечения ассистивными устройствами содержится в документе ВОЗ с изложением позиции относительно устройств, обеспечивающих мобильность (164), а также во Всемирном докладе об инвалидности (165).

Сокращение барьеров в антропогенной среде

На физическую активность и характеристики мобильности пожилых людей влияют схемы использования земли, эстетика, доступность и связность в планировке городов, а также воспринимаемый уровень безопасности (163). Влияние этих факторов различается по сообществам и по результатам разных исследований, и воздействие таких конкретных переменных, как плотность застройки и населения, еще не выяснено или не проявляется в явном виде (156). Тем не менее рекомендуется придерживаться принципов универсальной планировки (вставка 6.12). К другим потенциальным способам содействия мобильности относятся:

- очистка районов от таких признаков упадка, как мусор и граффити;
- создание благоприятной для пешеходов среды благодаря использованию таких элементов, как перекрестки повышенной зоны видимости, приподнятые разделительные полосы или островки безопасности для пешеходов; ограничению скорости дорожного движения и обеспечению мер для замедления дорожного движения; поддержанию пешеходных дорожек и тротуаров в надлежащем состоянии (включая использование бордюров); обеспечению доступности надземных и подземных переходов; использованию светофоров на перекрестках, предусматривающих достаточное время для перехода улиц; и обеспечению звуковых сигналов на перекрестках (вставки 6.1 и 6.13) (170–172);

Вставка 6.12. Универсальный дизайн: практическое применение в Ирландии, Норвегии и Сингапуре

Универсальный дизайн представляет собой процесс, который до максимально возможного уровня повышает удобство в использовании, безопасность, способствует укреплению здоровья и участию в жизни общества путем планирования и эксплуатации окружающей среды, продуктов и систем и который призван сделать их максимально пригодными для всех людей без необходимости адаптации или специального дизайна (57, 166, 167).

Для практического применения универсального дизайна необходимы политические обязательства на высоком уровне, ресурсы и развитие потенциала, как это видно из примеров использования принципов универсального дизайна в Норвегии, Сингапуре и Ирландии.

Норвегия прилагает усилия к достижению амбициозной цели – обеспечения универсального дизайна к 2025 г. (168). Принятие обязательств на высоком уровне и совместная ответственность в области планирования, осуществления и мониторинга в различных секторах и правительственных органах разных уровней являются ключевыми стратегиями для обеспечения успешного достижения поставленной цели. Совместную ответственность за достижение этой цели несут три правительственных органа: Министерство по делам детей, равноправия и социальной интеграции (в частности, Национальный центр документации по проблемам обеспечения участия и доступности); Министерство климата и окружающей среды; и Министерство местного самоуправления и модернизации. За последние 20 лет были приняты законодательные акты, обеспечивающие все большую социальную интеграцию, кульминацией чего стало принятие в 2008 г. в Норвегии Закона о борьбе с дискриминацией и обеспечении доступности, в соответствии с которым отсутствие доступности было объявлено одной из форм дискриминации. В 2010 г. действие этого закона было расширено на концепцию универсального дизайна, а также был подготовлен план действий, ориентированный на вопросы, связанные с антропогенной средой, общественным транспортом, доступом к информации и технологиям, а также переоборудованием муниципального жилья.

Для претворения политики в жизнь, в частности для переоборудования имеющихся структур в целях обеспечения их доступности, необходимы финансовые вложения. Фонд обеспечения доступности при правительстве Сингапура (с объемом финансирования около 40 млн. сингапурских долларов) оказывает поддержку государственным ведомствам и частным компаниям в целях снижения финансового бремени, связанного с переоборудованием имеющихся структур в целях обеспечения их доступности для пожилых людей и лиц с инвалидностью (169). Например, фонд компенсирует расходы в связи с сооружением или переоборудованием лифтов в старых зданиях или с оснащением ванных комнат так, чтобы они были доступны для людей в инвалидных колясках. Предприятия, занимающие здания, построенные до 1990 г., должны заполнить одну простую заявку для получения права на поддержку со стороны фонда. Правительство также использует фонд для обеспечения к 2016 г. доступа ко всем общественным местам и основным учреждениям.

Информирование и подготовка дизайнеров продукции, поставщиков услуг и градостроителей играют важную роль для обеспечения доступа к продуктам, услугам и антропогенной среде. В Ирландии Центр повышения квалификации в области универсального дизайна поддерживает процессы профессионального развития путем включения принципов универсального дизайна в учебные планы в целях информирования широкого круга специалистов по вопросам универсального дизайна, включая архитекторов, градостроителей и проектировщиков (2). Деятельность по повышению осведомленности также включает проведение ежегодного конкурса для студентов колледжей в целях выявления лучших инноваций или открытий с использованием принципов универсального дизайна, а также финансирования и публикации соответствующих исследований.

В других странах мира различные учреждения также приступили к расширению использования принципов универсального дизайна и повышению осведомленности о них, включая продолжающееся в настоящее время пятилетнее сотрудничество между Центром универсального дизайна при Университете штата Северная Каролина в Соединенных Штатах и Пекинским политехническим институтом в целях перевода материалов по вопросам универсального дизайна, обмена учебными планами и содействия в обмене учеными и студентами.

Вставка 6.13. Обеспечение пожилым людям возможности ездить туда, куда они пожелают: Шри-Ланка

Для предоставления пожилым людям доступа к услугам и обеспечения их участия в жизни общества крайне важен уровень доступности общественных зданий. Проект «Велавайя – город, благоприятствующий пожилым людям и инвалидам» в Шри-Ланке помогает обеспечить доступность путем строительства пандусов, тротуаров с тактильными плитками и доступных туалетов в целях содействия доступу пожилых людей не только к местным центрам, являющимся популярными местами встреч членов сообщества, но и к таким религиозным объектам, как мечеть Велавайя и два буддистских храма, а также к таким государственным службам, как полицейский участок, автобусная станция и местные медицинские центры.

- обеспечение улиц и парков такими приятными в эстетическом плане элементами, как деревья, сады или растительность;
- планирование районов в целях обеспечения доступа из дома к большинству таких мест назначения, как магазины, медицинские службы, местные центры и религиозные организации;
- обеспечение достаточного количества перекрестков, предоставляя таким образом дополнительные возможности для перехода дорог, а также объектов, необходимых для пожилых людей, таких как места отдыха и общественные туалеты.

Содействие наличию и доступности транспорта

Задачи улучшения доступа к транспорту могут требовать разработки национальной и местной транспортной политики, содействующей доступу к общественному транспорту, приемлемому по цене частному транспорту или транспортным средствам членов семьи, друзей

и соседей (вставка 6.1). Существуют различия между сельскими районами и городами, однако общие улучшения могут быть достигнуты в плане:

- улучшения физической доступности транспортных средств, станций, остановок и мест их стоянки;
- повышения актуальности и удобства общественного транспорта путем внесения изменений в маршруты и/или графики движения;
- повышения финансовой доступности путем обеспечения бесплатного проезда или проезда по льготным тарифам;
- обеспечения доступности информации о транспортной системе (например, расписания движения) (80);
- выделения сидячих мест для людей с пониженной жизнеспособностью;
- просвещения операторов транспорта относительно того, что некоторые пассажиры могут нуждаться в помощи или в дополнительном времени для посадки или высадки из общественного транспорта.

Кроме того, для повышения мобильности пожилых людей необходимо обеспечить доступность на протяжении всего маршрута движения. Такие меры, как субсидии при оказании транспортных услуг по вызову или предоставление ваучеров для проезда в такси, могут восполнить некоторые пробелы в плане охвата общественным транспортом или удовлетворения потребностей людей со значительной потерей жизнеспособности (3).

Создание возможностей для участия пожилых людей в жизни общества

Занятость и участие в жизни общества, а также отдых и развлекательные мероприятия могут мотивировать пожилых людей оставаться мобильными и поддерживать социальные связи. Участие в мероприятиях вне дома побуждает пожилых людей больше

Вставка 6.14. Пожилые люди помогают детям учиться и осваивать навыки чтения: Соединенные Штаты Америки

«Экспириэнс Корпс» является добровольческой программой, действующей в Соединенных Штатах, в рамках которой пожилые добровольцы работают в государственных начальных школах, что позволяет им играть важную роль и оказывать школам помощь в плане удовлетворения потребностей учащихся, а также способствует расширению социальной, физической и когнитивной деятельности добровольцев. Программа была призвана оказывать воздействие в таких областях, как:

- стимулирование интереса детей к чтению и изучению книг;
- повышение уровня грамотности детей;
- развитие способности детей разрешать проблемы;
- развитие способности детей играть в игры без насилия;
- стимулирование посещаемости школ.

К каждой школе прикреплены 7–10 добровольцев, что является достаточным количеством для влияния добровольцев на все аспекты школьной жизни. Добровольцы принимают на себя обязательство проводить в школе не менее 15 часов в неделю в течение всего учебного года; они проходят подготовку и получают пособия для возмещения транспортных расходов и расходов на питание. Добровольцы проходят 30-часовые курсы повышения квалификации, которые способствуют развитию гибкости мышления, координации движений, визуально-пространственного восприятия и способности к решению проблем. Добровольцы регулярно проводят встречи для составления планов, решения проблем и общения друг с другом. Участие в программе стимулирует физическую активность, которая включает проезд в школу и передвижение по школе и вокруг нее, например подъем и спуск по ступенькам.

Программа оказала положительное влияние на здоровье пожилых людей. Был проведен ряд рандомизированных исследований для оценки участия в программах «Экспириэнс Корпс». По сравнению с контрольной группой польза от участия в программе заключалась в:

- увеличении физической силы и жизнеспособности (173, 174);
- расширении когнитивной деятельности;
- сохранении скорости ходьбы;
- расширении социальных сетей – то есть добровольцы познакомились с людьми, способными прийти им на помощь (174);
- сокращении симптомов депрессии (173).

В программах «Экспириэнс Корпс» добровольцев привлекает возможность вносить осмысленный вклад в жизнь общества и помогать детям успешно учиться. Уровень удовлетворенности среди добровольцев составляет 98%, а 80% опрошенных участников вернулись в школу и в следующем учебном году (175). Для традиционных программ укрепления здоровья, ориентированных исключительно на поддержание физической активности, характерны гораздо более низкие показатели удержания.

Программа была начата в 1996 г. в пяти городах Соединенных Штатов, а в настоящее время реализуется в 17 городах страны и привела к созданию аналогичных инициатив в других странах. Например, в Японии в рамках программы REPRINTS группы добровольцев в составе 6–8 пожилых людей посещают детские сады и начальные школы, чтобы читать книги детям младшего возраста. По итогам последующей оценки, добровольцы, наиболее активно участвующие в программе, гораздо чаще взаимодействуют со своими родными внуками и другими детьми в своем районе, а также обладают более высокими показателями здоровья по результатам самооценки, чем добровольцы, участвующие в программе на минимальной основе (176).

Хорошо продуманные возможности для участия добровольцев могут стать взаимовыгодным решением для пожилых людей и их сообществ. Такие программы, как «Экспириэнс Корпс» и REPRINTS, не являются затратными, однако они способны приносить положительные результаты в плане здоровья и социальных выгод как для пожилых людей, так и для молодого поколения (145, 177).

Вставка 6.15. Доступ пожилых людей к ресурсам через социальные сети

Пожилые люди могут получать разные формы поддержки через свои социальные сети. Четыре основные формы поддержки таковы (179):

- инструментальная поддержка для оказания помощи в повседневной жизни: обеспечение возможности сходить в магазин, добраться до места встречи, сделать работу по дому и оплатить счета;
- оценочная поддержка, призванная помочь в процессе принятия решений, обеспечения надлежащей обратной связи или решения проблем;
- информационная поддержка, которая включает рекомендации или информацию о конкретных потребностях;
- эмоциональная поддержка, которая охватывает любовь и дружбу, понимание, заботу и признание.

Сети могут также оказывать социальное влияние. Ценности, нормы и установки, преобладающие в кругу общения человека, могут иметь на отдельных людей различное влияние, которое укрепляет здоровье или наносит ему вред; например, чрезмерное употребление алкоголя, принятое или поощряемое в рамках определенной социальной группы или в кругу друзей, может заставлять пожилых людей оставаться дома из страха падения.

Предлагая возможности для социального взаимодействия, социальные сети определяют и закрепляют важные роли в рамках семьи, сообщества и за их пределами, что, в свою очередь, вселяет ощущение ценности, принадлежности и привязанности.

Кроме того, сети могут упрощать доступ к источникам дохода и материальным благам. Это может включать кредиты наличными для оплаты медицинского лечения, помощь в оплате долгосрочного ухода или обеспечение доступа к проживанию, продуктам питания или источникам дохода.

Социальные сети являются частью более крупного социально-культурного контекста, который определяет их структуру и функционирование. В сообществах с ограниченной социальной защитой и доступом к медицинской помощи социальные сети могут играть относительно более значительную роль в плане обеспечения доступа к важным ресурсам и услугам.

ходить и упражняться, а также способствует повышению индивидуальной жизнеспособности (вставки 6.1 и 6.14). Участие пожилых людей в жизни общества может способствовать проведению различных, приемлемых по цене и доступных в физическом плане мероприятий, а также уделение внимания различным интересам пожилых людей (3).

Способности устанавливать и поддерживать отношения

По мнению пожилых людей, возможность поддерживать отношения играет центральную роль для их благополучия, а по мере старения люди могут придавать этой способности все более приоритетное значение (178). Для пожилых людей важны самые различные отноше-

ния, включая отношения с детьми и другими членами семьи, интимные отношения, неформальные социальные отношения с друзьями, соседями, коллегами и знакомыми, а также более официальные отношения с поставщиками услуг на уровне сообщества.

Данная способность также тесно увязана с другими способностями и может воздействовать на них (179–185). Например, качество и количество межличностных отношений, а также уровень доверия внутри той или иной группы людей со сходными интересами и ощущение принадлежности к ней могут влиять на обладание другими способностями, включая мобильность и участие в жизни сообщества (186). Во вставке 6.15 представлены ряд механизмов и способов, при помощи которых социальные сети могут воздействовать на здоровье и благополучие пожилых людей (187).

Социальные отношения являются важным компонентом *здорового старения*, поскольку, в случае их позитивного характера, они привлекают такие ресурсы, как доверие и социальная поддержка. Отношения с семьей имеют разную степень значимости для отношений с друзьями и соседями. Для семейных отношений характерны как солидарность, так и противоречивость (188). Пожилые люди извлекают непосредственные выгоды из положительного взаимодействия с социальными сетями и опосредованные выгоды в результате проживания в сообществе с высоким уровнем социальной сплоченности и участия (186, 189, 190). Сильные социальные сети могут увеличивать продолжительность и качество жизни пожилых людей, защищать от спада функциональности и укреплять жизнестойкость (179–185). Несмотря на все выгоды от взаимоотношений, пожилые люди могут некоторые из них считать обременительными. Например, оказание долгосрочной помощи своему супругу или супруге может ухудшать психическое здоровье лиц, осуществляющих уход, а также снижать их способность пользоваться другими возможностями, такими как возможности для обучения (191). Необходимость растить своих внуков может накладывать на бабушек и дедушек дополнительное финансовое, эмоциональное и физическое бремя (192).

Способность установить и поддерживать отношения и участвовать в социальных сетях тесно связана с рядом компетенций, включая способность формировать новые отношения и вести себя подобающе в социальном плане. Она также тесно связана с уровнем индивидуальной жизнеспособности. Для пожилых людей с понижающейся жизнеспособностью может быть все труднее поддерживать активность в социальных сетях, которые по этой причине нередко сокращаются (179–185).

Одиночество (то есть неудовлетворенность количеством и качеством социальных отношений) и социальная изоляция (193) (то есть отсутствие социальных контактов), скорее

всего, указывают на отсутствие сильных социальных сетей. Эти факторы связаны с ухудшением состояния здоровья и снижением качества жизни, хотя одиночество и социальная изоляция являются отдельными характеристиками и могут оказывать собственное независимое воздействие на состояние здоровья (194). Оценки распространенности социальной изоляции среди пожилых людей, проживающих в сообществе, варьируются в пределах от 7 до 17% в зависимости от определений и используемых итоговых показателей; около 40% пожилых людей чувствуют себя одинокими (195). Причинно-следственные связи установить непросто, однако одиночество, социальная изоляция, поведенческие факторы риска и плохое состояние здоровья сплетаются воедино, значительно увеличивая риск развития функциональных ограничений, инвалидности и смерти пожилых людей (186, 190, 196).

Какие меры могут способствовать установлению и поддержанию отношений

Выявление одиночества и социальной изоляции и борьба с ними

Фактические данные свидетельствуют в пользу осуществления мер вмешательства, направленных на борьбу с одиночеством и социальной изоляцией, однако такие меры не могут быть ориентированы только на один из аспектов сложной сети, связывающей эти отдельные характеристики друг с другом, без учета их роли и воздействия на другие характеристики. При нынешнем уровне распространенности одиночества и социальной изоляции может возникать необходимость в выявлении людей, подверженных соответствующему риску, например тех, кто недавно вышел на пенсию или лишился близких. Выявление отдельных лиц через системы медицинской или социальной помощи является наиболее простым способом по сравнению с поисками ответа на

вопрос, как помочь пожилым людям – одиноким и социально изолированным. Исследования в данной области носят ограниченный характер, однако по данным проведенных исследований был выявлен ряд принципов для принятия эффективных мер вмешательства (195, 197–199).

- Коллективные меры вмешательства (например, предоставление социальной поддержки, программы занятий или развития навыков на уровне сообщества) являются более эффективными, чем меры вмешательства на индивидуальном уровне, по-видимому вследствие того, что они обеспечивают возможность социального взаимодействия и развивают новые социальные связи (вставка 6.1).
- Эффективными могут оказаться меры, обеспечиваемые как на личной основе, так и при помощи технических средств (например, с использованием телефона или Интернета) (вставка 6.16).
- Важно выявлять и поддерживать социальные сети, предоставляющие поддержку пожилым людям, например по уходу за собой (113, 115).
- Интерактивные мероприятия более эффективны, чем неинтерактивные, а мероприятия, имеющие под собой теоретическую основу, эффективнее не имеющих такой основы.
- Полезен доступ к надлежащим ассистивным устройствам (164, 203).
- Также доказана эффективность упрощения доступа к ИКТ и содействия их уверенному и компетентному использованию (204).

Создание возможностей для выполнения важных социальных ролей и развития взаимных отношений

Взаимные отношения важны для чувства самоуважения у пожилых людей и являются стимулом для продолжения социального взаи-

Вставка 6.16. Телефон звонит в 5: Португалия

Инициатива «Телефон звонит в 5», развернутая в городе Сетубал, Португалия, является надежным источником дружеского общения и стимуляции мыслительной деятельности для пожилых людей, которым сложно выйти из дома. В рамках этой бесплатной программы, от участников которой требуется лишь наличие телефона, ежедневно устанавливается телефонная связь между четверым пожилым человеком и модератором – добровольцем из местного сообщества. Обсуждаемые вопросы различаются в зависимости от дня недели и эрудиции добровольца и включают такие темы, как последние новости, культура, здоровье и спорт. Кроме того, программы предлагают так называемые экскурсионные туры, в рамках которых всем участникам по почте заранее рассылаются фотографии местных достопримечательностей, а модератор проводит виртуальную экскурсию и затем обсуждение (200). Программа была успешно реализована в качестве экспериментального проекта в 2011–2013 гг., а другие аналогичные программы осуществляются при посредничестве Центров для пожилых людей без границ в таких сообществах, как Манитоба, Канада (201), и Окленд, Калифорния (202).

модействия (205). Во вставках 6.14 и 6.17 приводятся успешные программы, содействующие развитию взаимных отношений. Банки времени, при помощи которых люди обменивают свое время и услуги на другие услуги, также способствуют развитию взаимных отношений и формированию социального капитала в сообществах (207). Предоставление возможностей для социального взаимодействия посредством создания особых, предназначенных для этого зон проведения специальных мероприятий, курсов и организации мест сбора также содействует укреплению социальных связей (вставки 6.1 и 6.17).

Вставка 6.17. Возрождение принципов обмена между поколениями: Германия

Центры взаимодействия между поколениями в Германии работают над возрождением принципов обмена между поколениями, которые были характерны для расширенных семей в прошлом. Центры предоставляют общественное место для молодежи и пожилых людей одного района, где люди разных поколений могут встречаться, устанавливать и поддерживать отношения, а также извлекать пользу из их различных профессиональных знаний, опыта и интересов.

С 2006 г. правительство Германии открыло и профинансировало деятельность более 450 центров взаимодействия между поколениями, заложив основу для социальной сплоченности в городах и сообществах на территории всей страны. К предлагаемым услугам и мероприятиям относятся неформальная помощь зависимым от посторонней помощи пожилым людям, обучение, помощь в плане доступа к бытовым услугам и возможности для работы на добровольной основе.

Основой каждого центра взаимодействия между поколениями является Offener Treff – общественная гостиная, в которой люди разных поколений могут общаться в непринужденной обстановке. Для многих людей такие центры впервые обеспечивают возможность для неформального обращения за предлагаемыми услугами, а также для работы на добровольной основе. Основное внимание уделяется мероприятиям, способствующим взаимодействию и взаимной помощи между разными поколениями. Такие возможности особенно ценны для детей и молодежи, у которых ограничены возможности для встреч и общения со старшим поколением, например если их бабушки и дедушки живут далеко от них. В центрах взаимодействия между поколениями пожилые люди обучают подростков традиционным ремеслам или делятся рецептами блюд, а молодежь, в свою очередь, обучает пожилых людей пользоваться компьютерами или смартфонами.

В программе принимают участие около 15 000 добровольцев, что является залогом успешной работы центров. Добровольцы оказывают помощь в проведении 60% мероприятий, предлагаемых центром, и 20% мероприятий проводятся исключительно добровольцами. К таким мероприятиям относятся, например, приготовление пищи, чтение рассказов для детей и профессиональная ориентация молодежи. Для многих людей центры становятся первой возможностью для начала добровольческой деятельности, и они нередко открыты к сотрудничеству с рынком труда. Такая динамика активно поддерживается путем профессиональной подготовки, консультирования и использования сетевых возможностей, имеющихся у добровольцев.

Кроме того, центры взаимодействия между поколениями выступают в качестве координаторов информации и услуг в сообществе. Все они ориентированы на потребности местного сообщества. Например, в центре взаимодействия между поколениями Groß-Zimmern была создана консультационная служба для людей, живущих с деменцией, призванная информировать семьи, осуществляющие уход за ними на дому, о вспомогательных услугах. Другие центры предоставляют услуги по уходу за детьми или пожилыми людьми, например предоставляя гибкие услуги в дополнение к обычным услугам в рамках дневной помощи, а также дают возможность родителям продолжать работать и ухаживать за своими родственниками. Центры укрепляют связи и сотрудничество с местными предпринимателями, поставщиками услуг, культурными и образовательными организациями и средствами массовой информации. В центре города Билефельд молодые пенсионеры предлагают добровольческие услуги своим коллегам старшего возраста, помогая делать мелкий ремонт, например заменить электрическую лампочку, что дополняет услуги, предлагаемые местными предпринимателями.

Центры взаимодействия между поколениями оказывают помощь людям на всех этапах жизненного пути, а пожилым людям, в частности, предлагают вспомогательные услуги и информацию, которые могут способствовать их активному участию в жизни сообщества и играть в нем важную роль; кроме того, они оказывают помощь при выполнении различных видов работ в рамках повседневной жизни, что позволяет пожилым людям как можно дольше оставаться дома и в своем сообществе. Развивая отношения между поколениями, эти центры также способствуют преодолению негативных стереотипов и дискриминационных представлений о пожилых людях в сообществе (206).

Зависимость социальных сетей от общественных зданий, транспорта, жилья и медицинских учреждений

Потребность пожилых людей в социальной поддержке возрастает по мере снижения их способностей (когнитивных, психических, социальных и физических), а также в случае отсутствия доступа к таким элементам окружающей среды, как социальные центры и транспорт. Необходимо выявлять и устранять имеющиеся препятствия, а также формировать политику, направленную на создание благоприятствующей среды. Транспортная политика, предусматривающая наличие доступного общественного транспорта и развитие немоторизованных видов транспорта (например, велорикши в Лионе, Франция) (208), использование принципов универсального дизайна при создании антропогенной среды и районов с условиями для пешей ходьбы, а также наличие ассистивных устройств (см. раздел «Способность сохранять мобильность»), – все эти факторы содействуют укреплению социальных сетей (156, 199, 209–211). Формирование районов, способствующих социальному взаимодействию и взаимной поддержке, может осуществляться как посредством использования соответствующих принципов градостроительного проектирования, так и путем развития таких социальных служб, как центры для людей старшего возраста (вставка 6.18).

Расширение доступа к информационно-коммуникационным технологиям

Для поддержания отношений большую роль играет общение по телефону или в сети Интернет (213–215). Расширению доступа пожилых людей к этим ресурсам содействует ряд мер, включая использование надлежащих ассистивных устройств в целях компенсации сенсорных нарушений, способных отрицательно воздействовать на общение и отношения, расширение охвата и повышение доступности услуг в области ИКТ, а также обеспечение наличия общедоступной информации, в частности

Вставка 6.18. Город для пожилых: Швейцария

Cité Seniors в Женеве, Швейцария, представляет собой информационный центр и место встреч для пожилых людей, в котором обеспечиваются возможности для общения, обучения и получения доступа к информации по самым разным вопросам. *Cité Seniors* проводит мероприятия на круглогодичной основе, включая семинары, обсуждения, культурные мероприятия и ряд курсов профессиональной подготовки. Доступны более 25 курсов и практических семинаров по таким направлениям, как компьютерные навыки, творчество и благополучие в целом. Каждый семестр составляется новая программа, а во время дня открытых дверей посетители могут узнать о новых мероприятиях и зарегистрироваться для участия в них. *Cité Seniors* также является местом проведения заседаний союза ассоциаций пожилых людей Женевы (*la Plateforme des associations d'âinés de Genève*), членами которого являются более 35 000 человек. Ежегодно центр посещают около 25 000 человек, и его двери открыты для всех поколений. *Cité Seniors* является частью широкой инфраструктуры местных центров для встреч пожилых людей (251).

посредством информирования о мероприятиях и учреждениях, способствующих социальному взаимодействию.

Способность вносить свой вклад

Эта способность включает большое количество способов, посредством которых пожилые люди вносят вклад в свои семьи и сообщества, включая помощь друзьям и соседям, обучение коллег и молодых людей, а также уход за членами семьи и оказание помощи обществу в целом. Способность вносить свой вклад, которая рассматривается с точки зрения других способностей в разделах «Способности устанавливать и поддерживать отношения» и «Способности учиться, развиваться и принимать решения»,

тесно связана с участием в социально-культурных мероприятиях.

