

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования

КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П.АСТАФЬЕВА  
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий  
Кафедра социальной педагогики и социальной работы

**СЕЛЕДЦОВА ЕЛИЗАВЕТА СЕРГЕЕВНА**

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

Профилактика когнитивных нарушений людей пожилого возраста в условиях  
центра социального обслуживания населения

Направление подготовки 39.03.02 Социальная работа

Направленность (профиль) образовательной программы «Реабилитолог в  
социальной сфере»

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

д. пед. наук, профессор Фурьева Т.В.

\_\_\_\_\_  
Научный руководитель

канд. пед. наук Черкасова Ю.А.

\_\_\_\_\_  
Дата защиты

24.06.2022

\_\_\_\_\_  
Обучающийся

Селедцова Е.С.

\_\_\_\_\_  
Оценка

хорошо

Красноярск 2022

## Содержание

Введение.....	3
Глава I. Теоретические основы профилактики когнитивных нарушений людей пожилого возраста.....	6
1.1. Социальное функционирование людей пожилого возраста с когнитивными нарушениями как проблема гуманитарной науки и практики социальной работы.....	6
1.2. Социально-педагогические условия профилактики когнитивных нарушений у людей пожилого возраста.....	15
Выводы по 1 главе.....	22
Глава II. Организация социально-педагогической работы по профилактике когнитивных нарушений у людей пожилого возраста в условиях центра социального обслуживания населения.....	23
2.1. Исследование рисков возникновения когнитивных нарушений у людей пожилого возраста в условиях КЦСОН «Кировский» г. Красноярск.....	23
2.2. Разработка программы профилактики когнитивных нарушений у людей пожилого возраста в условиях КЦСОН «Кировский» г. Красноярск и ее реализация.....	37
2.3. Анализ и интерпретация результатов исследования.....	44
Выводы по 2 главе.....	48
Заключение.....	50
Список используемых источников.....	53
Приложения.....	57

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. Проблема психического здоровья людей пожилого возраста актуальна не только для каждого конкретного человека, но и для общества в целом. Это обусловлено несколькими факторами.

Во-первых, пожилой и старческий возраст составляют практически половину жизни современного человека. Изменения в возрастном составе населения большинства стран проявляются не только увеличением средней продолжительности жизни, но и заметным возрастанием доли пожилых и стариков в обществе. В России лица старше 60 лет составляют 25%.

Во-вторых, лица пожилого и старческого возраста с легкостью можно отнести к группе риска по возникновению психических расстройств. Это связано как с физиологическими процессами, происходящими в организме с определенного возраста, так и с психологическими и социальными факторами.

По результатам многочисленных исследований эмоциональное благополучие пожилых людей тесно связано с качеством и сохранностью когнитивных функций. Что, в свою очередь, ставит задачи комплексных исследований нарушений когнитивных процессов и разработки эффективных программ восстановления при старении.

Результаты современных исследований продемонстрировали, что четверть людей пожилого возраста страдают от тех или иных проявлений когнитивного дефицита. По данным ВОЗ Россия занимает 6-е место в мире по уровню заболеваемости деменцией «альцгеймеровского» типа. Во многих Западных странах на базе медико-социальных учреждений уже несколько десятков лет функционируют «Клиники памяти», в последние годы и в нашей стране стали формироваться такие специализированные программы и кабинеты на базе психоневрологических учреждений.

Однако не достаточно изученным в современной теории и практике социальной работы остается вопрос, связанный с научным осмыслением потенциала социально-педагогической профилактики когнитивных расстройств у

пожилых людей, оценкой результативности социально-педагогических условий профилактической работы.

**Проблема исследования:** каковы условия, обеспечивающие результативность социально-педагогической профилактики когнитивных нарушений людей пожилого возраста?

Актуальность проблемы исследования позволила сформулировать тему исследования: Профилактика когнитивных нарушений людей пожилого возраста в условиях центра социального обслуживания.

**Объект исследования:** процесс социально-педагогической профилактики.

**Предмет исследования:** социально-педагогические условия профилактики когнитивных нарушений людей пожилого возраста

**Цель работы** – теоретически обосновать, разработать и определить результативность социально-педагогических условий профилактики когнитивных нарушений у людей пожилого возраста.

Для достижения цели необходимо решить следующие **задачи**:

1. Провести анализ социально-педагогической и психологической литературы по теме исследования.
2. Выявить и охарактеризовать риски возникновения когнитивных нарушений у людей пожилого возраста.
3. Разработать и апробировать программу профилактики когнитивных нарушений у людей пожилого возраста.
4. Проанализировать и интерпретировать результаты исследования.

**Гипотеза исследования:** профилактике когнитивных нарушений у людей пожилого возраста будут способствовать следующие социально-педагогические условия:

- выявление рисков возникновения когнитивных нарушений у людей пожилого возраста на первом этапе профилактической работы;
- организация и проведение индивидуальных занятий, направленных на тренировку познавательных процессов, с использованием онлайн-тренажеров;

- организация групповых занятий с использованием ресурсов досуговой деятельности, направленных на расширение и укрепление социальных связей.

**Теоретико-методологическая основа исследования:** работы отечественных ученых: И.П. Павлов, П.К. Анохин, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, П.Д. Шипулинский, И.П. Мержеевский, С.А. Беляков, В.М. Бехтерев, М.И. Жуковский.

**Методы исследования:**

теоретические – анализ научной литературы и обобщение теоретического материала;

эмпирические – наблюдение, беседа, анкетирование, тестирование, педагогический эксперимент (констатирующий и формирующий этапы);

статистические методы обработки – математическая и статистическая обработка результатов экспериментального исследования.

**Практическая значимость исследования:** определены социально-педагогические условия, способствующие профилактике когнитивных нарушений пожилых людей; экспериментально доказана их результативность.

**Эмпирическая база исследования:** комплексный центр социального обслуживания населения «Кировский» г. Красноярск. В исследовании приняли участие 10 человек пожилого возраста от 65-70 лет (6 женщин, 4 мужчины), которые посещают социально-реабилитационное отделение КЦСОН «Кировский».

**Структура работы:** выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемых источников и приложений.

## **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

### **1.1 Социальное функционирование людей пожилого возраста с когнитивными нарушениями как проблема гуманитарной науки и практики социальной работы**

С возрастом в организме человека происходит постепенное снижение физиологических параметров жизнедеятельности, наряду с этим снижаются адаптационные возможности организма. Снижение психической активности в пожилом возрасте можно связать с ослаблением памяти, замедлением психических реакций. У пожилых людей возникают трудности в общении, получении новой информации вследствие возрастных изменений органов чувств – снижения остроты зрения и слуха.

Наряду с возрастными изменениями, имеющими биологическую природу, в ограничении психической активности имеют значение и изменения личности в пожилом возрасте.

В соответствии с последними медицинскими исследованиями, продолжительность жизни человека может достигать 85–90 лет, и так как некоторые люди умирают раньше 85 или живут дольше 90, необходимо принимать во внимание, что на продолжительность жизни человека и его общую жизнеспособность оказывают влияние разнонаправленные процессы. Прежде всего, это процесс старения, обусловленный физиологическими и иными природными механизмами.

Однако с другой стороны, организм человека адаптируется к возрасту посредством компенсаторного механизма, который стабилизирует его жизнеспособность.

Таким образом, возраст обуславливает функционально-структурные изменения организма, которые выражаются у индивидов в разной степени интенсивности. При этом получается, что одни люди стареют быстрее, а другие –

дольше. Причем речь идет не только о внешних возрастных изменениях, но и о процессах физиологического, анатомического, психологического старения, соответственно, процесс старения обусловлен различными внутренними и внешними факторами [2].

В соответствие с международной классификацией, период «геронтогенеза» у мужчин начинается с шестидесяти лет, а у женщин с пятидесяти пяти.

Однако, по мнению Г.С. Абрамовой, возрастная хронология современного человека несколько иная: зрелость варьируется в пределах от 36 до 50 лет, пожилым человек является в возрасте от 51 года до 65 лет, старость начинается после 65 лет [3].

Ряд эмпирических исследований свидетельствует о том, что люди в возрасте до 60 лет способны к активному обучению и самообразованию, сохраняя гибкую познавательную сферу, кроме того, мозговая активность в этом возрасте обеспечивает высокие потенциальные возможности для продуктивного познания и творчества.

Зрелый человек обладает высоким уровнем развития функции внимания, тогда как функция памяти постепенно ослабляется. Ответственность и стремление к ней представляет собой важнейший признак зрелости. Психологически ответственное лицо является личностью, которая отвечает за собственные поступки, как перед собой, так и перед обществом [2].

Основные причины возникновения нервного напряжения и стрессовых состояний у лиц пожилого возраста заключаются в изменении жизненного ритма, резкое сужение круга общения. Зачастую уход от активной трудовой деятельности приводит к тому, что пожилой человек замыкается в себе и даже начинает избегать общения с близкими людьми, полагая, что те не смогут его понять.

Таким образом, одиночество становится сильным потрясением для многих пожилых людей. Однако наиболее важными в процессе старения оказываются психологические факторы, которые отражают осознание одиночества как непонимание и безразличие со стороны окружающих.

Соответственно, у многих пожилых людей формируется острый внутриличностный конфликт и когнитивный диссонанс, при котором они перестают принимать старость как продуктивную часть жизни.

Одним из наиболее частых неврологических симптомов является нарушение когнитивных функций. Поскольку когнитивные функции связаны с интегрированной деятельностью головного мозга в целом, когнитивная недостаточность закономерно развивается при самых разнообразных очаговых и диффузных поражениях головного мозга.

Под когнитивными функциями принято понимать наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира [17].

К когнитивным функциям относится память, гнозис, речь, праксис и интеллект.

Память – это способность головного мозга усваивать, сохранять и воспроизводить необходимую для текущей деятельности информацию. Функция памяти связана с деятельностью всего головного мозга в целом, но особенное значение для процесса запоминания текущих событий имеют структуры гиппокампового круга. Выраженные нарушения памяти на события жизни принято обозначать термином «амнезия» [5].

Гнозис - это функция восприятия информации, её обработки и синтеза элементарных сенсорных ощущений в целостные образы. Первичные нарушения гнозиса (агнозии) развиваются при патологии задних отделов коры головного мозга, а именно височной, теменной и затылочных долей [5].

Речь – это способность обмениваться информацией с помощью высказываний. Нарушения речи (афазии) чаще всего развиваются при патологии лобных или височно-теменных отделов головного мозга.

Праксис – это способность приобретать, сохранять и использовать разнообразные двигательные навыки. Нарушения праксиса (апраксии) чаще всего развиваются при патологии лобных или теменных долей головного мозга.



Под интеллектом понимают способность сопоставлять информацию, находить общее и различия, выносить суждения и умозаключения. Интеллектуальные способности обеспечиваются интегрированной деятельностью головного мозга в целом [5].

В самой легкой форме когнитивные нарушения возникают эпизодически и не привлекают к себе особого внимания (например, сбой при выполнении простой арифметической операции, забытые ключи и т.д.).

Умеренные когнитивные расстройства могут проявляться регулярно и воспринимаются как заметное отклонение от нормы, однако не приводят к утрате человеком самостоятельности, позволяя выполнять привычные действия в быту и в профессиональной деятельности.

В отличие от легких и умеренных когнитивных расстройств, деменция – это всегда тяжелое и часто необратимое когнитивное расстройство, существенно сказывающееся на повседневной жизни человека и на его социальной активности (по сути – их разрушение).

Когнитивные нарушения при деменции, всегда носят многосторонний характер и проявляются у лиц старшей возрастной группы сразу в нескольких направлениях:

- в ослаблении мышления; в утрате памяти;
- в ограниченности внимания;
- в нарушении речи.

Одной из особенностей тяжелых когнитивных нарушений является то, что после их наступления не только утрачиваются ранее усвоенные знания и навыки, но также существенно затрудняется приобретение новых.

Деменция – тяжелое когнитивное расстройство, при котором нарушения дифференцируются по степени тяжести: легкая деменция; умеренная деменция; тяжелая деменция.

