

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего  
образования «Уральский федеральный университет  
имени первого Президента России  
Б. Н. Ельцина» (УрФУ)

УДК 364.041

Регистрационный номер (номер договора) 294

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по науке

Германенко А.В.

2024г.



ОТЧЕТ  
О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ

Доказательный анализ практики срочной помощи в системе долговременного ухода  
за пожилыми людьми в некоммерческой организации

Руководитель НИР \_\_\_\_\_

А.В. Нешатаев

Екатеринбург, 2024

## СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Руководитель НИР, ассистент  
кафедры СиТГМУ

\_\_\_\_\_

А.В. Нешатаев

Научный консультант,  
зав. кафедрой СиТГМУ, доцент,  
д.с.н.

\_\_\_\_\_

М.В. Певная

## Реферат

Отчет 53 с., 1 рис., 17 табл.

НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ПАТРОНАЖ, СРОЧНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ, ГРАЖДАНЕ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ДОКАЗАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ.

Объект исследования: Практика срочной помощи «Служба быстрого реагирования для пожилых людей».

Цель работы: проанализировать эффективность практики срочной помощи в системе долговременного ухода за пожилыми людьми в некоммерческой организации.

Методы исследования: анкетный опрос, интервью, вторичный анализ данных.

В ходе выполнения НИР получены следующие научные результаты:

- 1) Описаны основные характеристики практики и благополучателей организации;
- 2) Собраны данные о регламентированности практики в некоммерческой организации;
- 3) Обоснована значимость практики с точки зрения теоретических и прикладных исследований, опыта других организаций, опыт и ценности носителей практики, механизма достижения решения проблем и удовлетворении потребностей благополучателей;
- 4) Произведена оценка влияния практики на преодоление ощущения одиночества, повышение самооценки состояния здоровья, снижение запросов на экстренный вызов скорой помощи.

Область применения результатов: деятельность некоммерческой организации по оказанию помощи в системе долговременного ухода за пожилыми людьми. В исследовании доказано, что применение браслета с тревожной кнопкой можно рассматривать только в целом комплексе услуг надомной помощи благополучателям старше 70 лет, которые оказываются им некоммерческой организацией. В первую очередь оно обеспечивает психологическое благополучие подопечных в части исключения у них ощущений одиночества и расстройства социальных связей за счет коммуникации с сотрудниками организации, своими родственниками, волонтерами, а также благодаря интегрированности в другие проекты и программы Фонда.

## Содержание

Реферат .....	3
Введение .....	5
1. Описание практики.....	9
2. Регламентированность практики .....	27
3. Обоснованность практики .....	30
4. Данные о достижении социальных результатов и влиянии практики .....	36
Заключение.....	48
Список использованных источников.....	51
Приложения .....	53

## Введение

Изменения социальной ситуации под воздействием различных факторов, дестабилизирующих социальные отношения, состояние здоровья людей, требуют своевременной оценки возникающих потребностей разных групп, нуждающихся в сторонней поддержке. Востребовано и необходимо и постоянное уточнение, совершенствование, аудит устоявшихся практик социальной работы – помощи нуждающимся людям в сфере социальной защиты.

Одной из наиболее уязвимых социальных групп являются пожилые граждане в возрасте 65 лет и старше. Когорта старшего возраста в Свердловской области включает людей, достигших пенсионного возраста, который в России установлен на уровне 65 лет для мужчин и 60 лет для женщин [1].

По данным Федеральной службы государственной статистики РФ, в Свердловской области большинство пенсионеров, проживающих в регионе, женщины. Как следствие неблагоприятной демографической ситуации, а также из-за разницы границ пенсионного возраста разрыв между количеством мужчин и женщин почти двукратный. По статистике 2023 года пожилые люди одна из многочисленных возрастных групп почти во всех российских регионах.

Пожилых граждан Свердловской области старше 60 лет в регионе проживает 939 728 человек (21,8%), в том числе долгожителей – тех, кто старше 90 лет, в ней 60 350 человек (1,4%) населения. В анализируемой возрастной общности велика доля тех, кто официально признаны людьми с ограниченными возможностями здоровья. Имеют статус инвалидности 187 211 человек – 19,3% от общего числа пожилых Свердловской области [2].

После эпидемии коронавируса состояние здоровья большинства россиян, преимущественно старшей возрастной группы существенно ухудшилось [3; 4]. При этом серьезно возросла нагрузка на сферу здравоохранения и социальной защиты населения. Сложившееся ситуация потребовала от государственных служб, а также от специализирующихся на работе с серебряным возрастом социально ориентированных некоммерческих организаций (далее – СОНКО) пересмотра программ и основных направлений их работы.

Внедрение новых подходов и практик, позволяющих в институциональном и организационном измерениях именно СОНКО быстро и эффективно реагировать на новые проблемные вызовы, защищая интересы своих благополучателей, требует научного обоснования для совершенствования новых практических решений в этой сфере. Данный отчет включает результаты доказательного анализа практики. Особенность внедрения

новых практик социальной работы особенно в некоммерческом секторе связана с рядом сложностей администрирования и регламентации управленческих процессов, внутриорганизационного взаимодействия. С одной стороны, это во многом связано с ограниченностью ресурсов (материальных, компетентностных, информационных) в СОНКО в сравнении с бюджетными учреждениями. С другой стороны, с новациями, за которые чаще берутся, методом «проб и ошибок» внедряют, тестируют и апробируют именно организации некоммерческого сектора.

В основу общей методологии данного отчета положена модель сбора и анализа данных, заложенная в методологии стандарта доказательного анализа социальных практик в сфере детства, разработанного и апробированного Благотворительным фондом Елены и Геннадия Тимченко [5]. На наш взгляд, она хорошо адаптируема и применима для анализа более широкого круга практик социальной работы. Эта модель позволяет комплексно подходить к получению новых и оценке имеющихся сведений о замысле, реализации и социальных результатах анализируемой практики. В нашей научно-исследовательской работе применение данного стандарта позволяет выявить слепые зоны в регламентации практики, обозначить перспективы дальнейшей проработки документационного сопровождения выстроенных в организации процессов, в выявлении форм и методов нивелирования возникающих рисков и т.д.

В отчете анализируется «Практика срочной помощи в системе долговременного ухода за пожилыми людьми в НКО», разработанная и внедренная в Межрегиональном благотворительном общественном фонде «Екатеринбургский еврейский культурный центр «Менора» в рамках расширения программы «Уход на дому».

Цель научно-исследовательской работы: проанализировать эффективность практики срочной помощи в системе долговременного ухода за пожилыми людьми в некоммерческой организации.

Научная задача, которая решается в данном исследовании, связана с анализом эффективности данного практического подхода как оказания социальных услуг для целевой аудитории, подготовкой доказательной базы, обосновывающей возможности дальнейшей проработки услуги для тиражирования данной практики в системе домашнего ухода за пожилыми гражданами.

Решение этой задачи осуществлено в стратегии кейс-стади. Проект был реализован с использованием следующих методов: включенное наблюдение, анализ документов организации, групповые интервью с сотрудниками организации (n = 2), экспертные интервью с волонтерами, сотрудниками организации, родственниками благополучателей (n = 5), анкетирование благополучателей (выборка сплошная n = 100), анкетирование

благополучателей организации, имеющих и не имеющих браслет с кнопкой безопасности (n = 60). Выбранная стратегия требовала полного включения в реализацию исследования сотрудников организации, постоянной коммуникации со специалистами, помощь с их стороны в сборе первичных данных. Консультантом-практиком в данном проекте выступила Гуткина И.А.

На первом этапе проекта был проведен вторичный анализ результатов научных исследований, позволяющих выявить специфические особенности практик оказания долговременного, надомного ухода за пожилыми, характеристики потребностей, возможностей и запросы таких благополучателей. Был осуществлен поиск информации об аналогичных практиках социальной работы с пожилыми людьми, в которых используются технологические и дистанционные средства. Далее методами включенного наблюдения, экспертных и групповых интервью была собрана информация для оценки степени и качества регламентированности относительно новой для организации практики. Анализировалось наличие и качество документов, в которых закреплены процедуры практики, используемые в организации формы и методы обеспечения качества работы специалистов, реализующих практику, возможные и реально применяемые формы и методы профилактики в области возможного негативного влияния и рисков. Оценивались обязательные и необходимые требования, сформировавшиеся в рамках апробации данной практики процедуры.

На втором этапе для доказательства обоснованности практики – сбора данных о достижении социальных результатов и влиянии практики на качество жизни благополучателей была разработана методика опроса пожилых. Интервьюирование благополучателей по согласованной с сотрудниками организации позволило собрать полную информацию об их состоянии здоровья, специфике жизнедеятельности, жизненно важных потребностях, а также об особенностях использования браслета с кнопкой безопасности. Дополнительно было разработано методическое решение, позволяющее оценить достижимость в ходе реализуемой практики заявленных социальных результатов. Был проведен опрос двух групп благополучателей организации, получающих от организации услуги надомного обслуживания. Каждая группа включала респондентов из числа подопечных организации, имеющих примерно схожие социально-демографические характеристики. В первую группу вошли 30 благополучателей, которые используют в своей повседневной жизни не менее 6 месяцев браслет с тревожной кнопкой. Во вторую группу вошли 30 благополучателей, которые взаимодействуют с сотрудниками организации, включены в программу «Уход на дому», но не имеют браслетов с тревожной кнопкой. Сравнительный анализ результатов анкетирования респондентов двух групп позволил

выявить положительные изменения в жизни благополучателей, которые произошли благодаря реализованной практике.

На третьем этапе данного проекта собранные эмпирические данные были проанализированы, составлен отчет в логике ответов на контрольные вопросы доказательного анализа и подготовки практики к процедуре профессиональной верификации. Исследовательские выводы были обсуждены с сотрудниками организации в рамках группового интервью. По итогам обсуждения были уточнены данные отчета, разработаны рекомендации по возможной доработке регламентации практики, реализации мероприятий внутри организации.

В первых двух разделах акцент сделан на выявлении перспектив дальнейшей проработки организационных процессов и документации, которые необходимы для тиражирования данной практики. В-третьем и четвертом – на анализ собранных данных для подтверждения обоснованности этой практики, и доказательства достижимости социальных результатов, положительного влияния практики на жизнь благополучателей.

Практическая значимость данной научно–исследовательской работы заключается в методическом сопровождении процессов совершенствования комплекса услуг в социальном обслуживании населения, в получении научно-обоснованных эмпирических данных, на основе которых лучшие практики – опыт региональной СОНКО Свердловской области возможно широко тиражировать в организациях некоммерческого сектора других регионов, специализирующихся на социальном обслуживании пожилых граждан.

Результаты НИР были представлены на заседании Общественного совета при Министерстве социальной политики Свердловской области 19.04.2024. Члены Общественного совета приняли к сведению информацию о реализованном НИР. Было рекомендовано специалистам, работающим с пожилыми гражданами, ознакомиться с внедрением МБОФ «Екатеринбургский еврейский культурный центр «Менора»» практики интеграции услуги срочной помощи в систему долговременного ухода за пожилыми людьми в некоммерческой организации. Рекомендовано обратить внимание членов Общественного совета, сотрудников министерства социальной политики Свердловской области на возможности социального партнёрства с высшими учебными заведениями и потенциал доказательного подхода при внедрении новых социальных услуг, совершенствовании практик социальной работы, а также реализации социальных проектов.

## **1. Описание практики**

### **1.1 Как называется практика?**

Служба быстрого реагирования для пожилых людей

### **1.2 Краткая аннотация практики.**

Проект направлен на снижение резкого ухудшения здоровья и увеличение продолжительности жизни у 100 пожилых людей старше 65 лет, находящихся в программе «Уход на дому» в Екатеринбурге (за исключением паллиативных больных). Его суть заключается в обеспечении благополучателей браслетами с тревожной кнопкой, их обучении по использованию этих технических средств в повседневной жизни, а также осуществлении постоянного сопровождения тревожной кнопки со стороны координаторов организации для своевременного выявления проблем благополучателей и быстрого поиска их решения. При получении сигнала с браслета куратор быстро связывается с подопечным, выясняет суть проблемы и в соответствии с результатами своей оценки сообщает информацию родственникам, либо обращается в специальные службы, либо отправляет по адресу патронажного работника или волонтера. При получении дополнительной информации о состоянии здоровья благополучателя кураторы направляют процесс решения возникших проблем по разным маршрутам, учитывая ресурсы самих благополучателей и их родных, возможности и ресурсы различных программ самой организации.