Добровольческая деятельность и работа являются двумя важными путями, которые используют люди для самореализации в пожилом возрасте, и они рассматриваются в данном разделе в качестве иллюстрации способности вносить свой вклад. Термин «работа» применяется в широком смысле и включает неоплачиваемую работу по дому или на семейном предприятии, оплачиваемую работу на другого человека или организацию в формальном или неформальном секторе экономики, а также самозанятость (165). Добровольческая деятельность представляет собой неоплачиваемый труд, которым занимаются пожилые люди на благо как других людей за пределами своих домохозяйств, так и сообщества в целом (216).

Несмотря на ограниченный объем фактических данных, проведенные в странах с высоким уровнем дохода исследования указывают на то, что работа и добровольческая деятельность на склоне лет могут положительно воздействовать на состояние здоровья (217). Например, возрастные изменения физических, психических и когнитивных способностей могут сокращаться благодаря физической и интеллектуальной деятельности, связанной с работой (127). По итогам лонгитюдного обследования работающих пожилых людей в Японии было установлено, что оплачиваемый труд в объеме менее 35 часов в неделю способствовал поддержанию физического и психического здоровья пожилых людей (218). Пожилые люди в странах с высоким и средним уровнями дохода вновь начинают ценить работу после выхода на пенсию, и многие пожилые люди проявляют желание вернуться на работу после выхода на пенсию, особенно если работа не требует значительных физических усилий и имеется возможность работать неполный рабочий день (219, 220).

Таким образом, содействие занятию пожилых людей различными видами работы может принести значительные выгоды при условии

наличия соответствующей жизнеспособности и достойных условий труда (221). Однако в связи с этим возникает немало вопросов. Как указано в главе 1, также имеются фактические данные о том, что, например, большинство пожилых людей в Соединенном Королевстве приобрели ту или иную форму инвалидности задолго до установленного в настоящее время возраста выхода на пенсию, а риск стать инвалидом до достижения пенсионного возраста гораздо выше у людей, проживающих в неблагополучных районах. Кроме того, пожилые люди, находящиеся в неблагоприятном положении, не только с высокой долей вероятности обладают пониженным уровнем индивидуальной жизнеспособности, но еще и менее вероятно, что они обладают навыками или уровнем образования, которые обеспечивают свободу действий и возможности для работы, способствующей укреплению здоровья. Условия труда в странах с низким и средним уровнями дохода зачастую слишком опасны и изнурительны, а потому не дают положительного эффекта.

Состояние здоровья и добровольческая деятельность взаимосвязаны. Пожилые люди с хорошим состоянием здоровья чаще занимаются добровольческой деятельностью, а люди, занимающиеся такой деятельностью, являются более здоровыми и счастливыми (222, 223). По мнению исследователей, бескорыстный характер добровольческой деятельности способствует развитию благоприятных последствий для здоровья (224, 225). Поскольку добровольческая деятельность ценится в социальном плане, получает общественное признание и обеспечивает более широкий выбор по сравнению с работой или осуществлением ухода, она может оказывать еще более положительное воздействие на состояние здоровья, чем другие формы социального вклада (226, 227). Данные исследований, проведенных среди пожилых людей, свидетельствуют о том, что добровольческая деятельность улучшает физическое состояние здоровья по результатам самооценки (228–230), снижает повышенное кровяное дав-

ление (231), повышает физическую силу и увеличивает скорость ходьбы (232, 233), а также сокращает симптомы депрессии (234–236). У пожилых людей старше 80 лет также отмечается положительное влияние добровольческой деятельности на физическое и психическое здоровье (229). В ходе лонгитюдного исследования среди американцев в возрасте 60 лет и старше было установлено, что чем больше времени люди занимаются производительной деятельностью, тем выше их результаты в плане благополучия (237). Добровольческая деятельность приносит самые разные блага пожилым людям: они сообщают о возвращении чувства контроля, ощущают свою значимость, приобретают цель в жизни, а также получают возможность учиться и вносить свой вклад (238).

Хотя в политике многих стран основной акцент делается на расширении способностей пожилых людей вносить вклад в жизнь общества, это также требует укрепления других способностей в качестве предварительного условия. Кроме того, необходимы политические и практические меры, позволяющие пожилым людям работать и заниматься добровольческой деятельностью в соответствии с принципами *здорового старения*.

Какие меры могут содействовать способности вносить свой вклад

Решение пожилых людей относительно работы определяется их интересами, финансовыми потребностями, состоянием здоровья, характером предлагаемой работы и последствиями для их пенсии.

Чтобы политика была эффективной, необходимы подходы, создающие возможности для пожилых людей, способных и желающих вносить свой вклад в жизнь общества, а также оказывающие содействие работодателям, желающим нанимать и обеспечивать подготовку работников и добровольцев и удерживать их на рабочих местах. Политика должна также решать проблемы несправедливости: напри-

мер, женщины в целом накапливают меньше финансовых ресурсов, а на протяжении своей жизни тратят больше времени, обеспечивая уход за пожилыми людьми и детьми, чем мужчины.

Следующие варианты политики могут не распространяться на пожилых людей, которые всегда являлись участниками неформального рынка труда.

Борьба с эйджизмом и создание инклюзивной среды, предусматривающей возрастное многообразие

Работодатели нередко негативно настроены по отношению к пожилым работникам (239). Дискриминация по возрасту сохраняется даже при том, что пожилые работники необязательно менее здоровы и менее образованны, умелы или продуктивны, чем их коллеги молодого возраста (240, 241). Пожилые женщины сталкиваются с особыми препятствиями при трудоустройстве вследствие своего пола и возраста.

К стратегиям борьбы с эйджизмом могут относиться принятие законодательства, запрещающего дискриминацию по возрасту, расширение возможностей для групп, состоящих из представителей разных поколений, а также проведение кампаний по борьбе с мифами и ложными стереотипами, препятствующими участию пожилых людей в общественной жизни (242). Основное внимание в ходе ряда исследований было уделено установлению контактов молодежи с пожилыми людьми в целях преодоления негативных стереотипов. Было установлено, что тесный контакт позволяет сократить негативные установки и изменить представления (243). Знакомство с положительными примерами в лице пожилых работников может изменить в лучшую сторону скрытые представления о пожилых людях (244). После одного мероприятия, на котором была представлена информация о связанных со старением мифах и реалиях, состоялась дискуссия об эйджизме, направленная на изменение

имеющихся установок, и, как оказалось, это успешно способствовало изменению представлений молодых людей о старении (245).

В разных странах с высоким и средним уровнями дохода было принято антидискриминационное законодательство для борьбы с эйджизмом. Например, целью Рамочной директивы Европейского союза о равном обращении в сфере занятости 2000/78/ЕС является борьба с дискриминацией на рабочем месте по признаку инвалидности, сексуальной ориентации, религии и возраста, и все государства – члены Европейского союза обязаны включить данную директиву в свое национальное законодательство (246). В Соединенных Штатах, стране с одним из наиболее высоких показателей занятости среди людей в возрасте старше 65 лет, существует одна из наиболее строгих систем антидискриминационного законодательства и его применения; например, в соответствии с Законом 1967 г. о недопущении дискриминации по возрасту на рабочем месте запрещена трудовая дискриминация в отношении людей в возрасте 40 лет и старше. Другие страны, например Нидерланды, пошли еще дальше, и объявления о вакансиях проходят предварительный контроль в целях исключения дискриминации по возрасту (247).

Отмена обязательного возраста выхода на пенсию

Возраст не является надежным показателем потенциального уровня продуктивности и трудоспособности работника. ОЭСР рекомендует постепенно отказаться от политики обязательного выхода на пенсию, что пойдет на пользу работникам, работодателям и экономике в целом (247). Во многих странах, включая страны, принявшие меры для расширения участия пожилых людей на рынке труда, по-прежнему предусматривается обязательный возраст выхода на пенсию или поддерживаются отрасли, в которых имеет место обязательный пенсионный возраст. Организация Объединенных Наций также предусматри-

вает обязательный возраст выхода на пенсию. Политика в отношении обязательного возраста выхода на пенсию не способствует созданию рабочих мест для молодежи, как это предполагалось изначально, однако сокращает способность пожилых работников вносить свой вклад и ограничивает возможности организации, которая больше не может получать выгоды от способностей пожилых работников.

Реформирование пенсионных систем, поощряющих ранний выход на пенсию или ставящих людей в невыгодное положение при возвращении на работу

Наличие и структура пенсионной системы могут увеличивать либо сокращать участие в рабочей силе. В странах с низким уровнем дохода многие взрослые люди нуждаются в оплачиваемом труде (также в области сельского хозяйства или в плане работы, обеспечивающей лишь прожиточный минимум) на протяжении всей своей жизни, поскольку в их странах отсутствуют системы социальной помощи и люди не могут себе позволить выйти на пенсию (248). Напротив, благополучные страны расширили охват и увеличили выплаты в рамках своих пенсионных систем, что позволяет работникам раньше покинуть рынок труда (249). Политика, ориентированная на обязательный выход на пенсию, сокращает возможности и снижает мотивацию пожилых людей к продолжению работы. Например, в Японии, при неизменности всех других факторов, обязательный выход на пенсию, как было установлено, привел к сокращению на 20% вероятности продолжения работы среди мужчин в возрасте 60–69 лет (86). Показатели участия в рабочей силе могут снижаться, если уровень заработной платы пожилых людей, имеющих право на пенсию, ограничивается при получении пенсии (86). Пенсионные системы, не поощряющие ранний выход на пенсию или не предусматривающие для возвращающихся на работу пенсионеров санкции, могут оказывать существенное влияние на желание пожилых людей продолжать

работать. Например, в Швеции люди могут отказаться от получения всей пенсии или ее части и продолжить работать в любом возрасте без каких-либо ограничений в плане трудового дохода (250).

Поддержка программ поэтапного выхода на пенсию и гибких режимов работы

Одним из желательных вариантов для людей, приближающихся к традиционному возрасту выхода на пенсию, является гибкий режим работы с неполной занятостью. Схемы поэтапного выхода на пенсию еще предстоит оценить, однако такие системы могут позволить компаниям удерживать на рабочих местах опытных работников (251, 252). Политика, предусматривающая возможность частичного выхода на пенсию – то есть поэтапного перехода от полной занятости к пенсии – и устраняющая финансовые барьеры, позволяет людям выходить на пенсию и снова возвращаться на работу. Программы поэтапного выхода на пенсию могут предусматривать смену пожилыми людьми отрасли, в которой они работают, переход к самозанятости или сокращение рабочего времени. Например, Норвегия, Швеция и Япония добились особенно заметных успехов в реализации официальных программ частичного выхода на пенсию и программ профессиональной подготовки в целях оказания помощи пожилым людям в повышении своей квалификации, чтобы они могли дольше оставаться на рынке труда (242, 253).

Пожилые работники могут нуждаться в гибких режимах работы по ряду причин. Например, им может потребоваться или они могут пожелать принять на себя обязанности по уходу за своими родителями, партнерами или внуками. Гибкий режим работы может предоставлять пожилым людям возможность неполной занятости или гибкого графика, работы из дома или за пределами офиса. Кроме того, может быть предусмотрена гибкая оплата труда; например, по мере изменения обязанно-

стей пожилых работников их заработная плата может меняться в соответствии с их вкладом на рабочем месте. Некоторые особо прогрессивные программы занятости учитывают баланс между работой и личной жизнью, а также обязанности по уходу (86), что позволяет обществу добиться наиболее оптимального сочетания между желанием пожилых людей трудиться и теми возможностями, которые предлагают работодатели. Опыт Финляндии и других стран Европы говорит о том, что для достижения баланса между предпочтениями и возможностями пожилых людей, с одной стороны, и требованиями к ним в связи с их занятостью, с другой стороны, необходимы активные меры вмешательства не только со стороны лиц, ответственных за выработку политики, но и со стороны руководителей отделов кадров (254).

Стимулы, побуждающие работодателей удерживать, осуществлять профессиональную подготовку, нанимать, защищать и обеспечивать вознаграждение пожилых работников

Многие страны с нехваткой рабочей силы, высокими показателями долгосрочной безработицы и перегруженными пенсионными системами побуждают работодателей нанимать пожилых работников. В разных странах действуют разные стимулы, однако обычно они включают освобождение работодателей от некоторых видов налогов, выплату премий или обеспечение доступа к государственным контрактам. Субсидирование заработной платы, применяемое в качестве альтернативы частным или государственным программам профессиональной подготовки для пожилых людей, предлагается в качестве рентабельного варианта, однако его необходимо соответствующим образом оценивать (255). Некоторые страны предоставляют льготы в случае найма лиц из конкретных групп пожилых работников, включая женщин, лиц с низким уровнем дохода и бывших заключенных. В некоторых странах действуют законы об обеспечении

занятости, согласно которым предусмотрены особые льготы для работодателей, трудоустраивающих безработных женщин старше 50 лет и безработных мужчин старше 55 лет (248); к таким странам относятся Австрия, Болгария, Венгрия, Греция, Литва, Словакия и Франция. Франция, в которой отмечены самые низкие в странах ОЭСР показатели мобильности занятости для пожилых работников, предоставляет финансовую помощь и доступ к государственным контрактам для работодателей, трудоустраивающих безработных лиц в возрасте старше 50 лет. В Сингапуре была осуществлена поощрительная программа, которая не ограничивала уровни заработной платы и в рамках которой компании пользовались государственными льготами и поддержкой, однако пожилые люди получали заработную плату ниже рыночного уровня.

Помощь пожилым людям в планировании второй половины жизни и инвестировании в пожизненное обучение

Рост ожидаемой продолжительности жизни существенно воздействует как на продолжительность трудовой жизни людей, так и на то, как перестроить себя с течением времени. Предоставление надлежащих и доступных рекомендаций в отношении карьеры на протяжении всей жизни человека может способствовать принятию информированных решений о жизненных переменах, в том числе в пользу пожизненного обучения и работы.

Хотя с каждым следующим поколением уровень образования пожилых людей растет, важным компонентом помощи, способствующей сохранению работниками трудоспособности и рабочего места, является обучение в течение всей жизни, особенно обучение пожилых работников, в частности тех, кто занимается неквалифицированным трудом (247). Работодатели должны инвестировать в пожилых работников в целях обеспечения их участия, повышения их знаний до совре-

менного уровня, сохранения способности быстро приспосабливаться к обстоятельствам и соответствовать рабочим требованиям. Помимо обучения и подготовки необходимо также уделять внимание вопросам обеспечения наставничества, программам дружеской помощи и трудовой ротации. Хотя в ряде стран использовались различные подходы, пока еще неясно, какие политические и практические меры могут оказаться полезными (49, 247, 256).

Инвестирование в здоровье и функционирование

Во всех странах слабое здоровье является наиболее частой причиной вынужденного выхода на пенсию; затем следуют такие причины, как временное увольнение и невозможность найти новую работу (257). Обеспечение здоровья трудовых ресурсов является предварительным условием для того, чтобы пожилые люди работали дольше, а также важным фактором для любых предполагаемых изменений в возрасте выхода на пенсию или доступа к пенсиям. Среди пожилых работников невыходы на работу по состоянию здоровья более редки, однако если они имеют место, то обычно более продолжительны. Инвестирование в мероприятия, способствующие *здоровому старению*, включая осуществление изменений в установках и моделях поведения, будет иметь решающее значение для максимального укрепления здоровья всех работников.

Рабочие места, где работников побуждают к поддержанию своей жизнеспособности путем физической активности и полноценного питания, способствуют укреплению здоровья работников (глава 3). В случае снижения жизнеспособности работников наличие ассистивных технологий и других разумных приспособлений может позволить работникам продолжать трудиться.

Еще одним инструментом для поддержания здоровья пожилых работников, их продуктивности и пригодности к трудоустройству является поддержка работников до того, как их

силы иссякнут или они утратят мотивацию. Смена задач или их последовательности, особенно если они в течение длительного периода времени являются изнуряющими в умственном или физическом плане, может помочь работникам избежать заболевания и утраты мотивации (248). Работники могут выполнять определенную работу до тех пор, пока не достигнут своей оптимальной продуктивности, а затем, прежде чем этот уровень продуктивности снизится, им можно поручить выполнение других задач, требующих аналогичного или более высокого уровня квалификации, в зависимости от индивидуальной жизнеспособности (258, 259).

Создание условий для добровольческой деятельности

Факторы, способствующие занятию добровольческой деятельностью, могут быть самые разные, однако наиболее важными из них являются желание помочь, предыдущий опыт работы на добровольной основе, выход на пенсию по завершении трудовой деятельности, принятие на себя обязанностей по уходу, ухудшение состояния здоровья или смерть партнера (260–264). Тем не менее чаще всего пожилые люди становятся добровольцами из желания помочь другим и сохранить активность (265, 266).

С возрастом активнее проявляется генеративность – то есть желание работать с молодежью и делиться знаниями (221, 263). В настоящем докладе невозможно рассмотреть все многообразие способов, которыми организации могут содействовать пожилым добровольцам. Тем не менее исследования указывают на ряд важных аспектов, включая следующие.

- **Поощрение уверенности в себе для занятий добровольческой деятельностью.** Для укрепления уверенности пожилых людей в своих силах и предоставления им возможности стать эффективными лидерами необходима соответствующая подготовка. Пожилые люди могут опасаться того, что добро-

вольческая деятельность потребует от них невыполнимых обязательств в плане времени и энергии. Вместе с тем высокая текучесть среди добровольцев может приводить к повышенным расходам для организаций. Предоставление четкой информации о целях организации и обеспечение необходимой помощи способствуют принятию добровольцами обоснованных решений.

- **Обеспечение возможностей для встреч добровольцев с представителями организаций.** Существует ряд способов для повышения осведомленности относительно наличия и навыков пожилых людей и создания механизмов оценки их знаний и навыков, например «мозговые тресты» в Таиланде, которые предоставляют различным организациям информацию о вышедших на пенсию опытных квалифицированных рабочих и содействуют установлению с ними связи.
- **Обеспечение удовлетворенности видом и характером выполняемой работы.** Личная удовлетворенность является важным фактором удержания добровольцев. При сравнении добровольцев с подходящей выборкой оплачиваемых работников, выполняющих идентичные задачи в рамках одной организации, было установлено, что к основным факторам, способствующим намерению добровольцев остаться в организации, относятся автономность (то есть возможность делать выбор и контролировать свои действия) и связанность (то есть способность развивать и поддерживать безопасные и уважительные отношения с другими людьми), а также удовлетворенность от выполнения задач, стоящих перед добровольцами (267).
- **Обеспечение соответствия между мотивацией добровольца и его ролью.**

Важно обеспечивать соответствие между мотивацией потенциальных добровольцев и информационными сообщениями, используемыми для их привлечения (268). Было установлено, что добровольцы, роль которых соответствует их мотивации, в большей степени удовлетворены, получают больше удовольствия от своей службы и с большей долей вероятности продолжают свою добровольческую деятельность (268). Таким образом, обеспечение соответствия между возможностями добровольца и его мотивацией повышает удовлетворенность и сокращает текучесть добровольческих кадров.

- **Выплата компенсаций в целях стимулирования удержания.** Хотя с выплатой денежной компенсации у многих организаций могут возникать сложности, текучесть добровольческих кадров можно снизить посредством предоставления компенсаций в денежном выражении или в натуральной форме в целях компенсации расходов добровольцев. Выплата пособий также связана с возможностью привлечения различных групп населения, повышения показателей удержания и обеспечения наилуч-

шего опыта работы для добровольцев (269).

- **Вопросы управления.** Способы связи, отбора, подготовки и контроля добровольцев влияют на показатели найма и удержания. Например, наиболее эффективным методом набора добровольцев на работу является так называемое личное приглашение (264, 270). Хотя пожилых людей редко приглашают принять участие в добровольческой деятельности, те из них, кому такое приглашение поступало, соглашались принять участие в добровольческой деятельности в пять раз чаще, чем люди, которых не приглашали (271). Значение, придаваемое работе в качестве добровольца, поддержка и руководство со стороны персонала, а также взаимоотношения с другими добровольцами – все это важные факторы, обеспечивающие качество добровольческой деятельности (221). По результатам одного исследования в Англии было продемонстрировано, что чем большую признательность за свой труд ощущали добровольцы, тем в большей степени они были удовлетворены своей жизнью в целом (272).

Таблица 6.2. Примеры мер вмешательства, содействующих обеспечению пяти видов способностей, важных для здорового старения, в разбивке по секторам

Способности	Сектор						
	Транспорт	Жилье	Социальная защита и помощь	Градостроительство	Информация и коммуникация	Образование и занятость	Здравоохранение и долгосрочная помощь
Удовлетворять основные потребности	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение безопасных видов транспорта для доступа к основным услугам, продуктам питания и медицинским службам 	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение доступа к надлежущему жилищу 	<ul style="list-style-type: none"> Осуществление социальной защиты в целях обеспечения гарантированного дохода Оказание помощи семьям, осуществляющим уход за пожилыми членами семьи 	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение доступа к сооружениям и территориям, а также их безопасности и надлежущего дизайна 	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение понятной и доступной информации о медицинских и социальных услугах, доступных для пожилых людей Обеспечение учета потребностей пожилых людей в планах на случай чрезвычайной ситуации 	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение программ переподготовки, ориентированных на пожилых работников 	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение надлежущего ассортимента медицинских и вспомогательных услуг в целях стимулирования, поддержания и восстановления жизнеспособности
Учиться, развиваться и принимать решения	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение подготовки рядовых операторов транспорта по вопросам потребности пожилых людей и недискриминационной практики 	<ul style="list-style-type: none"> Предоставление пожилым людям информации о разных вариантах жилья 	<ul style="list-style-type: none"> Стимулирование заблаговременного планирования мероприятий по оказанию помощи 	<ul style="list-style-type: none"> Создание пешеходной инфраструктуры туры на основе принципов универсального дизайна Поддержка использования немоторизованных видов транспорта 	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение образовательных программ для оздоровления пожилых людей с новыми технологиями, которые могут помочь им бороться с одиночеством и изоляцией 	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение доступа к компьютерам и Интернету по минимальным тарифам (например, в библиотеках или местных центрах) Снабжение телевизионных программ субтитрами для людей с нарушениями слуха 	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечение личных бюджетов

Способности	Сектор						
	Транспорт	Жилье	Социальная защита и помощь	Градостроительство	Информация и коммуникация	Образование и занятость	Здравоохранение и долгосрочная помощь
Сохранять мобильность	<ul style="list-style-type: none"> – Обеспечение доступности транспорта для пожилых людей и лиц с инвалидностью – Обеспечение приоритетного права пожилых людей на сидячие места 	<ul style="list-style-type: none"> – Помощь в переводе оборудования для пожилых людей и лиц с инвалидностью 	<ul style="list-style-type: none"> – Обеспечение доступности специализированного транспорта 	<ul style="list-style-type: none"> – Обеспечение безопасных условий дорожного движения для водителей и пешеходов, пересекающих улицы. – Выделение мест парковки для пожилых людей с инвалидностью – Обеспечение чистых общественных туалетов 	<ul style="list-style-type: none"> – Обеспечение доступа к информации об имеющихся транспортных средствах и расписаниях в доступных форматах 	<ul style="list-style-type: none"> – Адаптация рабочих мест к потребностям пожилых людей 	<ul style="list-style-type: none"> – Проведение заблаговременной оценки потребностей в жилье
Устанавливать и поддерживать отношения	<ul style="list-style-type: none"> – Создание достаточного количества остановок и станций общественного транспорта для обеспечения доступности общественного транспорта – Обеспечение возможности добираться к центрам для людей старшего возраста и местам отправления религии и для посещения членов своих семей 	<ul style="list-style-type: none"> – Проектирование жилья, содействующего интеграции в сообщество – Борьба с переносимостью жилья 	<ul style="list-style-type: none"> – Поддержка добровольческих организаций для упрощения доступа пожилых людей к общественным мероприятиям 	<ul style="list-style-type: none"> – Создание мест в сообществе, где люди могли бы встретиться таких как общинные центры, центры для людей старшего возраста и общественные парки 	<ul style="list-style-type: none"> – Предоставление доступной информации о развлекательных и общественных мероприятиях 	<ul style="list-style-type: none"> – Предоставление пожилым людям возможностей для передачи своего опыта другим работникам 	<ul style="list-style-type: none"> – Помощь пожилым людям для развития и поддержания индивидуальной жизнеспособности

Продолжение...

Продолжение с предыдущей страницы...

Способности	Сектор						
	Транспорт	Жилье	Социальная защита и помощь	Градостроительство	Информация и коммуникация	Образование и занятость	Здравоохранение и долгосрочная помощь
Вносить свой вклад	– Обеспечение транспорта для перевозки людей на работу или для ведения добровольческой деятельности	– Расположение жилья поблизости от служб и возможностей для работы или ведения добровольческой деятельности	– Обеспечение страхования по безработице	– Обеспечение безопасных условий прохода к транспорту (например, для проезда на работу) и к местам отдыха	– Предоставление информации о возможностях для добровольческой деятельности	– Обеспечение наличия различных возможностей для пожилых работников – Обеспечение выхода на пенсию в соответствии с собственным выбором, а не в обязательном порядке	– Обеспечение медицинского страхования, включающего покрытие чрезвычайных медицинских расходов

Дальнейшая работа

Обеспечение функциональной способности пожилых людей крайне важно для решения проблемы старения населения. Для всех стран важно учитывать способности пожилых людей, что акцентирует внимание как на личных ресурсах, так и на ресурсах окружающей среды, а также на индивидуальной жизнеспособности. Приоритетные направления для действий могут различаться, и странам понадобится адаптировать рекомендуемые меры к своим конкретным условиям, однако улучшение приспособленности пожилых людей к их среде обитания достижимо на повсеместной основе.

Уделение первоочередного внимания поддержанию функциональной способности на максимальном уровне способствует концентрации усилий со стороны правительств, гражданского общества и других партнеров на результатах и последствиях. Акцент на способностях переключает основное внимание с вводимых ресурсов – например, способа транспортировки – на результаты, такие как доступность и мобильность. При этом основное внимание уделяется как тому, что важно для пожилых людей, так и программам различных секторов или ведомств, что является беспроигрышным подходом. Кроме того, такой акцент на функциональной способности выходит за рамки использования лишь контрольных перечней вопросов, которые имеют свои ограничения, поскольку в них не учитывается роль окружающих условий для поддержания жизнеспособности и укрепления способности, в них предполагается, что определенный ресурс принесет равную выгоду для всех, а также в них не учитывается, что один фактор может свести на нет другой, например переоборудование жилища может снизить потребность в долгосрочной помощи.

В период роста обеспокоенности по поводу последствий старения населения, национальных мер жесткой экономии и скудости финансовой помощи акцент на способностях обеспечивает возможность для всех секторов на всех уровнях правительства принять совмест-

ное решение о том, как наиболее эффективно обеспечить здоровье в преклонном возрасте.