Предрасположенность к ряду заболеваний, которые сопровождаются деменцией, может быть обусловлена наследственностью. Считается, что вероятность заболеть болезнью Альцгеймера или Пика выше, если в семье уже

были такие случаи. Это связано с нарушениями синтеза тау-белка, который начинает откладываться в клетках головного мозга, провоцируя нарушение их функций, гибель.

Нейродегенеративный процесс может быть обусловленным и другими «семейными» заболеваниями, включая сахарный диабет, наследуемые нарушения обмена веществ. «Наследование» деменции родственниками может быть связано не только с генетическим фактором, но и с образом жизни, принятым в семье, с сопутствующими экологическими или другими условиями.

Риск появления деменции повышается, если состояние здоровья у пожилого человека является неудовлетворительным. Лишний вес, проблемы с сердечно-сосудистой системой, обменом веществ, органами дыхания, состоянием почек и печени могут увеличивать риск возрастных нарушений. Он особенно высок для тех, кто курит, употребляет спиртное, имеет лишний вес, ведет нездоровый или малоподвижный образ жизни.

Эти факторы начинают действовать уже в среднем возрасте. Чем дольше образ жизни остается нездоровым, а состояние здоровья плохим, тем выше риск появления деменции в пожилом возрасте.

Уровень образования и объем умственной нагрузки прямо связаны с риском деменции. Способность к сложному мышлению и его постоянная тренировка, ежедневное решение умственных задач для поддержания способностей к логике, анализу, тренировка памяти помогают сохранять когнитивные функции на высоком уровне и защищают от возрастных изменений.

Эта взаимосвязь используется в реабилитации при диагностированных нейродегенеративных заболеваниях: решение умственных задач, тренировка интеллекта, мышления, памяти и речи помогают замедлять развитие деменции. Перенесенные травмы также могут спровоцировать начало заболевания. Черепно-мозговые травмы опасны тяжелыми нарушениями как в раннем, так и в отдаленном периоде.

Черепно-мозговые травмы, полученные в пожилом возрасте, влекут за собой особенно неблагоприятные последствия, так как все восстановительные и

репаративные процессы протекают медленно. Самый высокий уровень риска связан с травмами, которые являются регулярными или настолько сильными, что человек теряет сознание или память.

Определенный образ жизни пожилого человека также может стать причиной появления деменции.

Деменцию может провоцировать ведение неправильного образа жизни. В этой группе — четыре ключевых фактора:

- курение. Ухудшает транспорт кислорода с кровью, негативно влияет на состояние сердечно-сосудистой системы. Курение ускоряет истончение коры головного мозга, из-за чего с возрастом повышается риск появления когнитивных нарушений;
- употребление алкоголя. Даже умеренное употребление спиртного негативно влияет на клетки головного мозга. Если человек пьет алкоголь постоянно, развивается алкогольная зависимость, меняются биохимические процессы. Кора головного мозга истончается, кора больших полушарий сглаживается, продукты метаболизма этанола провоцируют гибель нейронов;
- переизбыток. Провоцирует нарушения обмена веществ, появление лишнего веса, ухудшение показателей крови, состояния сердечно-сосудистой системы, печени, общего состояния здоровья. Негативно сказывается на питании клеток головного мозга;
- отсутствие физической активности. Малоактивный образ жизни, отсутствие физических нагрузок ухудшают общее состояние здоровья и увеличивают риск появления деменции в пожилом возрасте.

Подобный образ жизни связан с влиянием соматических заболеваний, нарушений на транспорт кислорода и питательных веществ с кровью, на питание, дыхание клеток головного мозга, на поддержание нормального обмена веществ.

Легкая деменция – это состояние, при котором когнитивные нарушения приводят к ухудшению профессиональных качеств личности пожилых людей, к снижению их социальной активности (повседневное общение с родными,

коллегами, друзьями), к ослаблению их интереса к внешнему миру (отказ от увлечений и привычных форм проведения досуга).

В то же время, при легкой форме деменции пожилой гражданин сохраняет все навыки самообслуживания, продолжает нормально ориентироваться в пределах собственного дома.

При умеренной деменции человек больше не может долго оставаться один, так как теряет навыки пользования большинством современных приборов (телефоном, пультом телевизора, кухонной плитой), может испытывать трудности с открытием замков.

Именно эту стадию в быту называют «старческим маразмом». На этой стадии пожилые люди постоянно нуждается в подсказках со стороны окружающих, однако сохраняют навыки личной гигиены и самообслуживания. «Старческий маразм» становится тяжелым бременем для близких и родных.

Тяжелая деменция – это «старческое слабоумие», характеризующееся полной дезадаптацией человека к окружающей среде и его постоянной зависимостью от посторонней помощи даже в самых простых действиях (одевание, прием пищи, гигиена).

Первые признаки когнитивных нарушений могут быть замечены членами семьи или выявлены при диагностике. Возникают нарушения познавательных способностей, появляется трудность в выборе слов, в формулировании предложений и следование указаниям.

Важным признаком деменции является относительная стабильность проявления когнитивных нарушений, которые не зависят от состояния сознания пожилого человека.

На рисунке 1 представлена схема характерологических особенностей когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста.

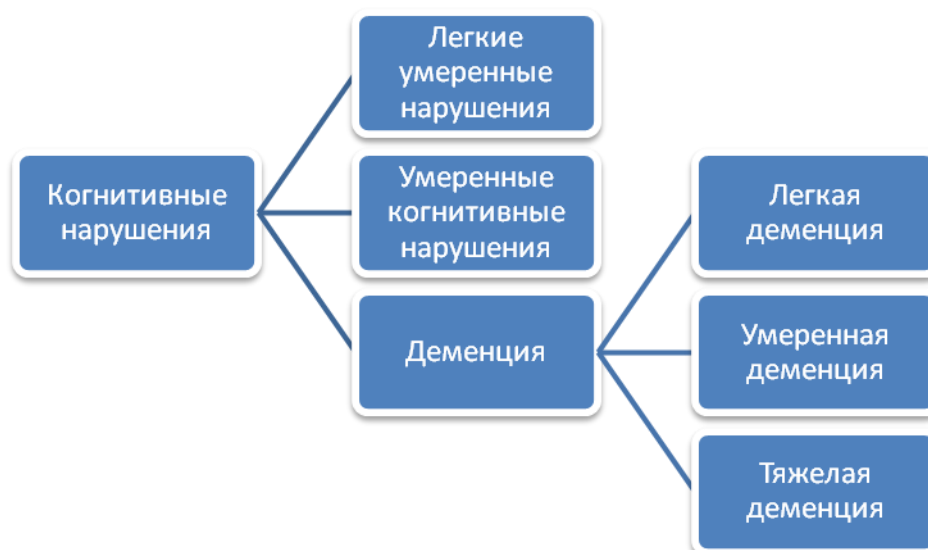


Рисунок 1 - Возникающие когнитивные нарушения у граждан пожилого возраста

Выявление характера когнитивных нарушений – важная задача, так как от ее решения зависит выбор и направленность коррекционных мероприятий. Если первичная деменция – трудно устранимое когнитивное нарушение личности, то вторичная деменция часто носят обратимый характер.

Кроме того, необходимо отличать проявление деменции от состояний, связанных с психическими расстройствами – например, с депрессией. Выраженные психические расстройства могут приводить к тяжелым когнитивным нарушениям.

Многие полагают, что снижение когнитивных функций является нормальным в пожилом возрасте. Именно поэтому пожилые люди и их родственники не стремятся обратиться к специалистам. Но своевременное выявление когнитивных нарушений – важный залог эффективности работы, которая может предотвратить или хотя бы отсрочить наступление деменции.

Современные исследования в области нейробиологии старения позволяют расшифровывать не только механизмы физиологии старения мозга, но и факторы, влияющие на когнитивное старение и усугубляющие проявления когнитивной дисфункции и нейродегенеративного заболевания. Для многих пожилых людей эмоциональные и другие стрессы мешают нормальному психологическому, физическому и социальному функционированию. Стрессы, к которым нет

адекватной адаптации, снижают способность к самоконтролю, а также повышают риск развития тревожных и депрессивных расстройств. Известно, что процесс старения мозга предполагает длительную сохранность функциональной нейропластичности, значительное влияние на которую оказывают различные факторы образа жизни: повседневная социальная и физическая активность, характер и количество потребляемой пищи, когнитивная активность, а также стрессовые события. Предполагается, что эти факторы образа жизни являются мощным инструментом поддержания физиологического старения мозга и отсроченного когнитивного снижения у пожилых людей. Нарушение когнитивных функций является одним из наиболее распространенных и социально значимых расстройств нервной системы.

Таким образом, социальное функционирование человека пожилого возраста характеризуется следующими особенностями: депрессия, тревога и психосоциальные стрессоры, например, плохая социальная поддержка, определяются как факторы. Особого внимания с точки зрения поддержания социального функционирования пожилого человека заслуживает сохранение когнитивных функций, организация и проведение работы, направленной на профилактику когнитивных нарушений.

## **1.2 Социально-педагогические условия профилактики когнитивных нарушений у людей пожилого возраста**

Когнитивные нарушения являются важной медико-социальной проблемой, как в России, так и во всем мире, что связано с высокой распространенностью их в популяции, обусловленной постарением населения.

В настоящее время прослеживается тенденция к увеличению роста когнитивных нарушений различной направленности, что позволяет расценивать данную патологию как актуальную социально-медицинскую проблему [1].

Доля лиц, страдающих умеренной интеллектуально-мнестической дисфункцией, варьирует в среднем от 16 до 19% [2]. Это связано с увеличением средней продолжительности жизни людей в большинстве развитых стран, ростом промышленного производства и ухудшением экологической обстановки [3].

Социальное значение умеренных когнитивных нарушений заключается в том, что их прогрессирование в ряде случаев лишает пациентов дееспособности, приводит к дезадаптации, а также требует значительных усилий по уходу за больным от близких и общества в целом. Наличие интеллектуально-мнестических расстройств оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни больных.

Таким образом, умеренные когнитивные нарушения являются достаточно частой и социально значимой патологией, сопровождающейся субклиническими изменениями одной или нескольких когнитивных сфер, которые при отсутствии адекватного лечения закономерно прогрессируют, достигая степени деменции [5, 21].

Реализация социально-педагогических условий профилактики когнитивных нарушений у людей пожилого возраста осуществляется по различным направлениям, из них можно выделить те направления, которые чаще всего пользуются спросом у пожилых граждан:

1. Когнитивная реабилитация – это совокупность терапевтического воздействия, направленных на улучшение высших психических функций и жизнедеятельность людей пожилого возраста.

В последнее время к методу когнитивной реабилитации усилился интерес у российских специалистов и врачей.

Цель, задачи и методики когнитивной реабилитации пожилых людей не сильно отличаются от общепринятых, но для получения результата необходимо учитывать особенности стареющего организма.

Для пожилых людей минимальная задача профилактики заключается в том, чтобы восстановить способность к самообслуживанию и независимость, улучшить психоэмоциональное состояние, а максимальная задача – частичное восстановление трудоспособных функций организма.

В процессе восстановления когнитивных функций у пациентов могут возникать проблемы, связанные с биологическими, психологическими и социальными особенностями.

Основной целью когнитивной реабилитации является нормализация психического состояния; восстановление способности к самообслуживанию и выполнению несложной домашней работы.

Тренинг когнитивных функций представляет собой систему тренировок, направленную на тренировку познавательных процессов: произвольное внимание; визуальное, слуховое, кинестетическое восприятие; зрительную и слуховую память; мышление.

Тренировка проходит путем дозирования разных заданий, которые способствуют восстановлению отдельных компонентов психической деятельности. Постепенно задания будут усложняться, их объем по мере восстановления утраченных способностей увеличивается.

Следующий вид профилактики и реабилитации когнитивных нарушений у людей пожилого возраста, это компьютерная нейрореабилитация, которая нацелена на пациентов, имеющими когнитивные нарушения, возникшие в результате:



- синдрома дефицита внимания; хронической ишемии головного мозга;
- возрастных нарушений памяти и внимания; эндогенных заболеваний (депрессивных эпизодов, расстройств шизофренического спектра и пр.);
- повреждений головного мозга (после инсульта, инфарктов, разрыва аневризм, черепно-мозговой травмы, оперативных вмешательств и т.п.).