### **1.3 Кем, где и когда была первоначально разработана практика (если есть информация)?**

Согласно годовому отчету в 2022 году, по программе «Уход на дому» услуги надомной помощи получали на постоянной основе 265 пожилых людей старше 70 лет. За аналогичный период сотрудниками организации было зафиксировано более 20 случаев, когда благополучателям требовалась экстренная помощь, но сотрудники организации не могли получить об этом информацию своевременно. Практически во всех случаях неоказанная вовремя помощь привела к серьезным проблемам благополучателей, приведшим к резкому ухудшению их здоровья. Анализ динамики смертности благополучателей, находящихся на патронажном сопровождении в организации, также показал увеличение смертности среди пожилых подопечных. В итоге сотрудники организации разработали проект, реализация которого позволит системно решить обозначенную выше проблему несвоевременного информирования специалистов о

необходимой помощи их благополучателем через обеспечение пожилых браслетами с тревожной кнопкой, их обучение и постоянное сопровождение – реакцию на использование благополучателями тревожной кнопки.

#### **1.4 Где проходила реализация практики (страны, регионы, города, сёла и пр.)?**

Практика реализуется в г. Екатеринбурге.

#### **1.5 Когда началась реализация практики? Когда закончилась реализация практики (если практика больше не реализуется)**

Практика была внедрена в организации в августе 2023 года [6] и стала частью программы «Уход на дому».

#### **1.6 К какому типу можно отнести данную практику?**

Данная практика пилотная, так как в текущий момент находится в процессе апробации. Отрабатываются организационные процессы, проверяется тип и надежность технических средств, браслетов.

#### **1.7 Существуют ли похожие практики?**

В России реализуется ряд похожих проектов: «Кнопка жизни» (Москва, Санкт-Петербург, Республика Башкортостан, Республика Татарстан, Новосибирская область, Волгоградская область, Пермский край и другие) [7], «Кнопка заботы» (Санкт-Петербург, Ленинградская область, Новгородская область, Псковская область, Костромская область) [8], «Умная опека» (Санкт-Петербург, Ленинградская область, Москва, Московская область) [9], «Тревожная кнопка» (Москва, Московская область) [10] и т.д. Многие аналогичные практики реализуются на базе государственных учреждений в сфере здравоохранения и социального обслуживания.

#### **1.8 Ценности практики: какие ценностные основания лежат в основе вашего подхода к решению проблем и работе с благополучателями?**

— Справедливость. *«Быстрая помощь нуждающимся обеспечивает достижение справедливости в мире».*

— Быстрота принятия решений о помощи. *«Особенности и характеристики благополучателей определяют запрос на скорость действий исходя из рисков для их здоровья и безопасности».*

- Взаимная ответственность. *«Достижение благоприятного результата возможно при желании и действий как со стороны специалистов и волонтеров нашей организации, так и со стороны подопечных благополучателей».*
- Активизация потенциала пожилых людей. *«Важен поиск возможностей и поддержание сильных сторон благополучателей для улучшения их качества жизни».*
- Сотрудничество. *«Практика стимулирует привлечение дополнительных ресурсов для преодоления существующих проблем в жизни старшего поколения».*
- Открытость. *«Каждый желающий, нуждающийся в помощи и поддержке может обратиться к нам в некоммерческую организацию за помощью».*
- Уважение ценностей благополучателей. *«В практике нет различий в отношении благополучателей разных вероисповеданий, национальностей и возрастных групп, организация принимает ценности своих подопечных».*
- Клиентоориентированность. *«Практика позволяет реализовать индивидуальный подход к каждому благополучателю».*
- Конфиденциальность. *«С точки зрения соблюдения федерального закона о персональных данных и этических ограничений сотрудниками организации не разглашается полученная в ходе взаимодействия с благополучателями информация о них и их здоровье».*

**1.9 Благополучатели: Какие группы являются основными благополучателями практики? Какие особенности, характеристики благополучателей важно учитывать при реализации практики?**

Таблица – 1.1 Основные социально-демографические характеристики благополучателей

Характеристики	Благополучатели с браслетами	
	n	%
Мужчины	15	15%
Женщины	85	85%
70–80 лет	27	27%
81–90 лет	63	63%
Старше 91 года	10	10%
Имеют инвалидность:	40	40%
Проживают одни:	74	74%
Не имеют ближайших родственников в городе проживания	34	34%

1. *Благополучателей организации характеризует уверенность в их плохом физическом самочувствии и склонности к различным болезням. С утверждением «Мне кажется я более склонен к болезням, чем другие», согласны 33% подопечных, скорее согласны – 30%, скорее не согласны – 30% из числа всех ответивших и 7% полностью не согласны.*

При сравнении ответов на данный вопрос между экспериментальной группой благополучателей с браслетами и без был рассчитан *Индекс самооценки склонности к заболеваниям* (от -1, характеризующей полную уверенность в такой склонности до +1 – отсутствие этой склонности). В группе с браслетами этот индекс показывает, что благополучатели более тех, кто без браслетов уверены в своем плохом самочувствии и склонности к различным болезням (см. таблицу 1.2).

Таблица 1.2 – Мнения подопечных организаций, имеющих и не имеющих браслет с тревожной кнопкой, о своей склонности к различным заболеваниям

Степень согласия респондентов с их склонностью к различным заболеваниям	Значение ответа для расчета индекса	Число респондентов	
		с браслетами	без браслетов
Полностью согласен	-1	10	3
Скорее согласен	-0,5	9	9
Скорее не согласен	+0,5	9	11
Полностью не согласен	+1	2	7
<i>Индекс самооценки склонности к заболеваниям</i>		- 0,266	0,16

2. *При этом подопечных с браслетами характеризует и стремление сохранять свое здоровье как можно дольше. Положительно ответили: «Стремитесь ли Вы сохранять и по возможности улучшать свое здоровье?» – все благополучатели без исключения, в том числе 67% подопечных организации ответили да, 33% – скорее да.*

При сравнении ответов на данный вопрос между экспериментальной группой благополучателей с браслетами и без был рассчитан *Индекс самооценки стремления к сохранению здоровья* (от 1, характеризующей полную склонность до -1 – отсутствие этой склонности). В группе с браслетами этот индекс показывает, что стремления благополучателей в отношении сохранения своего здоровья более выражены (см. таблицу 1.3).

Таблица 1.3 – Мнения подопечных организаций, имеющих и не имеющих браслет с тревожной кнопкой, о стремлении сохранить и улучшить свое здоровье

Стремления сохранить и улучшить свое здоровье	Значение ответа для расчета индекса	Число респондентов	
		с браслетами	без браслетов
Точно да	+1	20	10
Скорее да	+0,5	10	20
Скорее нет	-0,5	0	0
Точно нет	-1	0	0
<i>Индекс самооценки стремления к сохранению здоровья</i>		0,83	0,66

3. *Благополучатели, которые используют браслет, чаще ощущают свое одиночество.* 17% респондентов полностью согласны, 6% – скорее согласны с утверждением «Я часто чувствую себя немного одиноким». При этом скорее не согласен только каждый пятый из всех благополучателей (20%), полностью не согласны еще 3%.

При сравнении ответов на данный вопрос между экспериментальной группой благополучателей с браслетами и без был рассчитан *Индекс самооценки склонности к чувству одиночества* (от -1, характеризующей полную склонность до 1 – отсутствие этой склонности). В группе с браслетами этот индекс показывает, что склонность благополучателей с браслетами к чувству одиночества проявляет себя более выражено (см. таблицу 1.4).

Таблица 1.4 – Мнения подопечных организаций, имеющих и не имеющих браслет с тревожной кнопкой, о своем чувстве одиночества

Степень согласия респондентов с существованием чувства одиночества	Значение ответа для расчета индекса	Число респондентов	
		с браслетами	без браслетов
Полностью согласен	-1	5	3
Скорее согласен	-0,5	18	8
Скорее не согласен	+0,5	6	17
Полностью не согласен	+1	1	2
<i>Индекс самооценки склонности к чувству одиночества</i>		-0,33	0,12

4. *Благополучатели, имеющие браслеты с тревожной кнопкой, оценивают свои навыки самообслуживания несколько лучше в сравнении с благополучателями организации*

без браслетов. Так, среди опрошенных данной группы больше число тех, кто считает, что в состоянии самостоятельно справляться со своими домашними делами. В исследовании был рассчитан *Индекс самооценки навыков самообслуживания* со значением от 1 (почти всегда нуждаюсь в помощи) до 4 (со всем справляюсь сам). В результате сравнения благополучателей, имеющих браслеты и не имеющих их, выявлено, что подопечные с браслетами в целом более самостоятельны в бытовых вопросах. (см. таблица 5.1).

Таблица 1.5 – Самооценка подопечными организации, имеющими и не имеющими браслет с тревожной кнопкой, о своих навыках самообслуживания

Самооценка навыков самообслуживания	Значение ответа для расчета индекса	Число респондентов	
		с браслетами	без браслетов
Со всем справляюсь сам	4	9	2
Могу справиться со всем самостоятельно, но не всегда	3	8	9
Некоторые задачи требуют поддержки со стороны	2	10	15
Почти всегда нуждаюсь в помощи	1	3	4
<i>Индекс самооценки навыков самообслуживания</i>		2,77	2,30

5. *Благополучатели анализируемой социальной практики достаточно часто нуждаются в экстренной медицинской помощи.* Из опрошенных благополучателей с браслетами практически каждый третий вызывает врача 1-2 раза месяц, в то время как в группе респондентов без браслетов только каждый шестой. По ответам благополучателей на вопрос: «Скажите, пожалуйста, обычно с какой периодичностью Вы вызываете врача на дом?» был рассчитан *Индекс периодичности вызова врача на дом* по шкале от 1 до 5 (где 1 – отражает вариант ответа с наиболее частыми вызовами врача /не реже, чем 1 раз в неделю/, а 5 – наиболее редким числом вызовов врача /1–2 раза в год/). Все ответы респондентов в каждой группе суммировались и были разделены на число опрошенных (n=30). Распределение ответов отражено в таблице 1.6. Индекс показал, что благополучатели, имеющие браслет с тревожной кнопкой, чаще вызывают врача, чем те, у кого такого технического средства нет.

Таблица 1.6 – Периодичность вызова врача на дом благополучателями организации, имеющими и не имеющими браслет с тревожной кнопкой

Периодичность вызова врача на дом благополучателями	Значение ответа для расчета индекса	Число респондентов	
		С браслетами	Без браслетов
Не реже, чем 1 раз в неделю	1	1	1
1–2 раза в месяц	2	10	4
1–2 раза за 3 месяца	3	7	8
1–2 раза в полгода	4	10	9
1–2 раза в год	5	2	8
<i>Индекс периодичности вызова врача на дом</i>		3,1	3,6

6. Для определения периодичности вызова скорой помощи пожилыми людьми, находящимися в программе «Уход на дому», респондентам был задан вопрос: «Как часто у Вас возникает желание вызвать скорую помощь, обратиться экстренно к какому-либо врачу?». Среди опрошенных, имеющих браслеты с тревожной кнопкой, самым популярным ответом оказался «1–2 раза за 3 месяца» (13 человек), а среди благополучателей без браслета – «1–2 раза в год» (10 человек). Далее был произведен расчет *Индекса периодичности желаемого вызова скорой помощи*, в котором за ответ «Не реже, чем 1 раз в неделю» был присвоено значение - 1, а за ответ «1–2 раза в год» – 5. Таким образом, чем реже у подопечного возникает желание вызвать скорую помощь, тем выше значение индекса. В каждой из подгрупп (благополучатели с браслетами и благополучатели без браслетов) ответы респондентов по данному вопросу суммировались и были разделены на число опрошенных в подгруппе (n=30). Таким образом, выявлено, что среди благополучателей, имеющих браслеты с тревожной кнопкой, желание вызывать скорую помощь более выражено, чем у тех подопечных, кто таких браслетов не имеет (см. таблицу 1.7).

Таблица 1.7 – Периодичность вызова скорой помощи благополучателями организации, имеющими и не имеющими браслет с тревожной кнопкой

Периодичность вызова скорой помощи	Значение ответа для расчета индекса	Число респондентов	
		С браслетами	Без браслетов
Не реже, чем 1 раз в неделю	1	1	1
1–2 раза в месяц	2	5	5
1–2 раза за 3 месяца	3	13	7
1–2 раза в полгода	4	9	7
1–2 раза в год	5	2	10
<i>Индекс периодичности вызова скорой помощи</i>		3,2	3,6

### 1.10 Проблемы и потребности благополучателей: На решение каких проблем или удовлетворение каких потребностей благополучателей ориентирована практика?

На основе данных организации, интервью с сотрудниками в патронажной службе не реже, чем раз в месяц с благополучателями возникают экстренные случаи, когда только благодаря вовремя принятым мерам и усилиям, удастся сохранить жизнь подопечным.