В каждом из разделов данной главы приведены варианты действий, которые могут быть предприняты в целях укрепления различных областей способностей. В [таблице 6.2](#) приведен вклад, который могут внести различные секторы в укрепление функциональной способности. Три подхода, которые рассматриваются в главе 7, играют ключевую роль для решения таких комплексных вопросов, а именно:

1. борьба с эйджизмом;
2. создание возможностей для автономности;
3. поддержка *здорового старения* во всех политических направлениях и на всех уровнях управления.

Осуществление изменений требует совместных действий на разных уровнях управления и со стороны правительственных и неправительственных организаций, включая, например, научные организации и организации пожилых людей. К мерам, способствующим межсекторальному сотрудничеству в области *здорового старения*, относятся (273, 274):

- повышение осведомленности о *здоровом старении*;
- ориентирование информационно-пропагандистских сообщений на конкретные секторы в целях разъяснения того, какой вклад они могут внести в обеспечение *здорового старения*;
- учет предыдущего успешного опыта межсекторального сотрудничества;
- разработка организационных мероприятий, способствующих продолжению сотрудничества для достижения целей *здорового старения* во всех секторах;
- институционализация цели укрепления функциональной способности;
- оценка результатов, касающихся способности, и документирование конкретных измерений или принятых мер вмешательства;
- восполнение пробелов в исследованиях.

Библиография

1. Attitudes about Aging: a global perspective. Washington (DC): Pew Research Center; 2014 (<http://www.pewglobal.org/files/2014/01/Pew-Research-Center-Global-Aging-Report-FINAL-January-30-20141.pdf>, accessed 10 July 2015).
2. Center for Excellence in Universal Design [website]. Dublin: National Disability Authority; 2012 (<http://universaldesign.ie/>, accessed 1 July 2015).
3. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf, accessed 20 July 2015).
4. Safe streets for seniors. In: New York City Department of Transportation [website]. New York: City of New York; 2015 (<http://www.nyc.gov/html/dot/html/pedestrians/safeseniors.shtml>, accessed 1 July 2015).
5. Handi-Transit. In: City of Winnipeg [website]. Winnipeg: City of Winnipeg; 2015 (<http://winnipegtransit.com/en/handi-transit/handi-transit>, accessed 1 July 2015).
6. What is a men's shed? In: Australian Men's Shed Association [website]. Windale (NSW): Australian Men's Shed Association; 2015. (<http://www.mensshed.org/what-is-a-men-s-shed.aspx>, accessed 1 July 2015).
7. The universal declaration of human rights. New York: United Nations; 1948 (<http://www.un.org/en/documents/udhr/>, accessed 10 July 2015).
8. Naughton C, Drennan J, Treacy MP, Lafferty A, Lyons I, Phelan A, et al. Abuse and neglect of older people in Ireland. Report on the national study of elder abuse and neglect. Dublin: National Centre for the Protection of Older People; 2010. (<http://www.ncpop.ie/userfiles/file/ncpop%20reports/Study%203%20Prevalence.pdf>, accessed 20 July 2015.)
9. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. PLoS One. 2012;7(3):e33857.doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0033857> PMID: 22448276
10. Shankar A, McMunn A, Banks J, Steptoe A. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. Health Psychol. 2011 Jul;30(4):377–85.doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022826> PMID: 21534675
11. Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. Br J Gen Pract. 2007 Apr;57(537):277–82. PMID: 17394730
12. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 10 July 2015).
13. Blazer DG, Sachs-Ericsson N, Hybels CF. Perception of unmet basic needs as a predictor of mortality among community-dwelling older adults. Am J Public Health. 2005 Feb;95(2):299–304.doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2003.035576> PMID: 15671468
14. World Development Report 2000/2001: attacking poverty. New York: Oxford University Press; 2001 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11856>, accessed 20 July 2015).
15. Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2008 (http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/growing-unequal_9789264044197-en#page1, accessed 20 July 2015).
16. Middleton S, Hancock R, Kellard K, Beckhelling J, Phung VH, Perren K. Measuring resources in later life: a review of the data. York, England: Joseph Rowntree Foundation; 2007. (<http://www.jrf.org.uk/system/files/2001-measuring-resources-older-people.pdf>, accessed 10 July 2015).
17. Zimmer Z, Das S. The poorest of the poor: composition and wealth of older person households in sub-Saharan Africa. Res Aging. 2014 May;36(3):271–96.doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027513484589> PMID: 25650994
18. World development report 2000/2001: attacking poverty. New York: Oxford University Press; 2001. (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/11856>, accessed 10 July 2015).
19. Rodrigues R, Huber M, Lamura G, editors. Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012. (http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf, accessed 10 July 2015).
20. International covenant on economic, social and cultural rights. New York: United Nations; 1966 (<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, accessed 10 July 2015).
21. The right to adequate housing. Geneva: United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights; 2014 (Fact sheet No. 21/Rev. 1; http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_en.pdf, accessed 20 July 2015).
22. Howden-Chapman P, Signal L, Crane J. Housing and health in older people: ageing in place. Soc Policy J NZ. 2010;13:14–30.
23. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2:CD008657. PMID: 23450585

24. Healthy ageing: a challenge for Europe. Stockholm: Swedish National Institute for Public Health; 2006 (<http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20Ageing%20-%20A%20Challenge%20for%20Europe.pdf>, accessed 10 July 2015).
25. Gibson M, Petticrew M, Bamba C, Sowden AJ, Wright KE, Whitehead M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health Place*. 2011 Jan;17(1):175–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.09.011> PMID: 21159542
26. Beard JR, Cerdá M, Blaney S, Ahern J, Vlahov D, Galea S. Neighborhood characteristics and change in depressive symptoms among older residents of New York City. *Am J Public Health*. 2009 Jul;99(7):1308–14. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.125104> PMID: 19008519
27. Lipman B, Lubell J, Salomon E. Housing an aging population: are we prepared. Washington (DC): Center for Housing Policy; 2012. (<http://www.nhc.org/media/files/AgingReport2012.pdf>, accessed 10 July 2015).
28. Pope ND, Kang B. Residential relocation in later life: a comparison of proactive and reactive moves. *J Hous Elder*. 2010;24(2):193–207. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02763891003757122>
29. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):S327–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327> PMID: 14614120
30. James M, Graycar A, Mayhew P. A safe and secure environment for older Australians. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2003. (http://www.aic.gov.au/media_library/publications/rpp/51/rpp051.pdf, accessed 10 July 2015).
31. Bachman R, Meloy ML. The epidemiology of violence against the elderly: implications for primary and secondary prevention. *J Contemp Crim Justice*. 2008;24(2):186–97. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1043986208315478>
32. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998 Aug 5;280(5):428–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.280.5.428> PMID: 9701077
33. Hutton D. Older people in emergencies: considerations for action and policy development. Geneva: World Health Organization; 2008. (http://www.who.int/ageing/publications/Hutton_report_small.pdf?ua=1, accessed 10 July 2015).
34. Derges J, Clow A, Lynch R, Jain S, Phillips G, Petticrew M, et al. 'Well London' and the benefits of participation: results of a qualitative study nested in a cluster randomised trial. *BMJ Open*. 2014;4(4):e003596. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003596> PMID: 24694622
35. Guidelines for mainstreaming the needs of older persons in disaster situations. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2012 (http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2000&Itemid=, accessed 20 July 2015).
36. Cooper K, Stewart K. Does money in adulthood affect adult outcomes? York, England: Joseph Rowntree Foundation; 2015. (<http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/money-adult-outcomes-full.pdf>, accessed 10 July 2015).
37. Beard JR, Tracy M, Vlahov D, Galea S. Trajectory and socioeconomic predictors of depression in a prospective study of residents of New York City. *Ann Epidemiol*. 2008 Mar;18(3):235–43. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.10.004> PMID: 18083544
38. Gorman M. Age and security: how social pensions can deliver effective aid to poor older people and their families. London: HelpAge International (<http://www.globalaging.org/pension/world/2004/security.pdf>, accessed 20 July 2015).
39. Soares S, Osorio RG, Soares FV, Medeiros M, Zepeda E. Conditional cash transfers in Brazil, Chile and Mexico: impacts upon inequality. *Estudios económicos*. 2009;(1):207–24. (<http://core.ac.uk/download/pdf/6327963.pdf>, accessed 14 August 2015).
40. McKinnon R. Tax-financed old-age pensions in lower-income countries. Developments and trends: supporting dynamic social security. Geneva: International Social Security Association; 2007:31–7. (<https://www.issa.int/html/pdf/publ/2DT07.pdf>, accessed 10 July 2015).
41. Asher M. The future of old age income security. New York: International Longevity Centre Global Alliance; 2013 (Revised version of Robert Butler Memorial Speech, delivered at the International Centre Global Alliance Symposium on The Future of Ageing, Singapore, 21 June 2013; http://www.ilc-alliance.org/images/uploads/publication-pdfs/The_future_of_old_age_income_security_Oct_2013_1.pdf, accessed 20 July 2015).
42. Duflo E. Grandmothers and granddaughters: old age pension and intra-household allocation in South Africa. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2000. (<http://economics.mit.edu/files/732>, accessed 10 July 2015).
43. World development report 2011: conflict, security, and development. Washington (DC): World Bank; 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-8439-8>
44. Shin E, Do YK. Basic old-age pension and financial wellbeing of older adults in South Korea. *Ageing Soc*. 2015;35:1055–74. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X14000051>
45. Bussolo M, Koettl J, Sinnott E. Golden aging: prospects for healthy, active, and prosperous aging in Europe and Central Asia. Washington (DC): World Bank; 2015. (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22018>, accessed 10 July 2015).

46. Why social pensions are needed now. London: HelpAge International; 2006 (<http://www.helpage.org/silo/files/why-social-pensions-are-needed-now.pdf>; accessed 20 July 2015).
47. Sadana R, Foebel AD, Williams AN, Beard JR. Population ageing, longevity, and the diverse contexts of the oldest old. *Public Policy Aging Rep.* 2013;23(2):18–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ppar/23.2.18>
48. Social protection floor. In: Social Protection Floor Initiative [website]. Geneva: Social Protection Floor Initiative; 2014 (<http://www.socialprotectionfloor-gateway.org/4.htm>, accessed 7 July 2015).
49. Maclean R, Wilson D, editors. International handbook of education for the changing world of work. Dordrecht, Netherlands: Springer; 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4020-5281-1>
50. Asher M. Pension plans, provident fund schemes and retirement policies: India's social security reform imperative. *ASCI J Manag.* 2010;39(1):1–18. ([http://journal.asci.org.in/Vol.39\(2009-10\)/39_1_Mukul%20G%20Asher.pdf](http://journal.asci.org.in/Vol.39(2009-10)/39_1_Mukul%20G%20Asher.pdf), accessed 14 August 2015).
51. Wagner SL, Shubair MM, Michalos AC. Surveying older adults' opinions on housing: recommendations for policy. *Soc Indic Res.* 2010;99(3):405–12. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9588-5>
52. Braubach M, Power A. Housing conditions and risk: reporting on a European study of housing quality and risk of accidents for older people. *J Hous Elder.* 2011;25(3):288–305. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02763893.2011.595615>
53. Hui ECM, Wong FKW, Chung KW, Lau KY. Housing affordability, preferences and expectations of elderly with government intervention. *Habitat Int.* 2014;43:11–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.habitatint.2014.01.010>
54. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. The meaning of "aging in place" to older people. *Gerontologist.* 2012 Jun;52(3):357–66. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr098> PMID: 21983126
55. van der Pas S, Ramklass S, O'Leary B, Andersen S, Keating N, Cassim B. Features of home and neighbourhood and the liveability of older South Africans. *Eur J Ageing.* 2015;30 May:1–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-015-0343-2>
56. Keating N, Eales J, Phillips JE. Age-friendly rural communities: conceptualizing 'best-fit'. *Can J Aging.* 2013 Dec;32(4):319–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980813000408> PMID: 24128863
57. Convention on the rights of persons with disabilities and optional protocol. New York: United Nations; 2006 (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>, accessed 10 July 2015).
58. The National Evaluation of Partnerships for Older People Projects. executive summary. Canterbury (England): Personal Social Services Research Unit; 2013 (<http://www.pssru.ac.uk/pdf/rs053.pdf>, accessed 10 July 2015).
59. Wahl HW, Iwarsson S, Oswald F. Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. *Gerontologist.* 2012 Jun;52(3):306–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr154> PMID: 22419248
60. Nygren C, Oswald F, Iwarsson S, Fänge A, Sixsmith J, Schilling O, et al. Relationships between objective and perceived housing in very old age. *Gerontologist.* 2007 Feb;47(1):85–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/47.1.85> PMID: 17327544
61. Tanner B, Tilse C, de Jonge D. Restoring and sustaining home: the impact of home modifications on the meaning of home for older people. *J Hous Elder.* 2008;22(3):195–215. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02763890802232048>
62. Perry TE, Andersen TC, Kaplan DB. Relocation remembered: perspectives on senior transitions in the living environment. *Gerontologist.* 2014 Feb;54(1):75–81. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnt070> PMID: 23840021
63. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (1):CD004441. PMID: 15674948
64. Perracini M, Clemson L, Tiedmann A, Kalula S, Scott V, Sherrington C. Falls in older adults: current evidence, gaps and priorities. *Gerontologist.* 2016. (In press.).
65. Ytterstad B. The Harstad injury prevention study: community based prevention of fall-fractures in the elderly evaluated by means of a hospital based injury recording system in Norway. *J Epidemiol Community Health.* 1996 Oct;50(5):551–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.50.5.551> PMID: 8944864
66. Zijlstra GA, van Haastregt JC, van Rossum E, van Eijk JT, Yardley L, Kempen GI. Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Apr;55(4):603–15. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01148.x> PMID: 17397441
67. Lindqvist K, Timpka T, Schelp L. Evaluation of an inter-organizational prevention program against injuries among the elderly in a WHO Safe Community. *Public Health.* 2001 Sep;115(5):308–16. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3506\(01\)00468-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3506(01)00468-1) PMID: 11593439
68. Poulstrup A, Jeune B. Prevention of fall injuries requiring hospital treatment among community-dwelling elderly. *Eur J Public Health.* 2000;10(1):45–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/10.1.45>
69. Duff JM. Reducing the number of environmental hazards in the homes of community dwelling elderly: a comparison of approaches to fall prevention via environmental assessment and modification [thesis]. Ann Arbor: New York University; 2010.
70. Svanström L, Ader M, Schelp L, Lindstrom A. Preventing femoral fractures among elderly: the community safety approach. *Saf Sci.* 1996;21(3):239–46. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0925-7535\(95\)00067-4](http://dx.doi.org/10.1016/0925-7535(95)00067-4)

71. Kempton A, Van Beurden E, Sladden T, Garner E, Beard J. Older people can stay on their feet: final results of a community-based falls prevention programme. *Health Promot Int.* 2000;15(1):27–33. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.1.27>
72. Fänge A, Iwarsson S. Changes in ADL dependence and aspects of usability following housing adaptation—a longitudinal perspective. *Am J Occup Ther.* 2005 May-Jun;59(3):296–304. doi: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.59.3.296> PMID: 15969277
73. Heywood F. Money well spent: the effectiveness and value of housing adaptations. Bristol: Policy Press; 2001 (<http://www.jrf.org.uk/system/files/jr100-effectiveness-housing-adaptations.pdf>, accessed 10 July 2015).
74. The MetLife Study of Elder Financial Abuse. Crimes of occasion, desperation, and predation against America's elders. New York: MetLife Mature Market Institute; 2011 (<https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2011/mmi-elder-financial-abuse.pdf>, accessed 20 July 2015).
75. Wagner SL, Shubair MM, Michalos AC. Surveying older adults' opinions on housing: recommendations for policy. *Soc Indic Res.* 2010;99(3):405–12.
76. Help at home. My aged care [website]. Canberra: Australian Government, Department of Social Services; 2015. (<http://www.myagedcare.gov.au/#!/help-home>, accessed 27 July 2015).
77. Ageing in the twenty-first century a celebration and a challenge. New York: United Nations Population Fund; 2012 (<http://www.unfpa.org/publications/ageing-twenty-first-century>, accessed 10 July 2015).
78. Care & Repair England. In: Care & Repair England [website]. Nottingham (England): Care & Repair England. 2014 (http://careandrepair-england.org.uk/?page_id=30, accessed 10 July 2015).
79. Morris ME, Adair B, Miller K, Ozanne E, Hansen R, Pearce A, et al. Smarthome technologies to assist older people to live well at home. *J Aging Sci.* 2013;1(1):1–9. (<http://www.esiencecentral.org/journals/smart-home-technologies-to-assist-older-people-to-live-well-at-home-jasc.1000101.pdf>, accessed 10 July 2015).
80. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/, accessed 10 July 2015).
81. Lansley P, McCreadie C, Tinker A. Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? *Age Ageing.* 2004 Nov;33(6):571–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afh190> PMID: 15347537
82. Mitchell OS, Piggott J. Unlocking housing equity in Japan. *J Jpn Int Econ.* 2004;18(4):466–505. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jjie.2004.03.003>
83. Rosenfeld O. Social and affordable housing finance – current trends and challenges in countries with mature social housing sector. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2014 (<http://www.unece.org/fileadmin/DAM/hlm/prgm/hmm/social%20housing/geneva2014/1.05.rosenfeld.pdf>, accessed 10 July 2015).
84. Ageing in cities. Paris: OECD Publishing; 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231160-en>
85. Beaulieu M, Dubé M, Bergeron C, Cousineau M-M. Are elderly men worried about crime? *J Aging Stud.* 2007;21(4):336–46. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2007.05.001>
86. Global population ageing: peril or promise. Geneva: World Economic Forum; 2011 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 20 July 2015).
87. James M, Graycar A. Preventing crime against older Australians. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2000. (http://www.aic.gov.au/media_library/publications/rpp/32/rpp032.pdf, accessed 10 July 2015).
88. Pillemer KA, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse. *Gerontologist.* 2016. Forthcoming. PMID: 3342992
89. Lachs M, Berman J. Under the radar: New York State elder abuse prevalence study. New York: Lifespan of Greater Rochester, Inc., Weill Cornell Medical Center of Cornell University, and New York City Department for the Aging; 2011.
90. Peterson JC, Burnes DP, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR Jr, Wells MT, et al. Financial exploitation of older adults: a population-based prevalence study. *J Gen Intern Med.* 2014 Dec;29(12):1615–23. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-014-2946-2> PMID: 25103121
91. Kwok JST, Fritsch P, Raza A, Newport M. Loving the older people in times of cholera: preliminary findings from a study to analyse care and outcomes for cholera patients treated by Médecins Sans Frontières Operational Centre Amsterdam in Haiti and Zimbabwe 2008–12. London: Médecins Sans Frontières; 2012.
92. Guidance note on disability and emergency risk management for health. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf, accessed 20 July 2015).
93. Disabilities among refugees and conflict-affected populations: resource kit for fieldworkers. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children; 2008 (<https://womensrefugeecommission.org/resources/document/609-disabilities-among-refugees-and-conflict-affected-populations?catid=232>, accessed 20 July 2015).
94. Duggan S, Deeny P, Spelman R, Vitale CT. Perceptions of older people on disaster response and preparedness. *Int J Older People Nurs.* 2010 Mar;5(1):71–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00203.x> PMID: 20925760

95. Powell S, Plouffe L, Gorr P. When ageing and disasters collide: lessons from 16 international case studies. *Radiat Prot Dosimetry*. 2009 Jun;134(3-4):202–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/rpd/ncp082> PMID: 19435731
96. Fitzgerald KG. Evaluation of the preparedness of Massachusetts nursing homes to respond to catastrophic natural or human-made disasters. In: British Society of Gerontology [website]. York (England): British Society of Gerontology; 2008 (abstract; <http://www.britishgerontology.org/DB/gr-editions-2/generations-review/evaluation-of-the-preparedness-of-massachusetts-nu.html>, accessed 20 July 2015).
97. Kim HJ, Fritsch P. Older people in humanitarian contexts: the impact of disaster on older people and the means of addressing their needs. *Gerontologist*. 2016. (In press).
98. Boulton-Lewis GM. Education and learning for the elderly: why, how, what. *Educ Gerontol*. 2010;36(3):213–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03601270903182877>
99. Stephens C, Breheny M, Mansvelt J. Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. *Psychol Health*. 2015;30(6):715–31. PMID: 24678916
100. Carstensen LL, Hartel CR, editors. *When I'm 64*. Washington (DC): National Academies Press; 2006. (http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11474&page=R1, accessed 10 July 2015).
101. Aspin DN, Chapman J, Evans K, Bagnall R. *Second International handbook of lifelong learning*. Dodrecht, Netherlands: Springer; 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-2360-3>
102. The lifelong learning needs of older people in Ireland: a discussion paper. Dublin: AONTAS, The National Adult Learning Organisation; 2007 (http://www.aontas.com/download/pdf/olderpeopleresearch_ppr_2007.pdf, accessed 10 July 2015).
103. Jeong H, Kim HS. Aging and text comprehension: interpretation and domain knowledge advantage. *Educ Gerontol*. 2009;35(10):906–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/03601270902834601>
104. McNair S. *Demography and lifelong learning: IFLL thematic paper No. 1*. Leicester, England: National Institute of Adult Continuing Education; 2009.
105. Welford C, Murphy K, Wallace M, Casey D. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *J Clin Nurs*. 2010 May;19(9-10):1226–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03185.x> PMID: 20345826
106. Lindberg C, Fagerström C, Sivberg B, Willman A. Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *J Adv Nurs*. 2014 Oct;70(10):2208–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12412> PMID: 25209751
107. Laal M. Lifelong learning: what does it mean? *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;28(0):470–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.090>
108. Laal M. Barriers to lifelong learning. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;28(0):612–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.116>
109. Rahhal TA, Hasher L, Colcombe SJ. Instructional manipulations and age differences in memory: now you see them, now you don't. *Psychol Aging*. 2001;16(4):697–706. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.16.4.697>
110. Hess TM, Auman C, Colcombe SJ, Rahhal TA. The impact of stereotype threat on age differences in memory performance. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Jan;58(1):3–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.1.P3> PMID: 12496296
111. Kronfol NSA, Rizk A. *Ageing in the Arab region: trends, implications and policy options*. Beirut: Economic and Social Commission for Western Asia; 2013. (http://www.escwa.un.org/divisions/div_editor/Download.asp?table_name=divisions_other&field_name=ID&FileID=1588, accessed 10 July 2015).
112. Kothari B, Bandyopadhyay T. Same language subtitling of Bollywood film songs on TV: effects on literacy. *Inf Technol Int Dev*. 2014;10(4):31–47. (<http://itidjournal.org/index.php/itid/article/view/1307>, accessed 14 August 2015).
113. Vassilev I, Rogers A, Sanders C, Kennedy A, Blickem C, Protheroe J, et al. Social networks, social capital and chronic illness self-management: a realist review. *Chronic Illn*. 2011 Mar;7(1):60–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1742395310383338> PMID: 20921033
114. Jacobson TA, Thomas DM, Morton FJ, Offutt G, Shevlin J, Ray S. Use of a low-literacy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1999 Aug 18;282(7):646–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.7.646> PMID: 10517717
115. Rogers A, Vassilev I, Sanders C, Kirk S, Chew-Graham C, Kennedy A, et al. Social networks, work and network-based resources for the management of long-term conditions: a framework and study protocol for developing self-care support. *Implement Sci*. 2011;6(1):56. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-56> PMID: 21619695
116. Wurzer B, Waters DL, Hale LA, Leon de la Barra S. Long-term participation in peer-led fall prevention classes predicts lower fall incidence. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014 Jun;95(6):1060–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.01.018> PMID: 24508186
117. Guo PJ, Reinecke K. Demographic differences in how students navigate through MOOCs. In: *Proceedings of the first ACM conference on Learning @ scale conference*. New York: Association of Computing Machinery; 2014. 21–30.