Среди противопоказаний к проведению компьютерной когнитивной реабилитации следует назвать общее тяжелое некомпенсированное состояние пациента; некомпенсированную эпилепсию; грубые интеллектуальные расстройства, которые препятствуют осознанному выполнению несложных действий и удерживанию внимания.

Длится реабилитационная процедура сорок пять минут (это продолжительность одного занятия). Курс нейрореабилитации включает предварительное тестирование, восемнадцать занятий, приводящиеся каждодневно в будние дни, и заключительное тестирование, через 3 месяца курс рекомендуют пройти снова.

Пожилому человеку полезно собирать пазлы, печатать, играть на пианино, заниматься бисероплетением и другими видами деятельности, в которых принимают участие кисти рук и пальцы. Часто подвижность и чувствительность пальцев ухудшаются вследствие болезни. В этом случае, необходимо тренировать мелкую моторику, разрабатывать мелкие суставы, возвращать рукам ловкость. Кроме мелкой моторики важно в принципе сохранять и пытаться развивать весь комплекс когнитивных функций. Нужно выбирать такие виды деятельности, в которых пожилому человеку будет интересно принимать участие, там, где он будет получать удовольствие. Это может быть арттехнологии, поэтические вечера, в которых развивается память и внимание. Технологии музыкальной направленности и различные виды декоративно-прикладного искусства также могут принести удовольствие и огромную профилактическую пользу.

По результатам проведения многих исследований, касающихся восстановления работы когнитивных функций, выявлено, что тренировка когнитивных функций не только приводит к повышению эффективности

выполнения целого ряда тестов, но и к долговременному улучшению повседневной деятельности пожилых участников исследования.

Современный уровень развития всемирной паутины наполнен возможностями для пожилых людей. На просторах можно найти полноценные курсы компьютерной грамотности. Люди пожилого возраста могут освоить компьютерные технологии пользовательского уровня, а также разного рода приложения, социальные сети и программы.

Сейчас для людей пожилого возраста разработаны информационные порталы с играми, которые предназначены для развития памяти, внимания и мышления. Их преимущество заключается в простоте ограничении действий и простой инструкцией в использовании.

Когнитивные тренажеры (брейн-тренажеры) – это специальные программы, развивающие когнитивные способности. Они предлагают пользователю выполнять определённые упражнения, которые помогают ему тренировать концентрацию внимания, память, логическое мышление и т.д. Чаще всего когнитивные тренажеры устроены в игровой форме, из-за чего тренировки становятся более увлекательными.

1. Игры на развитие памяти, которые действительно помогают. Сервис BrainApps содержит разработанные тренажеры, которые в игровой форме будут развивать память, улучшат концентрацию внимания, помогут привить усидчивость, научат азам логического мышления.

Игры на развитие памяти включают в себя такие элементы:

- поиск скрытых предметов; запоминание положения картинок;
- поиск отличий между объектами; быстрый подбор пары для указанного предмета;
- сложение чисел на скорость.

Игры на развитие внимания. Развитие внимания – это процесс, во время которого улучшается концентрация, приобретает способность к быстрому принятию решений, параллельно развивается кратковременная и долговременная память, а также повышается общий уровень интеллекта.

Онлайн игры были созданы ведущими специалистами в области когнитивной психологии, которые помогут быстро развить способности юных пытливых умов.

Умение концентрироваться, быстро переключаться между задачами, замечать важные детали – крайне важные качества людей пожилого возраста. Развивающая игра – это прекрасная возможность в игровой форме, без усилий и стресса, помочь достичь успеха в любом начинании.

Игры на развитие мышления в сервисе «BrainApps» созданы специалистами для эффективного развития молодого, пытливого ума.

С помощью ярких и интересных тренажеров, можно: развить логическое мышление у пожилого человека; улучшить процесс мышление; повысить концентрацию внимания; создать основу для будущей креативности; увеличить объем кратковременной и долговременной памяти.

Для улучшения помощи людям с деменцией и членам их семей, осуществляющих уход за ними, а также для повышения качества их жизни необходима разработка комплексной мульти-дисциплинарной межведомственной программы, направленной на оказание медицинской и социальной помощи больным с когнитивными расстройствами, своевременное выявление недементных форм когнитивных нарушений и предупреждение их перехода в деменцию.

Для обеспечения эффективности и долговременной продуктивности программы необходимы постановка и последовательное решение ряда задач, в том числе:

- определение масштабов проблемы с оценкой распространенности деменции, недементных когнитивных расстройств и связанной с ними нагрузки на экономику здравоохранения страны;
- обеспечение понимания проблемы в обществе;
- привлечение всех заинтересованных сторон, включая группы представителей гражданского общества;

- определение приоритетных направлений научных исследований по проблеме деменции;
- привлечение дополнительных финансовых и иных ресурсов;
- обеспечение.

К сожалению, не у всех пожилых людей есть родные люди, которые могут находиться с ними длительное время, и организовывать профилактические занятия по предупреждению когнитивных нарушений.

В этом случае на помощь могут прийти центры социального обслуживания для людей пожилого возраста. Данные центры занимаются не только организацией культурно-массовых мероприятий и организацией досуга, но также проводят занятия, направленные на профилактику и реабилитацию когнитивных нарушений.

В соответствии с Федеральным Законом № 442-ФЗ от 28.12.2013 (в редакции от 01.05.2019) «Об основах социального обслуживания граждан в РФ» центры социального обслуживания предоставляют пожилым гражданам различные виды услуг:

- социально-бытовые (поддержание жизнедеятельности пожилых людей в быту);
- социально-медицинские (поддержка и сохранение здоровья пожилых граждан посредством организации ухода, оказания в содействии оздоровительных мероприятий, систематическое наблюдение за пожилыми, с целью выявления отклонений в состоянии их здоровья);
- социально-психологические (помощь в коррекции психологического состояния пожилых, адаптация в социальной среде);
- социально-педагогические (профилактика отклонений в поведении и развития личности, формирование позитивных интересов, организация досуга);
- социально-трудовые (помощь в трудоустройстве и решении проблем, связанные с трудовой адаптацией);
- социально-правовые (помощь в получении юридических услуг, защита прав и интересов пожилых граждан);

- срочные социальные услуги.

Сотрудниками центра являются: медицинские работники, психологи, специалисты по адаптивной физической культуре. Все сотрудники обладают профессиональными навыками и большим опытом работы с пожилыми людьми по профилактике когнитивных нарушений.

На современном этапе социальные институты активно развиваются, внедряются различные государственные и региональные программы для пожилых людей, при этом уделяя внимание не только поиску новых технологий для оказания социальных услуг, но и повышения качества работы.

## Выводы по 1 главе

На основании проведенного анализа теоретической, психологической, учебно-методологической литературы следует, что:

1. Под когнитивными функциями принято понимать наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира.

2. К когнитивным функциям относится память, гнозис, речь, праксис и интеллект.

3. Значительное влияние на возникновение когнитивных нарушений оказывают различные факторы образа жизни: повседневная социальная и физическая активность, когнитивная активность, а также стрессовые события.

4. Социально-педагогические условия профилактики когнитивных нарушений у пожилых включает коррекцию факторов риска, раннее выявление и динамический контроль когнитивных дисфункций, проведение комплекса немедикаментозных мер (физическая и социальная активность, интеллектуальные упражнения, непрерывное образование и др.)

5. В отличие от легких и умеренных когнитивных расстройств, деменция – это всегда тяжелое и часто необратимое когнитивное расстройство, существенно сказывающееся на повседневной жизни человека и на его социальной активности (по сути – их разрушение).

6. Когнитивная реабилитация – это совокупность терапевтического воздействия, направленных на улучшение высших психических функций и жизнедеятельность людей пожилого возраста. В последнее время к методу когнитивной реабилитации усилился интерес у российских специалистов и врачей.

7. Компьютерная нейрореабилитация – нацелена на пациентов, имеющими когнитивные нарушения, возникшие в результате: синдрома дефицита внимания; хронической ишемии головного мозга; возрастных нарушений памяти и внимания.

## **ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

### **2.1 Исследование рисков возникновения когнитивных нарушений у людей пожилого возраста в условиях КЦСОН «Кировский» г. Красноярск**

Изучение рисков возникновения когнитивных нарушений у людей пожилого возраста проводилось на базе КЦСОН «Кировский» в городе Красноярск. Практическое исследование было организовано на базе социально-реабилитационного отделения для граждан пожилого возраста, инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья. В исследовании когнитивных нарушений у людей пожилого возраста приняли участие 10 человек пожилого возраста от 65-70 лет (6 женщин, 4 мужчины), которые посещают социально-реабилитационное отделение КЦСОН «Кировский».

Исследование проводилось в период с ноября 2021 по апрель 2022 года, поэтапно.

**I этап (констатирующий)** – выбор методик для исследования; диагностика когнитивных нарушений у пожилых людей в исследуемой группе.

**II этап (формирующий)** – организация социально-педагогических мероприятий, направленных на профилактику когнитивных нарушений у людей пожилого возраста в исследуемой группе в условиях отделения.

**III этап (контрольный)** – анализ результатов исследования, проведение повторной диагностики когнитивных нарушений у пожилых людей в исследуемой группе.

I этап исследования

Прежде чем проводить исследование по изучению когнитивных нарушений в исследуемой группе, проанализируем факторы, влияющие на возникновение когнитивных нарушений у пожилых людей. Научно доказано, что наличие или появление различных медицинских заболеваний (например, инсульт, деменция и

др.), увеличение массы тела могут значительно повлиять на появление когнитивных нарушений. Среди **факторов** рассматриваются: особенности социального взаимодействия и семейственность, утраты в пожилом возрасте. Предположим, что различные социальные факторы также имеют значение при возникновении данных нарушений. Многие люди пожилого возраста, после выхода на пенсию сталкиваются со стрессами, к которым нет адекватной адаптации, также значительное влияние оказывают различные факторы образа жизни: повседневная социальная и физическая активность, когнитивная активность. Можно предположить, что эти факторы могут положительно влиять на работу мозга и предотвратить появление когнитивных нарушений.

Для изучения данного вопроса, в процессе диагностики наличия когнитивных нарушений в исследуемой группе, изучим факторы, влияющие на появление нарушений.

1. Уровень образования – предположим, что наличие высшего или средне-профессионального образования положительно влияет на отсутствие проявлений когнитивных нарушений, также уровень образования и объём умственной нагрузки связаны с риском когнитивных нарушений;
2. Наличие работы (профессиональная деятельность) – предположим, что работающий пожилой человек меньше подвержен появлению когнитивных нарушений;
3. Возраст - чем старше человек, тем более вероятно появление когнитивных нарушений;
4. Пол – проанализируем люди какого пола более подвержены к проблеме нарушения когнитивных функций;
5. Семейное положение – предположим, что одинокие люди больше подвержены заболеванию когнитивной сферы, чем состоящие в браке;
6. Наличие детей/внуков – нахождение рядом с пожилым человеком близких людей может положительно повлиять на сохранность когнитивных функций.



Для изучения данного вопроса нами был составлен опросник, который состоял из вопросов, связанных с социальными факторами, перечисленными выше.

Для изучения присутствия или отсутствия когнитивных нарушений у людей пожилого возраста нами были определены критерии, которые характеризуют когнитивные нарушения людей пожилого возраста:

- ориентировка во времени и месте;
- концентрация внимания, памяти, восприятия, речь.

Определим степень выраженности когнитивных нарушений, данные представим в таблице 1.

Таблица 1 - Степень когнитивных нарушений у пожилых людей

Легкая степень выраженности (20-23б)	Внешне дефекты незаметны, снижение концентрации и устойчивости внимания, снижение скорости психомоторной реакции.
Умеренная степень выраженности (11-19б)	Снижение когнитивных способностей: работоспособности, внимания, повышенная истощаемость. Проявляется в тестах, нет особого влияния на повседневную деятельность.
Тяжелая степень (0-10б)	Нарушение ориентации во времени и пространстве, затруднение при выполнении привычных действий, рассеянность, отсутствие концентрации внимания.

Для изучения когнитивных нарушений в исследуемой группе применялись следующие методики:

1. Опросник «Социальные факторы»;
2. Патопсихологическая методика «10 слов»;
3. «Краткая шкала оценки нарушений когнитивной сферы (MMSE)»;
4. Тест «Рисование часов».