По данным анализа практики, а также результатам опроса благополучателей, имеющих браслеты с тревожной кнопкой и использующих ее не менее 2 месяцев, были выявлены три группы запросов со стороны благополучателей. Пожилые подопечные организации нуждаются:

1) в своевременной помощи со стороны сотрудников организации в экстренных случаях, когда только благодаря вовремя принятым мерам и усилиям, удастся сохранить жизнь (травма, резкое ухудшение состояние здоровья, бытовые проблемы, незнакомые люди в доме и т.д.);

Благополучатели следующим образом обозначили рейтинг ситуаций, в которых они испытывают стресс. В ответах на вопрос: «Какие ситуации вызывают особую тревогу и страх?» самыми тревожными оказались ситуации «потеря сознания и головокружение», «падение и не возможность двигаться», «коммунальные проблемы», «визит незнакомых людей» и «невозможность дозвониться до близких людей» (см. таблицу 1.6).

Таблица 1.6 – Ситуации, вызывающие стресс и тревогу у пожилых благополучателей организации

Основные	Число респондентов		Ранг
	n	%	
Упали, не смогли встать	90	<b>90</b>	1
Потеряли сознание, почувствовали головокружение	85	<b>85</b>	2
Прорвало трубу, выключили свет	74	<b>73</b>	3-4
В квартиру пришли незнакомые	72	<b>72</b>	3-4
Не смогли дозвониться до близких	67	<b>67</b>	5
Не смогли самостоятельно записаться к врачу	58	58	6
Сломался телевизор, нет новостей	51	51	7-8
Остались без свежих продуктов	51	51	7-8

У благополучателей организации, имеющих браслет, ярко выражен запрос на помощь извне, если с ними произойдут описанные выше ситуации. Отвечая на вопрос: «Потребуется Вам чья-либо помощь, если с Вами произойдет какая-то тревожная ситуация?» – 54% респондентов ответили точно да, еще 40% – скорее да.

Все ответы были позитивными и на вопрос: «Нужна ли Вам контактная информации для связи со специалистами по решению этих вопросов?». На него точно да ответили 46%, скорее да – 50%.

2) в дополнительном (стороннем) мониторинге их состояния здоровья как подопечных для оказания своевременного консультирования медицинских специалистов (запись к врачу, получение консультаций и т.д.);

На вопрос: «Нужна ли Вам чья-либо помощь в определении Ваших запросов на помощь врачей и других специалистов?» – 35% подопечных ответили точно да, 44% – скорее да.

3) в снятии психологических проблем, а именно ощущения одиночества, социальной и физической изолированности, расстройства социальных отношений, ухудшающих текущее состояние здоровья.

Анализ социально-психологического портрета благополучателей показал достаточно высокий уровень тревожности отмечает практически каждый четвертый (23%). На вопрос: «Как часто вы испытываете беспокойство и тревогу?» – 44% отметили иногда; 29% – редко и только 4% респондентов выбрали никогда.

Анализируя способы снятия стресса и тревоги, было выявлено, что к наиболее действенным благополучатели относят: визит специалистов организации (76%), разговор по телефону (70%) и визит родственников (64%). Таким образом, определяющими в снятии психологического расстройства у благополучателей являются практики межличностного взаимодействия (прямого или опосредованного). Распределение ответов респондентов на вопрос: «Что Вам обычно помогает, когда Вы испытываете беспокойство или тревогу?» отражены в таблице 1.7.

Таблица 1.7 – Способы снятия беспокойства и тревоги благополучателями организации

Способы снятия стресса и тревоги	Число респондентов		Ранг
	n	%	
Визит специалиста из Меноры	76	76	1
Разговор по телефону	70	70	2
Визит родных	64	64	3
Развлечение и досуг	51	51	4
Выполнение домашних дел	39	39	5
Прием пищи	34	34	6
Посещение или визит соседей	31	31	7
Визит волонтеров	29	29	8-9
Медицинские препараты	28	28	8-9
Посещение или визит врачей	25	25	10

**1.11 Социальные результаты: Что должно измениться в жизни благополучателей за счёт реализации практики (каких социальных результатов планируется / планировалось достичь)?**

- 1) Психологическое благополучие благополучателей в части исключения у них ощущений одиночества и расстройства социальных связей;
- 2) Самооценка благополучателями своего состояния здоровья как удовлетворительного;
- 3) Снижение запросов на экстренный вызов скорой помощи или экстренных обращений к врачу.

**1.12 Деятельность: Какие конкретные действия осуществляются в рамках реализации практики с целью достижения заявленных социальных результатов?**

1. Оказание социальной поддержки наименее защищённым слоям, включая улучшение материального положения, через обеспечение благополучателей тревожной кнопкой для постоянного контроля со стороны организации их состояния здоровья и безопасности.

2. Осуществление патронажного сопровождения подопечных по графику, а также чаще, если есть запрос, выявленный благодаря использованию подопечными браслета в повседневной жизнедеятельности.

3. Дистанционный мониторинг психологического и физического состояния здоровья подопечных через регулярное общение с ними, в том числе после обращения благополучателей к тревожной кнопке браслета и быстрого решения их проблемы, не требующего вмешательства родственников, специальных служб.

5. Выстраивание взаимодействия внутри организации для обеспечения эффективного реагирования на запросы об оказании помощи через индивидуальное сопровождение благополучателей по их включению в другие программы организации, а также через постановку конкретных задач волонтерам организации.

6. Обучение новых сотрудников, оказывающих услуги в системе ухода, учитывающего применение браслета с тревожной кнопкой как услуги организации, особенности его использования подопечными в своей жизнедеятельности (зарядки и т.д.), а также типичных случаев обращения к этому техническому средству со стороны благополучателей.

7. Развитие сотрудничества с коммерческими и некоммерческими организациями, для привлечения медицинского персонала, представителей врачебного сообщества к консультированию благополучателей на принципах реализации корпоративной социальной ответственности и развития практик Pro Bone.

8. Привлечение новых волонтеров и их обучение, учитывающие применение браслета с тревожной кнопкой как услуги организации, особенности его использования подопечными в своей жизнедеятельности, а также типичных случаев обращения к этому техническому средству со стороны благополучателей.

**1.13 Показатели социальных результатов практики: приведите ключевые показатели по каждому социальному результату.**

*Психологическое благополучие в части исключения ощущений одиночества и расстройств социальных связей*

Прямые показатели:

- Доля пожилых, не испытывающих чувство одиночества

- Доля пожилых, позитивно оценивающих свои отношения с другими людьми

Косвенные показатели:

- доля пожилых, включившихся в другие проекты организации
- доля благополучателей, у которых к браслету подключены родные и близкие (активирована возможность первого обращения по тревожной кнопке к родным и близким)

*Самооценка благополучателями своего состояния здоровья как удовлетворительного*

Прямые показатели:

- Доля пожилых, удовлетворительно оценивающих свое здоровье
- Высокая желаемая продолжительность жизни

Косвенные показатели:

- Доля благополучателей, посетивших различные занятия, организуемые организацией и ее партнерами онлайн

*Снижение запросов на экстренный вызов скорой помощи или экстренных обращений к врачу*

Прямые показатели:

- Доля подопечных, в чьей повседневной жизни сократилось число экстренных вызовов врача и скорой помощи

Косвенные показатели:

- Доля благополучателей, посетивших онлайн-мероприятия организации по проблемам здоровья и повысивших свою компетентность в отношении поддержания своего здоровья;
- Доля переданных вызовов в скорую помощь от числа полученных вызовов по тревожной кнопке.

#### **1.14 Факторы, влияющие на достижение социальных результатов: Что благоприятствует, а что препятствует достижению каждого социального результата практики?**

По данным опроса благополучателей были выявлены следующие факторы, негативно влияющие на достижение социальных результатов:

1. Достижению психологического спокойствия препятствует территориальная отдаленность родных. Именно среди респондентов, родственники которых не проживают с ними в одном городе, характеризуются в большей степени негативным психологическим состоянием (табл. 1.8 и 1.9).

Таблица 1.8 – Частота ощущения тревоги и беспокойства

Частота ощущения тревоги и беспокойства	Значение ответа для расчета индекса	Среднее	
		Родные проживают в городе	Родных нет или не проживают в городе
Часто	4	14	9
Иногда	3	25	17
Редко	2	22	9
Почти никогда	1	4	0
<i>Индекс ощущения тревоги и беспокойства</i> (от 4 баллов высокая тревожность до 1 балла низкая тревожность)		2,75	3,00

Таблица 1.9 – Средние значения оценок подопечных организаций в отношении их психологического состояния, характеризующих состояние одиночества

Утверждения-индикаторы	Среднее	
	Родные проживают в городе	Родных нет или не проживают в городе
Я часто чувствую какую-то разбитость и усталость	1,7	1,8
Я легко найду с кем пообщаться, если этого захочу	2,0	1,9
Никто не знает меня по-настоящему	1,3	1,2
Я чувствую, что нахожусь в ладу с окружающими меня людьми	1,9	1,7
<i>Индекс отсутствия чувства одиночества</i> (от максимального значения – 16 баллов до минимального – 4 балла).	6,9	6,6

2. Улучшению самооценки состояния здоровья препятствует социальная апатия – отсутствие желания у благополучателей коммуницировать с другими людьми. Выявлено, что среди респондентов, оценивающих более благоприятно свои взаимоотношения с окружающими, лучше оценивают свое здоровье, чаще считают, что оно улучшилось за последние полгода и еще улучшится в ближайшее время;

Таблица 1.10 – Средние значения оценок подопечных организаций в отношении текущего состояния, произошедших и прогнозируемых изменений их здоровья

Утверждения-индикаторы	Среднее			
	Только положительные взаимоотношения с окружающими	Скорее положительные взаимоотношения с окружающими	Нейтральные взаимоотношения с окружающими	Скорее негативные взаимоотношения с окружающими
Как бы Вы оценили состояние Вашего здоровья?	3,0	2,7	3,4	4,0
Как изменилось состояние Вашего здоровья за последние полгода?	2,6	2,7	3,1	3,3
На Ваш взгляд, как изменится состояние Вашего здоровья в ближайший год?	2,6	2,4	3,1	3,3
<i>Индекс самооценки здоровья</i> (от наилучшей оценки 3 балла до наихудшей – 15 баллов)	<b>8,2</b>	<b>7,8</b>	9,6	10,6

3. Снижению экстренных обращений за скорой помощью препятствуют тяжелые заболевания, которые ограничивают дальнейшее улучшение состояния здоровье у граждан пожилого возраста. Так, например, благополучатели с инвалидностью более склонны к вызову экстренной помощи и чаще вызывают скорую помощь (Табл. 1.11).

Таблица 1.11 – Периодичность вызова врача и частота желания вызвать экстренную помощь на дом среди благополучателей с браслетами, имеющих и не имеющих инвалидности

Утверждения-индикаторы	Среднее	
	Есть инвалидность	Нет инвалидности
<i>Индекс желания вызова скорой помощи</i> (Не реже, чем 1 раз в неделю – 5; 1–2 раза в месяц – 4; 1–2 раза за 3 месяца – 3; 1–2 раза в полгода – 2; 1–2 раза в год – 1)	2,7	2,2
<i>Индекс периодичности вызова врача</i> (Не реже, чем 1 раз в неделю – 5; 1–2 раза в месяц – 4; 1–2 раза за 3 месяца – 3; 1–2 раза в полгода – 2; 1–2 раза в год – 1)	3,0	2,7

По данным опроса благополучателей были выявлены следующие факторы, позитивно влияющие на достижение социальных результатов:

1. Достижению психологического спокойствия способствует близость родных и знакомых (табл. 1.9), факт наличия браслета с тревожной кнопкой (табл. 4.3), благоприятные отношения с окружающими (табл. 1.12). Так, чем лучше взаимоотношения с окружающими людьми, тем меньше опрошенные благополучатели с браслетами ощущают себя одинокими.

Таблица 1.12 – Средние значения оценок подопечных организаций в отношении их психологического состояния, характеризующих состояние одиночества, среди респондентов с разными отношениями с окружающими

Утверждения-индикаторы	Среднее			
	Только положительные взаимоотношения с окружающими	Скорее положительные взаимоотношения с окружающими	Нейтральные взаимоотношения с окружающими	Скорее негативные взаимоотношения с окружающими
Я часто чувствую какую-то разбитость и усталость	2,3	2,4	2,1	1,5
Я легко найду с кем пообщаться, если этого захочу	2,3	2,0	1,9	1,5
Никто не знает меня по-настоящему	2,9	2,8	2,5	1,8
Я чувствую, что нахожусь в ладу с окружающими меня людьми	2,6	2,1	2,0	1,0
<i>Индекс отсутствия чувства одиночества</i> (от максимального значения – 16 баллов до минимального – 4 балла)	10,1	9,7	8,5	5,8

2. Улучшению самооценки состояния здоровья способствует самостоятельность навыков самообслуживания благополучателей (табл. 1.13);

Таблица 1.13 – Средние значения оценок подопечных организаций в отношении текущего состояния, произошедших и прогнозируемых изменений их здоровья, в зависимости от оценки навыков самообслуживания благополучателей

Утверждения-индикаторы	Среднее			
	Со всем всегда справляюсь сам	Могу справиться со всем самостоятельно, но не всегда	Некоторые задачи требуют поддержки со стороны	Почти всегда нуждаюсь в помощи
Как бы Вы оценили состояние Вашего здоровья?	2,6	2,8	3,5	3,6
Как изменилось состояние Вашего здоровья за последние полгода?	2,7	2,7	3,0	3,1
На Ваш взгляд, как изменится состояние Вашего здоровья в ближайший год?	2,4	2,4	3,0	3,4
<i>Индекс самооценки здоровья</i> (от наилучшей оценки 3 балла до наихудшей – 15 баллов)	7,7	7,9	9,6	10,1

3. Снижению экстренных обращений за скорой помощью способствует взаимодействие со специалистами и волонтерами некоммерческой организации (табл. 1.14).