118. Löckenhoff CE, Carstensen LL. Socioemotional selectivity theory, aging, and health: the increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *J Pers.* 2004 Dec;72(6):1395–424. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x> PMID: 15509287
119. McCormack B. Autonomy and the relationship between nurses and older people. *Ageing Soc.* 2001;21(4):417–46. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X01008303>
120. Boyle G. Facilitating choice and control for older people in long-term care. *Health Soc Care Community.* 2004 May;12(3):212–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00490.x> PMID: 19777711
121. Ottmann G, Allen J, Feldman P. A systematic narrative review of consumer-directed care for older people: implications for model development. *Health Soc Care Community.* 2013 Nov;21(6):563–81. PMID: 23465034
122. Cui D, Wang P, Wang Q. A three-pronged approach to the care of elders with Alzheimer's Disease. *Ageing Int.* 2010;35(2):142–52. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12126-010-9058-z>
123. Willis M, Dalziel R. LinkAge Plus: Capacity building – enabling and empowering older people as independent and active citizens. London: Department for Work and Pensions; 2009 (Research report No. 571; <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2009-2010/rrep571.pdf>, accessed 10 July 2015).
124. Evaluation on the model of inter-generational self-help club [website]. Vientiane (Vietnam); ISMS; 2014 (<http://isms.org.vn/>, accessed 10 July 2015) (in Vietnamese).
125. [Final evaluation of the project promotion the rights of the disadvantaged older people in Vietnam]. Vientiane (Vietnam): ISMS; 2014 (in Vietnamese).
126. Beales S. Empowerment and older people: enhancing capabilities in an ageing world. Expert Group Meeting on “Promoting people's empowerment in achieving poverty eradication, social integration and productive and decent work for all”. New York: United Nations; 2012. (<http://www.un.org/esa/socdev/egms/docs/2012/SylviaBeales.pdf>, accessed 10 July 2015).
127. Crawford JO, Graveling RA, Cowie HA, Dixon K. The health safety and health promotion needs of older workers. *Occup Med (Lond).* 2010 May;60(3):184–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ocmed/kqq028> PMID: 20423949
128. Hamilton S, Tew J, Szymczynska P, Clewett N, Manthorpe J, Larsen J, et al. Power, choice and control: how do personal budgets affect experiences of people with mental health problems and their relationships with social workers and other practitioners? *Br J Soc Work.* 2015;23(April). doi: <http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcv023>
129. Advance care planning. London: Royal College of Physicians; 2009 (National Guideline No. 12; (https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/acp_web_final_21.01.09.pdf, accessed 10 July 2015).
130. Aw D, Hayhoe B, Smajdor A, Bowker LK, Conroy SP, Myint PK. Advance care planning and the older patient. *QJM.* 2012 Mar;105(3):225–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcr209> PMID: 22075012
131. Billings JA. The need for safeguards in advance care planning. *J Gen Intern Med.* 2012 May;27(5):595–600. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-011-1976-2> PMID: 22237664
132. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;340 Mar 23 :c1345. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1345> PMID: 20332506 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1345>
133. Morrison RS, Chichin E, Carter J, Burack O, Lantz M, Meier DE. The effect of a social work intervention to enhance advance care planning documentation in the nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Feb;53(2):290–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53116.x> PMID: 15673354
134. Satariano WA, Guralnik JM, Jackson RJ, Marottoli RA, Phelan EA, Prohaska TR. Mobility and aging: new directions for public health action. *Am J Public Health.* 2012 Aug;102(8):1508–15. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300631> PMID: 22698013
135. Ross LA, Schmidt EL, Ball K. Interventions to maintain mobility: What works? *Accid Anal Prev.* 2013 Dec;61:167–96. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2012.09.027> PMID: 23083492
136. Yeom HA, Keller C, Fleury J. Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. *J Am Acad Nurse Pract.* 2009 Feb;21(2):95–100. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00390.x> PMID: 19228247
137. Yeom HA, Fleury J, Keller C. Risk factors for mobility limitation in community-dwelling older adults: a social ecological perspective. *Geriatr Nurs.* 2008 Mar-Apr;29(2):133–40. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.07.002> PMID: 18394514
138. Webber SC, Porter MM, Menec VH. Mobility in older adults: a comprehensive framework. *Gerontologist.* 2010 Aug;50(4):443–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq013> PMID: 20145017
139. Shumway-Cook A, Ciol MA, Yorkston KM, Hoffman JM, Chan L. Mobility limitations in the Medicare population: prevalence and sociodemographic and clinical correlates. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Jul;53(7):1217–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53372.x> PMID: 16108942
140. Nordbakke S, Schwanen T. Well-being and mobility: a theoretical framework and literature review focusing on older people. *Mobilities.* 2014;9(1):104–29. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17450101.2013.784542>

141. Mezuk B, Rebok GW. Social integration and social support among older adults following driving cessation. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008 Sep;63(5):S298–303.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/63.5.S298> PMID: 18818450
142. Yen IH, Fandel Flood J, Thompson H, Anderson LA, Wong G. How design of places promotes or inhibits mobility of older adults: realist synthesis of 20 years of research. *J Aging Health*. 2014 Dec;26(8):1340–72.doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264314527610> PMID: 24788714
143. Shumway-Cook A, Patla AE, Stewart A, Ferrucci L, Ciol MA, Guralnik JM. Environmental demands associated with community mobility in older adults with and without mobility disabilities. *Phys Ther*. 2002 Jul;82(7):670–81. PMID: 12088464
144. Cress ME, Orini S, Kinsler L. Living environment and mobility of older adults. *Gerontology*. 2011;57(3):287–94.doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000322195> PMID: 20980733
145. A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2007 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-promotion-2007.pdf>, accessed 20 July 2015).
146. Frank LD, Schmid TL, Sallis JF, Chapman J, Saelens BE. Linking objectively measured physical activity with objectively measured urban form: findings from SMARTRAQ. *Am J Prev Med*. 2005 Feb;28(2) Suppl 2:117–25.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2004.11.001> PMID: 15694519
147. Chad KE, Reeder BA, Harrison EL, Ashworth NL, Sheppard SM, Schultz SL, et al. Profile of physical activity levels in community-dwelling older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2005 Oct;37(10):1774–84.doi: <http://dx.doi.org/10.1249/01.mss.0000181303.51937.9c> PMID: 16260980
148. Prohaska T, Belansky E, Belza B, Buchner D, Marshall V, McTigue K, et al. Physical activity, public health, and aging: critical issues and research priorities. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006 Sep;61(5):S267–73.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/61.5.S267> PMID: 16960240
149. Giles-Corti B, Donovan RJ. Relative influences of individual, social environmental, and physical environmental correlates of walking. *Am J Public Health*. 2003 Sep;93(9):1583–9.doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1583> PMID: 12948984
150. Anderson LA, Slonim A, Yen IH, Jones DL, Allen P, Hunter RH, et al. Developing a framework and priorities to promote mobility among older adults. *Health Educ Behav*. 2014 Oct;41(1) Suppl:10S–8S.doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1090198114537492> PMID: 25274706
151. Booth ML, Owen N, Bauman A, Clavisi O, Leslie E. Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Prev Med*. 2000 Jul;31(1):15–22.doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1090198114537492> PMID: 10896840
152. Wilcox S, Bopp M, Oberrecht L, Kammermann SK, McElmurray CT. Psychosocial and perceived environmental correlates of physical activity in rural and older african american and white women. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):329–37.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.P329> PMID: 14614117
153. Bauman A, Singh M, Buchner D, Merom D, Bull F. Physical activity in older adults. *Gerontologist*. 2016. (In press).
154. Marottoli RA, Allore H, Araujo KLB, Iannone LP, Acampora D, Gottschalk M, et al. A randomized trial of a physical conditioning program to enhance the driving performance of older persons. *J Gen Intern Med*. 2007 May;22(5):590–7.doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0134-3> PMID: 17443366
155. Marmeleira JF, Godinho MB, Fernandes OM. The effects of an exercise program on several abilities associated with driving performance in older adults. *Accid Anal Prev*. 2009 Jan;41(1):90–7.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2008.09.008> PMID: 19114142
156. Garin N, Olaya B, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Power M, Bucciarelli P, et al. Built environment and elderly population health: a comprehensive literature review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014;10(1):103–15.doi: <http://dx.doi.org/10.2174/1745017901410010103> PMID: 25356084
157. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015 Feb 7;385(9967):549–62.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7) PMID: 25468153
158. Ackerman ML, Edwards JD, Ross LA, Ball KK, Lunsman M. Examination of cognitive and instrumental functional performance as indicators for driving cessation risk across 3 years. *Gerontologist*. 2008 Dec;48(6):802–10.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/48.6.802> PMID: 19139253
159. Ball K, Edwards JD, Ross LA. The impact of speed of processing training on cognitive and everyday functions. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007 Jun;62(Spec. No. 1):19–31. PMID:17565162doi: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/62.special_issue_1.19
160. Lane A, Green E, Dickerson AE, Davis ES, Rolland B, Stohler JT. Driver rehabilitation programs: defining program models, services, and expertise. *Occup Ther Health Care*. 2014 Apr;28(2):177–87. PMID: 24754768
161. Li G, Braver ER, Chen LH. Fragility versus excessive crash involvement as determinants of high death rates per vehicle-mile of travel among older drivers. *Accid Anal Prev*. 2003 Mar;35(2):227–35.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-4575\(01\)00107-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-4575(01)00107-5) PMID: 12504143

162. Löfqvist C, Nygren C, Széman Z, Iwarsson S. Assistive devices among very old people in five European countries. *Scand J Occup Ther*. 2005 Dec;12(4):181–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/11038120500210652> PMID: 16457091
163. Rosso AL, Auchincloss AH, Michael YL. The urban built environment and mobility in older adults: a comprehensive review. *J Aging Res*. 2011;2011:816106. doi: <http://dx.doi.org/10.4061/2011/816106>
164. Joint position paper on the provision of mobility devices in less-resourced settings. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502887_eng.pdf?ua=1, accessed 20 July 2015).
165. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf?ua=1, accessed 20 July 2015).
166. Proposed conceptual framework: universal design. In: Global Universal Design Commission [website]. Syracuse (NY): Global Universal Design Commission; 2015 (<http://www.globaluniversaldesign.org/node/11>, accessed 1 July 2015.)
167. About UD. The Center for Universal Design, College of Design, North Carolina State University [website]. Raleigh (NC): North Carolina State University; 2008. (http://www.ncsu.edu/ncsu/design/cud/about_ud/about_ud.htm, accessed 10 July 2015).
168. Norway: Oslo's Common Principles of Universal Design 2014. In: World Health Organization, Age-friendly World [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://agefriendlyworld.org/en/the-common-principles-of-universal-design-city-of-oslo-2014/>, accessed 3 July 2015).
169. Accessibility in the built environment. In: Building and Construction Authority [website]. Singapore: Singapore Government; 2014 (http://www.bca.gov.sg/barrierfree/barrierfree_buildings.html, accessed 1 July 2015).
170. Kegler MC, Escoffery C, Alcantara I, Ballard D, Glanz K. A qualitative examination of home and neighborhood environments for obesity prevention in rural adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2008;5(1):65. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-5-65> PMID: 19077210
171. Li F, Fisher J, Brownson RC. A multilevel analysis of change in neighborhood walking activity in older adults. *J Aging Phys Act*. 2005 Apr;13(2):145–59. PMID: 15995261
172. Rantakokko M, Törmäkangas T, Rantanen T, Haak M, Iwarsson S. Environmental barriers, person-environment fit and mortality among community-dwelling very old people. *BMC Public Health*. 2013;13(1):783. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-783> PMID: 23981906
173. Hong SI, Morrow-Howell N. Health outcomes of Experience Corps: a high-commitment volunteer program. *Soc Sci Med*. 2010 Jul;71(2):414–20. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.009> PMID: 20510493
174. Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Frick KD, Glass TA, Hill J, et al. A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model. *J Urban Health*. 2004 Mar;81(1):64–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth094> PMID: 15047786
175. Rebok GW, Carlson MC, Glass TA, McGill S, Hill J, Wasik BA, et al. Short-term impact of Experience Corps participation on children and schools: results from a pilot randomized trial. *J Urban Health*. 2004 Mar;81(1):79–93. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth095> PMID: 15047787
176. Fujiwara Y, Sakuma N, Ohba H, Nishi M, Lee S, Watanabe N, et al. REPRINTS: effects of an intergenerational health promotion program for older adults in Japan. *J Intergener Relatsh*. 2009;7(1):17–39. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15350770802628901>
177. Frick KD, Carlson MC, Glass TA, McGill S, Rebok GW, Simpson C, et al. Modeled cost-effectiveness of the Experience Corps Baltimore based on a pilot randomized trial. *J Urban Health*. 2004 Mar;81(1):106–17. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth097> PMID: 15047789
178. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science*. 2006 Jun 30;312(5782):1913–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID: 16809530
179. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 2000 Sep;51(6):843–57. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4) PMID: 10972429
180. Ramlagan S, Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Social capital and health among older adults in South Africa. *BMC Geriatr*. 2013;13(1):100. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-13-100> PMID: 24073666
181. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010 Jul;7(7):e1000316. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316> PMID: 20668659
182. Giles LC, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Jul;59(7):574–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.025429> PMID: 15965141
183. Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George LK. Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: the Duke EPESE 1986–1992. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001 May;56(3):S179–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/56.3.S179> PMID: 11316843

184. Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven PESE. *Am J Epidemiol*. 2003 Apr 1;157(7):633–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwg028> PMID: 12672683
185. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol*. 1988;7(3):269–97. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.7.3.269> PMID: 3289916
186. Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, Cattán M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2013;17(4):394–410. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.742490> PMID: 23186534
187. Kawachi I, Subramanian S, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer; 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-71311-3>
188. Silverstein M, Giarrusso R. Aging and family life: a decade review. *J Marriage Fam*. 2010 Oct;72(5):1039–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00749.x> PMID: 22930600
189. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *J Epidemiol*. 2012;22(3):179–87. doi: <http://dx.doi.org/10.2188/jea.JE20110128> PMID: 22447212
190. Nyqvist F, Cattán M, Andersson L, Forsman AK, Gustafson Y. Social capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings: a comparative study. *J Aging Health*. 2013 Sep;25(6):1013–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264313497508> PMID: 23988810
191. Litwin H, Stoeckel KJ, Roll A. Relationship status and depressive symptoms among older co-resident caregivers. *Aging Ment Health*. 2014 Mar;18(2):225–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.837148> PMID: 24047262
192. Grandparents parenting. Charlottetown: Community legal information association; 2015 (<http://www.cliapei.ca/sitefiles/File/publications/PLA17.pdf>, accessed 27 July 2015).
193. De Jong Gierveld J, Keating N, Fast J. Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Can J Aging*. 2015;34(2):125–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000070>
194. de Jong Gierveld J, Keating N, Fast JE. Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Can J Aging*. 2015 Jun;34(2):125–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980815000070> PMID: 25707297
195. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*. 2011;11(1):647. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-647> PMID: 21843337
196. Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *J Aging Res*. 2011; 2011:534781. PMID:21423600 doi: <http://dx.doi.org/10.4061/2011/534781>
197. Cattán M, Hogg E, Hardill I. Improving quality of life in ageing populations: what can volunteering do? *Maturitas*. 2011 Dec;70(4):328–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.010> PMID: 21958942
198. Findlay RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing Soc*. 2003;23(05):647–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X03001296>
199. Health Quality Ontario. Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2008;8(5):1–49. PMID: 23074510
200. The telephone rings at 5 program. In: *Ageing with pleasure* [website]. Setúbal (Portugal): Envelhecer com praza; 2015 (<http://en.envelhecer.org/index.php?programs/in-domo-nossa/>, accessed 1 July 2015).
201. Englehart T, Melo R, Ranville M. Ageing in place with age-friendly conference calls. In: *2nd International Conference on Age-friendly Cities* [website]. Québec, Canada: 2nd International Conference on Age-friendly Cities; 2013 (http://www.afc2013.ca/docs/PrésentationsVADA/2C_TerryEnglehart.pdf, accessed 10 July 2015).
202. Senior center without walls. In: *Senior Center without Walls; Episcopal Senior Communities* [website]. Oakland (CA): Episcopal Senior Communities; 2015 (<http://www.seniorcenterwithoutwalls.org/>, accessed 1 July 2015).
203. Mick P, Kawachi I, Lin FR. The association between hearing loss and social isolation in older adults. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014 Mar;150(3):378–84. PMID: 24384545
204. Cotten SR, Anderson W, McCullough B. The impact of ICT use on loneliness and contact with others among older adults. *Gerontechnology* (Valkenswaard). 2012;11(2):161. doi: <http://dx.doi.org/10.4017/gt.2012.11.02.378.00>
205. Heaven B, Brown LJ, White M, Errington L, Mathers JC, Moffatt S. Supporting well-being in retirement through meaningful social roles: systematic review of intervention studies. *Milbank Q*. 2013 Jun;91(2):222–87. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/milq.12013> PMID: 23758511
206. Haus MG. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [website]. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2015. [Multigenerational centres]. (<http://www.mehrgenerationenhaeuser.de>, accessed 10 July 2015).

207. Forte D. Relationships. In: Cattan M, editor. *Mental health and well being in later life*. Maidenhead, England: University Press, McGraw-Hill Education; 2009:84–111. (<http://www.mheducation.co.uk/9780335228928-emea-mental-health-and-well-being-in-later-life/>, accessed 10 July 2015).
208. Le cyclopusse: un service de transport de proximité destiné aux seniors. [The “cyclopusse”: a local transport service for older people.] In: AREFO [website]. Lyons: AREFO; 2015 (<http://www.arefo.com/arefo-services/le-cyclopusse/>, accessed 24 July 2015) (in French).
209. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Aug;59(8):619–27. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.029678> PMID: 16020636
210. Leyden KM. Social capital and the built environment: the importance of walkable neighborhoods. *Am J Public Health*. 2003 Sep;93(9):1546–51. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.9.1546> PMID: 12948978
211. Ysseldyk R, Haslam SA, Haslam C. Abide with me: religious group identification among older adults promotes health and well-being by maintaining multiple group memberships. *Aging Ment Health*. 2013;17(7):869–79. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.799120> PMID: 23711247
212. Senior City courses and workshops. [Cours et ateliers de Cité Seniors.] In: Ville de Genève [website]. Geneva: Ville de Genève; 2015 (<http://www.ville-geneve.ch/themes/social/seniors/cite-seniors/cours-ateliers/>, accessed 1 July 2015).
213. Russell C, Campbell A, Hughes I. Ageing, social capital and the Internet: findings from an exploratory study of Australian ‘silver surfers’. *Australas J Ageing*. 2008 Jun;27(2):78–82. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2008.00284.x> PMID: 18713197
214. Rosso AL, Taylor JA, Tabb LP, Michael YL. Mobility, disability, and social engagement in older adults. *J Aging Health*. 2013 Jun;25(4):617–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264313482489> PMID: 23548944
215. Choi NG, Dinitto DM. Internet use among older adults: association with health needs, psychological capital, and social capital. *J Med Internet Res*. 2013;15(5):e97. doi: <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2333> PMID: 23681083
216. Veerle M. *Cooking, caring and volunteering: unpaid work around the world*. Paris: OECD Publishing; 2011 (OECD social, employment and migration working papers No. 116; [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/ELSA/WD/SEM\(2011\)1&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/ELSA/WD/SEM(2011)1&doclanguage=en), accessed 25 July 2015).
217. Maimaris W, Hogan H, Lock K. The impact of working beyond traditional retirement ages on mental health: implications for public health and welfare policy. *Public Health Rev*. 2010;31(2):532–48 (http://www.publichealthreviews.eu/upload/pdf_files/8/PHR_32_2_Maimaris.pdf, accessed 10 July 2015).
218. Kajitani S. Working in old age and health outcomes in Japan. *Japan World Econ*. 2011;23(3):153–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.japwor.2011.06.001>
219. Calvo E, Haverstick K, Sass SA. Gradual retirement, sense of control, and retirees’ happiness. *Res Aging*. 2009;31(1):112–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027508324704>
220. Aleksandrowicz P, Fasang A, Schömann K, Staudinger UM. Die Bedeutung der Arbeit beim vorzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. [The meaning of work at early retirement]. *Z Gerontol Geriatr*. 2010 Oct;43(5):324–9. PMID:19806292 (in German). doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-009-0068-y>
221. Decent work. In: International Labour Organization [website]. Geneva: International Labour Organization; 2015 (<http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>, accessed 24 July 2015).
222. Thoits PA, Hewitt LN. Volunteer work and well-being. *J Health Soc Behav*. 2001 Jun;42(2):115–31. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/3090173> PMID: 11467248
223. Hao Y. Productive activities and psychological well-being among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008 Mar;63(2):S64–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/63.2.S64> PMID: 18441271
224. Greenfield EA. Felt obligation to help others as a protective factor against losses in psychological well-being following functional decline in middle and later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009 Nov;64(6):723–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp074> PMID: 19825942
225. Brown SL, Brown RM, House JS, Smith DM. Coping with spousal loss: potential buffering effects of self-reported helping behavior. *Pers Soc Psychol Bull*. 2008 Jun;34(6):849–61. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0146167208314972> PMID: 18344495
226. Piliavin JA, Siegl E. Health benefits of volunteering in the Wisconsin longitudinal study. *J Health Soc Behav*. 2007 Dec;48(4):450–64. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/002214650704800408> PMID: 18198690
227. Morrow-Howell N. Volunteering in later life: research frontiers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010 Jul;65(4):461–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq024> PMID: 20400498
228. Morrow-Howell N. Civic service across the life course. *Generations*. 2007;30:37–42.
229. Luoh MC, Herzog AR. Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality. *J Health Soc Behav*. 2002 Dec;43(4):490–509. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/3090239> PMID: 12664678

Всемирный доклад о старении и здоровье

230. Kumar S, Calvo R, Avendano M, Sivaramakrishnan K, Berkman LF. Social support, volunteering and health around the world: cross-national evidence from 139 countries. *Soc Sci Med*. 2012 Mar;74(5):696–706. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.017> PMID: 22305947
231. Burr JA, Tavares J, Mutchler JE. Volunteering and hypertension risk in later life. *J Aging Health*. 2011 Feb;23(1):24–51. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264310388272> PMID: 20971920
232. Fried LP, Carlson MC, Freedman M, Frick KD, Glass TA, Hill J, et al. A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model. *J Urban Health*. 2004 Mar;81(1):64–78. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/jth094> PMID: 15047786
233. Carlson MC, Helms MJ, Steffens DC, Burke JR, Potter GG, Plassman BL. Midlife activity predicts risk of dementia in older male twin pairs. *Alzheimers Dement*. 2008 Sep;4(5):324–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2008.07.002> PMID: 18790459
234. McDonnall MC. The effect of productive activities on depressive symptoms among older adults with dual sensory loss. *Res Aging*. 2011 May;33(3):234–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0164027511399106> PMID: 21686087
235. Kim J, Pai M. Volunteering and trajectories of depression. *J Aging Health*. 2010 Feb;22(1):84–105. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264309351310> PMID: 19920207
236. Kahana E, Bhatta T, Lovegreen LD, Kahana B, Midlarsky E. Altruism, helping, and volunteering: pathways to well-being in late life. *J Aging Health*. 2013 Feb;25(1):159–87. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0898264312469665> PMID: 23324536
237. Baker L, Cahalin L, Gerst K, Burr J. Productive activities and subjective well-being among older adults: the influence of number of activities and time commitment. *Soc Indic Res*. 2005;73(3):431–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-005-0805-6>
238. Cattan M, Hogg E, Hardill I. Improving quality of life in ageing populations: what can volunteering do? *Maturitas*. 2011 Dec;70(4):328–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.010> PMID: 21958942
239. Bowen C, Staudinger UM. Images of aging in the workplace moderate age differences in promotion orientation. *Gerontologist*. 2010;50:79.
240. Burtless G. The impact of population aging and delayed retirement on workforce productivity. Chestnut Hill (MA): Center for Retirement Research at Boston College; 2013 (<http://crr.bc.edu/working-papers/the-impact-of-population-aging-and-delayed-retirement-on-workforce-productivity/>, accessed 10 July 2015).
241. Macarthur Foundation Research Network on an Aging Society. Facts and fictions about an aging America. *Contexts*. 2009;8(4):16–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1525/ctx.2009.8.4.16>
242. Wacker RR, Roberto KA. Aging social policies: an international perspective. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2011. (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/aging-social-policies/book229325>, accessed 10 July 2015).
243. Allan LJ, Johnson JA. Undergraduate attitudes toward the elderly: the role of knowledge, contact and aging anxiety. *Educ Gerontol*. 2008;35(1):1–14. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/03601270802299780>
244. Malinen S, Johnston L. Workplace ageism: discovering hidden bias. *Exp Aging Res*. 2013;39(4):445–65. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/0361073X.2013.808111> PMID: 23875840
245. Ragan AM, Bowen AM. Improving attitudes regarding the elderly population: the effects of information and reinforcement for change. *Gerontologist*. 2001 Aug;41(4):511–5. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/geront/41.4.511> PMID: 11490049
246. European Union. Council directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation. Brussels: Council of the European Union; 2000 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32000L0078>, accessed 10 July 2015).
247. Sonnet A, Olsen H, Manfredi T. Towards more inclusive ageing and employment policies: the lessons from France, the Netherlands, Norway and Switzerland. *Economist*. 2014;162(4):315–39. doi: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10645-014-9240-x>
248. Staudinger U, Finkelstein R, Calvo E, Sivaramakrishnan K. Ageing, work, and health. *Gerontologist*. 2016. (In press).
249. OECD employment outlook 2013. Paris: OECD Publishing; 2013 doi: http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-en doi: http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-en
250. Promoting longer working lives through pension reforms. First part: flexibility in retirement age provision. Brussels: European Commission, Social Protection Committee; 2007 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=745&langId=en>, accessed 20 July 2015).
251. The SunAmerica Retirement Re-Set Study: redefining retirement post recession. Los Angeles: SunAmerica Financial Group; 2011 (<http://www.agewave.com/research/retirementresetreport.pdf>, accessed 4 June 2015).
252. Fairlie RW. Kauffman Index of Entrepreneurial Activity 1996–2012. Kansas City (MO): Ewing Marion Kauffman Foundation; 2013 (http://www.kauffman.org/~media/kauffman_org/research%20reports%20and%20covers/2013/04/kiea_2013_report.pdf, accessed 10 July 2015).

253. Sundén A. The Swedish experience with pension reform. *Oxf Rev Econ Policy*. 2006;22(1):133–48. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/oxrep/grj009>
254. Naegele GWA. A guide to good practice in age management. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2006 (<http://www.ageingatwork.eu/resources/a-guide-to-good-practice-in-age-management.pdf>, accessed 10 July 2015).
255. Heckman JJ. Policies to foster human capital. *Res Econ*. 2000;54(1):3–56.
256. Pavlova M, Maclean R. Reskilling for all? The changing role of TVET in the ageing societies of developing countries. In: Karmel T, Maclean R, editors. *Technical and vocational education and training in an ageing society: expert meeting proceedings*. Adelaide: National Centre for Vocational Education Research; 2007:2401–15.
257. Munnell AH, Sass SA. *Working longer: the solution to the retirement income challenge*. Washington (DC): Brookings Institution Press; 2008 (<http://www.brookings.edu/research/books/2008/workinglonger>, accessed 10 July 2015).
258. Staudinger UM, Bowen CE. A systemic approach to aging in the work context. *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*. 2011;44(4):295–306.
259. Bowen C, Staudinger UM. Age moderates the relationship between job satisfaction and performance. *Gerontologist*. 2012;52:2–3.
260. Tang F, Choi E, Morrow-Howell N. Organizational support and volunteering benefits for older adults. *Gerontologist*. 2010 Oct;50(5):603–12. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq020> PMID: 20211944
261. Tang F. What resources are needed for volunteerism? A life course perspective. *J Appl Gerontol*. 2006;25:375–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464806292858>
262. Hank K, Erlinghagen M. Dynamics of volunteering in older Europeans. *Gerontologist*. 2010 Apr;50(2):170–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnp122> PMID: 19666783
263. Gray E, Khoo S-E, Reimondos A. Participation in different types of volunteering at young, middle and older adulthood. *J Popul Res*. 2012;29(4):373–98. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12546-012-9092-7>
264. Butrica BA, Johnson RW, Zedlewski SR. Volunteer dynamics of older Americans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009 Sep;64(5):644–55. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbn042> PMID: 19213847
265. Okun MA, Schultz A. Age and motives for volunteering: testing hypotheses derived from socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 2003 Jun;18(2):231–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.231> PMID: 12825773
266. Omoto AM, Snyder M, Martino SC. Volunteerism and the life course: investigating age-related agendas for action. *Basic Appl Soc Psych*. 2000;22:181–97. doi: http://dx.doi.org/10.1207/S15324834BASP2203_6
267. Boezeman EJ, Ellemers N. Intrinsic need satisfaction and the job attitudes of volunteers versus employees working in a charitable volunteer organization. *J Occup Organ Psychol*. 2009;82(4):897–914. doi: <http://dx.doi.org/10.1348/096317908X383742>
268. Clary EG, Snyder M, Ridge RD, Copeland J, Stukas AA, Haugen J, et al. Understanding and assessing the motivations of volunteers: a functional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1998 Jun;74(6):1516–30. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1516> PMID: 9654757
269. McBride ME, Huddleston CB, Balzer DT, Goel D, Gazit AZ. Hypoplastic left heart associated with scimitar syndrome. *Pediatr Cardiol*. 2009 Oct;30(7):1037–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00246-009-9479-1> PMID: 19495846
270. Musick MA, Wilson J. *Volunteers: a social profile*. Bloomington (IN): Indiana University Press; 2008 (http://www.iupress.indiana.edu/product_info.php?products_id=41769, accessed 10 July 2015).
271. *America's senior volunteers*. Washington (DC): Independent Sector; 2000 (https://www.independentsector.org/uploads/Resources/americas_senior_volunteers.pdf, accessed 10 July 2015).
272. McMunn A, Nazroo J, Wahrendorf M, Breeze E, Zaninotto P. Participation in socially-productive activities, reciprocity and wellbeing in later life: baseline results in England. *Ageing Soc*. 2009;29(05):765. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X08008350>
273. *Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action*. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/78335>, accessed 20 July 2015).
274. Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, Mah CL, Molnar A, Renahy E, et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *J Epidemiol Community Health*. 2013 Dec 1;67(12):1068–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-202731> PMID: 23986493



Глава 7
Следующие шаги

Рут, 101 год, Норвегия

Рут – постоянная участница «Ралли ходунков» в Осло. Это ежегодное мероприятие, организуемое муниципалитетом Осло в сотрудничестве с неправительственными организациями и Советом пожилых граждан, содействует *здоровому старению*, уделяя основное внимание таким аспектам, как доступность, участие, добровольческая деятельность и совместная работа разных поколений.