Исследование проводилось в индивидуальной форме, в период с 10.00 до 12.00. В начале работы с каждым испытуемым проводилась беседа (сбор информации), пожилым людям задавались вопросы, по ответам которых

заполнялся протокол исследования, после чего предлагалось выполнить задания по методикам:

**Опросник «Социальные факторы».** Для изучения влияния появления когнитивных нарушений был разработан краткий тест-опросник, который содержал вопросы, касающиеся семейного положения, возраста и пола, наличия детей и внуков, какой у пожилых людей уровень образования и др. (Приложение 1).

**Патопсихологическая методика «10 слов»** направлена на изучение кратковременной механической непосредственной рече-слуховой памяти и долговременной речеслуховой памяти, а также позволяет исследовать динамику мнестических процессов – запоминания, удержания и воспроизведения.

В практике здоровые испытуемые могут воспроизвести 10 слов уже после 3-4 повторений (иногда, при тренированной памяти – после 2 повторений) (Приложение 2).

Инструкция: испытуемому последовательно зачитывают 10 двухсложных слов, после чего просят повторить слова, которые удалось запомнить. Далее нужно повторить процедуру 5 раз, все слова, которые называет испытуемый каждый раз, заносятся в лист протокола.

Таким образом, изучается кратковременная рече-слуховая память, через 30 минут испытуемого просят без повторения воспроизвести слова, которые он запомнил, таким образом, изучается долговременная память.

**«Краткая шкала оценки нарушений когнитивной сферы (MMSE)».** Данная методика относится к категории методик, изучающих общую когнитивную способность (Приложение 3).

Тест состоит из нескольких заданий:

1. Определение ориентирования. У испытуемых спрашивают: какой сейчас год, время года, день, месяц, день недели, в какой стране, городе, в каком районе, учреждении, на каком этаже находится пожилой.

За каждый правильный ответ пациенту добавляется по 1 баллу. В данном разделе максимальное количество баллов – 10.

2. Определение восприятия. Пациента просят выслушать и повторить три слова, не связанных между собой. При этом его предупреждают, что их нужно будет воспроизвести через несколько минут. За каждое правильно повторенное слово добавляют 1 балл.

3. Определение внимания и способности к счету. Пациента просят устно отнять от 100 7 и так 5 раз подряд. За каждое правильное вычитание добавляется один балл.

4. Определение функций памяти. Пациента просят вспомнить три слова, указанные во второй части. За каждое слово – 1 балл.

5. Определение функций речи, чтения, письма. Пациенту показывают два предмета. За каждый правильно названный ответ начисляется 1 балл. Просят повторить фразу: «никаких, если, но, и, нет». Дается одна попытка, также 1 балл при правильном повторе.

Далее дают прочитать задание: взять лист бумаги правой рукой, сложить пополам двумя руками и положить на колени.

Если все действия выполнены правильно – начисляют 3 балла (по 1 баллу за каждый шаг). После просят написать на листе бумаги законченное предложение (1 балл). Последним заданием является рисование. Просят срисовать два пересекающихся пятиугольника.

При этом правильным считается выполненное задание, если пересечение двух фигур образует четырехугольник и все углы пятиугольников сохранены – также дается 1 балл. После осуществляется подсчет баллов и определяется степень когнитивных нарушений людей пожилого возраста.

#### **Тест «Рисование часов».**

Главное задание – нарисовать круглые часы на бумаге со стрелками на циферблате, указывающими определенное время. Результат оценивается по 10-балльной системе. После того как этот этап будет завершен, нужно дорисовать стрелки, которые показывают время 13:45 (Приложение 4).

Человек должен самостоятельно без посторонней помощи выполнить все условия задания по памяти. Для обычных людей этот тест покажется легким, и время на его выполнение займет всего пару минут.

Однако, для людей, которые имеют когнитивное нарушение и провалы в памяти, он станет непосильной задачей. При выполнении задания, такой человек допустит, по крайней мере, одну ошибку.

Рассмотрим полученные результаты исследования когнитивных функций в исследуемой группе на констатирующем этапе:

Первое задание заключалось ответить на вопросы, касающихся возраста, семейного положения, уровня образования и др. (Приложение 1). Полученные результаты представим в таблице 2.

Таблица 2 - Характеристика экспериментальной группы

<b>Пол, возраст</b>	<b>Семейное положение</b>	<b>Уровень образования</b>	<b>Осуществление трудовой деятельности</b>	<b>Наличие детей/внуков</b>
Жен. (65 л.)	замужем	Высшее	нет	да
Жен. (68 л.)	вдова	Среднее профессиональное	нет	да
Жен. (66 л.)	замужем	Среднее	нет	да
Жен. (70 л.)	не замужем	Высшее	нет	да
Жен. (69 л.)	замужем	Среднее профессиональное	нет	да
Жен. (65 л.)	вдова	Неполное среднее	нет	да
Муж. (71 г.)	женат	Среднее	нет	да
Муж. (67 г.)	холост	Неполное среднее	Да	нет
Муж. (68 г.)	женат	Среднее	нет	нет
Муж. (66 г.)	вдовец	Среднее	нет	да

В таблице 3 представим результаты исследования по методике Патопсихологическая методика «10 слов».

Таблица 3 - Результаты обследования участников экспериментальной группы по методике «10 слов» на констатирующем этапе исследования

Исследуемая группа (пол, возраст)	Кратковременная механическая память (10 слов) количество произведенных слов после 5 предъявлений		Долговременная механическая память (10 слов) количество произведенных слов через 30 минут	
	Кол-во слов	результат	Кол-во слов	результат
Жен. (65 л.)	5	с/у	5	с/у
Жен. (68 л.)	3	н/у	1	н/у
Жен. (66 л.)	4	н/у	3	н/у
Жен. (70 л.)	7	в/у	6	с/у
Жен. (69 л.)	2	н/у	4	н/у
Жен. (65 л.)	4	н/у	3	н/у
Муж. (71 г.)	4	н/у	3	н/у
Муж. (67 г.)	6	с/у	5	с/у
Муж. (68 г.)	2	н/у	4	н/у
Муж. (66 г.)	3	н/у	4	н/у

В условиях методики определено, что при запоминании 7 слов – уровень памяти в норме, в связи с этим определим средний и низкий уровни кратковременной и долговременной памяти: 7-10 запомненных слов – высокий уровень; 5-6 слов – средний уровень; 1-4 слова – низкий уровень.

В процессе выполнения задания многие испытывали трудности, в частности, некоторые начинали нервничать, так как не смогли назвать правильно все слова, или наоборот закрывались, и отказывались далее выполнять задания, экспериментатору пришлось приложить усилия для того, чтобы исследование с ними состоялось.

Таким образом, по результатам исследования по методике «10 слов» у 10% (1 чел.) определен высокий уровень памяти; средний уровень выявлен также у 20

% (2 чел.); у остальных исследуемых наблюдается низкий уровень кратковременной и долговременной памяти.

В таблице 4 представим полученные результаты по методике «Краткая шкала оценки когнитивных результатов».

Таблица 4 - Результаты, полученные по краткой шкале оценки когнитивных нарушений на констатирующем этапе исследования

Пол, возраст	Номер вопроса									Количество баллов
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Жен. (65 л.)	5	4	2	3	1	2	1	2	3	23
Жен. (68 л.)	5	3	1	2	1	1	1	2	2	18
Жен. (66 л.)	4	4	3	3	2	2	1	2	2	23
Жен. (70 л.)	5	5	1	2	2	1	0	3	3	22
Жен. (69 л.)	5	4	2	4	1	2	1	2	1	22
Жен. (65 л.)	4	3	3	3	3	1	1	3	0	21
Муж. (71 г.)	5	3	1	2	1	3	1	2	3	21
Муж. (67 г.)	4	4	2	4	2	2	1	3	1	22
Муж. (68 г.)	4	3	2	2	2	2	1	1	2	19
Муж. (66 г.)	4	4	1	3	2	2	0	1	1	18

Согласно полученным данным, в таблице 5 представим степень когнитивных нарушений людей пожилого возраста.

Таблица 5 - Степень когнитивных нарушений у участников экспериментальной группы по методике «Краткая шкала оценки когнитивных результатов»

Исследуемая группа (пол, возраст)	Кол-во баллов	Степень когнитивных нарушений
Жен. (65 л.)	23	Лёгкая степень
Жен. (68 л.)	18	Умеренная степень
Жен. (66 л.)	23	Лёгкая степень

Жен. (70 л.)	22	Лёгкая степень
Жен. (69 л.)	22	Лёгкая степень
Жен. (65 л.)	21	Лёгкая степень
Муж. (71 г.)	21	Лёгкая степень
Муж. (67 г.)	22	Лёгкая степень
Муж. (68 г.)	19	Умеренная степень
Муж. (66 г.)	18	Умеренная степень

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у большинства испытуемых существуют когнитивные нарушения и дальнейший риск их развития, наблюдается легкая степень когнитивных нарушений (7 чел.), умеренная степень выявлена у 3 исследуемых.

При легкой степени когнитивных нарушений пожилой человек, как правило, хорошо ориентируется во времени и пространстве, хорошо выполняет поставленные задачи, тесты, определяющие состояние оперативной памяти, способен держать под контролем свои эмоции и поведение, способен выполнять многозадачные инструкции. Но при этом пожилым людям свойственны определённые снижения запоминания материала в долгосрочной перспективе, наблюдается снижение концентрации внимания и умственной работоспособности. Отличительными чертами респондентов при легких когнитивных нарушениях являются снижение памяти при поступлении большого объема информации и скорость её обработки, трудности в переключении с одного вида деятельности на другой.

При умеренной степени пожилым людям свойственно путаться во времени, пространстве, происходит затруднения в запоминании имен новых знакомых, географические названия, может допустить ошибки при выполнении сложных инструкций с несколькими действиями, забывают, куда положили те или иные вещи. Также умеренные когнитивные нарушения часто проявляются повышенной тревожностью, утомляемостью, снижением настроения.

Проанализировав ответы респондентов, стоит отметить отдельные наиболее значимые, по нашему мнению, особенности: особого внимания в нашем исследовании заслужили вопросы, направленные на чтение и письмо (вопросы 8(б),9) эти задания вызвали особое затруднение у людей пожилого возраста.

Низкий балл был вызван разными трудностями, например: письмо – большинство пожилых людей не смогли составить и написать простое предложение.

Рисунок – большинство респондентов также не смогли нарисовать с образца предложенный им рисунок.

Заключительной методикой констатирующего этапа исследования была методика – тест «Рисование часов».

Согласно данным для подсчета результатов, определим уровни выраженности когнитивных нарушений: 9-8 баллов – низкий уровень; 7-5 баллов – средний уровень; 4-1 балл – высокий уровень. Полученные результаты представим в таблице 5.

Таблица 6 - Результаты обследования участников экспериментальной группы по методике «Рисование часов».

<b>Исследуемая группа (пол, возраст)</b>	<b>Количество полученных баллов</b>	<b>Степень выраженности когнитивных нарушений</b>
Жен. (65 л.)	9	Низкая
Жен. (68 л.)	6	Средняя
Жен. (66 л.)	8	Низкая
Жен. (70 л.)	9	Низкая
Жен. (69 л.)	9	Низкая
Жен. (65 л.)	8	Низкая
Муж. (71 г.)	9	Низкая
Муж. (67 г.)	8	Низкая
Муж. (68 г.)	8	Низкая



Муж. (66 г.)	9	Низкая
--------------	---	--------

По результатам методики мы видим, что 9 человек из 10 справились с заданием и нарисовали часы, также указали время в соответствии с нормой, лишь один респондент не смог справиться с заданием, неправильно расположил числа на циферблате, они следуют в обратном порядке, утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует.

Проведем сравнительный анализ полученных данных, и представим результаты в итоговой таблице.