Таблица 1.14 – Средние значения оценок подопечных организаций в экстренного вызова помощи в зависимости от частоты взаимодействия со специалистами организации

Утверждения-индикаторы	Среднее			
	Несколько раз в день	1 раз в день	Пару раз в неделю	Пару раз в месяц
<i>Индекс желания вызова скорой помощи</i> (Не реже, чем 1 раз в неделю – 5; 1–2 раза в месяц – 4; 1–2 раза за 3 месяца – 3; 1–2 раза в полгода – 2; 1–2 раза в год – 1)	1,4	2,6	1,2	1,3
<i>Индекс периодичности вызова врача</i> (Не реже, чем 1 раз в неделю – 5; 1–2 раза в месяц – 4; 1–2 раза за 3 месяца – 3; 1–2 раза в полгода – 2; 1–2 раза в год – 1)	1,5	2,1	2,0	1,7
<i>Индекс снижения частоты вызова скорой помощи</i> (Однозначно да – 1; скорее да – 2; скорее нет – 3; однозначно нет – 4)	2,0	2,2	1,9	2,1
<i>Индекс потребности в экстренной помощи</i> (от наилучшей оценки 3 балла до наихудшей – 14 баллов)	<b>4,9</b>	6,9	5,1	5,1

### 1.15 Риски реализации практики: Какие меры позволяют минимизировать риски?

Ключевой риск – трудности в освоении благополучателями технического средства, его своевременной зарядки и использовании по назначению.

Данный риск минимизируется в организации благодаря двум направлениям: привлечению социальных (техно) волонтеров для проработки с пожилыми навыка использования данного браслета. По второму направлению разработана памятка для благополучателей, в соответствии с этой памяткой патронажные работники проговаривают с подопечными необходимость зарядки браслета, контролируют осуществление действий благополучателями во время их посещения.

Второй риск – наличие ограниченного числа координаторов практики в организации на 100 благополучателей, имеющих браслеты с тревожной кнопкой. Для минимизации риска в организации дополнительно используются возможности интеграции в проект территориальных кураторов, задача которых поддерживать связь с подопечными, а также привлечение волонтеров. Всего в рамках реализации проекта задействовано около 60 волонтеров.

Третий риск – благополучатели не пользуются браслетом с тревожной кнопкой, в том числе из-за неумения пользоваться, недооценки необходимости его постоянного ношения. По заключению специалистов организации, часть подопечных уже чувствует себя спокойнее, имея этот браслет и осознавая факт его наличия у себя. Эта часть благополучателей не всегда понимает, что его нужно не на полке или тумбочке держать, а постоянно иметь при себе. Для контроля формирования привычки клиентов к постоянному ношению и зарядке браслета в организации разработан Порядок периодичности обзвона благополучателей с напоминанием о необходимости определенных действий с их стороны. Согласно этому документу, не реже 1 раза в неделю специалист связывается с подопечным и напоминает о необходимых с его стороны действиях. По воскресеньям координатор-диспетчер проверяет уровень заряда на тревожных кнопках. Задача оператора напомнить клиентам о необходимости зарядки гаджета и нажатия кнопки хотя бы 1 раз в неделю для проверки связи.

Четвертый риск – стоимость услуг оператора связи, обслуживающего SIM-карту на браслетах. Число выданных браслетов с тревожной кнопкой влияет на расходы благотворительного фонда, связанные с реализацией практики. Этот риск требует тщательного планирования бюджета организации.

Пятый риск – звонки мошенников и финансовых организаций на браслет. Так как в браслет установлена SIM-карта на него могут звонить неизвестные лица с различных номеров благополучателю, который не подозревает, что на браслет могут позвонить посторонние лица. Некоммерческая организация пришла к договоренностям с оператором связи, обслуживающим SIM-карту на браслетах, о защите от подобного рода звонков.

## **2. Регламентированность практики**

### **2.1. В каких материалах представлено полное описание практики (руководства, методические рекомендации и пр.)?**

В используемых некоммерческой организацией документах содержатся основные сведения о целях, задачах и реализуемых действиях в рамках реализации практики. Например:

- 1) Описание проекта «Служба быстрого реагирования для пожилых людей в системе ухода на дому» на ресурсах организации (официальном сайте);
- 2) В описании проекта в заявке для участия в конкурсе Фонда Президентских грантов;
- 3) Инструкция для кураторов колл-центра «Алгоритм по ответу на кнопку SOS»;
- 4) Методические материалы (инструкция) для сотрудников службы надомного обслуживания по сопровождению использования благополучателями браслета с тревожной кнопкой.

Кроме того, в своей деятельности при реализации практики некоммерческая организация руководствуется документами, позволяющими повысить качество предоставляемых услуг в отношении граждан пожилого возраста, например:

- 1) Методические рекомендации по уходу за ослабленными пожилыми людьми;
- 2) Регламент проведения типизации как элемента системы долговременного ухода.

### **2.2. В какой степени данные материалы актуальны?**

Значимость данных материалов состоит в формировании, во-первых, выстраивает взаимодействие субъектов практики для обеспечения ухода за гражданами пожилого возраста; во-вторых, в унификации и стандартизации деятельности специалистов и волонтеров; в-третьих, обеспечивает повышение эффективности реагирования на экстренные сигналы от благополучателей.

### **2.3. Какой минимальной базовой и дополнительной профессиональной подготовкой должны обладать исполнители практики?**

Требования к кураторам колл-центра: наличие образования, не ниже среднеспециального, необходимости знаний по оказанию первой помощи до оказания медицинской помощи. Сотрудник должен обладать знаниями и опытом ухода за пожилыми людьми, а также личностными качествами, необходимыми для работы с благополучателями, например, терпение и уважение. Сотрудник должен быть хорошо знаком со всеми программами организации, всеми документами и регламентами по работе

с благополучателями организации. Уметь работать с картотекой благополучателей, имеющих браслет с тревожной кнопкой.

Требования к социальным работникам, осуществляющим уход за благополучателями: наличие среднего образования, необходимости знаний по оказанию первой помощи до оказания медицинской помощи и прохождения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров. Социальный работник должен обладать знаниями и опытом ухода за пожилыми людьми, а также личностными качествами, необходимыми для работы с благополучателями, например, терпение и уважение. Знаком с инструкцией по сопровождению использования подопечными браслетов с тревожной кнопкой.

Требования волонтерам включают соблюдение этических норм и наличие компетенций для выполнения взятых на себя обязательств. Примеры обязательств, которые может принять на себя волонтер: предоставление медицинских консультаций (при наличии специального медицинского образования); развозка продуктов, оповещение благополучателей о запланированных с его участием мероприятиях; осуществление наставнической деятельности, психологическая поддержка благополучателей (при наличии специального образования), проведение ремонтных работ; обучение благополучателей использованию технических средств в их жизнедеятельности и т.д.

#### **2.4. Какое имеется методическое обеспечение профессиональных образовательных программ для специалистов (методические рекомендации, программы обучающих семинаров, тренингов, программы стажировок, практики и т.п.)**

При наборе новых волонтеров и специалистов организуются обучающие семинары, в рамках которых происходит объяснение этических аспектов в предоставлении бытовых услуг, передача опыта, презентация кнопки экстренной помощи и алгоритм ее использования, разбор ситуаций при которых клиент должен нажать кнопку SOS, объяснение действий при необходимости предоставления экстренной помощи клиенту и т.д.

Планы обучающих семинаров новых сотрудников и волонтеров организации, а также родственников подопечных закреплены документально при осуществлении деятельности некоммерческой организации по данной практике.

#### **2.5. Каким образом регламентируются действия специалистов в области возможного негативного влияния и рисков практики (есть инструкции, методические рекомендации для специалистов, др.)**

Действия специалистов и волонтеров регламентируются документацией учреждения. В организации разработаны должностные инструкции, договор с

добровольцем, этический кодекс работника, инструкция куратора по ответу на кнопку SOS, памятка для оператора кнопки SOS, порядок периодичности обзвона благополучателей, памятка для волонтеров.

Кроме того, некоммерческой организацией разработана методическая база, направленная на снижение уровня риска практики и негативных эффектов.

В организации собирается виртуальная библиотека методических материалов, включающая в том числе кейсы проблемных ситуаций, которые решались благодаря использованию браслета с тревожной кнопкой.

Ведется картотека благополучателей с описанием их основных характеристик и возможных сложностей работы с ними.

Ведется журнал экстренных обращений благополучателей к тревожной кнопке.

## **2.6. Какие есть расхождения между существующими регламентами и их реализацией (объем, последовательность, продолжительность осуществляемых действий и пр.)?**

Несмотря на регламентацию действий специалистов при возникновении обращений благополучателей к тревожной кнопке браслета, в перспективе обозначена потребность в разработке методических материалов (инструкций, регламентов) рекомендации по профилактике потенциального негативного влияния рисков на благополучателей через оценку, фиксацию и отработку запросов подопечных на медицинское консультирование и просвещение (групповое, индивидуальное; дистанционное, очное). Необходима разработка методических материалов для сотрудников организации по выявлению рисков социально-психологических расстройств подопечных.

В плане обучения сотрудников некоммерческая организация сталкивается с текучкой кадров, требующей постоянного поиска новых социальных работников и больших временных затрат на их обучение. Вследствие чего существует потребность в обеспечении системно организованного процесса обучения сотрудников для получения первичных знаний, так и повышения своих компетенций, в том числе по регламентации их действий в отношении сопровождения благополучателей в части использования браслета с тревожной кнопкой.

Необходима разработка программы и тематических образовательных мероприятий для сотрудников и волонтеров организации по ключевым проблемам, связанным с рисками для подопечных и профилактирующих кризисные ситуации (физическое здоровье, безопасность, психологическое благополучие). Востребованным видится, например, привлечение специалистов (проведение вебинаров) для специального обучения сотрудников по тематике профилактики социально-психологических расстройств пожилых людей, их своевременному выявлению в процессе коммуникации.

### 3. Обоснованность практики

#### 3.1 Какие научные теории, результаты научных или прикладных исследований подтверждают обоснованность применения практики для целевых групп благополучателей (п.2.4), обоснованность осуществляемой деятельности (п.4.1) для достижения заявленных социальных результатов (п.2.5)

Необходимость оказания помощи пожилым людям имеет теоретические обоснование с точки зрения имеющихся геронтологических концепций. Согласно теории активности процессы старения ускоряются и ухудшается состояние здоровья индивидов в случае, если уровень их социальной активности снижается [11]. Исходя из этого, данная практика обеспечивает вовлеченность граждан пожилого возраста во внешние процессы посредством привлечения различных субъектов, оказывающих срочную помощь. Концепция разъединения основывается на идее, что старение – есть результат взаимного отдаления общества и самих пожилых. Вследствие чего происходит дистанцирование от изменений в окружающем мире, формируется замкнутость, ограничивается число социальных контактов [12].

Осуществление срочной помощи позволяет снизить воздействие процессов «освобождения» от социума, так как позволяет сохранить связи пожилых людей с внешним миром посредством взаимодействия через специализированные браслеты. В теории субкультуры старение усиливается в силу не только отчуждения от социума, но и формирования общности с представителями той же возрастной группы, имеющих схожие проблемы [13]. Для противодействия подобным проявлениям важно обеспечивать для граждан пожилого возраста возможности общения с представителями разных возрастных групп, что также реализуется в ходе осуществления патронажа в рамках данной практики и привлечения к ней волонтеров разных возрастных групп. Модель успешной старости основана на восполнения потерь в старости положительными процессами компенсации, суть которой в поиске возможных способностей или видов деятельности, которые могли бы заменить утраченные [14]. В нашем случае новым видом деятельности является взаимодействие с помощью нового для пожилых людей технического оборудования, которое требует поиска дополнительных ресурсов, следовательно активизирует социально-психологические процессы.

Эмпирические исследования особенностей состояния граждан пожилого возраста преимущественно посвящены качеству жизни, уровню удовлетворенности жизнью и выявлению факторов, которые способствуют позитивному и успешному старению. Например, в статье И. В. Шаповаленко отмечается необходимость социальной поддержки

людей пожилого возраста, отсутствие которой приводит к снижению качества жизни пожилых людей, эмоциональным нарушениям и ухудшению физического самочувствия [15]. То есть, подчеркивается значимость оказания социальной помощи пожилым людям. Кроме того, в исследовании Э. Ф. Николаевой отмечено, что зачастую источниками негативных переживаний пожилого человека являются субъективные причины. Именно негативное восприятие и оценка своей жизни порождает или усугубляет деструктивные состояния и психоэмоциональные расстройства [16]. Иначе говоря, особая важна деятельность по урегулированию психологического состояния граждан пожилого возраста.