Пожилые люди с тростями для ходьбы, ходунками и инвалидными колясками выходят на главную сцену за призами, полученными в конкурсе на наиболее оригинально украшенные ходунки и на наибольшее пройденное расстояние.

«Активный образ жизни заставляет меня забыть о болях в спине!» – говорит Рут, которой 101 год и которая по-прежнему живет у себя дома и благодарит свой местный дневной центр по уходу за организацию мероприятий, позволяющих ей вести активный образ жизни и поддерживать социальные связи.

© Осло, 2014 г.

7

Следующие шаги

Введение

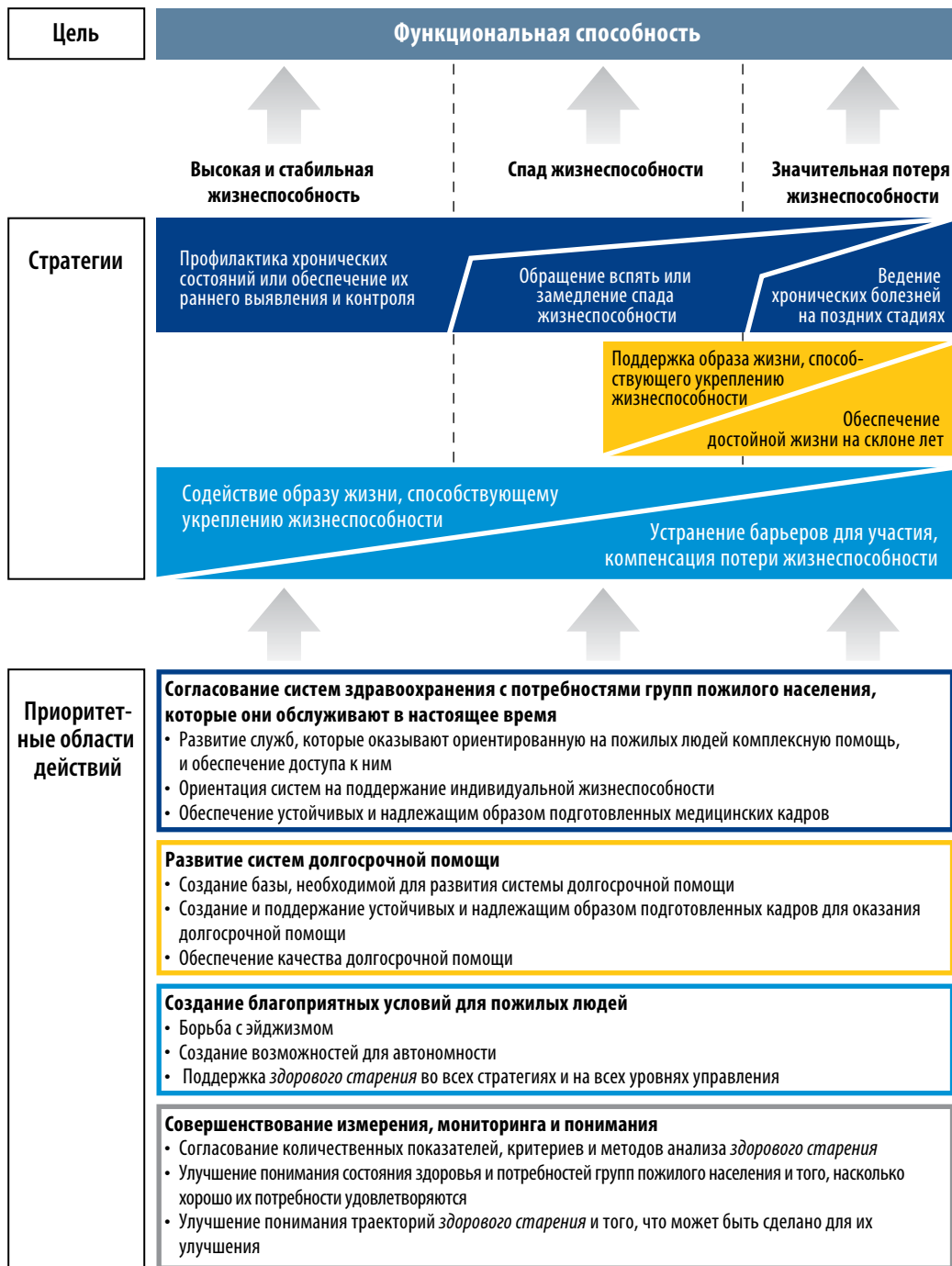
В сфере здравоохранения необходимо незамедлительно принять комплексные меры по проблеме старения. Несмотря на существование значительных пробелов в знаниях, мы располагаем достаточным объемом фактических данных, на основании которых можем действовать уже сейчас, и каждая страна может предпринять определенные шаги независимо от своего нынешнего положения или уровня развития.

Первым шагом будет нацеленность на обеспечение оптимальной функциональной способности, то есть на решение задачи *здорового старения*. На индивидуальном уровне это потребует наличия политики, систем и услуг, направленных на оптимизацию траектории изменения функциональной способности на протяжении всего жизненного цикла. На уровне населения в целом разрабатываемые стратегии должны будут предусматривать не только повышение общих уровней функциональной способности, но и сужение диапазона ее распределения путем уделения особого внимания лицам с наименьшими ресурсами или с наименьшим уровнем функциональной способности.

Ключевые возможности для принятия мер в сфере общественного здравоохранения представлены на [рисунке 7.1](#), который опирается на рамочную основу системы здравоохранения для *здорового старения*, представленную на рисунке 2.4. Как было указано в главе 2, укрепление функциональной способности, обеспечивающей благополучие в пожилом возрасте, требует наличия стратегий, ориентированных на укрепление и поддержание индивидуальной жизнеспособности на протяжении всего жизненного цикла. Тем не менее также возникнет необходимость в действиях, позволяющих пожилым людям жить и делать то, что они считают ценным, вне зависимости от уровня их жизнеспособности.

В главах 4–6 был описан ряд мер, способствующих достижению этой цели. Выбор наиболее уместных или неотложных из этих мер и способы их реализации зависят от местных условий. Хотя потребности пожилых людей во всем мире достаточно единообразны, готовность к их удовлетворению варьируется как между странами, так в пределах одной страны. Одним из важных моментов является уровень социально-экономического развития

Рисунок 7.1. Возможности для принятия мер в сфере общественного здравоохранения в целях обеспечения *здорового старения*



страны. Тем не менее даже среди стран с аналогичными уровнями ресурсов существуют значительные различия в плане удовлетворения потребностей пожилых людей. Например, несмотря на то что многие страны с высоким уровнем дохода обеспечивают общедоступную медицинскую помощь, охват и финансирование долгосрочной помощи в тех же странах могут варьироваться в существенных пределах. В некоторых странах устойчивое финансирование долгосрочной помощи осуществляется посредством универсального распределения рисков, тогда как в других странах такая помощь по-прежнему является сферой ответственности пациентов и членов их семей, что сопряжено с соответствующими рисками, которые были рассмотрены в настоящем докладе.

Таким образом, прежде чем составлять план конкретных и надлежащих следующих шагов, каждая страна или регион должны оценить текущую ситуацию и то, какие меры могут оказаться полезными в их условиях.

Тем не менее можно выделить четыре приоритетные области действий:

1. согласование систем здравоохранения с потребностями групп пожилого населения, которые они обслуживают в настоящее время;
2. разработка систем долгосрочной помощи;
3. создание условий, благоприятных для пожилых людей;
4. совершенствование измерения, мониторинга и понимания.

Первые три пункта рассмотрены в главах 4–6 настоящего доклада. Четвертая приоритетная область свидетельствует о наличии у директивных органов существенных пробелов в знаниях, которые необходимо устранить в неотложном порядке.

Принятие мер в этих четырех областях обеспечивает для всех пожилых людей возможность *здорового старения* вне зависимости от их уровня жизнеспособности. Вместе с тем также необходимо будет принять во внимание три

разные подгруппы пожилых людей, описанные в главе 2. Что касается пожилых людей с относительно высокой и стабильной жизнеспособностью, то ключевыми целями будут устранение барьеров, ограничивающих их участие, содействие образу жизни, направленному на укрепление жизнеспособности и способности ухаживать за собой, профилактика хронических состояний, а также обеспечение их раннего выявления и эффективного лечения. Для пожилых людей с пониженной жизнеспособностью целями являются обращение вспять тенденции к снижению жизнеспособности, предотвращение дальнейшего снижения и поддержание функциональной способности, несмотря на ее снижение. Что касается пожилых людей со значительной потерей жизнеспособности или людей, подверженных высокому риску такой потери, то цели смещаются в сторону обеспечения для таких людей достойной жизни и оказания медико-санитарных услуг для ведения хронических состояний на поздних стадиях. Эти подгруппы не являются ни жесткими, ни охватывающими течение жизни каждого пожилого человека. Тем не менее, если потребности этих подгрупп будут учтены, функциональная способность большинства пожилых людей улучшится.

Ниже более подробно описаны некоторые из ключевых областей действий, способствующих достижению этих результатов. Вскоре после публикации настоящего доклада ВОЗ в сотрудничестве с государствами-членами приступит к разработке глобальной стратегии и плана действий в отношении старения и здоровья. Для определения глобальных приоритетных действий и групп, ответственных за их осуществление, эта стратегия будет опираться на настоящий доклад и другие источники.

Способы финансирования действий в разных странах будут разными. В некоторых случаях финансирование может осуществляться путем адаптации существующих услуг к меняющимся демографическим и эпидемиологическим условиям. Тем не менее для многих

стран обеспечение доступа к всеобщему охвату медицинской помощью и долгосрочной помощью по-прежнему остается весьма отдаленной целью. В таких странах следует принять конкретные меры и осуществить инвестиции для обеспечения всем пожилым людям доступа к необходимым услугам – профилактике, укреплению здоровья, лечению, реабилитации и долгосрочной помощи – без риска, связанного с финансовыми трудностями, которые могут повлиять на них и на членов их семей. Если такие меры пока еще невозможно принять в отношении всего населения, первоначальной целью должны стать лица с наибольшими потребностями и наименьшими ресурсами для удовлетворения своих потребностей. Если ресурсы стран ограничены, некоторые из ключевых областей действий, в частности меры, требующие технического содействия и наращивания потенциала, могут быть включены в рамки международного сотрудничества.

Ключевые области действий в отношении здорового старения

Согласование систем здравоохранения с потребностями групп пожилого населения, которые они обслуживают в настоящее время

По мере того как люди стареют, их потребности в отношении медицинской помощи приобретают все более хронический и сложный характер. Реагирование на такие потребности требует ориентации комплексной помощи на достижение общей цели, связанной с оптимизацией траекторий изменения функциональной способности, с уделением особого внимания максимальному повышению индивидуальной жизнеспособности. Вместе с тем многие

из существующих услуг были изначально ориентированы на лечение острых состояний или симптомов; проблемы здоровья зачастую решаются несвязанным и фрагментарным образом; а координация между поставщиками помощи, учреждениями и периодами времени зачастую отсутствует.

Для того чтобы системы здравоохранения отошли от этих устаревших подходов, необходимы действия по нескольким направлениям. Для обеспечения согласования важно использовать три следующих подхода:

1. развитие служб, которые оказывают ориентированную на пожилых людей помощь, и обеспечение доступа к ним;
2. ориентация систем на поддержание индивидуальной жизнеспособности;
3. обеспечение наличия устойчивых и надлежащим образом подготовленных медицинских кадров.

Развитие служб, которые оказывают ориентированную на пожилых людей комплексную помощь, и обеспечение доступа к ним

Наиболее оптимальным способом переориентации систем здравоохранения в направлении достижения цели, связанной с оптимизацией функциональной способности, является отведение пожилым людям центрального места в системе предоставления услуг. На практике это означает ориентацию этих систем на потребности и предпочтения пожилых людей, а также обеспечение услуг, приспособленных под нужды пожилых людей, при согласовании таких услуг с пожилыми людьми и, в соответствующих случаях, с членами их семей и членами сообщества. Хотя набор таких стратегий может варьироваться, в любом случае крайне важно обеспечить интеграцию между разными уровнями и службами, а также между медицинской и долгосрочной помощью (вставка 7.1). Ключевые меры для достижения ориентированной на пожилых людей комплексной помощи включают:

- обеспечение прохождения пожилыми людьми комплексной оценки и разработка единого, общего для всех служб плана помощи, ориентированного на оптимизацию их жизнеспособности;
- создание служб, расположенных как можно ближе к местам проживания пожилых людей, включая оказание услуг на дому, а также предоставление помощи в местном сообществе;
- создание предоставляющих услуги структур, которые содействуют оказанию помощи силами многопрофильных бригад;
- оказание поддержки пожилым людям в самообеспечении посредством поддержки со стороны сверстников, обучения, информирования и консультирования;
- обеспечение наличия медицинской продукции, вакцин и технологий, необходимых для оптимизации их жизнеспособности.

Ориентация систем на поддержание индивидуальной жизнеспособности

Чтобы система здравоохранения действительно соответствовала потребностям пожилого населения, все ее компоненты должны быть в первую очередь ориентированы на поддержание индивидуальной жизнеспособности. Такая ориентация требует существенной трансформации действующих систем, лежащих в основе оказания услуг. Это может включать изменения в таких областях, как сбор в рамках системы медико-санитарной и административной информации, параметры отчетности, методы проведения мониторинга, действующие механизмы финансирования и стимулирования, подготовка кадров и поощряемые модели поведения. Проведению таких изменений могут помочь следующие меры:

- адаптация информационных систем для сбора, анализа и представления данных об индивидуальной жизнеспособности;

Вставка 7.1. Группы поддержки старения на месте в Сингапуре

В комплексе медицинских учреждений “Александра” в Сингапуре используется комплексная программа старения на месте в целях сокращения случаев госпитализации, которых можно избежать, а также повышения качества жизни пожилых людей. Пожилых людей с высокими показателями использования больничного обслуживания (включая помощь в отделении неотложной помощи) посещает на дому общинная медицинская сестра для выяснения их потребностей и определения того, какие из этих потребностей еще не удовлетворены, составления плана медицинского обслуживания и координации последующего наблюдения (1).

В зависимости от индивидуальных потребностей пожилого человека, посещать его для контрольного наблюдения могут медицинские сестры, физиотерапевты, фармацевты, диетологи, специалисты по трудотерапии или другие общинные партнеры. Например, общинные медицинские сестры могут обучать пожилых людей пользованию системами контроля уровня глюкозы в крови; физиотерапевты могут обучать их простым силовым упражнениям для содействия независимости; а фармацевты могут проверять лекарственные средства. Периодичность посещений зависит от потребностей пожилого человека.

Применение такого подхода в рамках системы здравоохранения позволило сократить число госпитализаций на 67% и оптимизировать использование больничных ресурсов.

- адаптация мониторинга эффективности, механизмов поощрения и финансирования для поддержания помощи, которая оптимизирует жизнеспособность;
- создание клинических руководств по оптимизации траекторий изменения индивидуальной жизнеспособности и обновление действующих руководств в целях выявления их влияния на жизнеспособность.

Обеспечение наличия устойчивых и надлежащим образом подготовленных медицинских кадров

Обеспечение наличия устойчивых и надлежащим образом подготовленных медицинских кадров в XXI веке требует тщательного учета людских ресурсов, необходимых для оказания ориентированной на пожилых людей комплексной помощи. Важно обеспечить наличие у поставщиков услуг базовых геронтологических и гериатрических навыков, а также более общих компетенций, необходимых для работы в интегрированных системах, включая компетенции, связанные с коммуникациями, коллективной работой, ИКТ и другими технологиями. Вместе с тем стратегии не должны быть нацелены лишь на существующие в настоящее время подразделения кадровых ресурсов. Основные действия, которые могут быть предприняты, включают:

- обеспечение базовой подготовки по гериатрическим и геронтологическим вопросам во время дослужебной подготовки и на курсах повышения квалификации для всех медицинских работников;
- включение основных гериатрических и геронтологических компетенций во все учебные планы подготовки медицинских работников;
- обеспечение наличия такого числа гериатров, которое удовлетворяет потребностям населения, и поощрение создания гериатрических отделений для лечения сложных случаев;
- анализ потребностей в новых кадрах (таких, как координаторы помощи и консультанты по самопомощи) и расширение функций существующих сотрудников, таких как местные медико-санитарные работники, для координации медицинской помощи, оказываемой пожилым людям на уровне сообщества.

Развитие систем для оказания долгосрочной помощи

В XXI веке ни одна страна не может позволить себе не иметь интегрированную систему долгосрочной помощи. В странах с высоким уровнем дохода задачи в связи с такой системой обычно включают улучшение качества долгосрочной помощи, разработку финансово устойчивых механизмов ее оказания всем, кто в ней нуждается, и наиболее оптимальную ее интеграцию в системы здравоохранения.

В странах с низким и средним уровнями дохода задача может состоять в создании такой системы, если она еще не существует. В таком случае ответственность за оказание долгосрочной помощи часто лежит полностью на семье. Социально-экономическое развитие, старение населения и изменение роли женщин означают, что такая практика более не является устойчивой или справедливой.

Вне зависимости от страны, для удовлетворения потребностей пожилых людей, снижения уровня непропорциональной зависимости от служб неотложной помощи, оказания помощи семьям во избежание непомерных медицинских расходов и освобождения женщин для выполнения более широких социальных ролей необходимы комплексные системы долгосрочной помощи. Главной задачей этих систем должно стать поддержание уровня функциональной способности у пожилых людей, которые потеряли или рискуют потерять значительную часть своей жизнеспособности, и обеспечение соответствия этой помощи их основным правам, фундаментальным свободам и достоинству человека. Это включает также признание наличия у пожилых людей неизбежного стремления к благополучию и уважению.

Только правительства могут создавать и контролировать такие системы. Но это не означает, что ответственным за долгосрочную помощь является исключительно правительство. Хотя подходящими для разных стран или условий будут разные системы, общим является

то, что такие системы должны основываться на четких партнерских связях с семьями, сообществами, другими поставщиками помощи и с частным сектором. Роль правительства (часто выполняемая через министерство здравоохранения) будет состоять в руководстве таким партнерством, подготовке и поддержке лиц, осуществляющих уход, обеспечении интеграции в различных секторах (в том числе с сектором здравоохранения), обеспечении качества услуг, а также в оказании услуг напрямую наиболее нуждающимся лицам (либо по причине их низкой индивидуальной жизнеспособности, либо из-за их низкого социально-экономического статуса). Эти цели могут быть достигнуты даже в странах с весьма ограниченными ресурсами. В этих странах фактически уже принимаются инновационные меры (*вставка 7.2*).

Крайне важное значение для создания доступной системы долгосрочной помощи имеет решение трех задач:

1. создание базы, необходимой для развития системы долгосрочной помощи;
2. формирование и поддержание устойчивых и надлежащим образом подготовленных кадров;
3. обеспечение качества долгосрочной помощи.

Создание базы, необходимой для развития системы долгосрочной помощи

Создание комплексной системы долгосрочной помощи, ориентированной на поддержание способностей пожилых людей, требует такой структуры управления, которая обеспечивает руководство и контроль за процессом создания системы, а также четкое распределение ответственности за достижение прогресса. Созданию системы, соответствующей социальным, культурным и экономическим условиям, будет способствовать прозрачный процесс, в рамках которого используются знания и опыт пожилых людей, лиц, осуществляющих уход, и исследователей, учитываются текущие под-

ходы с оценкой их достоинств и недостатков. Этот процесс позволяет определить основные необходимые услуги и функции, возможные препятствия, наиболее подходящих поставщиков услуг и наилучших исполнителей других функций, таких как обучение и аккредитация. Основное внимание должно быть уделено разработке системы, которая позволяет пожилым людям стареть в удобных для них местах и поддерживать связи со своим сообществом и социальными сетями. Обеспечение доступа к такой помощи при сокращении риска возникновения финансовых трудностей для получателей помощи или лиц, которые осуществляют уход за ними, потребует достаточных ресурсов и приверженности принципу приоритетной поддержки тех, кто в наибольшей степени нуждается в медицинской и финансовой помощи.

Основные действия, которые могут быть предприняты, включают:

- признание долгосрочной помощи в качестве важного общественного блага;
- возложение четкой ответственности за разработку системы долгосрочной помощи и планирование необходимых для этого мероприятий;
- создание справедливых и устойчивых механизмов финансирования помощи;
- определение функций правительства и создание служб, которые будут выполнять эти функции.

Формирование и поддержание устойчивых и надлежащим образом подготовленных кадров для оказания долгосрочной помощи

Как и в случае систем здравоохранения, для оказания долгосрочной помощи крайне важно сформировать устойчивые и надлежащим образом подготовленные кадры. Многие упомянутые здесь меры, разработанные для систем здравоохранения, также применимы и к лицам, осуществляющим долгосрочный уход на платной основе. Тем не менее сфере долгосрочной помощи обычно не уделяется должного вни-

Вставка 7.2. “Эйджвэлл”: поддержка со стороны сверстников на уровне сообщества в Кейптауне, Южная Африка

Пожилые люди могут выступать в качестве ценнейшего ресурса стареющего сообщества, поскольку на основе собственного опыта могут выявлять и реагировать на проблемы, с которыми сталкиваются другие пожилые люди. Это – основная предпосылка экспериментального проекта “Эйджвэлл”, призванного содействовать развитию поддержки со стороны сверстников на уровне сообщества в Кейптауне, Южная Африка.

В целях укрепления здоровья и благополучия пожилых людей в Кайеличе – крупнейшем в Южной Африке поселении и одном из беднейших районов Кейптауна – 28 пожилых членов сообщества прошли подготовку в качестве лиц, оказывающих помощь сверстникам. Работая в парах, они посетили на дому 211 стариков в своем сообществе. Целью посещений были дружеское общение и социальная поддержка, а также формирование чувства общинной солидарности; во время посещений также выявляли потребности в медицинской и социальной помощи. После выяснения потребностей пожилых людей направляли к поставщикам медицинских услуг или в социальные службы.

Пожилые люди получали направления, ответив на базовые вопросы загруженного в смартфон опросника для проведения скрининга, а также на основе наблюдений, сделанных во время посещений на дому. Оказывающие помощь сверстники стали важным звеном связи между нуждающимися пожилыми людьми и социальными службами.

Исследование по оценке экспериментального проекта выявило целый ряд преимуществ.

У пожилых людей, которых посещали на дому, были отмечены существенные улучшения. Показатели благополучия улучшились на 60%; средние показатели удовлетворенности социальной помощью улучшились на 50% за весь период исследования. Пожилые люди, оказывающие помощь, также сообщили об улучшении состояния здоровья во время участия в программе, включая повышение гибкости, подвижности, запаса жизненных сил, улучшение сна и снижение уровня стресса.

Повысилась способность пожилых людей удовлетворять свои основные потребности. У пожилых людей, оказывающих помощь, повысился уровень финансовой безопасности, поскольку они получали заработную плату, сопоставимую с платой, которую находящиеся на государственной службе общинные медико-санитарные работники получали за работу в течение 20 часов в неделю. Облегчение доступа пожилых людей к общинным медицинским и социальным службам позволило им удовлетворить свои основные потребности в медицинской и социальной помощи. Направления к врачам-специалистам, выданные в рамках программы “Эйджвэлл”, способствовали повышению показателей использования клинических услуг – с 30 до 200 пожилых клиентов в период проведения исследования.

Благодаря полученной в рамках программы подготовке **у пожилых людей, оказывающих помощь, повысилась способность учиться, развиваться и принимать решения.** В связи с подготовкой у них повысились самооценка и самоуважение, вновь появились цель в жизни и надежда. Пожилые люди с энтузиазмом говорили о появлении новых возможностей и с удовлетворением изучали новые технологии, такие как смартфоны и компьютерные социальные сети.

Повысилась способность пожилых людей устанавливать и поддерживать отношения – причем как у пожилых людей, оказывающих помощь, так и у их клиентов, которых они навещали. Благодаря участию клиентов программы “Эйджвэлл” число членов местного клуба для пожилых людей выросло втрое. Пожилые люди, оказывающие помощь, говорили о том, что ощущают себя более близкими друг к другу и к своему сообществу и что они установили более тесные связи с соседями, друзьями и членами сообщества. Они заявили, что больше не чувствуют себя изолированными и одинокими и рассматривают своих сверстников, оказывающих помощь, в качестве членов своей семьи, а клиентов – в качестве друзей.

Программа также улучшила способность пожилых людей вносить вклад в жизнь своего сообщества. Результаты, полученные в фокус-группах с участием пожилых людей, оказывающих помощь, свидетельствовали о том, что программа расширила их возможности благодаря обретению новых навыков и оказанию помощи другим людям. Многие из них заявили о том, что возврат к экономической активности изменил их жизнь.

Источник: M Besser and S Rohde; World Health Organization, Kobe Centre; Case study in South Africa: AgeWell, a peer-support service in a community setting to improve well-being and health among older persons living in a peri-urban township of Cape Town; 2015; неопубликованные данные.

мания. Основной стратегией обеспечения устойчивых кадров в будущем является предоставление лицам, осуществляющим уход на платной основе, статуса и признания, которых заслуживает их вклад.

Кроме того, в отличие от системы здравоохранения, в настоящее время большинство тех, кто осуществляет уход в рамках системы долгосрочной помощи, – это члены семьи, добровольцы, члены общинных организаций и оплачиваемые, но не имеющие подготовки работники. Большинство из них – женщины. Организация подготовки, которая даст им возможность хорошо выполнять свою работу и в то же время избавит от стресса, возникающего в результате недостаточного уровня информированности о способах преодоления сложных ситуаций, должна занимать центральное место в создании системы долгосрочной помощи. Снизить нагрузку членов семей, осуществляющих уход, также может, например, обеспечение временного ухода на период их отдыха или оплаты наличными. Также важно изыскивать способы более справедливого распределения обязанностей лиц, осуществляющих уход, между представителями разных полов и поколений.