Таблица 7 - Сравнительные данные полученных результатов констатирующего этапа исследования

<b>Исследуемая группа (пол, возраст)</b>	<b>Кратковременная механическая память</b>	<b>Долговременная механическая память</b>	<b>Краткая шкала оценки когнитивных результатов</b>	<b>Методика «Рисование часов»</b>
Жен. (65 л.)	с/у	с/у	Лёгкая степень	Низкая
Жен. (68 л.)	н/у	н/у	Умеренная степень	Средняя
Жен. (66 л.)	н/у	н/у	Лёгкая степень	Низкая
Жен. (70 л.)	в/у	с/у	Лёгкая степень	Низкая
Жен. (69 л.)	н/у	н/у	Лёгкая степень	Низкая
Жен. (65 л.)	н/у	н/у	Лёгкая степень	Низкая
Муж. (71 г.)	н/у	н/у	Лёгкая степень	Низкая

Муж. (67 г.)	с/у	с/у	Лёгкая степень	Низкая
Муж. (68 г.)	н/у	н/у	Умеренная степень	Низкая
Муж. (66 г.)	н/у	н/у	Умеренная степень	Низкая

Проанализируем полученные результаты по каждому испытуемому с соотнесением социальных факторов:

1. Женщина, 65 лет, замужем, имеет высшее образование, не работает, имеются дети, и внуки по всем методикам наблюдается легкая степень нарушения когнитивных функций.

2. Женщина, 68 лет, вдова, имеет средне-профессиональное образование, не работает, есть дочь, по результатам исследования наблюдается умеренная степень нарушений, низкий уровень кратковременной и долговременной памяти.

3. Женщина, 66 лет, замужем, среднее образование, не работает, есть сын и дочь, выявлена легкая степень нарушений, уровень памяти низкий.

4. Женщина, 70 лет, никогда не была в браке, есть сын, образование высшее, не работает, выявлена легкая степень нарушений.

5. Женщина, 69 лет, замужем, имеет средне-профессиональное образование, не работает, выявлена легкая степень нарушений, низкий уровень запоминаний.

6. Женщина, 65 лет, вдова, образование – неполное среднее, не работает, есть дети, выявлена легкая степень нарушений, низкий уровень запоминаний.

7. Мужчина, 71 год, женат, есть двое детей, образование среднее, не работает, выявлена легкая степень нарушений, уровень памяти низкий.

8. Мужчина, 67 лет, холост, неполное среднее образование, работает вахтером в общежитии, детей нет, уровень памяти средний, легкая степень когнитивных нарушений.

9. Мужчина, 68 лет, женат, образование среднее, не работает, детей нет, наблюдается умеренная степень нарушений, уровень запоминания низкий.

10. Мужчина, 66 лет, вдовец, образование среднее не работает, есть сын, выявлена умеренная степень нарушений, низкий уровень памяти.

В процессе проведения анализа наличия социальных факторов и результатов исследования были определены закономерности: например, женщины с высшим образованием имеют высокий или средний уровень запоминания, степень нарушений носит слабый характер.

У мужчины, продолжающего работать, уровень памяти выше, чем у не работающих, также степень нарушений легкая, в отличие от не работающих (наблюдается умеренная). Также интересным фактом стало наличие детей – у испытуемых, которые не имеют детей наблюдаются худшие результаты.

Таким образом, по результатам констатирующего этапа исследования можно сделать следующие выводы:

В исследуемой группе пожилых людей выявлены нарушения когнитивных функций, в большинстве эти нарушения имеют лёгкую степень (70%), умеренная степень нарушений определена у 30% исследуемых (3 чел.).

Также полученные результаты свидетельствуют о наличии влияния социальных факторов на возникновение когнитивных нарушений у пожилых людей.

По проведенным результатам диагностики составим программу социально-педагогических занятий, направленных на профилактику когнитивных нарушений у людей пожилого возраста в исследуемой группе в форме тренингов компьютерной когнитивной реабилитации.

## **2.2 Разработка программы профилактики когнитивных нарушений у людей пожилого возраста в условиях КЦСОН «Кировский» г. Красноярск и ее реализация**

По результатам проведенного исследования мы определили, что у большинства пожилых людей экспериментальной группы наблюдается легкая степень когнитивных нарушений, у нескольких участников исследования выявлена умеренная степень нарушений, в связи с чем необходимо организовать работу по профилактике когнитивных нарушений у всех участников исследования.

В данном параграфе рассмотрим опыт организации социально-педагогической профилактики когнитивных нарушений у людей пожилого возраста на базе КЦСОН «Кировский», отделения социально-реабилитационной помощи.

В основе метода профилактических занятий будет применяться метод онлайн-тренажеров, позволяющий проводить занятия, используя при этом только персональный компьютер без какого-либо дополнительного оборудования.

Организация профилактики с помощью онлайн-тренажеров проводилась три раза в неделю, по 15-25 минут в течение двух месяцев. Всего было проведено более 20 занятий.

Основная цель занятий заключается в восстановлении когнитивных функций и каждодневных навыков, позволяющих повысить качество жизнедеятельности пожилых людей. Системное выполнение упражнений для тренировки высших психических функций пожилыми людьми улучшит работоспособность мозга, снизит риск проблем с памятью, вниманием.

Занятия на онлайн-тренажерах были разделены на три блока:

- 1 блок – тренировка памяти;
- 2 блок – тренировка внимания;
- 3 блок – тренировка мышления.

Организацию занятий и выполнения упражнений проводились на цифровых платформах в индивидуальной форме: Mozgotren; wikium; paperpass, данные

цифровые платформы разделены на разделы по видам тренировок. Далее проанализируем организацию занятий с пожилыми людьми с помощью онлайн-тренажеров:

**Первый блок – тренировка памяти.** С целью тренировки памяти у пожилых людей мы использовали онлайн-упражнения: «Аэродром», «Сортировщик слов, чисел и цветов»; «Морской бой»; «Матрица»; «Запомни числа»; «Предметы на полке» и др. Все упражнения красочные, не сложные в исполнении, озвучены мелодиями и разными звуковыми эффектами. Рассмотрим подробнее несколько упражнений на развитие памяти:

Упражнение «Сортировщик цветов». Данное упражнение имеет высокий уровень нагрузки на внимание, эффективен для людей с разным уровнем образования. Степень интенсивности тренировки и уровень нагрузки определяется умным алгоритмом, что позволяет использовать тренажер «Сортировка цветов» на каждом из этапов развития памяти и внимания.

Правила игры: перед стартом игры настраивается уровень сложности, количество списков с цветами, которые будут отображаться на рабочем поле одновременно. Это количество может быть от 1 до 3, количество ячеек в каждом списке не выбирается, оно меняется постепенно в ходе правильного выполнения упражнения.

Упражнение «Ход игры» - направленно на развитие оперативной и зрительной памяти, а также логического мышления. Главным действующим лицом игры является шахматная фигура – конь, он совершает характерные ему движения по шахматной доске, которые нужно запомнить и воссоздать. Данное упражнение также имеет несколько уровней сложности, и вариантов.

**Второй блок – тренировка внимания.** Для тренировки внимания участникам исследования было предложено выполнять различные упражнения и задания, например такие, как: «Таблица Шульте», «Шульте алфавит»; «Шульте цвет»; «Лишнее слово»; «Лишнее число» и др.

Рассмотрим упражнение для тренировки внимания «Таблица Шульте»: смысл упражнения заключается в таблице с цифрами, задача участника

исследования найти ту цифру, которая представлена над таблицей, таблица начинается с девяти квадратов, постепенно увеличиваясь до двадцати пяти.

Изначально данная таблица была придумана известным психотерапевтом как проба для психодиагностики, которая с высокой точностью позволяет определить степень внимания человека. В ходе исследований, выявилась способность данного упражнения влиять положительным образом на угол зрительного периферического восприятия и внимания. Другими словами, таблица не только помогает диагностировать качества концентрации отдельного человека, но и позволяет их улучшить.

Можно задать условия: легкий или сложный вариант, искать единицы, десятки или сотни. Данное упражнение присутствовало в программе каждого занятия, условия менялись в зависимости от участника исследования, а также если были отмечены положительные результаты на предыдущем уровне.

**Третий блок – тренировка мышления.** Данный раздел онлайн-тренажеров состоит из таких упражнений, как: «Суммоцвет»; «Деление»; «Умножение»; «Машина времени» и др. Рассмотрим подробнее упражнение «суммоцвет», данное упражнение тренирует не только логическое мышление и скорость мышления человека, но и внимание и оперативную память. Суть упражнения: а рабочем поле будут отображаться числа разного цвета, вам необходимо определить суммы чисел каждого цвета, сравнить их и нажать тот цвет, сумма чисел которого самая большая.

Упражнение «Машина времени» это своеобразный онлайн тренажер с элементами арифметики и образного восприятия объектов, который позволяет тренировать как скорость мышления, так и внимание. Немаловажным фактором успешного прохождения тренажера является скорость образного восприятия, то есть игрок видит циферблат часов, но в уме уже должен представить цифры, с которыми и будет производить вычисления.

Для повышения заинтересованности у участников исследования, мы вызывали у пожилых людей соревновательный интерес: после каждого занятия вывешивали результаты занятия, с указанием упражнений и набранных баллов

каждым участником, таким образом, по результатам каждого занятия выбирались три лучших участника, распределяя между собой 1,2 и 3 места.

Данный подход помог нам проявить у пожилых людей интерес в занятиях, ответственно подходить к их выполнению, так как многие упражнения оказались сложными для наших участников, и многие не хотели продолжать их выполнять, потому что для этого нужно было сосредоточиться и напрягать умственную деятельность. Соревновательный метод так заинтересовал участников исследования, что было принято по окончании курса занятий выбрать трех самых лучших «учеников» и наградить их развлекательной экскурсией по интересным местам города, с получением приза помогла администрация центра помощи населению.

Участники исследования так привыкли к этим занятиям, что с большим удовольствием приступали к выполнению упражнений, отмечая свои положительные результаты и успехи. Одновременно на онлайн-тренажерах могли заниматься 3 человека, рабочие места организованы в небольшом расстоянии друг от друга, таким образом пожилые граждане могли наблюдать за работой друг друга, и этот фактор не мешал им в выполнении задания, а наоборот позволял чувствовать себя комфортно, при этом играя наши участники забывали о своих проблемах, болезнях и даже возрасте, так как данный метод в основан на игровой деятельности, а игра как известно интересна для любого возраста.

В свободное от занятий время, участникам исследования предлагались на выбор различные виды деятельности: собирание пазлов, мозаика, рисование, сбор головоломок и др., выполнение данных действий также носит профилактический и развивающий характер, и помогает участникам в сохранении и даже в развитии когнитивных функций.

Данные мероприятия не являются обязательными и на них не делается упор в диагностике или создании программы, но всегда организуются для отдыха и релаксации пожилых людей. Виды деятельности, которые реализовались на базе школы памяти, представлены в таблице и имеют характер не только развлекательной деятельности, но и содержат в себе определенную

профилактическую задачу, чтобы когнитивные функции если не развивались, то обязательно поддерживались.

Таблица 8 - Мероприятия, направленные на организацию досуговой деятельности пожилых людей

Мероприятие	Профилактическая задача	Краткое описание содержания
Настольные игры	Позволяет поддерживать процессы воображения, смекалки, рассуждения и грамотной речи.	Групповой вид деятельности, в котором пожилые люди друг с другом взаимодействуют в какой-либо настольной игре (карточные игры, имаджинариум и т.д.)
Декоративно-прикладное искусство	Сохраняет и развивает процессы воображения, внимания и концентрирования, сохранение мелкой моторики рук.	Этот вид деятельности может в себя включать: технология работы с песком, вышивание, вязание, мозаики и аппликации, создание различных предметов, используя свое или групповое воображение.
Рисование, раскраски	Позволяет сохранить и развить восприятие, зрительную память, мелкую моторику.	Рисование самостоятельно или картина, созданная группой, будут одинаково полезным для пожилого человека. Раскраски могут нести медитативный характер, расслабление и отдых.
Головоломки	Влияет на память, умение концентрировать внимание, мышление.	Различные виды головоломок могут стать поводом для бурного обсуждения в команде, что способствует и развитию мышления, и воображения, а главное, поддерживает



		стабильное эмоциональное состояние.
Музыкальный день	Основная цель – сохранение воспоминаний (какая музыка нравилась раньше, какая сейчас?) и сохранение целенаправленного обсуждения с участниками беседы.	Это мероприятие создано для релаксации, возможности прочувствовать эмоции от прослушивания музыки, это возможность окунуться в приятные воспоминания, возможно, и желание ими поделиться.
Читательский клуб	Рассуждение, расширение круга общения, сохранение умения анализировать и выносить умозаключения.	Данное мероприятие направлено на анализ прочитанного, выражение своих эмоций, возможность поделиться своими умозаключениями с участниками беседы и выслушать их мысли. Обсуждение книг.