Для оптимизации лечебных мероприятий и патронажа лиц пожилого возраста М. С. Чувашова, А. В. Ивлиев, А. Е. Козлов определили классификацию пациентов, исходя из состояния здоровья. Выявив, что почти половина – это «хрупкие» пожилые люди, а с увеличением возраста отмечался рост числа «хрупких» пациентов [17]. Полученные данные К. А. Самофатовой, подтверждают, что реализация системы долговременного ухода имеет высокий уровень положительного влияния системы долговременного ухода на жизнедеятельность людей старшего поколения с ограничениями мобильности [18]. Результаты анкетирования, проведенного Н. В. Забелиной, по мнению 42% опрошенных курских граждан пожилого возраста система долговременного в первую очередь создает условия для максимально долгого активного, самостоятельного и достойного проживания [19]. Проведенное М. Н. Максимовой и Д. Д. Мутигуллиной анкетирование граждан пожилого возраста и инвалидов, получающих социальные услуги в надомной форме, продемонстрировало, что ключевую роль в социальном обслуживании данных категорий граждан играют услуги по уходу [20].

Для минимизации патерналистской интервенции важно достижение частичной независимости от посторонней помощи за счет активизации внутренних ресурсов и навыков решения проблем, что возможно с помощью представленной практики срочной помощи. Полученные результаты И. В. Цупко, А. С. Мильто, Н. В. Шарашкиной, О. Н. Ткачевой указывают на то, что для сохранения здоровья граждан пожилого возраста и обеспечения его независимости от посторонней помощи патронаж наиболее эффективен при использовании технологий [21]. Социологическое исследование внедрения гаджетов в систему мониторинга показателей здоровья населения показало, что в Москве около 20 % опрошенных сообщили об использовании соответствующих гаджетов для мониторинга здоровья. Среди носимых гаджетов преобладают «умные часы» и фитнес-браслеты (81 %). В качестве основных причин неиспользования является неосведомленность об их существовании, а также отсутствие каких-либо предпосылок для их использования даже на уровне размышлений [22]. Результаты исследования Н. А. Бухаловой по изучению

социального положения лиц пожилого возраста свидетельствуют о наличии ситуации исключенности старшего поколения из-за дороговизны услуг по уходу за здоровьем, в том числе стоимости технических средств [23].

**3.2 Опишите механизм воздействия практики: за счет чего достигаются изменения в ситуации благополучателей? Что обеспечивает причинно-следственную связь между деятельностью и результатами, за счёт чего решаются заявленные проблемы или удовлетворяются потребности благополучателей (п.2.4) Почему осуществляются именно эти действия? Почему эти действия позволяют достигать заявленные социальные результаты**

Таблица 3.1 – Ключевые элементы механизма социальной практики

Действие	Влияние	Результат	Показатели
Оказание социальной поддержки наименее защищённым слоям, включая улучшение материального положения	Повышение жизнестойкости пожилых, находящихся в уязвимом положении, и уменьшение их незащищенности	Психологическое спокойствие благополучателей	Число благополучателей;
Осуществление патронажного сопровождения подопечных	Облегчение бытового самообслуживания граждан пожилого возраста	Психологическое спокойствие благополучателей; Самооценка благополучателями своего состояния здоровья как удовлетворительного	Число благополучателей, находящихся на патронажном сопровождении; Самооценка навыков самообслуживания благополучателей; Самооценка состояния здоровья благополучателей; Оценка потенциального изменения здоровья в будущем; Периодичность обращения за медицинской помощью; Желаемая частота обращения за медицинской помощью;
Обеспечение благополучателей тревожной кнопкой	Увеличение эффективности оказания социальных услуг	Психологическое спокойствие благополучателей;	Число благополучателей, имеющих тревожную кнопку;

	за счет оперативного выявления потребностей благополучателей	Самооценка благополучателями своего состояния здоровья как удовлетворительного; Снижение запросов на экстренный вызов скорой помощи или экстренных обращений к врачу.	Частота использования тревожной кнопки; Уровень удовлетворенностью работой тревожной кнопки; Доля благополучателей, не испытывающих тревогу и страх;
Регулярная коммуникация с благополучателями	Формирование доверительных отношений между специалистами организации и благополучателями	Психологическое спокойствие благополучателей; Снижение запросов на экстренный вызов скорой помощи или экстренных обращений к врачу.	Частота взаимодействия между специалистами учреждения с благополучателями; Ориентации благополучателей по улучшению здоровья; Наличие совместно проживающих родственников; Близость родных и близких;
Выстраивание взаимодействия внутри организации для обеспечения быстрого реагирования на запросы об оказании помощи	Повышение эффективности взаимодействия между специалистами и волонтерами организации	Снижение запросов на экстренный вызов скорой помощи или экстренных обращений к врачу	Удовлетворенность скоростью предоставления услуг;
Набор и обучение новых работников и волонтеров, оказывающих услуги в системе ухода	Повышение качества предоставления социальных услуг	Психологическое спокойствие благополучателей; Самооценка благополучателями своего состояния здоровья как удовлетворительного	Доля благополучателей, не испытывающих чувство одиночества;
Развитие сотрудничества с коммерческими и некоммерческими организациями, органами публичной власти	Привлечение партнеров для предоставления услуг	Самооценка благополучателями своего состояния здоровья как удовлетворительного; Снижение запросов на экстренный вызов скорой помощи или экстренных обращений к врачу	Доля благополучателей, нуждающихся в предоставлении информации о деятельности других служб; Доля благополучателей, своевременно

			получивших консультации специалистов pro bono в соответствии с их потребностями; Доля благополучателей, посетивших онлайн-мероприятия организации по проблемам здоровья и повысивших свою компетентность в отношении поддержания своего здоровья
--	--	--	--

### **3.3 Практика реализуется с опорой на профессиональный опыт и ценности носителей практики, регулярную профессиональную рефлексию специалистов**

Практика реализуется с учетом опыта и ценностей специалистов организации.

Во-первых, в СОНКО несколько постоянных программ, нацеленных на работу с серебряным возрастом, большой опыт организации и реализации проектов с данной возрастной когортой, выстроенная система оказания помощи. Программа «Уход на дому», в рамках которой реализуется практика «Служба быстрого реагирования для пожилых людей», действует с 1998 года.

Во-вторых, организация имеет в штате достаточно опытных специалистов. Специалисты благотворительного фонда обладают необходимым опытом оказания помощи пожилым людям для обеспечения эффективной реализации практики.

В-третьих, в результате исследования было выявлено, что заинтересованность в организации и ее проектах у специалистов и волонтеров достаточно высокая. Ценности носителей практики соответствуют заявленным целям некоммерческой организации по оказанию комплексной социальной помощи пожилым, оказавшимся в трудной ситуации, для улучшения их качества жизни.

В-четвертых, организацию отличает достаточно широкое взаимодействие с различными партнерами. Для повышения эффективности привлекаются партнеры, чья деятельность способствует повышению качества предоставляемого патронажа граждан пожилого возраста: органы исполнительной власти, бизнес и еврейские организации.

### **3.4 Практика соотнесена с подобными социальными практиками, проведен анализ существующего опыта, результаты учтены в обосновании практики**

Практика учитывает результаты существующего опыта подобных проектов.

Во-первых, некоторые практики реализуются на базе стационарных учреждений здравоохранения или социального обслуживания. Например, проект «Тревожная кнопка» в сети пансионатов для пожилых людей «Виктория» в Москве и Московской области. В таких случаях благополучатели не могут получить доступ к оборудованию. То есть, число получателей сильно ограничивается по количеству и территориально. В рамках реализации практики «Служба быстрого реагирования для пожилых людей» тревожная кнопка предоставляется гражданам пожилого возраста, проживающим дома.

Во-вторых, некоторые практики предусматривают платную передачу и установку оборудования, а также ежемесячные выплаты за использование услугами организации по мониторингу состояния пожилых людей. Например, проект «Умная опека» гериатрического центра «Опека» в Москве и Санкт-Петербурге. В рамках реализации практики «Служба быстрого реагирования для пожилых людей» тревожная кнопка предоставляется в безвозмездное пользование.

#### 4. Данные о достижении социальных результатов и влиянии практики

##### 4.1 Изменения в ситуации конечных благополучателей, участвующих в реализации практики. Изменения в ситуации благополучателей соответствуют заявленным социальным результатам

Практика обеспечивает три ожидаемых результата. Во-первых, должны измениться показатели психологического благополучия подопечных в части исключения или сокращения у них ощущений одиночества и расстройства социальных связей. Прямой показатель данного результата «доля пожилых, не испытывающих чувство одиночества» рассчитан на основе ответов благополучателей организации, имеющих и не имеющих браслеты с тревожной кнопкой, на вопрос: «На Ваш взгляд, стали ли Вы ощущать себя менее одинокими за последние полгода?». В группе с браслетами выбрал альтернативу «да, чувствую себя менее одиоко» практически каждый второй, тогда как в группе без браслета таковых оказалось более, чем в два раза больше (см. таблицу 4.1).

Таблица 4.1 – Мнения подопечных организаций, имеющих и не имеющих браслет с тревожной кнопкой, об изменении у себя ощущения одиночества

Изменение ощущения одиночества	Число респондентов	
	с браслетами	без браслетов
Да, чувствую себя менее одиоко	<b>14</b>	6
Ничего не изменилось	15	20
Нет, чувствую себя более одиоко	1	<b>4</b>

Второй прямой показатель данного результата «доля пожилых, позитивно оценивающих свои отношения с другими людьми» замерялась по ответам подопечных организации на вопрос: «Как Вы оцениваете свои взаимоотношения с окружающими людьми?». В группе благополучателей с браслетами положительно настроенных подопечных организации оказалась в 1,5 раза больше (9 к 6 соответственно), чем среди тех, кто браслетом с тревожной кнопкой не пользуется (см. таблицу 4.2).

Таблица 4.2 – Мнения подопечных организаций, имеющих и не имеющих браслет с тревожной кнопкой, об их социальных взаимоотношениях

Оценка взаимоотношений с окружающими	Число респондентов	
	с браслетами	без браслетов
Только положительные	9	6
Скорее положительные	12	12
Как положительные, так и негативные	8	10
Скорее негативные	1	2
Только негативные	0	0

Для дополнительного подтверждения изменений, произошедших в социально-психологическом плане, а именно сокращения чувства одиночества в методике был рассчитан *Индекс отсутствия чувства одиночества*. Благополучатели отвечали на 4 вопроса, сформулированных на основе ряда индикаторов психологической Шкалы одиночества – UCLA, упрощенной для проведения социологического исследования и адаптированной под возрастную группу благополучателей. Утверждения, на которые подопечные могли дать ответ по шкале Лайкерта (от совершенно согласен до совершенно не согласен), отражены в таблице 4.3.

Таблица 4.3 – Средние значения оценок подопечных организаций, имеющих и не имеющих браслет с тревожной кнопкой, в отношении их психологического состояния, характеризующих состояние одиночества

Утверждения-индикаторы	Среднее	
	с браслетами	без браслетов
Я часто чувствую какую-то разбитость и усталость	2,2	2,2
Я легко найду с кем пообщаться, если этого захочу	3,1	3,0
Никто не знает меня по-настоящему	2,7	2,7
Я чувствую, что нахожусь в ладу с окружающими меня людьми	3,2	2,9
<i>Индекс отсутствия чувства одиночества</i>	11,1	10,9

На основании рассчитанного Индекса было выявлено, что опрошенные благополучатели с браслетами ощущают себя чуть менее одинокими по сравнению с теми, кто таких браслетов не имеет. У них в среднем показатель социального благополучия в

части отсутствия чувства одиночества составляет 11,1 (при максимально возможном 16) против 10,9 среди благополучателей, не имеющих браслет с тревожной кнопкой. Небольшие различия данного показателя можно объяснить двумя причинами: достаточно непродолжительный по времени срок реализации данной практики, ограниченный по времени период использования подопечными в своей жизнедеятельности данного технического средства; повышенная социально-психологическая тревожность благополучателей, имеющих браслет, характеризующая риски их психологической неустойчивости, а именно склонности к изменению настроения (см. раздел 1).