В странах с низким и средним уровнями дохода впечатляющие перспективы открываются в результате того, что благодаря расширению прав и возможностей пожилые добровольцы объединяются в ассоциации или организации, защищающие права пожилых людей и обеспечивающие им уход и поддержку, в которых они нуждаются. Эти концепции могут быть применены в странах с более высоким уровнем дохода.

Основными мерами содействия формированию и поддержанию устойчивых и надлежащим образом подготовленных кадров для оказания долгосрочной помощи являются:

- повышение их заработной платы и улучшение условий труда, а также создание возможностей для карьерного роста, который позволит им занимать более

ответственные и лучше оплачиваемые должности;

- принятие законодательства, обеспечивающего введение гибких условий труда или отпусков для членов семьи, оказывающих долгосрочную помощь;
- создание механизмов поддержки для лиц, осуществляющих уход, таких как обеспечение временного ухода на период отдыха этих лиц и предоставление доступной подготовки или информационных ресурсов;
- повышение уровня осведомленности в отношении ценности и вознаграждения лиц, осуществляющих уход, и борьба с социальными нормами и ролями, препятствующими мужчинам и молодым людям выполнять функции лиц, осуществляющих уход;
- поддержка общинных инициатив, которые объединяют пожилых людей в качестве ресурса для осуществления ухода, а также для участия в других мероприятиях, направленных на развитие сообщества.

Обеспечение качества долгосрочной помощи

Первым шагом в обеспечении качества долгосрочной помощи является ориентация соответствующих служб на достижение цели, связанной с оптимизацией функциональной способности. Это требует от систем и лиц, осуществляющих уход, изыскания способов оптимизации траектории изменения жизнеспособности пожилого человека и компенсации потери жизнеспособности посредством предоставления помощи и изменения окружающих условий так, чтобы помочь пожилому человеку поддерживать функциональную способность на уровне, обеспечивающем благополучие. Для решения этой задачи необходима координация действий как в рамках системы долгосрочной помощи, так и с медицинскими службами. Координации действий, направленных на

поддержание функциональной способности, могут способствовать системы управления качеством.

Для этого необходимо принятие следующих основных мер:

- разработка и распространение протоколов или руководств по оказанию помощи, в которых рассматриваются ключевые вопросы;
- создание механизмов аккредитации для служб и лиц, осуществляющих профессиональный уход;
- создание официальных механизмов для координации помощи (в том числе между службами долгосрочной и медико-санитарной помощи);
- создание систем управления качеством в целях поддержания направленности помощи на оптимизацию функциональной способности.

Создание условий, благоприятных для людей пожилого возраста

Физические и социальные условия оказывают большое влияние на процессы *здорового старения*. Они определяют траекторию изменения жизнеспособности и могут расширять возможности человека осуществлять те или иные действия (его функциональную способность). Благоприятные условия в максимальной возможной степени повышают жизнеспособность и функциональную способность пожилых людей, позволяя им жить так, как они считают нужным, и делать то, что они считают значимым.

Создание действительно благоприятных условий для людей пожилого возраста требует принятия мер во многих секторах, включая здравоохранение, долгосрочную помощь, транспорт, жилье, рынок труда, социальную защиту, информацию и коммуникации, многими сторонами, включая правительство, поставщиков услуг, гражданское общество, пожилых людей и их организации, семью и

друзей. Для этого также необходимы действия на разных уровнях управления. Нацеленность на решение общей задачи по оптимизации функциональной способности позволяет столь разным заинтересованным сторонам работать в своей основной сфере деятельности, но концентрировать свои усилия в нужном направлении, дополняя при этом вклад других сторон.

Возможности для действий в отношении конкретных способностей рассмотрены в главе 6. Следующие ключевые подходы актуальны для каждой из таких способностей и для всех заинтересованных сторон:

1. борьба с эйджизмом;
2. создание возможностей для автономности;
3. поддержка *здорового старения* во всех стратегиях и на всех уровнях управления.

Борьба с эйджизмом

Стереотипы на основании возраста влияют на поведение, разработку политики и даже на проведение исследований. Преодоление таких стереотипов должно быть в центре любых принимаемых в системе общественного здравоохранения мер в ответ на проблему старения населения. Несмотря на сложность этой задачи, опыт борьбы с другими распространенными формами дискриминации, включая сексизм и расизм, показывает, что отношение и нормы можно изменить. Также существуют конкретные примеры борьбы с эйджизмом (*вставка 7.3*).

Преодоление эйджизма потребует формирования и внедрения в сознание всех поколений нового понимания старения. Как подчеркивается в настоящем докладе, эти меры не могут основываться на устаревшем представлении о пожилых людях как о некоем бремени или на нереалистичных предположениях о том, что пожилые люди сегодня тем или иным образом избежали проблем со здоровьем, характерных для их родителей или прауродителей. Напротив, такие меры требуют принятия широкого разнообразия вариантов жизни в пожилом возрасте, признания несправедливостей, нередко лежащих в основе дискриминации, и откры-

Вставка 7.3. Борьба с эйджизмом в Ирландии

В течение длительного времени в Ирландии ведется кампания борьбы с эйджизмом, поскольку собрано огромное количество фактических данных, свидетельствующих о том, что негативные стереотипы и дискриминация в отношении пожилых людей получили широкое распространение и наносят ущерб. С 2004 по 2012 г. в Ирландии ежегодно проводилась Неделя борьбы с эйджизмом, направленная на повышение осведомленности и принятие активных мер по борьбе с дискриминацией по возрастному признаку. Разработанная по инициативе Органа по вопросам равенства и Исполнительного органа по вопросам здравоохранения при поддержке Управления по делам пожилых людей и организаций пожилых людей, Неделя борьбы с эйджизмом проводится в двух взаимодополняющих формах: в виде информационной кампании с использованием рекламы, радио, социальных сетей и плакатов; и проведение ряда секторальных мероприятий, направленных на активизацию предоставления услуг, благоприятных для людей пожилого возраста.

В течение прошедших лет участие в инициативе принимали такие секторы, как здравоохранение, транспорт, страхование, гостиничный бизнес, спорт и отдых. Участвующими в инициативе секторами были организованы следующие мероприятия: проведение фокус-групп, в рамках которых пожилые люди рассказали о барьерах, препятствующих посещению ими фитнес-центров; подготовка по проблемам старения для всего работающего с пассажирами персонала автобусной компании Дублина; предоставление бесплатного проезда к местам проведения мероприятий в рамках Недели борьбы с эйджизмом; внесение изменений в информационные тексты, таблички и вывески в целях использования в них более благоприятных для пожилых людей выражений, включая замену слова «престарелые» на «пожилые люди»; и использование фотографий пожилых работников в маркетинговых материалах для отражения их роли в отраслях ирландской промышленности.

В 2008 г. был проведен обзор инициативы «Неделя борьбы с эйджизмом», который выявил, что ключом к успеху кампании стали активность, участие и рабочие отношения партнеров и заинтересованных сторон из разных секторов.

Хотя информационные кампании, привлекающие внимание к вопросам, связанным с эйджизмом, и стимулирующие их широкое обсуждение, сами по себе крайне важны, одной из сильных сторон ирландской инициативы является подкрепление информационно-пропагандистской кампании практическими секторальными мероприятиями, в рамках которых была проведена специализированная подготовка в целях осуществления позитивных изменений в моделях поведения и оказания услуг (2).

того обсуждения того, как можно улучшить ситуацию.

Действия, которые могут помочь в борьбе с эйджизмом, включают:

- проведение информационных кампаний для расширения знаний и углубления понимания старения среди средств массовой информации, широких слоев населения, лиц, ответственных за разработку политики, работодателей и поставщиков услуг;
- принятие законодательства против дискриминации по возрастному признаку;
- обеспечение сбалансированного представления о старении в средствах массовой информации, например посредством сведения к минимуму сен-

сационных сообщений о преступлениях против пожилых людей.

Создание возможностей для автономности

Пожилые люди имеют право делать выбор и контролировать ряд вопросов, например: где им жить, какие отношения поддерживать, что носить, как проводить свое время, проходить лечение или нет. Возможности для выбора и контроля определяются многими факторами, в том числе индивидуальной жизнеспособностью пожилых людей, средой, в которой они живут, личностными и финансовыми ресурсами, которые они могут использовать, и возможностями, которыми они обладают. В совокупности эти факторы определяют автономность

пожилых людей, от которой в значительной степени зависят их достоинство, неприкосновенность, свобода и независимость и которая неоднократно определялась как основной компонент их общего благополучия.

Одним из ключевых подходов к созданию возможностей для автономности является максимальное увеличение индивидуальной жизнеспособности, и этот вопрос по большей части охватывается ключевыми областями действий сектора здравоохранения, которые были описаны выше. Однако автономность может быть повышена независимо от уровня жизнеспособности пожилого человека. Для этого может быть достаточно изменить условия его проживания или обеспечить его ассистивными устройствами, помогающими преодолевать ограничения жизнеспособности. Эта цель также может быть достигнута путем защиты прав пожилых людей и повышения их жизнестойкости и способности контролировать или менять свои условия окружающей среды. Автономность также в значительной степени зависит от удовлетворения основных потребностей пожилого человека.

Действия, которые способствуют созданию возможностей для автономности, включают:

- принятие законодательства по защите прав пожилых людей (например, по их защите от жестокого обращения), оказание пожилым людям помощи в получении информации о своих правах и пользовании ими и создание механизмов, которые могут быть использованы для борьбы с нарушениями их прав, в том числе в чрезвычайных ситуациях;
- предоставление услуг, облегчающих функционирование, включая ассистивные устройства, а также оказание услуг в местных сообществах и на дому;
- создание механизмов заблаговременного планирования мероприятий по оказанию помощи и стратегий поддержки при принятии решений, что дает пожилым людям возможность сохранить

максимальный уровень контроля над своей жизнью, несмотря на значительную потерю жизнеспособности;

- создание доступных возможностей для непрерывного обучения и развития.

Поддержка здорового старения во всех стратегиях и на всех уровнях управления

Быстро растет число стран, в которых возраст более чем каждого пятого жителя превышает 60 лет. Вряд ли найдутся стратегии и службы, которые не оказывают на этих людей то или иное влияние. Для достижения целей *здорового старения* все секторы должны рассмотреть вопрос о своем вкладе и воздействии на *здоровое старение*.

Обеспечить руководство межсекторальными ответными действиями и скоординированный подход, охватывающий различные секторы и уровни управления, могут общенациональные, региональные, районные или муниципальные стратегии и планы действий в отношении старения (вставка 7.4). Это потребует принятия четких обязательств по достижению целей и определения четких сфер ответственности, выделения надлежащих бюджетов и разработки механизмов для координации, мониторинга, оценки и отчетности во всех секторах.

Важную роль также будет играть сбор и использование информации о жизнеспособности пожилых людей с разбивкой по возрасту. Это может способствовать анализу эффективности существующей политики, систем и услуг, а также их недостатков. Кроме того, с помощью механизмов консультирования и привлечения пожилых людей или представляющих их интересы организаций к разработке и оценке политики можно обеспечить ее соответствие потребностям местного населения.

Существует множество областей для действий, но наиболее перспективными являются:

- разработка политики и программ, которые расширяют выбор жилья для

Вставка 7.4. «Жить и стареть вместе» (Vivre et vieillir ensemble): межсекторальная инициатива в Квебеке

В 2011 г. Secrétariat aux aînés – агентство по вопросам пожилых людей, входящее в состав правительства провинции Квебек, – объявило о своей первой инициативе в отношении старения, нацеленной на принятие инклюзивного и комплексного подхода к поддержке пожилых людей, – «Жить и стареть вместе» (Vivre et vieillir ensemble). В основе этой инициативы лежит принцип сотрудничества между разными секторами и уровнями управления в целях предоставления пожилым людям возможности стареть в своих домах и сообществах.

Межправительственное сотрудничество – на горизонтальном уровне: предусматривается сотрудничество между ведомствами и департаментами одного уровня управления в разных областях деятельности и юрисдикциях. Например:

- три департамента на уровне провинции совместно работают над вопросами повышения качества обслуживания, подготовки и выплаты компенсаций лицам, осуществляющим уход, в целях повышения доступности помощи для пожилых людей, живущих у себя дома;
- в 2010 г. в целях повышения качества жизни пожилых людей два провинциальных органа (Programme d'infrastructures Québec-Municipalités – Municipalité amie des aînés) объединили усилия для оказания финансовой поддержки небольшим проектам, касающимся инфраструктуры и помещений, включая ремонт муниципальных зданий или совершенствование рекреационных учреждений в целях удовлетворения потребностей и ожиданий пожилых людей (например, посредством сооружения доступных туалетов или создания пешеходных дорожек).

Межправительственное сотрудничество – на вертикальном уровне: предусматривается сотрудничество между провинциальным (Квебек), региональным и муниципальным (местным) уровнями управления для достижения общих целей. Для того чтобы пожилые люди могли чаще пользоваться общественным местным транспортом, два провинциальных органа и один региональный орган, включая муниципалитеты графства, объединили усилия для анализа и внесения изменений в схемы движения общественного транспорта для обеспечения его доступности для пожилых людей.

Сотрудничество между правительством и частным сектором: предусматривается сотрудничество между правительством и местными и провинциальными неправительственными и общинными организациями, частным промышленным сектором и научными кругами. В Монреале при участии научных кругов и исследовательского подразделения полиции осуществляется научно-практический проект, направленный на разработку и осуществления мер полицейского вмешательства по борьбе с жестоким обращением с пожилыми людьми; к ним относятся меры профилактики, выявления, первой помощи, контроля и расследования. Эта модель воплощает межсекторальные ответные действия по борьбе с жестоким обращением с пожилыми людьми, в которых принимают участие полиция, центр помощи жертвам, общинные организации, службы общественного здравоохранения, социальные службы, общественный попечитель и судебные органы.

Сотрудничество между семьями, органами правительства и частным сектором: еще один пример сотрудничества между пожилыми людьми и их семьями в целях совершенствования долгосрочной помощи. Члены семьи, осуществляющие уход за пожилым родственником, получают от правительства налоговую льготу и финансовую помощь, позволяющую им приглашать на дом лиц, осуществляющих уход, а также профессиональных медицинских работников для оказания помощи в течение части дня.

пожилых людей и способствуют переоборудованию жилья таким образом, чтобы предоставить пожилым людям возможность для старения в местах, которые им подходят;

- принятие мер для обеспечения защиты пожилых людей от нищеты, например с помощью систем социальной защиты;
- предоставление возможностей для участия в жизни общества и выполнения

значимых социальных ролей, в частности посредством целенаправленного воздействия на процессы, которые ведут к маргинализации и изоляции пожилых людей;

- устранение барьеров, установление стандартов доступности среды и обеспечение соблюдения этих стандартов в зданиях, на транспорте и в сфере ИКТ;
- рассмотрение решений в областях городского планирования и землепользования и их воздействия на безопасность и мобильность пожилых людей;
- содействие возрастному многообразию на рабочем месте и включению в рабочую среду.

Совершенствование измерения, мониторинга и понимания

Обеспечение прогресса в области *здорового старения* потребует гораздо лучшего понимания связанных с возрастом вопросов и тенденций. На многие основные вопросы еще предстоит найти ответы.

- Каковы нынешние модели *здорового старения* и изменяются ли они со временем?
- Каковы детерминанты *здорового старения*? Уровень неравенства повышается или снижается?
- Какие меры эффективно способствуют *здоровому старению*? В каких подгруппах населения они эффективны? В какие сроки и в какой последовательности необходимо принимать эти меры, чтобы обеспечить поддержание и наращивание индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности?
- Каковы потребности в медицинской и долгосрочной помощи у пожилых людей и насколько хорошо они удовлетворяются?
- Каков реальный экономический вклад пожилых людей, а также какова фак-

тическая стоимость и выгода от содействия *здоровому старению*?

В качестве первого шага в поиске ответов на эти вопросы следует включить пожилых людей в демографическую статистику и в исследования населения в целом, а анализ этих информационных ресурсов должен проводиться с разбивкой по возрасту и полу. В эти исследования также должны быть включены соответствующие показатели *здорового старения* и его детерминанты и распределения.

В то же время необходимо поощрять исследования в ряде конкретных областей, связанных со старением и здоровьем, и это потребует согласования основных понятий и способов их измерения. Следует поощрять многострановые и междисциплинарные исследования, так как они могут давать представление о разнообразии населения, а также получить сведения о детерминантах *здорового старения* и конкретных обстоятельствах жизни пожилых людей. Также следует поощрять участие и вклад пожилых людей. Это может обеспечить более значимые и инновационные результаты (вставка 7.5).

Наконец, по мере получения новых знаний о старении и здоровье потребуются глобальные и местные механизмы для скорейшего внедрения этих знаний в клиническую практику, проводимые на уровне населения в целом мероприятия общественного здравоохранения, политику в области здравоохранения и в социальной сфере.

Ключевыми являются следующие подходы:

1. согласование количественных показателей, критериев и методов анализа в отношении *здорового старения*;
2. углубление понимания состояния здоровья и потребностей групп пожилого населения и того, насколько хорошо их потребности удовлетворяются;
3. углубление понимания траекторий *здорового старения* и того, что может быть сделано для их улучшения.

Вставка 7.5. Исследования не только в интересах пожилых людей, но и с их участием

Манчестерский институт совместных исследований по вопросам старения в Англии провел исследование по проблеме городов, благоприятных для пожилых людей, в ходе которого учитывались мнения, проблемы и опыт пожилых жителей (3). В процессе работы с целевыми группами в трех районах в южной части Манчестера были использованы три основных принципа:

- **участие** – пожилые люди выступали в качестве соисследователей на всех этапах процесса, включая этапы планирования, составления программы исследования и его проведения;
- **сотрудничество** – ряд партнеров, включая местное правительство, добровольческие и другие неправительственные организации, выступили в качестве консультантов, внося вклад в работу посредством участия в фокус-группах, собеседованиях и текущих партнерских отношениях;
- **действия** – были разработаны рекомендации в отношении принципов градостроительного проектирования, восстановления, участия сообщества и осуществления политики. Была открыта новая площадка для получения ценной информации, которая включается непосредственно в текущие программы и инициативы в самом Манчестере и за его пределами.

Разнородная группа в составе 18 пожилых людей в возрасте 58–74 лет прошла подготовку для работы в качестве соисследователей. Благодаря коллективным занятиям и аналитическим совещаниям участники были вовлечены в процесс исследования и ознакомились со всеми его аспектами, включая программу. В целом было проведено 68 подробных собеседований с пожилыми жителями, многие из которых сталкивались с различными формами социального отчуждения, проблемами со здоровьем, социальной изоляцией и бедностью.

В целом исследование явилось важным методологическим шагом в направлении разработки новых моделей участия в жизни сообщества. Проведенные в ходе исследования мероприятия стали отличным источником данных, ценного опыта в области участия на уровне сообщества для всех участников, а также примером экономически эффективного механизма формирования обоснованной политики в условиях строгой экономии средств.

Согласование количественных показателей, критериев и методов анализа в отношении *здорового старения*

Нынешние количественные показатели и методы, используемые в отношении старения, носят ограниченный характер и препятствуют глубокому пониманию ключевых аспектов *здорового старения*. Зачастую соответствующих методов просто не существует. В некоторых случаях используются комплексные подходы, применяемые в других областях, но не адаптированные к особенностям пожилого населения. Необходим консенсус относительно того, какие методы являются наиболее подходящими для этих целей. Такие методы должны позволить проведение сравнения, а также возможное согласование данных, полученных из разных стран, учреждений и секторов. Приоритетными направлениями действий являются:

- формирование и достижение консенсуса относительно количественных показателей, стратегий измерения, инструментов, тестов и биомаркеров для ключевых понятий, касающихся *здорового старения*, таких как функциональная способность, индивидуальная жизнеспособность, субъективное благополучие, характеристики состояния здоровья, личностные характеристики, генетическая наследственность, мультиморбидность и потребность в услугах и помощи;
- достижение консенсуса в отношении подходов к оценке и интерпретации траекторий изменения этих количественных показателей и критериев в течение всего жизненного цикла. Важно продемонстрировать, как полученная информация может использоваться в качестве исходных данных для политики, мони-

торинга, оценки, клинических решений или решений в системе общественного здравоохранения;

- разработка и применение усовершенствованных подходов для тестирования клинических мероприятий, учитывающих различия в физиологии пожилых людей и мультиморбидность.

Углубление понимания состояния здоровья и потребностей групп пожилого населения и того, насколько хорошо их потребности удовлетворяются

Несмотря на необходимость уделять больше внимания пожилым людям в ходе общих демографических исследований и в процессе эпиднадзора, столь же необходимо проведение демографических исследований, посвященных конкретно пожилым людям, что позволяет определить уровни и распределение функциональной способности и индивидуальной жизнеспособности, их изменение с течением времени, потребности в медицинской помощи и уходе, а также степень удовлетворения таких потребностей. Эти исследования могут включать:

- проведение регулярных популяционных обследований пожилых людей, которые могут детально отражать функциональную способность, индивидуальную жизнеспособность, конкретные состояния здоровья, потребность в медицинской или долгосрочной помощи или же в более широких изменениях окружающих условий и степень удовлетворения этих потребностей;
- отражение тенденций изменения индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности в различных возрастных когортах и определение наличия связи между увеличением ожидаемой продолжительности жизни и увеличением количества лет здоровой жизни;

- определение показателей и механизмов для непрерывного наблюдения за траекториями *здорового старения*.

Углубление понимания траекторий здорового старения и того, что может быть сделано для их улучшения

Содействие *здоровому старению* потребует более глубокого понимания обычных траекторий изменения индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности, их детерминант и эффективности мер по их изменению. Ключевые действия для достижения такого понимания включают:

- определение диапазона и видов траекторий изменения индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности и их детерминант в различных группах населения;
- количественное определение воздействия медицинской помощи, долгосрочной помощи и мер по изменению окружающих условий на траектории *здорового старения*, а также определение каналов их воздействия;
- улучшение количественного определения экономического вклада пожилых людей и стоимости предоставления услуг, в которых они нуждаются, а также разработка научно обоснованных, эффективных и сопоставимых методов анализа окупаемости инвестиций.

Заключение

В сфере здравоохранения необходимо срочно принять комплексные меры в отношении старения. Несмотря на существование значительных пробелов в знаниях, мы располагаем достаточным объемом фактических данных, на основании которых можем действовать уже сейчас, а каждая страна может предпринять определенные шаги независимо от текущей ситуации или уровня своего развития.

Ответ общества на проблему старения населения потребует изменения систем здравоохранения и их отхода от моделей, основанных на лечении болезней, к обеспечению ориентированной на пожилых людей комплексной помощи. Это потребует разработки, иногда начиная с нуля, всеобъемлющих систем долгосрочной помощи. Кроме того, возникнет необходимость в скоординированных ответных мерах со стороны многих других секторов и на разных уровнях управления. Ответные меры должны быть основаны на радикальном изменении нашего понимания вопросов старения в пользу подхода, который учитывает разнообразие пожилых людей и реагирует на несправедливости, которые часто лежат в основе старения. Для этого также понадобятся более совершенные способы измерения и мониторинга здоровья и функционирования пожилых людей.

Несмотря на то что эти действия неизбежно потребуют ресурсов, очевидно, что они являются обоснованной инвестицией в будущее – в будущее, позволяющее пожилым людям жить жизнью, которую предыдущие поколения не могли даже себе представить.

Библиография

1. Alexandra Health System's Ageing-in-Place Programme – first Singapore public healthcare programme to win 2014 UN Public Service Award. Singapore: Khoo Teck Puat Hospital; 2014 (<https://www.ktph.com.sg/uploads/1403773586Media%20Release%20-%20First%20Singapore%20Public%20Healthcare%20Programme%20to%20Win%202014%20UN%20Public%20Service%20Award.pdf>, accessed 29 June 2015).
2. Say No to Ageism Week (Ireland). In: Equinet; European Network of Equality Bodies [website]. Brussels: Equinet Secretariat; 2015 (<http://www.equineteurope.org/Say-No-To-Ageism-Week-Ireland>, accessed 15 July 2015).
3. Buffel T, editor. Researching age-friendly communities: stories from older people as co-investigators. Manchester: University of Manchester Library; 2015. (<http://www.socialsciences.manchester.ac.uk/medialibrary/brochures/Age-Friendly-Booklet.pdf>, accessed 27 July 2015).