В представленных видах деятельности пожилые люди могут чувствовать себя свободно и самостоятельно выбирать мероприятие, в котором хотят участвовать. Также немаловажным моментом является то, что эта деятельность – групповая. Она позволяет отдохнуть и расширить круг общения.

Наше исследование убедительно доказывает положение, о том, что данная программа направлена на интеллектуальное и духовное развитие личности пожилого человека, на создание условий для его творческой самореализации. Когнитивный резерв не является статической величиной, он может меняться под влиянием когнитивной тренировки.

Содержание и система занятий выстраиваются таким образом, чтобы было всем понятно, что они направлены на развитие личности через формирование поискового типа мышления, творческих способностей, что участие в интеллектуальных играх, проводимых в отделении даёт уверенность пожилым

людям в своих возможностях, создает предельно широкий фронт для познания, самостоятельной деятельности и реализации творческого потенциала, начиная от приобретения конкретных знаний о различных предметах, до самостоятельного исследования.

Во время занятий приобретаются навыки анализа и синтеза, формируются умения работы в команде, расширяется кругозор.

По окончании работы по второму этапу необходимо подвести результаты работы, оценить эффективность проведенных занятий, для этого проведем повторное изучение когнитивных функций у пожилых людей в исследуемой группе. Третьим этапом нашего исследования были мероприятия, направленные на профилактику когнитивных нарушений пожилых людей на базе школы памяти КЦСОН «Кировский». Пожилые люди свободно могли выбирать вид деятельности, который их заинтересовал, в каждом из которых игра или проработанное мероприятие направленно на поддержание или развитие комплекса когнитивных функций,

### 2.3. Анализ результатов исследования

С целью анализа проведенной работы в исследуемой группе было проведено повторная диагностика. Для получения качественных и точных результатов исследования были применены те же методики, что и на констатирующем этапе исследования.

Диагностика проводилась на следующий день, после проведения последнего упражнения на онлайн-тренажерах.

Рассмотрим результаты изучения уровня кратковременной и долговременной памяти у пожилых граждан по методике:

Таблица 9 - Результаты исследования памяти на контрольном этапе исследования по методике «10 слов»

Исследуемая группа (пол, возраст)	Кратковременная механическая память (10 слов) количество произведенных слов после 5 предъявлений		Долговременная механическая память (10 слов) количество произведенных слов через 30 минут	
	Кол-во слов	результат	Кол-во слов	результат
Жен. (65 л.)	7	в/у	7	в/у
Жен. (68 л.)	5	с/у	5	с/у
Жен. (66 л.)	5	с/у	5	с/у
Жен. (70 л.)	7	в/у	8	в/у
Жен. (69 л.)	5	с/у	5	с/у
Жен. (65 л.)	4	н/у	4	н/у
Муж. (71 г.)	4	н/у	4	н/у
Муж. (67 г.)	6	с/у	5	с/у
Муж. (68 г.)	5	с/у	6	с/у
Муж. (66 г.)	3	н/у	4	н/у

Представим на рисунке 1 сравнительные результаты констатирующего и контрольного этапов исследования кратковременной и долговременной памяти у пожилых людей, участвующих в исследовании:

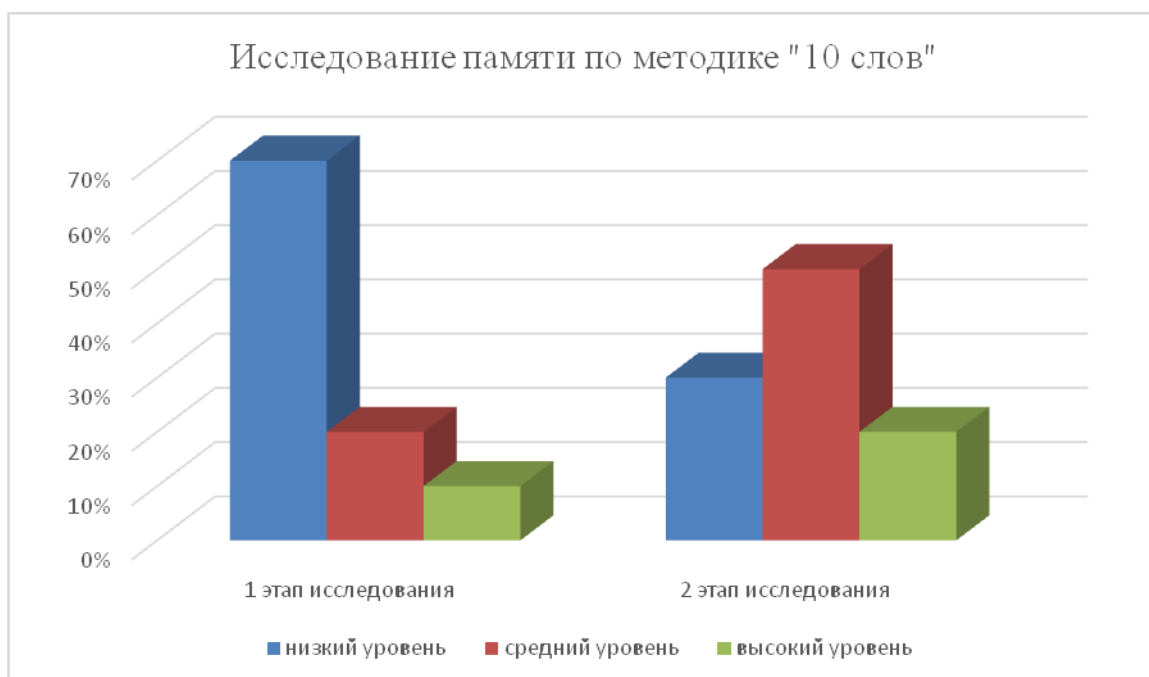


Рисунок 2 - Сравнительные результаты констатирующего и контрольного этапов исследования памяти участников экспериментальной группы

Согласно полученным результатам, зафиксированы значительные изменения по сравнению с первичной диагностикой, так процент участников с низким уровнем внимания снизился до 30 (3 чел.), ранее было выявлено 70% (7 чел.) участников; наличие среднего уровня памяти также изменилось, увеличилось до 50% (5 чел.), по сравнению с первичной диагностикой (было 20% - 2 чел.), высокий уровень памяти определен у двоих участников, ранее данный результат зафиксирован только у одного участника.

Во время выполнения задания участники легче и быстрее справлялись с выполнением задания. Меньше нервничали и испытывали тревогу. Скорее всего это было обусловлено тем, что они привыкли к частым занятиям и поэтому диагностика не вызвала у них неприятные чувства.

Рассмотрим полученные результаты по кратковременной шкале оценки когнитивных нарушений на контрольном этапе исследования. Испытуемым были даны инструкции, точно такие же, как и во время выполнения задания в первый раз, результаты фиксировались в протокол исследования. В таблицах 9 и 10 представлены результаты повторной диагностики.

Таблица 10 - Результаты, полученные по методике MMSE на контрольном этапе исследования

Пол, возраст	Номер вопроса									Количество баллов
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Жен. (65 л.)	5	4	2	3	1	2	1	2	3	23
Жен. (68 л.)	5	3	3	2	2	1	3	3	3	25
Жен. (66 л.)	4	4	3	3	2	2	1	2	2	23
Жен. (70 л.)	5	5	1	2	2	1	0	3	3	22
Жен. (69 л.)	5	4	2	4	1	2	1	2	1	22
Жен. (65 л.)	4	3	3	3	3	1	1	3	0	21
Муж. (71 г.)	5	3	1	2	1	3	1	2	3	21
Муж. (67 г.)	4	4	2	4	2	2	1	3	1	22
Муж. (68 г.)	4	3	2	2	2	2	2	1	2	20
Муж. (66 г.)	5	4	1	3	2	2	2	2	2	23

Таблица 11 - Итоговые результаты по методике MMSE

Пол, возраст	Кол-во баллов на констатирующем этапе	Кол-во баллов на контрольном этапе	Степень нарушений (контрольный этап)
Жен. (65 л.)	23	23	Лёгкая степень
Жен. (68 л.)	18	25	Легкая степень
Жен. (66 л.)	23	23	Лёгкая степень
Жен. (70 л.)	22	22	Лёгкая степень
Жен. (69 л.)	22	22	Лёгкая степень
Жен. (65 л.)	21	21	Лёгкая степень
Муж. (71 г.)	21	21	Лёгкая степень
Муж. (67 г.)	22	22	Лёгкая степень
Муж. (68 г.)	19	20	Умеренная степень
Муж. (66 г.)	18	23	Легкая степень

Согласно полученным данным, в исследуемой группе результаты изучения когнитивных нарушений изменилось, количество человек с легкой степенью нарушений увеличилось на 20% (2 чел.), из всего количества участников на контрольном этапе обнаружен только 1 участник с умеренной степенью когнитивных нарушений. Полученные результаты свидетельствуют о положительных изменениях, произошедших в процессе организации работы.

Заключительной методикой исследования стала методика «Рисование часов», с заданием методики справились все участники (10 чел.), констатирующий этап исследования показал среднюю степень выраженности когнитивных нарушений у одного испытуемого, у всех участников исследования выявлен средний уровень выраженности когнитивных нарушений.

Подводя итоги проведенной работы по изучению когнитивных нарушений у людей пожилого возраста, можно сделать следующие выводы: в результате повторной диагностики зафиксированы положительные результаты, следовательно онлайн-тренажеры способствовали развитию когнитивных способностей мозга.

На констатирующем этапе исследования у всех участников исследования выявлены когнитивные нарушения в легкой или умеренной степени, результаты контрольной диагностики показали, что умеренная степень когнитивных нарушений сохранилась только у одного участника, у остальных сохранилась легкая степень или изменился уровень с умеренного до легкой. Полученные результаты свидетельствуют о правильно выбранных методах профилактической работы с пожилыми людьми.

## Выводы по 2 главе

Теоретический анализ литературных источников по изучению когнитивных функций людей пожилого возраста позволил нам подобрать диагностический инструментарий для организации практического исследования когнитивных функций у людей пожилого возраста, для работы были выбраны следующие методики:

1. Опросник «Социальные факторы»;
2. Патофизиологическая методика «10 слов»;
3. «Краткая шкала оценки нарушений когнитивной сферы (MMSE)»;
4. Тест «Рисование часов».

Проведенное психологическое обследование позволило нам определить исходные данные участников исследования. Результаты констатирующего этапа исследования зафиксировали наличие когнитивных нарушений в умеренной и легкой степени.

С целью организации второго этапа исследования были подготовлены занятия для пожилых граждан, осуществляющихся на базе КЦСОН «Кировский» в отделении социально-реабилитационной помощи пожилым гражданам. Занятия проводились на онлайн-тренажерах, направленные на развитие когнитивных функций: памяти, внимания и мышления. Занятия проводились несколько раз в неделю со всеми участниками исследования, в течение двух месяцев.

В свободное от занятий время, участникам исследования предлагались на выбор различные виды деятельности: собирание пазлов, мозаика, рисование, сбор головоломок и др., выполнение данных действий также носит профилактический и развивающий характер

Заключительный этап исследования заключался в проведении повторной диагностики, по результатам контрольного этапа исследования результаты у участников группы улучшились, у некоторых участников изменилось состояние когнитивных функций в лучшую сторону. Участники группы отмечали, что через несколько проведенных занятий их память и внимание стали улучшаться, и этот

факт их приятно удивил, по их словам они планируют продолжать заниматься на подобных тренажерах и в домашней обстановке.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная работа была посвящена проблеме профилактики когнитивных нарушений людей пожилого возраста в условиях центра социального обслуживания.

Современные центры социального обслуживания имеют в своем штате специалистов различных направлений, которые оказывают разные виды услуг населению, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Оказанию помощи пожилым гражданам в рамках центров социального обслуживания уделяется достаточно внимания, создаются отделения дневного пребывания, социально-реабилитационные отделения, основная деятельность которых направлена на создание благоприятных условий, сохранению физического и психического здоровья пожилым гражданам.