Во-вторых, в результате данной практики должны измениться показатели самооценки благополучателями своего состояния здоровья. В связи с геронтологическими особенностями и пониманием физического состояния пожилых людей, оценивалась доля тех, кто удовлетворительно оценивает свое здоровье через субъективное восприятие последними текущего состояния здоровья, произошедших изменений и прогнозируемых изменений здоровья. При наилучшем значении *Индекса самооценки здоровья* в 3 балла, а наихудшем – 15 баллов, среди имеющих браслеты, значение этого Индекса составило 8,6 баллов, тогда как в группе благополучателей без браслетов мы получили значение данного индекса значительно выше – 10,6 баллов. Средние значения ответов респондентов на вопросы индикаторы субъективного восприятия подопечными организации своего текущего состояния здоровья, произошедших изменений и прогнозируемых изменений здоровья в двух сравниваемых группах отражены в таблице 4.4.

Таблица 4.4 – Средние значения оценок подопечных организаций, имеющих и не имеющих браслет с тревожной кнопкой, в отношении текущего состояния, произошедших и прогнозируемых изменений их здоровья

Утверждения-индикаторы	Среднее	
	с браслетами	без браслетов
Как бы Вы оценили состояние Вашего здоровья?	3,0	3,5
Как изменилось состояние Вашего здоровья за последние полгода?	2,8	3,6
На Ваш взгляд, как изменится состояние Вашего здоровья в ближайший год?	2,8	3,4
<i>Индекс самооценки здоровья</i>	8,6	10,6

Второй показатель достижимости обозначенного результата – субъективный настрой подопечных в отношении желаемой продолжительности жизни. Этот показатель

замерялся на основе ответов благополучателей на вопрос: «До какого возраста Вы хотели бы прожить?» их осознание желаемой продолжительности своей жизни и повышения самооценки состояния здоровья. Медианное значение желаемой продолжительности жизни в сравниваемых группах отражено на рисунке 4.1. Среди пожилых людей с браслетами выше ожидаемая продолжительность жизни. Можно предположить, что браслеты с тревожной кнопкой могут благоприятно влиять на субъективное благополучие.



Рисунок 4.1 – Медианное значение желаемой продолжительности жизни подопечных организаций, имеющих и не имеющих браслет с тревожной кнопкой, лет

Способствовать повышению самооценки состояния здоровья среди благополучателей могут проводимые клиникой-партнером мероприятия по лечебной физкультуре. За 1,5 месяца (март-апрель 2024 г.) проведено 6 занятий, в которых приняло участие 24% подопечных с браслетами.

В-третьих, должны измениться показатели, характеризующие снижение запросов благополучателей на экстренный вызов скорой помощи или экстренных обращений к врачу. В соответствии с методикой исследования показатель «Доля подопечных, в чьей повседневной жизни сократилось число экстренных вызовов врача и скорой помощи» был замерен по ответам на вопрос: «На Ваш взгляд, стали ли Вы реже вызывать скорую помощь за последние полгода?». Практически каждый второй среди благополучателей с браслетами зафиксировал в своей жизни снижение запроса на экстренную помощь. По ответам респондентов сравниваемых групп был рассчитан *Индекс снижения запроса на вызов скорой*, который демонстрирует небольшую, но положительную динамику сокращения вызовов скорой помощи в группе благополучателей с браслетами (см. таблицу 4.5)

Таблица 4.4 – Оценки подопечных организаций, имеющих и не имеющих браслет с тревожной кнопкой, о снижении числа вызовов скорой помощи за последние полгода

Снижение числа вызовов скорой помощи за последние полгода	Значение ответа для расчета индекса	Число респондентов	
		с браслетами	без браслетов
Однозначно да	1	5	8
Скорее да	2	10	4
Скорее нет	3	15	13
Однозначно нет	4	0	4
Индекс средних значений		2,3	2,4

Небольшие, но значимые различия данного Индекса можно объяснить специфическими отличиями благополучателей, имеющих браслет с тревожной кнопкой. Во-первых, они значительно чаще, чем подопечные без браслетов испытывают потребность, запрос на вызов к врачу. Во-вторых, они реально это делают чаще, чем те, кто браслетов не имеют (см. раздел 1).

Кроме того, партнерами некоммерческой организации устраиваются групповые онлайн-консультации по проблемам здоровья для благополучателей. В 7 таких мероприятиях за анализируемый период было вовлечено 26% подопечных, имеющих тревожную кнопку с браслетами. Мероприятия проводились по следующим темам: «Неотложные ситуации в домашних условиях»; «Головная боль не всегда от головы»; «Запоры»; «Бессонница»; «Что ждать от Весны? Как Весна влияет на организм»; «Забывчивость, нарушениях памяти. Что надо принять, как факт, а с чем надо работать»; «Профилактика инфарктов и инсультов». Подобные занятия расширяют знания подопечных фонда, тем самым, частично снижая потребность в запросе на экстренную помощь без необходимости.

При необходимости организация для оптимизации усилий своих сотрудников может настроить браслет таким образом, чтобы первый вызов по тревожной кнопке получали родственники. Это также минимизирует число обращений за экстренной помощью, так как обеспечивает постоянный контакт с родными и близкими. На данный момент в такой формат переведены 15 подопечных и еще 8 планируется. Сейчас в их отношении идет официальное оформление документов от родственников (для этого необходимо подписать согласие на обработку персональных данных).

Показателем результативности практики может служить изменение доли переданных вызовов в скорую помощь от числа полученных вызовов по тревожной кнопке.

По данным, которые были зафиксированы в организации, за более чем полгода использования браслетов снизилась доля обращений в скорую помощь. Если в августе и сентябре 2023 г. она составляла 32% и 25% соответственно, то в феврале и марте 2024 г. – 17% и 11% (табл. 4.5).

Таблица 4.5 – Число вызовов по тревожной кнопке и число вызовов, переданных в дальнейшем в скорую помощь

Период	Число вызовов по тревожной кнопке	Число вызовов, переданных в дальнейшем в скорую помощь	Доля переданных вызовов в скорую помощь, %
Август 2023	19	6	32%
Сентябрь 2023	12	3	25%
Октябрь 2023	20	1	5%
Ноябрь 2023	36	5	14%
Декабрь 2023	18	3	17%
Январь 2024	30	0	0%
Февраль 2024	36	6	17%
Март 2024	35	4	11%
Всего за период	206	29	14%

#### **4.2 Имеются данные о характере и динамике социальных изменений в ситуации благополучателей в краткосрочной перспективе после окончания проекта**

Продолжительность использования браслета с тревожной кнопкой повышает самооценку благополучателями своего состояния здоровья. *Индекс самооценки здоровья* (от 3 баллов – наилучшая оценка до 15 баллов – наихудшая) у тех, кто пользуется браслетом от 6 месяцев и более составляет 7,3 балла, тогда как у благополучателей, имеющих браслет менее 6 месяцев значение данного индекса – 9.9 баллов.

#### **4.3 Имеются данные о динамике и характере изменений в жизни благополучателей и социального влияния практики в долгосрочной перспективе**

Данные отсутствуют в связи с небольшим периодом запуска проекта в организации.

#### **4.4 Отсутствие негативного эффекта или вреда для благополучателей, сообщества в целом**

Согласно данным экспертного интервью с начальником управления демографического развития и социального обслуживания Министерства социальной политики Свердловской области И.В. Илларионовом практика применения браслетов с тревожной кнопкой в системе надомного обслуживания подведомственных учреждений социальной защиты населения Свердловской области, а также в стационарных учреждениях не нашла своего применения в силу следующих причин: большое число подопечных не позволяло операторам идентифицировать проблемные случаи тревожных обращений клиентов и усложняло коммуникацию со службами экстренной помощи; нехватка компетенции сотрудников, выполняющих роли диспетчеров-операторов в социально-психологической работе с пожилыми; нехватка ресурсов на обучение клиентов для адекватного использования технических средств в повседневной жизнедеятельности».

Клиенты с кардиостимуляторами не используют браслеты, так как врачи не рекомендуют использовать другие технические средства при наличии кардиостимулятора. По мнению врача-кардиолога к.м.н. И.Б. Каган: «Цифровые сотовые телефоны излучают такое же электромагнитное поле, как и браслеты. Данные устройства могут воздействовать на электрокардиостимулятор и кардиовертер-дефибрилятор, если они располагаются очень близко, в пределах 15 см. Эффект носит временный характер и при удалении от кардиостимулятора или кардиовертер-дефибрилятора эффект влияния полностью пропадает. В ряде американских исследований было показано, что частота электромагнитных помех на имплантируемые устройства от смартфонов составила 0,3% и имела минимальное клиническое значение, даже когда телефоны с максимальной мощностью передачи были размещены непосредственно рядом с генератором. Таким образом, ЭМИ смартфонов и браслетов минимальны и не несут угрозы для здоровья пользователей».

При получении браслета некоторые благополучатели перестают его использовать или не носят с собой, полагая, что браслет с тревожной кнопкой уже передан им и это от них более ничего не требует. Таким образом, формируется излишняя уверенность из-за факта наличия браслета, а не его непосредственного использования.

С другой стороны, браслет, оснащенный тревожной кнопкой, может иметь противоположный эффект, когда благополучатели используют его не по назначению или злоупотребляют возможностями кнопки, ожидая, что их любой запрос будет удовлетворен.

#### 4.5 Подтверждение социальных результатов данными из разных источников

Достижение практикой социальных результатов подтверждено мнением специалистов, реализующих практику.

И.А. Гуткина, директор некоммерческой организации: *«В нашей практике проект важный и реализуемый. Но таковая она, потому что мы создаем социум. Такие браслеты нужны не только, чтобы наши подопечные смогли экстренно вызвать помощь, а также и для комплексной поддержки их социальных связей. В нашем случае – это больше социально-психологический сервис профилактики социального исключения. У нас дополнился ряд проектов, которые создают такую атмосферу. При своих первичных функциях сохранения безопасности в экстренных случаях, для социально-психологического плана – это отличный 100% дополнительный инструмент».*

А.О. Мелешко, координатор проекта: *«Это большой плюс. Это уверенность. Ты знаешь, что, если ты потерял своего подопечного ты можешь ему позвонить и уточнить. Потерял – это когда мы не можем дозвониться до подопечного. Также бывают такие случаи».*

М.М. Баскина, координатор волонтеров: *«Я бы хотела сказать, что это очень ценно, так как люди, которые не на патронаже, все равно в прямом контакте с Алиной. И до нас информация доходит быстрее, чем от территориальных кураторов».*

Благотворительный фонд «Менора» проводит диагностику своих подопечных посредством внутреннего анкетирования. Анкета представлена в Приложении 2. Периодичность диагностики зависит от факторов, связанных с изменениями в состоянии здоровья, но не реже раз в полгода. Результаты анкетирования вносятся в базы данных социальных программ организации. Анкетирование проводится только среди клиентов, находящихся под патронажем. За год диагностика проведена у 49 клиентов с браслетами. Выявлено, что в части когнитивных навыков наблюдалось улучшение у 30 благополучателей.

Достижение практикой социальных результатов подтверждено мнением благополучателей организации. В исследовании на следующий вопрос: «Порекомендовали ли Вы такой браслет таким людям, как Вы?» – положительно ответили с разной степенью уверенности 87% благополучателей, использующих браслет с тревожной кнопкой, 13% – затруднились дать однозначный ответ.

Достижение практикой социальных результатов подтверждено проведенным оценочным исследованием с использованием научной методологии. Сбора данных о достижении социальных результатов и влиянии практики на качество жизни благополучателей был проведен по методике, позволившей провести два исследования:

интервьюирование благополучателей практики и опрос двух групп благополучателей организации.

1. Интервьюирование благополучателей, использующих браслет с тревожной кнопкой (выборка сплошная, n=100).

В данном исследовании были решены следующие задачи:

- 1) Изучены условия использования браслета с тревожной кнопкой в жизнедеятельности благополучателей;
- 2) Определены текущие потребности благополучателей в отношении их здоровья;
- 3) Выявлены потребности благополучателей в экстренной помощи;
- 4) Проанализирована самооценка благополучателями своего психологического состояния (уровень тревожности, чувство одиночества);
- 5) Проанализирована самооценка благополучателями своего состояния здоровья;
- 6) Исследован характер взаимодействия благополучателей с сотрудниками организации.

Интервьюирование проводилось по разработанной анкете, размещенной в Яндекс-формах. Интервьюер заносил ответы респондента в электронную форму. Все данные были выгружены и обработаны в программе SPSS.

2. Опрос двух групп благополучателей организации, получающих от организации услуги домашнего обслуживания. Каждая группа включала респондентов из числа подопечных организации, имеющих примерно схожие социально-демографические характеристики. В первую группу вошли 30 благополучателей, которые используют в своей повседневной жизни браслет с тревожной кнопкой. Во вторую группу вошли 30 благополучателей, которые взаимодействуют с сотрудниками организации, включены в программу «Уход на дому», но не имеют браслетов с тревожной кнопкой. Респонденты сравниваемых групп имеют схожие социально-демографические характеристики.