Активная старость

процесс оптимизации возможностей в плане здоровья, участия и безопасности в целях повышения качества жизни по мере старения людей

Активность

деятельность людей в текущих условиях, включая их вовлеченность в жизненные ситуации

Антропогенная среда

здания, дороги, инженерные сети, дома, элементы инфраструктуры, парки и любые другие антропогенные устройства, формирующие физические характеристики сообщества

Ассистивные технологии (или ассистивная технология здравоохранения)

любые устройства, предназначенные, изготовленные или адаптированные в целях оказания помощи соответствующему лицу при выполнении определенной задачи; такая продукция может быть общедоступной или специально разработанной для людей с определенными потерями жизнеспособности; ассистивная технология здравоохранения представляет собой

разновидность ассистивных технологий, первоочередной задачей которых является поддержание или улучшение функционирования и благополучия соответствующего лица

Барьеры

факторы, отсутствие или наличие которых в окружении людей ограничивают их функциональную способность

Благополучие

общий термин, охватывающий всю совокупность сфер жизни человека, включая физические, умственные и социальные аспекты, которые составляют то, что можно назвать “хорошей жизнью”

Взаимодействие человека и среды

взаимоотношения между людьми и окружающей средой; взаимодействие между людьми и их окружающей средой требует: i) принятия во внимание индивидуальных особенностей (например, индивидуальных характеристик здоровья и способностей) и социальных потребностей и ресурсов; ii) осведомленности о динамическом и интерактивном характере таких взаимоотношений; и iii) внимания к изменениям, происходящим с людьми и средой с течением времени

Виды повседневной деятельности (ВПД)

основные виды деятельности, необходимые для повседневной жизни, такие как принятие ванны или душа, одевание, принятие пищи, способность лечь в кровать или встать с кровати или со стула, посещение туалета, а также передвижение по дому

Возраст (хронологический)

время, прожитое с момента рождения

Гериатрические синдромы

сложные состояния здоровья, которые обычно встречаются на склоне лет и не относятся к отдельным категориям заболеваний; нередко они являются следствием множества обуславливающих факторов и нарушением функции различных систем органов

Гериатрия

раздел медицины, занимающийся вопросами здоровья и заболеваний людей пожилого возраста и надлежащей помощи и услуг для таких людей

Геронтология

наука, изучающая социальные, психологические и биологические аспекты старения

Города и сообщества, благоприятствующие людям пожилого возраста

город или сообщество, способствующие здоровому и активному старению

Деятельность

выполнение лицом той или иной задачи или действия

Долгосрочная помощь

виды деятельности, осуществляемые другими людьми в целях обеспечения того, чтобы люди с существенной постоянной утратой индивидуальной жизнеспособности могли поддерживать уровень функциональной способности, соответствующий их основным правам, фундаментальным свободам и человеческому достоинству

Доступность

означает степень, в которой та или иная среда, услуга или продукт доступны для как можно большего числа людей

Жестокое обращение с пожилыми людьми

однократное или неоднократное действие или отсутствие надлежащего действия в процессе каких-либо взаимоотношений, в рамках которых присутствует ожидание доверительности, причиняющее вред или приводящее к страданию человека пожилого возраста

Жизнестойкость

Способность, несмотря на неблагоприятные факторы, поддерживать или повышать уровень функциональной способности посредством сопротивления, восстановления или адаптации

Заблаговременное распоряжение (“завещание о жизни”)

механизм, посредством которого дееспособные лица выражают свои пожелания относительно соблюдения их предпочтений в случае возникновения обстоятельств, при которых такие лица окажутся не в состоянии принимать решения в отношении медицинского лечения; такие распоряжения оформляются путем составления письменных распоряжений пациента или путем предоставления доверенности другому лицу

Зависимость от посторонней помощи

зависимость, которая возникает при сокращении функциональной способности до состояния, при котором человек больше не может без посторонней помощи выполнять основные задачи, необходимые для повседневной жизни

Здоровое старение

процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающей благополучие в пожилом возрасте

Здоровье

состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний или недугов

Инвалидность

общий термин, охватывающий повреждения, ограничения активности и ограничения в плане участия, который обозначает отрицательные аспекты взаимодействия человека (с тем или иным состоянием здоровья) и индивидуальных контекстных

факторов (факторов окружающей среды и личностных факторов)

Индивидуальная жизнеспособность

совокупность всех физических и психических способностей, которые может использовать человек

Инструментальные виды повседневной деятельности (ИВПД)

виды деятельности, способствующие независимому проживанию, например, такие как пользование телефоном, прием лекарственных средств, управление деньгами, покупка продуктов, приготовление пищи и использование карты

Комплексная гериатрическая оценка

многоаспектная оценка пожилого человека, включающая медицинские, физические, когнитивные, социальные и духовные компоненты; также может включать использование стандартизированных инструментов оценки и привлечение междисциплинарной группы для оказания поддержки этому процессу

Комплексные медицинские услуги

управление комплексными медицинскими услугами и их предоставление имеют целью обеспечение людям континуума услуг, включающего услуги по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, диагностике, лечению, ведению заболеваний, реабилитации и паллиативной помощи на различных уровнях и в различных местах в рамках системы здравоохранения, при

этом такая помощь обеспечивается в соответствии с потребностями людей в течение всей их жизни

Лицо, осуществляющее уход

лицо, которое осуществляет уход и оказывает поддержку другому человеку; такая поддержка может включать:

- оказание помощи по уходу за собой, при выполнении домашних дел, перемещении, социальном участии и полезной деятельности;
- обеспечение информационной, консультационной и эмоциональной поддержки, а также проведение информационно-разъяснительной работы, оказание помощи в принятии решений и обеспечении взаимной поддержки, а также помощь в заблаговременном планировании мероприятий по оказанию помощи;
- предоставление замены для выполнения обязанностей лиц, осуществляющих уход, на время их отпуска; и
- вовлечение лица, за которым осуществляется уход, в деятельность, стимулирующую индивидуальную жизнеспособность.

Лица, осуществляющие уход, могут включать членов семей, друзей, соседей, добровольцев, социальных и медицинских работников

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

классификация здоровья и связанных со здоровьем областей, описывающих функции и строение организма, виды деятельности и участие; такие области классифицируются с различных точек

зрения: на уровне организма, индивидуума и общества; поскольку функционирование человека и инвалидность имеют место в определенном контексте, данная классификация включает перечень факторов окружающей среды

Мобильность

перемещение посредством изменения расположения тела или местоположения либо посредством переезда из одного места в другое; посредством перемещения объектов или манипулирования ими; посредством ходьбы, бега или подъема; а также посредством использования различных транспортных средств

Мультиморбидность

наличие одновременно двух или нескольких хронических состояний здоровья у одного человека

Наличные расходы

оплата за товары или услуги, которая включает: i) прямые платежи, такие как оплата за товары или услуги, не охваченные какой-либо формой страхования; ii) совместное несение расходов – то есть предоставление медицинского страхования или оплата от имени третьей стороны, что требует от застрахованного лица оплаты части расходов на полученную медицинскую помощь; и iii) неофициальные платежи, такие как неофициальные платежи за товары или услуги, которые в полном объеме осуществляются из совокупного дохода

Нарушение, поражение, расстройство

утрата или патологические изменения строения тела или физиологической функции

(включая ментальные функции); в настоящем докладе термин “патологические изменения” используется исключительно в отношении существенного отклонения от установленных статистических норм (то есть отклонения от популяционного среднего значения, лежащего в пределах измеренных стандартных норм)

Неинфекционные заболевания

заболевания, которые не передаются от одного человека к другому; к четырем основным видам неинфекционных заболеваний относятся сердечно-сосудистые заболевания (такие, как сердечные приступы и инсульт), рак, хронические респираторные заболевания (такие, как хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет

Неравенство в отношении здоровья

различия в состоянии здоровья между людьми или группами людей или, согласно более формальному определению, общая межиндивидуальная вариабельность в плане здоровья населения, которая зачастую учитывает различия в плане социально-экономического статуса или другие демографические характеристики

Несправедливость в отношении здоровья

различия в отношении здоровья, которые являются ненужными, устранимыми, несправедливыми и неправомерными

Неформальная помощь

бесплатная помощь, оказываемая членом семьи, другом, соседом или добровольцем

Ожидаемая продолжительность жизни (в возрасте 60 лет)

среднее число лет, которое может прожить 60-летний человек, если на него/нее будет распространяться повозрастной коэффициент смертности за определенный период

Ожидаемая продолжительность жизни (при рождении)

среднее число лет, которое может прожить новорожденный, если на него будет распространяться повозрастной коэффициент смертности за определенный период

Переоборудование жилья

изменения или переделки, вносимые в постоянные физические характеристики домашней среды в целях повышения безопасности, физической доступности и комфорта

Поддержка в принятии решений

относится к людям, получающим помощь для осуществления своей правоспособности; поддержка в принятии решений может иметь различные формы, включая использование сетей поддержки, личного консультанта по правам человека, услуг на уровне местного сообщества, взаимопомощь, личного ассистента и заблаговременное планирование

Подход, охватывающий весь жизненный цикл

подход, учитывающий основополагающие биологические, поведенческие и психосоциальные процессы на протяжении всего жизненного цикла человека, которые определяются индивидуальными характеристиками и условиями жизни человека

Пожилой человек

человек, возраст которого превысил среднюю ожидаемую продолжительность жизни при рождении

Полипрагмазия

одновременное назначение нескольких лекарственных средств одному пациенту

Продолжительность жизни

срок жизни человека

Разумное приспособление

внесение необходимых и подходящих модификаций и коррективов, не становящихся несоразмерным или неоправданным бременем, в целях обеспечения реализации или осуществления людьми пожилого возраста с пониженной функциональной способностью наравне с другими всех прав человека и основных свобод

Реабилитация

комплекс мер, направленных на людей, которые имеют инвалидность или могут стать инвалидами, в целях оказания им помощи в достижении и поддержании оптимального функционирования при взаимодействии со своей окружающей средой

Содействующие факторы

факторы в условиях окружающей среды человека, отсутствие или наличие которых улучшает функциональную способность; к ним относятся такие факторы, как доступная физическая среда, наличие соответствующей ассистивной технологии, положительное отношение к людям пожилого возраста, а также услуги, системы и

политика, направленные на активизацию участия всех людей с тем или иным состоянием здоровья во всех сферах жизни; отсутствие какого-либо фактора также может являться содействующим фактором – например, отсутствие стигмы или негативного отношения; содействующие факторы могут предотвращать ограничение участия в связи с каким-либо нарушением или ограничением активности, поскольку фактическое выполнение того или иного действия улучшается, несмотря на проблемы человека, связанные с жизнеспособностью

Состояние здоровья

общий термин для обозначения наличия острых или хронических заболеваний, нарушений, поражений или травм

Социальная защита

программы, направленные на сокращение депривации, возникающей вследствие нищеты, безработицы, старости и инвалидности

Социальная помощь (услуги)

помощь в повседневной деятельности (например, в личной гигиене, ведении домашнего хозяйства)

Социальная сеть

сеть родных, друзей и представителей местного сообщества

Социально ориентированные услуги

подход к помощи, который целенаправленно учитывает точки зрения людей, семей и местных сообществ и рассматривает их в качестве участников, а также получателей

медицинской помощи и систем долгосрочной помощи, отвечающих их потребностям и предпочтениям гуманным и целостным образом; обеспечение социально ориентированной помощи требует наличия у людей надлежащего образования и необходимой поддержки для принятия решений и участия самих людей в оказании им помощи; такие услуги ориентированы скорее на потребности в плане здоровья и на ожидания людей, а не на заболевания

Социальное обеспечение

включает все меры по обеспечению благ (как наличными средствами, так и в натуральной форме) в целях социальной защиты

Социальное сопровождение

совместный процесс планирования услуг, направленных на удовлетворение индивидуальных медицинских потребностей соответствующего лица посредством коммуникации с таким лицом и поставщиками услуг, а также координация ресурсов

Специализированное учреждение по оказанию помощи

обозначает учреждения, в которых обеспечивается долгосрочная помощь; к ним могут относиться центры в местном сообществе, пансионаты для престарелых, дома престарелых, больницы и другие медицинские учреждения; специализированные учреждения по оказанию помощи определяются не только своими размерами

Старение

на биологическом уровне старение происходит в результате накопления с течением времени различных повреждений на молекулярном и клеточном уровнях

Старение на (своем) месте

старение на месте означает возможность вести безопасный, независимый и комфортабельный образ жизни в своем доме и сообществе вне зависимости от возраста, дохода или уровня жизнеспособности. Старение на своем месте расширяет данную концепцию, охватывая также возможность жить в месте, в наибольшей степени соответствующем индивидуальным потребностям и предпочтениям человека, которое может быть (а может не быть) своим домом

Старение населения

изменение структуры населения, при котором увеличивается доля людей старших возрастных групп

Старческая дряхлость (или дряхлый человек пожилого возраста)

крайняя уязвимость в отношении эндогенных и экзогенных факторов стресса, подвергающих человека повышенному риску отрицательного воздействия на здоровье

Старый

социальный конструкт, определяющий нормы, роли и обязанности, которые ожидаются от человека пожилого возраста; зачастую носит уничижительный оттенок

Укрепление здоровья

процесс, позволяющий людям усилить контроль за своим здоровьем и улучшить его состояние

Универсальный дизайн

дизайн окружающей среды, продуктов и систем, призванный сделать их максимально пригодными к использованию для всех людей без необходимости адаптации или специального дизайна

Условия окружающей среды

все факторы внешнего мира, формирующие условия жизни человека; к ним относятся дом, местные сообщества и общество в широком понимании; понятие внешних условий включает ряд факторов, в том числе антропогенную среду, людей и их взаимоотношения, установки и ценности, политику в области здравоохранения и социальную политику, системы и службы

Условия, благоприятные для людей пожилого возраста

условия (например, дома или в местном сообществе), способствующие здоровому и активному старению путем создания и поддержания индивидуальной жизнеспособности в течение срока жизни и повышения функциональной способности людей с определенным уровнем жизнеспособности

Уход за собой (или самопомощь)

виды деятельности, осуществляемой людьми в целях стимулирования, поддержания, лечения и ухода за собой, а также в целях принятия решений относительно своего здоровья

Участие

вовлечение человека в ту или иную жизненную ситуацию; представляет собой социальный аспект функционирования

Фактор риска

фактор риска представляет собой фактор или воздействие, имеющие причинно-следственную связь с повышенной вероятностью того или иного заболевания или поражения

Функциональная способность

связанные со здоровьем характеристики, которые позволяют людям существовать и делать то, что они считают важным; функциональная способность складывается из индивидуальной жизнеспособности человека, соответствующих характеристик окружающей среды и взаимодействия между человеком и этими характеристиками

Функционирование

общий термин, обозначающий функции организма, строение тела, деятельность и участие; он обозначает положительные аспекты взаимодействия между человеком (с тем или иным состоянием здоровья) и индивидуальными контекстными факторами (факторами окружающей среды и личностными факторами)

Характеристики состояния здоровья

основополагающие возрастные изменения, особенности поведения, связанные со здоровьем, физиологические факторы риска (например, повышенное кровяное давление), заболевания, поражения, изменения гомеостаза и более широкие гериатрические синдромы; взаимодействие между этими характеристиками состояния здоровья в конечном счете определяет индивидуальную жизнеспособность человека

Хроническое состояние

заболевание, расстройство, повреждение или травма, которые имеют постоянный характер или долгосрочные последствия

Эйджизм (дискриминация по возрасту)

стереотипы и дискриминация в отношении людей или групп людей на основании их возраста; эйджизм может принимать различные формы, включая предвзятое отношение, дискриминационную практику или институциональные виды политики и практики, закрепляющие стереотипные убеждения

А

Австралия

замена на время отпуска при деменции 172

интеграция и координация помощи 118

Лонгитюдное исследование здоровья женщин 9, 82

программа “Men’s Sheds” 194

фармацевты 136

автономность 37, 44, 267–268

агентство (понятие) 44

Азиатско-Тихоокеанский регион

почитание родителей 17

права человека 19

аккредитация 167–168

активная старость 4–8, 33, 275

активность 275

амбулаторная помощь, источники оплаты за 111

Анализ ситуации со здравоохранением, старением и пенсионным обеспечением в Европе (SHARE) 65, 75, 84, 85

Англия

интеграция и координация помощи 119

Манчестерский институт совместных исследований по проблемам старения 271

ожидаемая продолжительность жизни при рождении без инвалидности в зависимости от уровня дохода и места жительства 11

переоборудование жилья 203

Фонд помощи города Торбей 116

экономическое воздействие старения населения на медицинские услуги 115–116

антропогенная среда 222, 275

артериальное давление, высокое *см.* гипертоническая болезнь

ассистивные (медицинские) технологии 67, 137, 166, 200–203, 275

жилье 203

коммуникации 45, 67, 133, 230

мобильность 222

ассоциации *см.* организации и ассоциации

Африка

общинные программы здравоохранения 131

страны, расположенные южнее Сахары *см.* страны Африки, расположенные к югу от Сахары

аффективные расстройства 71

Б

Бангладеш, уровень выплаты пенсий и развитие системы подотчетности 199

банки и риск финансовых злоупотреблений 208

“банки мозгов”, Таиланд 236

барьеры (и их устранение)

антропогенная среда 222

использование медицинского обслуживания 110–112

определение 275

см. также наличие

безопасность (личная) 197, 205–211

переоборудование жилья в целях 200–211

безопасность

личная см. безопасность
финансовая 13, 193–195, 197–199
Безопасные улицы для пожилых людей,
Нью-Йорк 194
беспокойство 71
см. также страх
благополучие 36, 275
благоприятствующие людям пожилого
возраста 191–253
города 194, 276
инфраструктура здравоохранения 131
сообщества 194, 276
условия 45, 258, 266–270, 276
благосостояние см. доход и
благосостояние
болезнь Альцгеймера 44, 72, 172, 180
болезнь сердца
гипертоническая 73
ишемическая 37, 71, 73
Бразилия
индивидуальные планы помощи в тру-
щобах в Рио-де-Жанейро 128
интеграция и координация помощи
118
стратегия охраны здоровья семьи 138

В

вакцины 135
Великобритания
недостаточность питания 89
экономические вопросы 22, 116
см. также Англия; Уэльс; Шотландия
взаимные отношения 228, 229
виды повседневной деятельности (ВПД)
85, 276
инструментальные (ИВПД) 61, 80, 86,
276
ВИЧ-инфекция и СПИД 15, 76, 198
вклад пожилых людей 230–237, 240
Южная Африка 264
вождение 221–222
возраст
хронологический 21, 115, 276
разнообразии, охват 232

обязательный пенсионный возраст,
отмена 233
см. также жизненный цикл
всемирные масштабы см. глобальные
масштабы
выбор, обеспечение/поддержка 44–45,
216–219
жилье 199–200
см. также принятие решений
выход на пенсию 12, 231
отмена обязательного пенсионного
возраста 233
постепенный/частичный/поэтапный
234
ранний, поощрение 233
выявление случаев 131
Вьетнам, клубы с участием людей разных
поколений 218

Г

Гана, местные медико-санитарные
работники
генеративность 237
генетическая наследственность 10, 36
гериатрические синдромы 77–78, 276
гериатрия (область медицины) 276
Германия
расходы на медицинскую помощь из
собственных средств 21
улучшение жилищных условий 202
центры взаимодействия между поколе-
ниями 229
геронтология 276
гибкий режим работы 234
гигиена полости рта и зубов 89
Индия, приоритетная задача 120
гигиена полости рта см. гигиена полости
рта и здоровые зубы
гипертония (высокое кровяное давление)
9, 19, 32–123
болезнь сердца 73
глаз 67
глобальная стратегия о комплекс-
ном предоставлении социально

ориентированных услуг здравоохранения, ВОЗ 43, 126–127
 Глобальное бремя болезни, проект 70–71
 глобальные (международные/всемирные) масштабы
 действий 4–8
 изменений 14–16
 стихийных бедствий 208
 города, благоприятствующие людям пожилого возраста 194, **276**
 госпитализация, снижение показателей посредством долгосрочной помощи 179
 градостроительство 238–240
 грамотность (чтение и письмо)
 пожилые люди, помогающие детям 225
 среди пожилых людей 213–214
 гранты, переоборудование жилья 202
 группы *см.* **многодисциплинарные группы**

Д

движение и мобильность 65–66, 219–224, 239, **278**
 действия 257, 260–273
 долгосрочная помощь 179, 265, 266
 здоровое старение и ключевые области действий 258, 260–273
 контекст глобальных действий 4–8
 межсекторальные *см.* **межсекторальное сотрудничество**
 общественное здравоохранение 33–35, 40–43
 причины для действий 16–22
 рамочная основа для действий 22, 33–35, 41, 43–45, 257, 258
 управление рисками в случае стихийных бедствий/чрезвычайных ситуаций 208–210
 финансовые *см.* **финансирование**
 деменция 70, 74, 179
 болезнь Альцгеймера 44, 72, 172, 180
 замена на время отпуска 172

меры на уровне сообщества в поддержку лиц, осуществляющих уход, в Индии 163
 меры на базе сети Интернет для лиц, осуществляющих уход 169
 ориентированная на человека помощь 171
 iSupport, деменция 169
 демографические изменения 3, 4, 14, 53–63
 депрессия 71, 72
 дети, помощь в чтении и обучении 225
 диабет 72, 73, 123
 дискриминация 232
 борьба и право на ее отсутствие (отсутствие дискриминации) 16, 19, 216, 232
 дневная помощь, деменция 172
 долгосрочная помощь 22, 43, 153–188, 238–240, 258, 262–266, **276**
 здоровое старение и 41, 153, 154, 168, 173
 интеграция медицинской помощи 125
 ключевые действия 179, 263, 265, 266
 меры в ответ на проблемы 162–163
 потребность и спрос 108, 155–156, 158, 178
 текущие подходы 156–161
 устаревший и фрагментированный подход 161
 финансирование 158–161, 176–178
 дома и жилье 197, 199–205, 238–240
 в Турции, медицинская помощь на дому 175
 обеспечение надлежащих жилищных условий 195, 196, 199–205
 организация медицинской помощи на дому 126
 переоборудование/улучшение 195, 200–204, 270, **279**
 посещения на дому 118, 130, 131, 201, 265
 социальные сети и влияние жилищных условий 230
 физическая активность дома 130–131

дома престарелых *см.* институциональная помощь и помощь с проживанием
доступность

жилья 200–201, 202

услуг/ресурсов/учреждений 16, 276

ассистивных технологий 137,
200–202

барьеры 109–110

в случае стихийных бедствий 210

долгосрочной помощи 160, 164, 169

информационно-коммуникационных технологий 230

ориентированной на пожилых
людей комплексной помощи 260

продукции медицинского назначения
и вакцин 135–136

транспорта 224

доход и благосостояние

индивидуальная жизнеспособность
на протяжении жизненного цикла в
зависимости от 81, 82

место жительства, ожидаемая продол-
жительность жизни при рождении
без инвалидности в зависимости от,
Англия 11

см. также страны с высоким уровнем
дохода; страны с низким и/или сред-
ним уровнем дохода

дряхлый или пожилой человек 281

ассоциации и организации 168, 178,
216–217

злоупотребление 92–93, 161, 205, 207–
208, 276

Е

Европейский союз, Рамочная директива
о равном обращении в сфере занято-
сти 2000/78/ЕС 233

Ж

женщины *см.* лица женского пола

жизненный цикл (и тенденции измене-
ния по возрастным категориям) 277

здоровье мозга на протяжении, Индо-
незия 125

изменения индивидуальной жизнеспособности на протяжении 40, 81–82,
121–122

смертность 56–57

стереотипы и 12–13

физическая способность в течение 9,
39

жизнестойкость 37, 276

жилье *см.* дома и жилье

Жить и стариться вместе, Канада 269

З

заблаговременное планирование меро-
приятий по оказанию помощи 175–176,
217–218

заблаговременное распоряжение 217, 277

заболеваемость *см.* коморбидные заболе-
вания; мультиморбидность

завещание о жизни 217, 277

зависимость 20

помощь 77, 83–86, 155, 156, 162, 163–164,
277

займы, переоборудование жилья 201

закон *см.* законодательство

законодательство и закон

международное 4–8

финансирование долгосрочной
помощи 160, 263

замена на время отпуска 172–173

занятия *см.* физическая активность
здания

государственные, социальные сети и
воздействие 230

строительство нового жилья 204

здоровое старение 31–49, 79, 131, 191, 192,
241, 257, 260–273, 277

выбора и контроль 216

долгосрочная помощь и 41, 153, 154,
168, 174

мероприятия, способствующие обе-
спечению способностей, играющих
важную роль для 238–240

мобильность 219

оценки 121, 126, 127–128, 133

- планы помощи 106, 121, 126, 127–128, 134, 138–139
 политика 138–139, 204, 268–270
 приоритетные области действий в отношении 258, 260–273
 разработка систем здравоохранения в целях 120
 социальные отношения 226
 тенденции изменения 38–40
 финансирование 140, 193
- здоровье** 53–103, **277**
- в пожилом возрасте 53–103
 - в преклонном возрасте 3–27
 - действия в отношении *см.* действия
 - инвестиции в 235
 - неравенство *см.* неравенство
 - несправедливость 10, 22, 38, 194, **277**
 - образ жизни 86–90, 124
 - общественное *см.* общественное здравоохранение
 - плохое и хорошее, дополнительные годы и 60–63
 - причины принятия мер 16–22
 - укрепление 125, 217, **277**
 - финансирование *см.* финансирование
 - характеристики (индивидуальные) 36, 64–70, **277**
 - падения и 78
- здоровье мозга на протяжении всего жизненного цикла, Индонезия 125
см. также когнитивная функция
- злоупотребление (в отношении пожилых людей) 92–93, 160, 205, 208–209, **276**
- знания (трудовые ресурсы) 114, 136
- зрение 66–67
- И**
- изменение
- в глобальном масштабе 14–16
 - осуществление 241
- ИКТ (информационно-коммуникационные технологии) 132, 133–134, 211–212, 229, 230, 262
- иммигранты в качестве трудовых ресурсов для обеспечения долгосрочной помощи 166
- иммунная функция 69–70
- инвалидность 227
- ожидаемая продолжительность жизни при рождении без 11
 - причины утраченных лет в связи с 72
- инвестиции 22
- в долгосрочную помощь 22
 - в здоровье и функционирование 235
 - в пожизненное обучение 214–215, 235
 - в развитие 214–215
 - см. также* финансирование
- индивидуальная жизнеспособность 35, 36, 67, 80–86, 120–126, 192, 261–262, **277**
- долгосрочная помощь и 153–154, 164
- ключевые действия 260–261
- комплексная оценка 122–125
- меры, адаптированные к конкретным людям и их уровню 122–126
- на протяжении жизненного цикла 40, 81–82, 121–122
- три общих периода
- спад 40, 41, 122, 123–124, 224, 258, 259
 - высокая и стабильная 40, 41, 123, 258, 259
- см. также* функционирование и функциональная способность
- Индия**
- гигиена полости рта как одна из приоритетных задач в штате Карнатака 120
- меры на уровне сообщества в поддержку лиц, осуществляющих уход за людьми с деменцией в Гоа 163
- местная полиция в Нью-Дели 206
- пенсии 199
- Индонезия, здоровье мозга на протяжении жизненного цикла 125
- инновационные технологии *см.* технологии

институциональная помощь и помощь с проживанием (включая дома престарелых) 156, 210, **281**
оценка питания 89
сексуальная функция 68

инструментальные виды
повседневной деятельности (ИВПД) 61, 81, 86, **277**
поддержка 226

инсульт 6, 19, 38, 71, 73, 87

интеллектуальные бытовые технологии 203

Интернет (онлайн) 17
онлайн-курсы для широкого круга желающих (МООС) 215
подготовка лиц, осуществляющих уход 168, 169

информационная поддержка 228

информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) 133, 134–135, 211–212, 229, 230, 238–240, 263

инфраструктура (системы здравоохранения), благоприятная для людей пожилого возраста 132

Иордания, финансовая поддержка 198–199

Ирландия
Неделя борьбы с эйджизмом 267
программа “Men’s Sheds” 194
универсальный дизайн 223

исследование
медицинское 140–141
не только в интересах пожилых людей, но и с их участием 271

Исследование по проблемам глобального старения и здоровья взрослых (SAGE) 7, 65, 66, 81, 82, 85, 88, 111

исследования *см.* клинические исследования

ишемическая болезнь сердца 38, 71, 73

К

Казахстан, пенсии 198

Калифорния, финансовые злоупотребления 208

Канада
Жить и стариться вместе в Квебеке 269
интеграция и координация помощи в Квебеке 119
Handi-transit, Виннипег 194

кариес, зубной 89

катаракта хрусталика 67, 72

катаракты 68, 72

качество
жизни
дополнительные годы жизни и 60–63
улучшение качества долгосрочной помощи 179
помощи/услуг/ресурсов/учреждений 16
долгосрочной помощи 179, 266

Квебек
Жить и стариться вместе 269
интеграция и координация помощи 119

Китай, лица, осуществляющие уход, и характеристики помощи 157

клинические исследования 141
воздействие коморбидности 75

клубы и центры взаимодействия между поколениями/с участием людей разных поколений
Вьетнам 218
Германия 229