Проблема когнитивных нарушений у людей в пожилом возрасте актуальна в настоящий момент, которой занимаются различные исследователи и научные сотрудники, разработаны медикаментозные и немедикаментозные методы лечения и профилактики когнитивных нарушений у пожилых, которые имеют положительные результаты.

Организация профилактической работы по предупреждению появления когнитивных нарушений у пожилых людей проводится во многих центрах социального обслуживания, не исключением является КЦСОН «Кировский», в отделении социально-реабилитационной работы проводится успешная работа по данному направлению.

Основной целью данной работы было теоретически обосновать, разработать и определить результативность социально-педагогических условий профилактики когнитивных нарушений у людей пожилого возраста.

В теоретической части данной работы были рассмотрены такие вопросы, как социальное функционирование людей пожилого возраста с когнитивными нарушениями как проблема гуманитарной науки и практика социальной работы, изучены социально-педагогические условия профилактики когнитивных

нарушений у людей пожилого возраста, риски формирования когнитивных нарушений у пожилых людей.

В практической части исследования была реализована социально-педагогическая работа по профилактике когнитивных нарушений у людей пожилого возраста в условиях КЦСОН «Кировский».

Проведено исследование возникновения когнитивных нарушений у людей пожилого возраста, рассмотрен опыт организации профилактики когнитивных нарушений на базе отделения социально-реабилитационной работы для пожилых людей КЦСОН «Кировский».

Первичные результаты показали наличие когнитивных нарушений умеренной и легкой степени. Также изучались социальные факторы и влияние на уровень когнитивных нарушений, в процессе анализа мы предположили, что наличие таких социальных факторов, как: близкие люди, уровень образования, профессиональная деятельность влияют на развитие и степень нарушений.

С целью профилактики данного нарушения были разработаны циклы занятий для людей пожилого возраста, посещающих отделение. Занятия проводились на онлайн-тренажерах, направленных на тренировку памяти, внимания и мышления. Участники исследования занимались на тренажерах несколько раз в неделю в течение двух месяцев, после чего была проведена повторная диагностика, результаты которой зафиксировали улучшение результатов у некоторых участников. В частности, процент участников с умеренной степенью нарушения когнитивных функций снизился до 10%.

Таким образом, полученные результаты контрольного этапа исследования подтверждают гипотезу исследования, а именно, что профилактике когнитивных нарушений у людей пожилого возраста будут способствовать следующие социально-педагогические условия:

- выявление рисков возникновения когнитивных нарушений у людей пожилого возраста на первом этапе профилактической работы;
- организация и проведение индивидуальных занятий, направленных на тренировку познавательных процессов, с использованием онлайн-тренажеров;

- организация групповых занятий с использованием ресурсов досуговой деятельности, направленных на расширение и укрепление социальных связей.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Александрова М.Д. Проблема социальной и психологической геронтологии / М.Д. Александрова. Л.: ЛГУ, 1974.
2. Ананьев Б.Г. К проблеме возраста в современной психологии // Психология старости и старения / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. М.: Издательский центр «Академия», 2003, с. 112 – 119.
3. Анцыферова Л.И. Поздний период жизни человека: типы старения и возможности поступательного развития личности // Психология старости / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004, с. 490 – 511.
4. Боголепова А.Н., Васенина Е.Е., Гомзякова Н.А., Гусев Е.И., Дудченко Н.Г., Емелин А.Ю., Залуцкая Н.М., Исаев Р.И., Котовская Ю.В., Левин О.С., Литвиненко И.В., Лобзин В.Ю., Мартынов М.Ю., Мхитарян Э.А., Незнанов Н.Г., Пальчикова Е.И., Ткачева О.Н., Чердак М.А., Чимагомедова А.Ш., Яхно Н.Н. Клинические рекомендации «Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста». Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121(10-3):6-137.
5. Брунова С.Н., Лебедева Л.А. Когнитивные нарушения пожилого и старческого возраста (курс лекций для населения) // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 6.; URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=14261> (дата обращения: 16.12.2021).
6. Василенко Н.Ю. Социальная геронтология. Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2003.
7. Вассерман Л. И. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности / науч. Ред. Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. – СПб.: Скифия-принт, 2014.
8. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения и соц. Развития Российской Федерации, Науч. Центр здоровья детей РАМН, Российский

нац.исслед. мед. Ун-т им. Н.И. Пирогова; [сост.: С.А. Немкова и др.]. — М.: Союз педиатров России, 2012. —60 с.

9. Журнал неврологии и психиатрии № 8; 2006; стр. 42-49. О.С. Левин, Кафедра неврологии Российской медицинской академии последипломного образования, Москва.

10. Крутько В.Н., Донцов В.И. Компьютерные системы для диагностики и профилактики старения / М.: Национальный геронтологический центр. Институт системного анализа РАН, 2005; 167 с.

11. Локшина А.Б. Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, кафедра нервных болезней «ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Неврология и Психиатрия» №2 (15).

12. Макаров А.О., Ефимова М.Ю., Иванов А.Ю., Иванова Н.Е., Карягина М.В., Терешин А.Е., Вязгина Е.М., Решетин Д.А. Результаты когнитивной реабилитации пациентов пожилого возраста, перенесших первичный и повторный ишемический инсульт // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5.;URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25178> (дата обращения: 01.04.2022).

13. Маневич Т.М. Методы когнитивной реабилитации у пожилых пациентов, страдающих нейродегенеративными заболеваниями. Неврологический журнал 2018, 23 (2): 63-70.

14. Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 6.

15. Минкина О. В. Социально-психологический портрет пожилого человека // Вузовская наука — Северо-Кавказскому региону: материалы X региональной научно-технической конференции. Ставрополь: СевКавГТУ, 2009. С. 20 — 25.

16. Нор-Аревян, О.А. Социальная геронтология: Учебное пособие / О.А. Нор-Аревян. – М.: «Дашков и К»; Ростов н / Д: Наука-Спектр, 2014. – 312 с.

17. Павленок П. Д. Теория, история и методика социальной работы. М.: Дашков и К\*, 2007. 476 с.

18. Пожилой человек в образовательном пространстве современного общества / М. Э. Елютина, Э. Е. Чеканова // Социологические исследования. – 2003. - № 7. – С. 43-48.
19. Покачалова М., Силютин М., Тестова С. Реабилитация пациентов с когнитивными нарушениями в гериатрической практике // Врач. – 2018; 29 (6): 21-25.
20. Программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста: Методические рекомендации / Под ред. О.Н. Ткачевой. — М.: Прометей, 2019. — 72 с.
21. Психология старости и старения. // Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидере. – М.: Академия, 2013. – 416 с.
22. Реан. А. А. Психология человека: от рождения до смерти. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2012. – 656 с.
23. Табеева ГР. Когнитивные и некогнитивные расстройства у пациентов пожилого возраста, ассоциированные со стрессом. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015;(1):87–93.
24. Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми: учебное пособие. — М.: Дашков и Ко, 2003. — 295 с.
25. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Неврол. Журн. – 2006; 11 (Прил. 1): 4-12.
26. Сергеев Д.В. Когнитивные нарушения: альтернативные возможности коррекции // Нервные болезни. - 2015. - № 3. - С. 24-28. [Sergeev DV. Kognitivnyye narusheniya: al'ternativnyye vozmozhnosti korrektsii. Nervnye bolezni. 2015;(3):24-28. (In Russ.)]
27. 26. Захаров В.В., Вахнина Н.В. Когнитивные нарушения при депрессии // Эффективная фармакотерапия. - 2015. - № 1. - С. 18-26. [Zakharov VV, Vakhnina NV. Cognitive disorders during depression. Effektivnaia farmakoterapiia. 2015;(1):18-26. (In Russ.)]
28. Научно-практический рецензируемый журнал "Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики" 2020 г., № 3 Scientific journal

"Current problems of health care and medical statistics" 2020 г., № 3 \_ISSN 2312-2935\_

29. 3. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия и экспертная психология. Екатеринбург; 2006.

30. Салиева, Г. И. Педагогические основы социальной работы с пожилыми людьми / Г. И. Салиева // Социальная работа. - 2007. - > 1. -С.26-30.

31. 11 Словарь терминов по социальной геронтологии / отв. ред. О.Г. Яковлев // научно-исследовательский институт «Международный центр по проблемам пожилых» главного управления здравоохранения администрации Самарской области. - М. - Самара: 1999. - 176 с.

32. 3 Гарашкина, Н. В. Технологии образования пожилых: социально-педагогический подход: учебно-методическое пособие / Н. В. Гарашкина, Н. В. Курилович. М-во образования и науки Рос. Федерации, Тамбов. гос. ун-т им. Г.Р. Державина. - Тамбов : ТГУ им. Г.Р. Державина; ООО «Центр-пресс», 2004. - 84 с.

Вопросы анкеты по изучению социальных факторов у людей пожилого  
возраста

1. Назовите ваши ФИО полностью.
2. Какой у вас пол?
3. Сколько вам полных лет?
4. Какое у вас образование?
5. Ваш семейный статус?
6. У вас есть дети?
7. В настоящий момент Вы находитесь на пенсии или продолжаете работать?
8. Если Вы продолжаете работать, где вы работаете?
9. Чем Вы занимаетесь в свободное время?
10. У вас есть хобби и увлечения?



## Изучение кратковременной и долговременной вербальной памяти

## Методика «Заучивание 10 слов»

Одна из наиболее часто применяющихся методик предложена А.Р. Лурия, используется для оценки состояния памяти, утомляемости, активности внимания.

Никакого специального оборудования не требуется. Однако в большей мере, чем при использовании остальных методик, необходима тишина: при наличии каких-либо разговоров в комнате опыт проводить нецелесообразно. Перед началом опыта экспериментатор должен записать в одну строчку ряд коротких (односложных и двусложных) слов. Слова нужно подобрать простые, разнообразные и не имеющие между собой никакой связи. Обычно каждый экспериментатор пользуется каким-либо одним рядом слов.

Однако необходимо использовать несколько наборов, чтобы дети не могли их друг от друга услышать. В данном эксперименте очень важна большая точность произнесения и неизменность инструкции.

Инструкция состоит из нескольких этапов.

**Первое объяснение:** «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда кончу читать, сразу же повтори столько, сколько запомнишь. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»

Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор ставит в своем протоколе крестики под этими словами. Затем экспериментатор продолжает инструкцию (второй этап).

## Протокол эксперимента

Количество повторений	Лес	Хлеб	Окно	Стул	Вода	Брат	Конь	Гриб	Игла	Мед	Огонь
-----------------------	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	-----	-------

1	+		+		+	+					+
2	+		+			+		+			+
3	+	+			+	+		+			+
4	+	+								+	
5	+	+			+	+		+			+
Спустя час		О				О		О			О

**Второе объяснение:** «Сейчас я снова прочту те же самые слова, и ты опять должен(на) повторить их – и те, которые уже назвал(а), и те, которые в первый раз пропустил (а), – все вместе, в любом порядке».

Экспериментатор снова ставит крестики под словами, которые воспроизвел испытуемый. Затем опыт снова повторяется 2, 4 и 5 раз, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит: «Еще раз».

Если испытуемый называет какие-либо лишние слова, экспериментатор обязательно записывает их рядом с крестиками, а если слова эти повторяются, ставит крестики и под ними.

В случае если ребенок пытается вставлять в процессе опыта какие-либо реплики, экспериментатор его останавливает. Никаких разговоров во время этого опыта допускать нельзя.

После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к другим экспериментам, а в конце исследования, т. е. примерно спустя 50-60 мин, снова просит воспроизвести эти слова (без напоминания).

Чтобы не ошибиться, эти повторения лучше отмечать не крестиками, а кружочками.