В исследовании решались следующие задачи:

- 1) Выявлены социально-бытовые и социально-психологические различия между благополучателями организации, использующими и не использующими браслет с тревожной кнопкой;
- 2) Выявлены отличия в характеристиках психологического благополучия в части исключения ощущений одиночества и расстройства социальных связей у благополучателей организации, использующих и не использующих браслет с тревожной кнопкой;

3) Выявлены отличия в самооценке благополучателями, использующими и не использующими браслет с тревожной кнопкой, своего состояния здоровья;

4) Выявлены отличия в самооценках запросов благополучателей организации, использующих и не использующих браслет с тревожной кнопкой, на экстренную медицинскую помощь.

Для проведения сравнительного исследования на малых выборках был использован индексный метод.

Для решения второй задачи было разработано методическое решение расчета *Индекса отсутствия чувства одиночества*. Благополучатели отвечали на 4 вопроса, сформулированных на основе ряда индикаторов психологической Шкалы одиночества – UCLA (разработана D. Russell и адаптирована Л.А. Пергаменщик и Н.Н. Лепешинский). Шкала была сокращена и упрощена для проведения социологического исследования, а также она была адаптирована под возрастную группу благополучателей. Для расчета Индекса были выделены 4 утверждения, на которые подопечные могли дать ответ по шкале Лайкерта (от совершенно согласен до совершенно не согласен). В зависимости от степени согласия с утверждением ответам респондентам присваивались баллы по шкале от 1 до 4 (1 – наиболее негативная оценка до 4 – наиболее позитивная). Общая система баллов представлена в таблице 4.5. Для расчета *Индекса отсутствия чувства одиночества* суммировались все ответы респондентов на выбранные вопросы. Максимальное значение Индекса – 16, а минимальное – 4. Индекс показывает, что чем больше баллов, тем выше уровень психологического комфорта, мене выражено чувство одиночества у респондента.

Формула для расчета *Индекса отсутствия чувства одиночества*:

$$\text{ИЧО} = 1\text{УП} + 2\text{УП} + 3\text{УП} + 4\text{УП}$$

ИЧО – *Индекс отсутствия чувства одиночества*

1УП - Я часто чувствую какую-то разбитость и усталость

2УП - Я легко найду с кем пообщаться, если этого захочу

3УП - Никто не знает меня по-настоящему

4УП - Я чувствую, что нахожусь в ладу с окружающими меня людьми

Таблица 4.6 – Система баллов для расчета Индекса отсутствия чувства одиночества

Утверждения	Полностью согласен	Скорее согласен	Затрудняюсь ответить	Скорее не согласен	Полностью не согласен
Я часто чувствую какую-то разбитость и усталость	1	2	0	3	4
Я легко найду с кем пообщаться, если этого захочу	4	3	0	2	1
Никто не знает меня по-настоящему	1	2	0	3	4
Я чувствую, что нахожусь в ладу с окружающими меня людьми	4	3	0	2	1

Для решения третьей задачи было разработано методическое решение расчета *Индекса самооценки здоровья*, в расчет которого были включены ответы респондентов на вопросы, характеризующие субъективное восприятие последними текущего состояния здоровья, произошедших за полгода изменений состояния их здоровья, а также прогнозируемых в ближайшее время изменений здоровья. Респонденты должны были дать оценку измеряемых показателям по 5-балльной шкале от отличного до плохого. Ответам респондентов на каждый вопрос присваивалось балльное значение от 1 до 5, где 1 – вариант с наилучшей самооценкой здоровья, а 5 – наихудшая оценка. Система балльной оценки для расчета Индекса представлена в таблице 4.6. Для расчета Индекса все балльные оценки суммировались. Максимальное значение Индекса, характеризующее самый низкий уровень самооценки благополучателями своего здоровья, – 15 баллов, минимальное значение, характеризующее высокий уровень самооценки – 3 балла. Чем больше баллов, тем ниже уровень самооценки состояния здоровья респондентов.

Формула для расчета *Индекса самооценки состояния здоровья*:

$$ИСЗ = 1УЗ + 2УЗ + 3УЗ$$

ИСЗ - индекса самооценки состояния здоровья

1УЗ - Как бы Вы оценили состояние Вашего здоровья?

2УЗ - Как изменилось состояние Вашего здоровья за последние полгода?

3УЗ - На Ваш взгляд, как изменится состояние Вашего здоровья в ближайший год?

Таблица 4.7 – Система баллов для расчета Индекса самооценки состояния здоровья

Вопросы	Отличное / Значительно лучше	Хорошее / Немного лучше	Нормальное / Примерно такое же	Посредственное / Несколько хуже	Плохое / Гораздо хуже
Как бы Вы оценили состояние Вашего здоровья?	1	2	3	4	5
Как изменилось состояние Вашего здоровья за последние полгода?	1	2	3	4	5
На Ваш взгляд, как изменится состояние Вашего здоровья в ближайший год?	1	2	3	4	5

Инструмент исследования включен в Приложение 1

## Заключение

В ходе выполнения научно-исследовательской работы были получены следующие результаты:

1) Описаны основные характеристики практики «Служба быстрого реагирования для пожилых людей»: основное содержание; место реализации; сроки реализации практики; тип практики; схожие практики, реализуемые в других регионах страны; ценности практики; целевая аудитория практики и их характеристики; проблемы и потребности благополучателей.

На основании этого сформулированы ожидаемые результаты практики, а именно: психологическое благополучие благополучателей в части исключения у них ощущений одиночества и расстройства социальных связей; самооценка благополучателями своего состояния здоровья как удовлетворительного; снижение запросов на экстренный вызов скорой помощи или экстренных обращений к врачу.

Для оценки эффективности практики по каждому из результатов были предложены следующие показатели:

1. Доля пожилых, не испытывающих чувство одиночества;
2. Доля пожилых, позитивно оценивающих свои отношения с другими людьми;
3. Доля пожилых, включившихся в другие проекты организации;
4. Доля пожилых, удовлетворительно оценивающих свое здоровье; высокая желаемая продолжительность жизни;
5. Отсутствие увеличения среднего количества часов патронажного сопровождения благополучателей за определенный период;
6. Доля подопечных, в чьей повседневной жизни сократилось число экстренных вызовов врача и скорой помощи;
7. Доля благополучателей, посетивших онлайн-мероприятия организации по проблемам здоровья и повысивших свою компетентность в отношении поддержания своего здоровья;
8. Доля благополучателей, своевременно получивших консультации специалистов pro bono в соответствии с их потребностями.

2) Собраны данные о регламентированности практики в некоммерческой организации, а именно: положение, стандарты практики, требования к специалистам, руководство по использованию устройств, инструкции для волонтеров и специалистов, планы обучающих семинаров для специалистов и волонтеров, скрипты по типичным

ситуациям, типология и дорожная карта действий специалиста в конкретных случаях, нестандартные ситуации.

Но несмотря на регламентацию действий специалистов при возникновении обращений благополучателей к тревожной кнопке браслета, в перспективе обозначена потребность в разработке методических материалов (инструкций, регламентов) рекомендации по профилактике потенциального негативного влияния рисков на благополучателей через оценку, фиксацию и отработку запросов подопечных на медицинское консультирование и по выявлению рисков социально-психологических расстройств подопечных.

В плане обучения сотрудников некоммерческая организация сталкивается с текучкой кадров, требующей постоянного поиска новых социальных работников и больших временных затрат на их обучение. Вследствие чего существует потребность в обеспечении системно организованного процесса обучения сотрудников для получения первичных знаний.

3) Необходимость оказания помощи пожилым людям имеет теоретические обоснование с точки зрения имеющихся геронтологических концепций. Рассмотрены взаимосвязи анализируемой практики с теориями активности, освобождения, субкультуры, модель успешной старости.

Проанализированы эмпирические исследования особенностей состояния граждан пожилого возраста, посвящённые преимущественно качеству жизни, уровню удовлетворенности жизнью и выявлению факторов, которые способствуют позитивному и успешному старению.

Также рассмотрены прикладные исследования, изучавшие возможности активизации внутренних ресурсов и сохранения здоровья пожилых людей с помощью применения технологий, в том числе тревожной кнопки для предоставления экстренной помощи.

Выстроена система причинно-следственных связей между деятельностью организации и ожидаемыми результатами реализации практики. Механизм изменений выстроена в следующей логике: действие – влияние на благополучателей – результат – показатели.

Практика реализуется с учетом опыта и ценностей специалистов организации: в СОНКО реализуется несколько постоянных программ с пожилыми людьми; организация имеет в штате достаточно опытных специалистов; высокая заинтересованность специалистов и волонтеров; широкое взаимодействие с различными партнерами.

Практика учитывает результаты существующего опыта подобных проектов: некоторые практики реализуются на базе стационарных учреждений здравоохранения или социального обслуживания; некоторые практики предусматривают платную передачу и установку оборудования, а также ежемесячные выплаты за использование услугами организации по мониторингу состояния пожилых людей.

#### 4) Практика обеспечивает три ожидаемых результата:

На основании рассчитанного Индекса отсутствия чувства одиночества было выявлено, что опрошенные благополучатели с браслетами ощущают себя чуть менее одинокими по сравнению с теми, кто таких браслетов не имеет. У них в среднем показатель социального благополучия в части отсутствия чувства одиночества составляет 11,1 (при максимально возможном 16) против 10,9 среди благополучателей, не имеющих браслет с тревожной кнопкой. Небольшие различия данного показателя можно объяснить двумя причинами: достаточно непродолжительный по времени срок реализации данной практики, ограниченный по времени период использования подопечными в своей жизнедеятельности данного технического средства; повышенная социально-психологическая тревожность благополучателей, имеющих браслет, характеризующая риски их психологической неустойчивости, а именно склонности к изменению настроения.

В ходе изучения изменений показателей самооценки благополучателями своего состояния здоровья. На основании индекса самооценки состояния здоровья было выявлено, что опрошенные благополучатели с браслетами ощущают себя несколько лучше. У них в среднем индекса самооценки состояния здоровья составляет 8,6 против 10,6 среди благополучателей, не имеющих тревожную кнопку. Также среди пожилых людей с браслетами выше ожидаемая продолжительность жизни. Можно предположить, что браслеты с тревожной кнопкой могут благоприятно влиять на субъективное благополучие, позитивный настрой подопечных организации.

Практически каждый второй среди благополучателей с браслетами зафиксировал в своей жизни снижение запроса на экстренную помощь. По ответам респондентов сравниваемых групп был рассчитан Индекс снижения запроса на вызов скорой, который демонстрирует небольшую, но положительную динамику сокращения вызовов скорой помощи в группе благополучателей с браслетами. Небольшие, но значимые различия данного Индекса можно объяснить специфическими отличиями благополучателей, имеющих браслет с тревожной кнопкой. Во-первых, они значительно чаще, чем подопечные без браслетов испытывают потребность, запрос на вызов к врачу. Во-вторых, они реально это делают чаще, чем те, кто браслетов не имеют

## Список использованных источников

1. Социальный фонд России. Основные показатели пенсионного обеспечения в Российской Федерации. – URL: [https://sfr.gov.ru/info/statistics/pension\\_provision\\_sfr](https://sfr.gov.ru/info/statistics/pension_provision_sfr)
2. Управление Федеральной службы государственной статистики по Свердловской области и Курганской области. URL: <https://66.rosstat.gov.ru/folder/29698>
3. Потупчик Т. В., Эверт Л. С., Костюченко Ю. Р. Влияние коронавирусной инфекции на когнитивные функции у пожилых пациентов // Врач. – 2021. – № 6. – С. 41-50. – DOI 10.29296/25877305-2021-06-08. – EDN CWKKPQ.
4. Маркеева А. В., Синяков А. В. Социальные факторы ментального здоровья и благополучия пожилых россиян // Успехи геронтологии. – 2023. – Т. 36, № 1. – С. 10-21. – DOI 10.34922/AE.2023.36.1.001. – EDN IABVNO.
5. Методология стандарта доказательных социальных практик. – URL: <https://deti.timchenkofoundation.org/metodologiya/>
6. Менора. Служба быстрого реагирования в действии. – URL: <https://menora-ural.ru/sluzhba-bystrogo-reagirovaniya-v-dejstvii/>
7. Кнопка Жизни и МТС. – URL: <https://www.knopka24.ru/novosti/knopka-zhizni-i-mts/>
8. <https://zabota365.ru/gosprogramma/knopka/>
9. Умная опека. – URL: <https://opeca-doma.ru/services/smart-home/>
10. Тревожная кнопка для пожилых людей и другие гаджеты-«спасатели». – URL: <https://www.pansionatcdz.ru/stati/trevozhnaya-knopka-dlya-pozhilykh/>
11. Cumming E. & William Earl H. Growing old. 1961. New York: Basic.
12. Koller Marvin R. Social gerontology. 1968. New York.
13. Rose A. The subculture of the aging: A topic for sociological research // The Gerontologist. – 1962. – № 2. – Pp. 123-127.
14. Baltes M. M., Carstensen L. L. The process of successful aging // Aging and Society. – 1996. – № 4. – Pp. 397-422.
15. Шаповаленко И. В. Макартурское исследование успешного старения: на пути к новой геронтологии (реферативный обзор книги Rowe J. W., Kahn R. L. «Successful Aging») // Электронный журнал «Современная зарубежная психология». – 2017. – № 3. – С. 13-21. – DOI 10.17759/jmfp.2017060302
16. Николаева Э. Ф. Качество жизни как фактор стрессовых состояний у лиц пожилого возраста // Балканское научное обозрение. – 2020. – №3. – С. 56-59. – DOI 10.34671/SCH.BSR.2020.0403.0019

17. Чувашова М. С., Ивлиев А. В., Козлов А. Е. Оптимизация медико-социальной помощи лицам пожилого возраста путем выявления "хрупких" пациентов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2017. – № 6. – С. 815. – EDN ZGCALP.