клубы и центры с участием людей разных поколений *см.* клубы и центры взаимодействия между поколениями

когнитивные функции и способность 68, 219, 220–221

кожные функции и состояния 70

коллективные меры в случае социальной изоляции 227

коммуникации, последствия потери слуха 67
см. также информационно-коммуникационные технологии

коморбидность 72, 75, 76, 113, 141

компенсация добровольцам 236

компетенции *см.* навыки и компетенции

комплексная гериатрическая оценка 77, 106, 121, 134, 138, **277**

комплексные медико-санитарные услуги 42, 126–127, 132–133, 137, 140, 261, **277–278**

выводы, сделанные на основе опыта разных стран 118

долгосрочная помощь и 161, 162–165, 173–175, 179

осуществление 126–132

укрепление 165, 173–176

фармацевты в 136

см. также координация

комфортное, жилье 200

Конвенция Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (и факультативный протокол к ней) 33, 34, 200, 220

контроль, обеспечение 216–218, 267

концепция индивидуального медицинского обслуживания, японская 43

координаторы **278**

координация (систем здравоохранения)

выводы, сделанные на основе опыта разных стран 118

отсутствие 113

костные изменения 65–66

Кувейт, карта приоритетного доступа 112

Л

Латинская Америка, финансирование долгосрочной помощи 176–177

лекарственные препараты и средства 136–138

мультиморбидность и 141

полипрагмазия 75, 136, **280**

лекарственные средства *см.* лекарственные препараты и средства

летальные исходы *см.* смерть; смертность

Ливан, конфликт 2006 года 210

лица женского пола/женщины

Австралийское лонгитюдное исследование здоровья женщин 8, 81

индивидуальная жизнеспособность на протяжении жизненного цикла 82

ожидаемая продолжительность жизни 58

сила схватки 65

скорость ходьбы 66

смертность 56

финансовая безопасность 194

лица мужского пола/мужчины

в качестве лиц, осуществляющих уход 166

индивидуальная жизнеспособность на протяжении жизненного цикла 82

ожидаемая продолжительность жизни 58

сила схватки 65

скорость ходьбы 66

смертность 57

см. также программа “Men’s Sheds”

лица, осуществляющие уход *см.* трудовые ресурсы

люди *см.* лица

люди/отдельные люди

личная безопасность *см.* безопасность

личные медицинские бюджеты 216

личные характеристики 36

окружающие условия и взаимодействие с 38, **275**

ориентированные на человека услуги и меры 42–43, 122–128, 139, 261

деменция 170

долгосрочная помощь 164, 169, 170, 176

людские ресурсы *см.* трудовые ресурсы

М

Мадридский международный план действий по проблемам старения 4, 5, 9, 35

медико-санитарные услуги (медицинские услуги/системы) 107–150

барьеры для использования 109–111

для решения различных проблем 113–119

здоровое старение и возможности для действий 41

качество *см.* качество

комплексные *см.* комплексные медико-санитарные услуги
основные 199
ответные меры 119–141
пробелы в странах с низким и средним уровнями дохода 6
сложности 232, 266–267
согласование 131–141, 258, 260–262
спрос *см.* спрос
устойчивость *см.* устойчивость
эйджизм 114–115, 138
экономическое воздействие старения населения 115–119
медицинские бюджеты, личные 217
медицинские карты 134
медицинские работники *см.* трудовые ресурсы
медицинские учреждения, социальные сети и воздействие 230
медицинское исследование 138–139
междисциплинарные группы *см.* многодисциплинарные группы
междисциплинарные/многодисциплинарные группы 133, 138, 241, 269
долгосрочная помощь 169
злоупотребление в отношении пожилых людей и 208
паллиативная помощь 174
старение на месте в Сингапуре 261
стихийные бедствия 208–210
см. также сотрудничество; межсекторальное сотрудничество
Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья 34, **278**
международные масштабы *см.* глобальные масштабы
Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 195
межправительственное сотрудничество, Канада 269
межсекторальное сотрудничество 230, 241
Канада 269
стихийные бедствия 208–210

см. также сотрудничество; многодисциплинарные группы
Мексика, лица, осуществляющие уход, и характеристики помощи 157
местные медико-санитарные работники 131
Гана 114
методы анализа здорового старения 271–272
мобильность и движение 65–66, 218–223, 233, **278**
Мозамбик, наводнение 211
мониторинг, повышение 258, 270–272
мотивация добровольцев 236
мультиморбидность 71–75, 140, **278**
мышечная функция 65

Н

наводнение, Мозамбик 211
навыки и компетенции (трудовые ресурсы) 114, 261
долгосрочная помощь 169
многодисциплинарные группы 132
наличие (услуг/ресурсов/учреждений) 16
транспорт 222–223
см. также барьеры
наличные расходы/оплата 20, 111, 158, **278**
Намибия, пенсии 198
нарушение **278**
нарушения и заболевания *см.* состояния здоровья
наследственность, генетическая 10, 35
негативное отношение 34, 191, 213
к долгосрочной помощи 213
к пожизненному обучению 158
работодателей 232
см. также эйджизм; стереотипы
Неделя борьбы с эйджизмом (Ирландия) 267
недержание (мочи) 78
недостаточность питания 88–90
неинфекционные заболевания 71, 86, 123, **279**
неофициальные лица, осуществляющие уход (на бесплатной основе) 157, 158,

- 159, 164, 166, 167–169, 171, 181–182, 199, 279
- неравенство 11, 279
 в плане спроса на помощь 115
- несправедливость 10–11, 138–139, 193
 борьба с/сокращение 44, 138–139
 воздействие 10–11
 здоровье 10, 22, 38, 194, 279
 пенсии 11
- Нигерия, лица, осуществляющие уход, и характеристики помощи 157
- Нидерланды
 дискриминация 233
 финансирование
 жильё 204
 долгосрочная помощь 177
- Никарагуа, жилищные проекты 204
- нищета
 снижение показателей посредством долгосрочной помощи 179
 удовлетворение основных потребностей 195–196
- Норвегия, универсальный дизайн 223
- О**
- образ жизни, здоровый 86–90, 122
- образование *см.* школы; подготовка и образование
- обучение 211–219, 238
 пожизненное 212–235, 242–243
 помощь детям 225
 Южная Африка 264
см. также подготовка и образование
- общественное здравоохранение (политика и меры) 9, 13, 23, 40–42, 45
 действия 34–35, 40, 41, 42–45, 257, 258
 злоупотребление в отношении пожилых людей 207
 текущие ответные меры 8–9
- общественные здания, социальные сети и их влияние 228
- община/сообщество (общины/сообщества)
 благоприятствующие людям пожилого возраста 194, 276
- вклад *см.* вклад
- долгосрочная помощь в 156, 157, 165, 168, 170
 деменция 165
 охват 120, 127, 128, 129, 214
 поддержка со стороны других пожилых людей, Южная Африка 264
 программы самопомощи 127
 стихийные бедствия и 210–211
 страх перед преступностью и роль 206
см. также район
- одиночество и социальная изоляция 138, 194, 224–225, 226–227
- ожидаемая продолжительность жизни 3
 в 60 лет 59, 280
 неравенство 11
 при рождении 11, 280
 увеличение 3, 53–59, 63, 116, 236
- окружающие условия 35–36, 191–192, 282
 антропогенная среда 222, 275
 благоприятствующие людям пожилого возраста 45, 258, 266–270, 282
 взаимодействие человека и 38, 275
 возрастное разнообразие и 232
 здоровое старение и возможности для действий 41
 и профилактика падений 201
 риски 91–93
- онлайн *см.* Интернет
- онлайн-курсы для широкого круга желающих (МООС) 214
- онлайн-инструмент поддержки iSupport 169
- оплата и расходы (в том числе наличными)
 выбор и контроль благодаря 217
 источники оплаты за амбулаторную помощь 111
 наличные 20, 111, 158–159, 278
- организации и ассоциации
 для добровольцев 236
 пожилых людей 168, 178, 216–217
- организация медицинской помощи на дому 120

Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) 56, 83
долгосрочная помощь 156, 158, 159, 176
женская финансовая безопасность 195
смертность 55, 56, 57
см. также страны с высоким уровнем дохода
основные потребности 192–212, 238–240
Южная Африка 264
остеоартрит 61, 66, 69, 88
остеопороз 65–66
ответственность *см.* подотчетность и ответственность
отношение *см.* негативное отношение
отношения 224–230, 239
взаимные 230, 231
злоупотребление в отношении пожилых людей и 92
между поколениями *см.* клубы и центры взаимодействия между поколениями
социальные сети 224, 226, 230, **280**
Южная Африка 264
отсутствие дискриминации (право на) 16, 44, 216
охват, община/сообщество 120, 128, 129, 130, 214
оценки, здоровое старение 113, 118, 119–120, 133
оценочная поддержка 226
очень бедные страны, финансирование долгосрочной помощи 175–176
ОЭСР *см.* Организация экономического сотрудничества и развития

П

пагубная долгосрочная помощь 162
падения 72, 74, 78
профилактика 201
Пакистан, дневная помощь при деменции 172
паллиативная помощь 126, 174
память 67
пенсии 197–198, 233
несправедливость 11

поощрение раннего выхода на пенсию 233
переломы бедра 66
переломы, остеопорозные 65–66
Перу, лица, осуществляющие уход, и характеристики помощи 157
питание 88–90, 124–125
планы комплексной помощи 106, 120, 135, 138
планы помощи
заблаговременные 175–176, 217–218
здоровое старение и 106, 121, 126, 127–128, 135, 137–138
подготовка и образование
на уровне сообщества, по вопросам управления рисками чрезвычайных ситуаций 210
пожилые люди 201, 213, 214, 221
добровольцы 228
трудовые ресурсы (работающие на платной и бесплатной основе) 114–115, 133, 134, 201, 263
долгосрочная помощь 156–158, 168–170, 170–171, 265
см. также обучение; школы
поддержка в принятии решений 216, 267–269, **279**
подотчетность и ответственность 153
повышение/укрепление 16, 199
пожизненное обучение 213, 235, 238–241
пожилой человек *см.* дряхлый или пожилой человек
позитивные информационные сообщения 217
показатели рождаемости, снижение 59–60
смертность от рака 73
смертность/летальные исходы 55, 71
лица женского пола 56
лица мужского пола 57
причины утраченных лет в связи с 73
расходы на медицинскую помощь и время, оставшееся до смерти 116
см. также смерть
показатели, повышение 258, 270–272

- поколения, развитие отношений между
см. клубы и центры взаимодействия
 между поколениями
- полипрагмазия 75, 136, **280**
- политика (правительство) 4–9, 269, 270
 долгосрочная помощь 178–179
 жилищная 200–203
 здоровое старение 137–138, 203,
 269–270
 направленная на обеспечение большей
 справедливости 44
 разработка 9–17
 трудовая деятельность и работа на
 добровольной основе 231, 232
 финансовая безопасность 199
- Политическая декларация 4, 5, 9
- полиция, местная, Нью-Дели 206
- помощь в конце жизни 120, 179, 218
- помощь с проживанием *см.* инсти-
 туциональная помощь и помощь с
 проживанием
- помощь
 в конце жизни 126, 179, 218
 долгосрочная *см.* долгосрочная
 помощь
 зависимость от посторонней помощи
 77, 83–85, 154, 155, 159, 160, 277
 здоровье *см.* медико-санитарные
 услуги
 институциональная *см.* жилье; инсти-
 туциональная помощь и помощь с
 проживанием качество *см.* качество
 ориентированная на человека *см.* люди
 паллиативная 126, 174
 самопомощь 126–129, 215, 261, **282**
 социальная помощь (социальные
 услуги) 175, **280**
- понимание, улучшение 258, 270–273
- Португалия, Телефон звонит в 5 228
- послепродажный контроль 141
- потеря слуха 66, 67, 72, 113
- потребность *см.* основные потребности;
 спрос и потребность
- почитание родителей, Азиатско-Тихооке-
 анский регион 17
- права (человека) 16, 18
 долгосрочная помощь и 156, 161, 164,
 181
 международное право 4, 5
 надлежащие жилищные условия и 195
 нарушения 16, 161
- права человека *см.* права
- правительство 269–270
 долгосрочная помощь и 178–179,
 262–263
 Жить и стариться вместе (Канада) 269
 политика *см.* политика
- предложение лиц, оказывающих долго-
 срочную помощь 162–168
- пресбиакузис (потеря слуха) 66, 67, 72, 113
- пресбиопия 66
- преступность 197, 206
- приемлемость по цене 203–204
 барьеры 111
 долгосрочная помощь 164, 176, 178
- принятие решений 211–218, 238
 поддержка 216
 стихийные бедствия 208–209
 участие пожилых людей 210, 267–268,
 282
- Южная Африка 264
см. также выбор
- приоритетность
 Индия, гигиена полости рта 120
 Кувейт, карта приоритетного доступа
 112
- приспособления, разумные **280**
см. также жилье; институциональная
 помощь и помощь с проживанием
- программа «Men's Sheds» 194
см. также лица мужского пола
- программа по борьбе с деменцией 169
- продолжительность жизни **280**
- продукция медицинского назначения
 135, 261
- производительность труда (на рабочем
 месте) 64, 235
- профессионалы *см.* трудовые ресурсы
- прямые денежные переводы (субсидии),
 жилье 201, 204

Р

работа на добровольной основе 225, 230–231, 236–237

в школах 225

клубы взаимодействия между поколениями в Германии 229

создание условий для 236–237

работодатели

инвестиции в пожилых работников 235

негативное отношение 232

стимулы, побуждающие работодателей сохранять рабочие места/осуществлять наем/защиту/вознаграждение пожилых работников 234

равенство

укрепление политики 10–11

финансирование долгосрочной помощи 176–178

см. также несправедливость

развитие

градостроительство 238–240

политика 8–17

социально-экономическое *см. страны с высоким уровнем дохода; страны с низким и/или средним уровнем дохода; социально-экономическое развитие*

устойчивое *см. устойчивость*

разнообразии

возраст, охват 232

в пожилом возрасте 8–10, 62

разумное приспособление 280

районы

долгосрочная помощь и 166

мобильность и 222

надлежащие жилищные условия 199

ожидаемая продолжительность жизни при рождении в зависимости от уровня дохода, Англия 11

основные потребности в благополучных районах 195–197

социальные сети 230

физическая среда, улучшение 201

см. также община/сообщество

Рамочная директива о равном обращении в сфере занятости 2000/78/ЕС (ЕС) 233

расстройства настроения (аффективные) 71

расходы *см. платежи*

реабилитация 126, 219, 280

Республика Корея

пенсии 198

система страхования 165, 176

рождение, ожидаемая продолжительность жизни при 11, 280

руководство 137–138, 176, 264

руководство системами долгосрочной помощи 164, 176, 181

С

самопомощь 129–130, 214, 261, 279

сверстники 215–216

поддержка со стороны других пожилых людей 215

Южная Африка 264

сексуальность 68

сельские районы, лица, осуществляющие уход, и характеристики помощи 157

семья

Бразилия, стратегия здравоохранения 138

Канада, сотрудничество с правительством и частным сектором 269

отношения 224

структурные изменения 15

см. также неофициальные лица, осуществляющие уход

сенсорные функции и нарушения 66–67, 70, 88, 90

сила схватки 65

Сингапур

замена на время отпуска при деменции 172

содействие старению на месте 261

старение на месте 261

универсальный дизайн 223

Система здравоохранения на базе больницы Александра (Сингапур) 261

- системы здравоохранения *см.* медико-санитарные услуги
- скорость ходьбы 66
- смерть, страх 178
см. также помощь в конце жизни; паллиативная помощь
- Соединенные Штаты Америки
- Безопасные улицы для пожилых людей в Нью-Йорке 194
 - дискриминация 232
 - жилищные сертификаты 205
 - заблаговременные планы по оказанию помощи 218
 - помощь детям 240
 - финансовые злоупотребления в Калифорнии 208
- состояния здоровья (нарушения/заболевания/расстройства/травмы) 32, 70–79, **280**
- неинфекционные 71, 86, 122, **279**
 - коморбидные 72, 75, 76, 113, 141
 - сложные 75–79
 - физическая активность, которая способствует защите от 88
 - хронические *см.* хронические состояния
 - чрезвычайные ситуации и 90
- сотрудничество
- долгосрочная помощь 173
 - пожилые люди, принимающие участие 271
 - правительство, Канада 269
см. также участие
- социальная защита 60, 197, 197–198, 238–240, **280**
- социальная изоляция и одиночество 137, 194, 224–225, 226–227
- социальная помощь/услуги/поддержка 175, 178, 217, **280**
- Турция 175
- социальное обеспечение 197, 199, **280**
- социальное сопровождение 127–128, **276**
- долгосрочная помощь 173
- социально-экономическое развитие 12, 14, 55, 58, 82–83, 257, 262
- см. также* страны с высоким уровнем дохода; страны с низким и/или средним уровнем дохода
- социальные изменения, глобальные масштабы 14–15
- социальные отношения *см.* отношения
- социальные пенсии 198
- социальные роли 228
- социальные сети 224, 226, 230, **280**
- специализированные медицинские услуги 113, 125, 128, 131, 134
- СПИД и ВИЧ-инфекция 16, 76, 198
- способность к росту 211–218, 238
- Южная Африка 265
- способность *см.* функционирование; индивидуальная жизнеспособность
- способность, функциональная *см.* функционирование
- спрос и потребность (в отношении услуг) 107–109
- долгосрочная помощь 108, 154–155, 157, 178
 - согласование (систем здравоохранения) с 132–141, 258, 259–261
 - улучшение понимания потребностей и их удовлетворение 271–272
см. также основные потребности
- средства информации 267
- вопросы долгосрочной помощи 178–179
 - пожизненное обучение 214
- старение (основные ссылки) 35, **281**
- активное 5, 8, **281**
 - действия в отношении *см.* действия
 - здоровое *см.* здоровое старение
 - на месте/на своем месте 45, 131, 165, 166, **281**
 - поддержка/обеспечение 131, 166–167, 261
 - население *см.* старение населения
 - функциональное и
- старение населения 53–60, **281**
- долгосрочная помощь и 156
 - экономическое воздействие на системы здравоохранения 115–120

старческая дряхлость (дряхлый пожилой человек) 77, 281

старый 281

стереотипы 12–13, 191, 213

см. также эйджизм; негативное отношение

стихийные бедствия 90, 197, 208–211

стоимость *см.* приемлемость по цене;

компенсация; экономические перспективы; финансовые злоупотребления; финансовая безопасность; финансирование; инвестиции; платежи; социально-экономическое развитие

страны Африки, расположенные к югу от Сахары

использование системы здравоохранения 108, 113

старение населения 53

финансирование долгосрочной помощи 176–177

финансовая безопасность 195

страны с высоким уровнем дохода

вклад пожилых людей в 230

долгосрочная помощь 156, 158, 160, 178

дополнительные годы жизни и уровни здоровья в 61, 62

женская смертность 56

зависимость от посторонней помощи 156

использование медицинских услуг 109
барьеры для 110

мужская смертность 57

мультиморбидность 72–73

показатели рождаемости 60

трудовая деятельность и работа на добровольной основе 230

функционирование 83

экономическое воздействие старения населения на системы здравоохранения 115, 118

см. также Организация экономического сотрудничества и развития

страны с низким и/или средним уровнем дохода

вклад пожилых людей в 230

долгосрочная помощь 156, 178, 179, 262, 264

дополнительные годы жизни и уровни здоровья в 62

женская смертность 56

зависимость от посторонней помощи 156

использование медицинского обслуживания 108

барьеры для 110

местные медико-санитарные работники 131

мужская смертность 57

мультиморбидность 73–74

показатели рождаемости 60

пробелы в медицинской помощи 6
состояние здоровья в пожилом возрасте 69, 70

стереотипы 12–13

трудовая деятельность 230, 232, 233

функционирование в 67

экономическое воздействие старения населения на системы здравоохранения 115, 118

см. также очень бедные страны

страны со средним уровнем дохода *см.*

низкий и/или средний уровень дохода
страх

перед преступностью 196, 203

смерти 178

см. также беспокойство

страхование, долгосрочная помощь 159, 163, 176–177

субсидии на оплату труда 172–173

субсидии

жилищные 201, 204–205

на оплату труда 172–173

суставные изменения (изменения суставов) 65–66

суставы 65–66

Т

Таиланд

«банки мозгов» 236

- интеграция и координация помощи 119
- Телефон звонит в 5 (Португалия) 228
- технологии (включая инновационные технологии) 45, 180
- ассистивные *см.* ассистивные (медицинские) технологии
- доступность 136–137
- информационно-коммуникационные (ИКТ) 133, 134–135, 211–212, 229, 230, 238–240, 262
- медицинские 136
- транспорт 222–223, 238–240
- для медицинских услуг 110
- социальные сети и влияние 230
- труд *см.* трудовая деятельность
- трудовая деятельность (труд) 231–235, 238–240
- гибкий режим 234
- трудовые ресурсы/лица, осуществляющие уход, и их трудоустройство (людские ресурсы, включая медицинских работников) 278
- в сообществе *см.* местные медико-санитарные работники
- долгосрочная помощь 164, 179, 180–182, 265
- наращивание потенциала и поддержка 165–174
- недооцененные и отсутствие поддержки или подготовки 156–158
- злоупотребление и его предупреждение 208–209
- изменения 132–134
- неофициальные/на бесплатной основе 157, 158, 159–160, 166, 169, 170–174, 176, 181–182, 199, 279
- неподготовленность 114
- подготовка *см.* подготовка
- производительность труда 64, 235
- устойчивые 262, 265
- финансовые стимулы 140
- см. также* многодисциплинарные группы
- трудоустройство *см.* трудовые ресурсы; трудовая деятельность
- Турция, система медицинской и социальной помощи на дому 175
- У**
- уверенность в себе среди добровольцев 236
- удовлетворенность добровольцев 236
- универсальный дизайн 223, 282
- управление 138–139, 176, 263
- Уругвай, пособия на жилье 204
- устойчивость 19, 141
- трудовые ресурсы в сфере здравоохранения (работники здравоохранения, медицинские работники) 262, 263
- финансирование долгосрочной помощи 176–177
- участие 271
- право на 19
- создание возможностей 224–225
- см. также* сотрудничество
- Уэльс, переоборудование жилья 203
- Ф**
- факторы риска 282
- злоупотребление в отношении пожилых людей 92
- мультиморбидность 72
- образ жизни и 86–87
- падения 78
- связанные с окружающими условиями 90–93
- фармацевты, Австралия 136
- см. также* лекарственные препараты и средства
- физическая активность/упражнения 87–88, 122, 131–132, 219–220
- антропогенная среда и 222
- на дому 131–132
- поддержание мобильности 219, 220
- физическая доступность дома или на дому 201–202, 203
- физическая способность на протяжении жизненного цикла 9, 39

физические лица *см.* люди
финансирование 158–161, 260
 долгосрочная помощь 158–161, 176–178
 здоровое старение 139, 193
 справедливое 176–178
 улучшение жилищных условий
 201–203
 см. также инвестиции
финансирование *см.* финансирование
финансовая безопасность 13, 194–195,
 196–199
финансовые злоупотребления 208
фитнес 88
Фонд помощи города Торбей 115–116
функционирование и функциональная
 способность/жизнеспособность 32–33,
 34, 35, 64–65, 79–86, 257, **282**
 воздействие физической активности
 на 125
 высокая и стабильная 40, 41, 122, 258,
 259–260
 долгосрочная помощь и 153, 154
 инвестиции в 235
 области 37, 85, 191
 см. также конкретные области
 создание возможностей 192
 социально-экономическое развитие и
 83–84
 спад 40, 41, 122, 123–124, 224, 258, 259
 существенный спад/потеря 9, 62, 81,
 83–86, 125–126, 153–154, 216, 258, 259,
 262
 жилье и 200
 тенденции изменения 40
 см. также индивидуальная
 жизнеспособность

Х

хронические состояния/заболевания 113,
 123, **283**
 множественные (мультиморбидность)
 71–75, 141, **278**
 самопомощь 127
хроническое обструктивное заболева-
 ние легких 70, 71, 73

хронологический возраст 21, 115, **276**
хрящ, суставной 66

Ч

частный сектор, Канада 194
Чили
 долгосрочная помощь 160, 178
 социальная пенсия 198
чрезвычайные ситуации 90–91
 стихийные бедствия 90, 197, 208–210
чтение и письмо *см.* грамотность

Ш

Швейцария, Cité Seniors в Женеве 230
школы, работа на добровольной основе
 в 225
Шотландия
 мультиморбидность 72
 Национальная стратегия в отношении
 деменции 170
Шри-Ланка, доступность зданий 224

Э

«Эйджвэлл» (Южная Африка) 264
эйджизм 13, 232, 266, **283**
 в системе медицинской помощи 114–
 115, 138
 см. также негативное отношение;
 стереотипы
экономические перспективы 22
 стареющее население 115–118
 см. также приемлемость по цене;
 финансовые злоупотребления;
 финансовая безопасность; финанси-
 рование; инвестиции; платежи; соци-
 ально-экономическое развитие
электронное здравоохранение (инфор-
 мационно-коммуникационные техно-
 логии; ИКТ) 133, 134–135, 211–212, 229,
 230, 262
электронные медицинские карты 135
эмоциональная поддержка 226
эмоциональный стресс 135
эпидемиологические изменения 53–63

этические вопросы долгосрочной помощи
инновационные ассистивные медицинские технологии 166
наем 166–167

Ю

Южная Африка
жилищные субсидии 204
пенсии 198
поддержка со стороны других пожилых людей на уровне сообщества в Кейптауне 264
Южная и Центральная (Латинская) Америка, финансирование долгосрочной помощи 176–177

Я

Япония
долгосрочная помощь 160
концепция индивидуального медицинского обслуживания 43



В связи со старением населения крайне необходимы всесторонние действия в области общественного здравоохранения. Это потребует фундаментальных изменений – не только того, что мы делаем, но и того, как мы осмысливаем само старение. Во *Всемирном докладе о старении и здоровье* изложены основы для принятия мер по содействию *Здоровому старению*, которое строится вокруг нового понятия функциональной способности. Это потребует изменения систем здравоохранения от моделей, основанных на лечении болезней, к предоставлению ориентированной на пожилых людей комплексной помощи. Это потребует разработки, иногда начиная с нуля, всеобъемлющих систем долгосрочной помощи. Это потребует скоординированных ответных мер со стороны многих других секторов и многочисленных уровней управления. И для этого необходимо будет найти лучшие способы измерения и мониторинга здоровья и функционирования пожилых людей.

Эти действия, вероятно, станут хорошей инвестицией в будущее общества. В будущем, которое даст пожилым людям свободу жить такой жизнью, которую не могли представить себе предыдущие поколения.

ISBN 978 92 4 456504 9