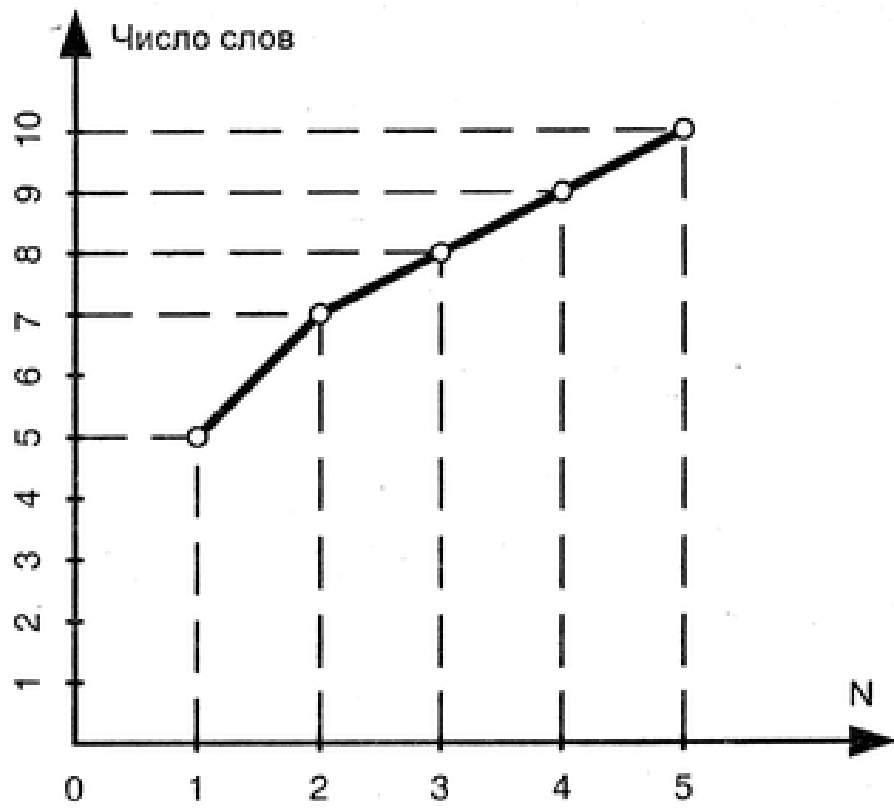
По этому протоколу может быть составлена «кривая запоминания». Для этого по горизонтальной оси откладываются номера повторения, а по вертикальной – число правильно воспроизведенных слов.

По форме кривой можно делать некоторые выводы относительно особенностей запоминания. Установлено, что у здоровых детей школьного

возраста «кривая запоминания» носит примерно такой характер: 5, 7, 9 или 6, 8, 9 или 5, 7, 10 и т.д., т.е. к третьему повторению испытуемый воспроизводит 9 или 10 слов; при последующих повторениях (всего не меньше пяти раз) количество воспроизводимых слов 9-10. Приведенный протокол говорит о том, что умственно отсталые дети воспроизводят сравнительно меньшее количество слов. Кроме того, в этом протоколе отмечено, что испытуемый воспроизвел одно лишнее слово — огонь, в дальнейшем при повторении он «застрял» на этой ошибке. Такие повторяющиеся «лишние» слова, по наблюдениям отдельных психологов, встречаются при исследовании больных детей, страдающих текущими органическими заболеваниями мозга. Особенно много таких «лишних» слов продуцируют дети в состоянии расторможенности.

«Кривая запоминания» может указывать и на ослабление активного внимания, и на выраженную утомляемость. Так, например, иногда ребенок ко второму разу воспроизводит 8 или 9 слов, а при последующих пробах припоминает все меньшее и меньшее количество слов. В жизни такой ученик обычно страдает забывчивостью и рассеянностью. В основе такой забывчивости лежит преходящая астения, истощаемость внимания. Кривая в таких случаях не обязательно резко падает вниз, иногда она принимает зигзагообразный характер, свидетельствующий о неустойчивости внимания, о его колебаниях.

В отдельных, сравнительно редких случаях дети воспроизводят от раза к разу одинаковое количество одних и тех же слов, т.е. кривая имеет форму «плато». Такая стабилизация свидетельствует об эмоциональной вялости, отсутствии заинтересованности в том, чтобы запомнить побольше. Кривая типа низко расположенного «плато» наблюдается при слабоумии с апатией (при паралитических синдромах).



### Методика «Краткая шкала оценки нарушений когнитивной сферы (MMSE)

Тест состоит из нескольких вопросов: Определение ориентирования. Пациента спрашивают, какая сейчас дата (год, время года, день, месяц, день недели) за каждый правильный ответ пациенту добавляется по 1 баллу. Далее спрашивают в какой стране, каком городе, в каком районе города, в каком учреждении, на каком этаже находится больной, за каждый правильный ответ также добавляется по баллу. В данном разделе, таким образом, максимально возможное количество баллов – 10.

Определение восприятия. Пациента просят выслушать и повторить три слова, не связанных между собой (например, яблоко-стол-монета или автобус-дверь-роза). При этом его предупреждают, что их нужно будет воспроизвести через несколько минут. За каждое правильно повторенное слово добавляют 1 балл. При этом следует обратить внимание, с какой попытки пациент повторил все слова.

Определение внимания и способности к счету. Пациента просят устно отнять от 100 7 и так 5 раз подряд. (100-93-86-79-72-65). За каждое правильное вычитание добавляется один балл. При ошибке пациента один раз можно спросить – уверен ли он в ответе. Если ответ был указан неправильно, просят далее отнимать из правильного числа (например, 100-7 был дан ответ 94, тогда далее спрашивают, сколько будет 93-7).

Определение функций памяти. Пациента просят вспомнить три слова, указанные во второй части. За каждое слово – 1 балл.

Определение функций речи, чтения, письма. Пациенту показывают два предмета (часы, карандаш, неврологический молоточек и т.п.). За каждый правильно названный ответ начисляется 1 балл. Просят повторить фразу: «никаких если, но, и, нет». Дается одна попытка, также 1 балл при правильном повторе. Просят прочитать инструкцию (на листке пишут – закройте глаза). Если

пациент прочитывает и закрывает глаза, добавляется один балл. Далее дают прочитать задание: взять лист бумаги правой рукой, сложить пополам двумя руками и положить на колени. Потом дают лист бумаги. Если все действия выполнены правильно – начисляют 3 балла (по 1 баллу за каждый шаг). После просят написать на листе бумаги законченное предложение (1 балл). Последним заданием является рисование. Просят срисовать два пересекающихся пятиугольника. При этом правильным считается выполненное задание, если пересечение двух фигур образует четырехугольник и все углы пятиугольников сохранены. Также дается 1 балл. За весь раздел максимально, тем самым, можно получить 8 баллов.

Совокупно за весь тест максимально возможное число баллов – 30. Анализ результатов, следующий:

Снижение когнитивных функций в одном случае определяется с учетом имеющегося уровня образования. При отсутствии образования снижение когнитивных функций ставится при результате менее 17 баллов, при среднем образовании при результате меньше 20 баллов, при высшем образовании при результате меньше 24 баллов.

Также существует другой подход к оценке. 29-30 баллов нет когнитивных нарушений, 24-27 баллов легкие когнитивные расстройства, 20-23 баллов деменция легкой степени (умеренные когнитивные нарушения), 11-19 баллов деменция умеренной степени (выраженные когнитивные нарушения), 0-10 баллов – тяжелая деменция. При уровне результатов шкалы меньше 19 баллов рекомендована консультация психиатра для решения вопроса о необходимости назначения специфической терапии.

## ОЦЕНКА КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ (баллы)

1. *Ориентировка во времени: 0 – 5*

Назовите дату (число, месяц, год, день недели)

2. *Ориентировка в месте: 0 – 5*

Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, комната)

3. *Восприятие: 0 – 3*

Повторите три слова: карандаш, дом, копейка

4. *Концентрация внимания: 0 – 5*

Серийный счет («от 100 отнять 7») - пять раз

Либо: Произнесите слово «земля» наоборот

5. *Память 0 – 3*

Припомните 3 слова (см. п. 3)

6. *Речь 0 – 2*

Называние (ручка и часы)

Повторите предложение: «Никаких если, и или но»

7. *3-этапная команда: 0 – 1*

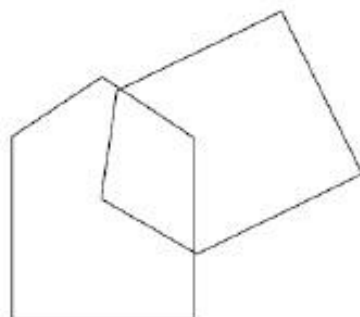
«Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»

8. *Чтение: «Прочтите и выполните» 0 – 3*

а) Закройте глаза

б) Напишите предложение

9. *Срисуйте рисунок 0 – 3*



ОБЩИЙ БАЛЛ: 0 – 30

## ТЕСТ РИСОВАНИЯ ЧАСОВ

(Clock drawing test, англ.)

Простота и необычайно высокая информативность данного теста, в том числе и при умеренных когнитивных нарушениях и легкой деменции, делает его одним из наиболее общепотребительных инструментов для диагностики данного клинического синдрома.

### ИНСТРУКЦИЯ

Пациенту дают карандаш и чистый лист нелинованной бумаги и просят самостоятельно изобразить круглые часы, поставить цифры в нужные позиции циферблата и нарисовать стрелки, показывающие заданное время.

Оценка выполнения задания проводится по 10–балльной формализованной шкале. В норме, это задание никогда не вызывает затруднений.

Результат теста оценивается по 10 - балльной шкале:

- 10 баллов - норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;
- 9 баллов - незначительные неточности расположения стрелок;
- 8 баллов - ошибки в расположении стрелок более заметны (одна из стрелок отклоняется больше, чем на час);
- 7 баллов - обе стрелки показывают неправильное время;
- 6 баллов - стрелки не показывают время (время обведено кружком);
- 5 баллов - неправильное расположение чисел на циферблате (цифры следуют в обратном порядке, то есть против часовой стрелки, либо расстояние между ними неодинаковое);
- 4 балла - утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга;
- 3 балла - циферблат и числа более не связаны друг с другом;



- 2 балла - пациент предпринимает попытки выполнить задание, но безуспешно;
- 1 балл - пациент не делает попытки выполнить инструкцию врача.

Если результат менее 9 баллов, следует говорить о наличии выраженных нарушений памяти.

Для того, чтобы отличить разные виды деменции, провести дифференциальный диагноз, пациенту могут упростить задачу. Просят дорисовать стрелки на уже нарисованном циферблате с числами.

Если пациент правильно рисует стрелки, то предполагают наличие деменции лобного типа или с преимущественным поражением подкорковых структур. При болезни Альцгеймера нарушается как самостоятельное рисование часов, так и расположение стрелок на готовом циферблате.

10 баллов – норма

Нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время.



9 баллов

Незначительные неточности расположения стрелок.



8 баллов

Более заметные ошибки в расположении стрелок.



7 баллов

Стрелки показывают совершенно неправильное время.



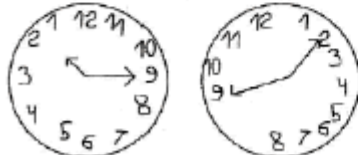
6 баллов

Стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком).



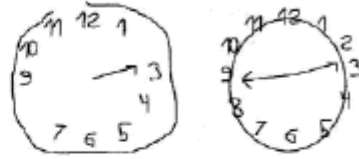
5 баллов

Неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое.



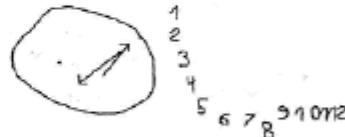
4 балла

Утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга.



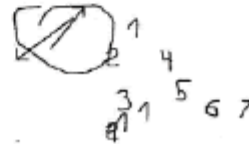
3 балла

Числа и циферблат более не связаны друг с другом.



2 балла

Деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно.



1 балл

Больной не делает попыток выполнить инструкцию.

Выполнение данного теста нарушается как при деменциях лобного типа, так и при альцгеймеровской деменции и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур.

Для дифференциального диагноза данных состояний при неправильном самостоятельном рисунке больного просят дорисовать стрелки на уже нарисованном (врачом) циферблате с числами.



При деменциях лобного типа и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур легкой и умеренной выраженности страдает лишь самостоятельное рисование, в то время как способность расположения стрелок на уже нарисованном циферблате сохраняется.

При деменции альцгеймеровского типа нарушается как самостоятельное рисование, так и способность расположения стрелок на уже готовом циферблате.