18. Самофатова К. А. Оценка социальной эффективности системы долговременного ухода за инвалидами и гражданами пожилого возраста в Ставропольском крае // Вестник Кемеровского государственного университета. Серия: Политические, социологические и экономические науки. – 2023. – № 3. – С. 391-400. – DOI 10.21603/2500-3372-2023-8-3-391-400. – EDN LXIEQO.

19. Забелина Н. В. Возможности системы долговременного ухода за пожилыми гражданами и инвалидами (на примере Курской области) // Russian Economic Bulletin. – 2022. – № 1. – С. 26-31. – EDN SXVIED.

20. Максимова М. Н., Мутигуллина Д. Д. Удовлетворенность граждан пожилого возраста услугами в рамках социальных пакетов долговременного ухода // Социальная политика и социология. – 2021. – № 4. – С. 110-117. – DOI 10.17922/2071-3665-2021-20-4-110-117. – EDN TBFVQB.

21. Цупко И. В., Мильто А. С., Шарашкина Н. В., Ткачева О. Н. Эффективная целевая социальная помощь пожилому населению: значение долговременной медицинской помощи на дому // Российский журнал гериатрической медицины. – 2020. – № 1. – С. 86-92. – DOI 10.37586/2686-8636-1-2020-86-92. – EDN KSDRCV.

22. Богдан И. В., Волкова О. А., Иглицына И. С., Чистякова Д. П. Внедрение гаджетов в систему мониторинга показателей здоровья населения: социологическое исследование // Вопросы управления. – 2022. – № 3. – С. 33-45. – DOI 10.22394/2304-3369-2022-3-33-45. – EDN ZCUUVP.

23. Бухалова, Н. А. Проблемы социальной инклюзии лиц пожилого и старческого возраста // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. – 2015. – № 4. – С. 57-60. – EDN VJHTRX.

## АНКЕТА ДЛЯ ТЕХ, КТО С БРАСЛЕТОМ

Уважаемый \_\_\_\_\_

Вы являетесь подопечным нашей организации достаточно продолжительное время, нам важно понять, что мы еще можем улучшить в нашей работе, чем наши проекты и программы могут улучшить Вашу жизнь.

Пожалуйста, внимательно выслушайте мои вопросы, подумайте и выберите ответ, который на Ваш больше всего соответствует Вашему мнению, вашей жизненной ситуации

1. Дата и время заполнения
2. Анкетер:

**Несколько вопросов о браслете, которым Вы пользуетесь благодаря нашей организации**

### **1. Как давно Вы пользуетесь Вашим браслетом с тревожной кнопкой?**

- 1) 6 месяцев и более
- 2) Менее 6 месяцев

### **2. Как часто Вы используете на вашем браслете тревожную кнопку?**

- 1) Несколько раз в день
- 2) 1 раз в день
- 3) Пару раз в неделю
- 4) Пару раз в месяц
- 5) Практически не использую

### **3. Посоветовали ли Вы такой браслет таким людям, как Вы?**

- 1) Точно да
- 2) Скорее да
- 3) Затрудняюсь точно сказать
- 4) Скорее нет
- 5) Точно нет

### **4. Скажите, пожалуйста, по каким причинам Вы обращались за помощью, используя браслет? (выберите все подходящие варианты ответа)**

- 1) Резкое ухудшение здоровья
- 2) Внезапное происшествие дома
- 3) Желание поговорить
- 4) Помощь в решении бытовых вопросов
- 5) Другое \_\_\_\_\_

**Несколько вопросов позволят нам определить Ваши текущие потребности в отношении вашего здоровья**

**5. Вы стремитесь сохранять и по возможности улучшать свое здоровье?**

- 1) Да
- 2) Скорее да
- 3) Затрудняюсь ответить
- 4) Скорее нет
- 5) Нет

**6. Нужна ли Вам чья-либо помощь в определении Ваших запросов на помощь врачей, других специалистов?**

- 1) Да
- 2) Скорее да
- 3) Затрудняюсь ответить
- 4) Скорее нет
- 5) Нет

**7. Как Вы оцениваете свои навыки самообслуживания?**

- 1) Со всем всегда справляюсь сам
- 2) Могу справиться со всем самостоятельно, но не всегда
- 3) Некоторые задачи требуют поддержки со стороны
- 4) Почти всегда нуждаюсь в помощи

**8. Согласны ли Вы со следующими утверждением: «Мне кажется я более склонен к болезням, чем другие»**

- 1) Да
- 2) Скорее да
- 3) Затрудняюсь ответить
- 4) Скорее нет
- 5) Нет

**Несколько вопросов позволят нам определить Ваши запросы в экстренных ситуациях**

**9. Насколько важна для Вас скорость получения помощи?**

- 1) Очень важна
- 2) Скорее важна
- 3) Скорее не важна
- 4) Очень важна

**10. Какие из перечисленных ниже ситуаций вызывают у Вас особую тревогу и страх?**

*(выберите все подходящие варианты ответа)*

- 1) В квартиру пришли незнакомые люди
- 2) Прорвало трубу, выключили свет

- 3) Упали, ударились, не смогли встать
- 4) Потеряли сознание, почувствовали головокружение
- 5) Не смогли самостоятельно записаться к врачу
- 6) Не смогли дозвониться до близких людей
- 7) Остались без свежих продуктов
- 8) Сломался телевизор, нет новостей
- 9) Другое \_\_\_\_\_

**11. Потребуется ли Вам чья-либо помощь, если с Вами произойдет что-то из ранее перечисленного?**

- 1) Да
- 2) Скорее да
- 3) Затрудняюсь ответить
- 4) Скорее нет
- 5) Нет

**12. Нужна ли Вам контактная информация для связи со специалистами по решению этих вопросов?**

- 1) Да
- 2) Скорее да
- 3) Затрудняюсь ответить
- 4) Скорее нет
- 5) Нет

**Несколько вопросов о вашем психологическом состоянии**

**13. Как часто Вы испытываете беспокойство и тревогу**

- 1) Часто
- 2) Иногда
- 3) Редко
- 4) Почти никогда

**14. Что Вам обычно помогает, когда Вы испытываете беспокойство и тревогу? (выберите все подходящие варианты ответа)**

- 1) Разговор по телефону
- 2) Визит родных
- 3) Посещение или визит соседей
- 4) Визит специалиста из Меноры
- 5) Визит волонтеров
- 6) Визит или посещение врачей

- 7) Посещение психолога
- 8) Выполнение домашних дел (готовлю, прибираюсь и т.д.)
- 9) Развлечения и досуг (смотрю телевизор, читаю и т.д.)
- 10) Прием пищи
- 11) Медицинские препараты
- 12) Другое \_\_\_\_\_

**15. Кто с Вами проживает?**

- 1) Никто
- 2) Муж / супруга
- 3) Дети
- 4) Другой \_\_\_\_\_

**16. Согласны ли Вы с утверждением: «Я часто чувствую себя немного одиноким?»**

- 1) Да
- 2) Скорее да
- 3) Затрудняюсь ответить
- 4) Скорее нет
- 5) Нет

**17. Как Вы оцениваете свои взаимоотношения с окружающими Вас людьми?**

- 1) Только положительные
- 2) Скорее положительные
- 3) Как положительные, так и негативные
- 4) Скорее негативные
- 5) Только негативные

**Послушайте, пожалуйста, внимательно и ответьте согласны Вы со следующими утверждениями. Вы можете ответить да, скорее да, затрудняюсь ответить, скорее нет, или нет точно.**

**18. «Я почти не чувствую какую-то разбитость и усталость»?**

- 1) Да
- 2) Скорее да
- 3) Затрудняюсь ответить
- 4) Скорее нет
- 5) Нет

**19. «Я легко найду с кем пообщаться, если этого захочу»**

- 1) Да
- 2) Скорее да

- 3) Затрудняюсь ответить
- 4) Скорее нет
- 5) Нет

**20. «Никто не знает меня по-настоящему»?**

- 1) Да
- 2) Скорее да
- 3) Затрудняюсь ответить
- 4) Скорее нет
- 5) Нет

**21. «Я чувствую, что нахожусь в ладу с окружающими меня людьми»**

- 1) Да
- 2) Скорее да
- 3) Затрудняюсь ответить
- 4) Скорее нет
- 5) Нет

**22. На Ваш взгляд, стали ли ощущать себя менее одиноким за последние полгода?**

- 1) Да, чувствую себя менее одиноко
- 2) Ничего не изменилось
- 3) Нет, чувствую себя более одиноко

**Несколько вопросов о вашем здоровье**

**23. Как бы Вы оценили состояние Вашего здоровья?**

- 1) Отличное
- 2) Хорошее
- 3) Нормальное
- 4) Посредственное
- 5) Плохое

**24. До какого возраста Вы бы хотели прожить?**

\_\_\_\_\_ лет

**25. Как изменилось состояние Вашего здоровья за последние полгода?**

- 1) Значительно лучше
- 2) Немного лучше
- 3) Примерно такое же
- 4) Несколько хуже
- 5) Гораздо хуже

**26. На Ваш взгляд, как изменится состояние Вашего здоровья в ближайший год?**

- 1) Значительно лучше
- 2) Немного лучше
- 3) Примерно такое же
- 4) Несколько хуже
- 5) Гораздо хуже

**27. Насколько Вы уверены в том, что, если Ваше здоровье вдруг ухудшится, Вам помогут специалисты Меноры?**

- 1) Полностью уверен
- 2) Скорее уверен
- 3) Скорее не уверен
- 4) Нет не уверен

**28. Как часто Вы взаимодействуете со специалистами и волонтерами организации?**

- 1) Несколько раз в день
- 2) 1 раз в день
- 3) Пару раз в неделю
- 4) Пару раз в месяц

**29. Как часто у Вас возникает желание вызвать скорую помощь, обратиться экстренно к какому-либо врачу?**

- 1) Не реже, чем 1 раз в неделю
- 2) 1–2 раза в месяц
- 3) 1–2 раза за 3 месяца
- 4) 1–2 раза в полгода
- 5) 1–2 раза в год

**30. Скажите, пожалуйста, обычно с какой периодичностью Вы вызываете врача на дом?**

- 1) Не реже, чем 1 раз в неделю
- 2) 1–2 раза в месяц
- 3) 1–2 раза за 3 месяца
- 4) 1–2 раза в полгода
- 5) 1–2 раза в год

**31. На Ваш взгляд, стали ли Вы реже вызывать скорую помощь за последние полгода?**

- 1) Да
- 2) Скорее да
- 3) Скорее нет
- 4) Нет

**32. Скажите, пожалуйста, где проживают ближайшие родственники, к которым Вы бы могли обратиться в случае необходимости?**

- 1) Вместе со мной
- 2) В том же микрорайоне
- 3) В том же городе
- 4) В другом населенном пункте
- 5) В другом регионе
- 6) Нет родственников в стране

**33. Укажите Ваш Возраст**

\_\_\_\_\_ лет

**34. Ваш пол**

- 1) Мужской
- 2) Женский

**35. Наличие инвалидности**

- 1) 1 группа
- 2) 2 группа
- 3) 3 группа
- 4) Нет инвалидности

**36. Как долго Вы с Менорой?**

\_\_\_\_\_ годах

**37. В каких еще программах и проектах Меноры Вы участвуете?**

\_\_\_\_\_

**38. Вопрос для анкетера: если Вы отметили в беседе что-то интересное (реакции респондента, его высказывания или вопросы), пожалуйста, запишите здесь**

## Приложение 2

### Благотворительная организация Межрегиональный благотворительный общественный фонд «Екатеринбургский Еврейский Культурный Центр «Менора»

ФИО клиента:  
 Номер анкеты:  
 Дата интервью:  
 Адрес:  
 Домашний телефон:

№интервью	Дата интервью	Результат (категория)	Оценка	ЖН
-----------	---------------	-----------------------	--------	----

#### Анкета функционирования

1. Передвижение вне дома	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Выходит из дома без проблем	0			
2. Не выходит из дома зимой	1			
3. Выходит из дома, но не может сам нести сумки с покупками	1			
4. Выходит из дома только с сопровождающим	2			
5. Вообще не выходит из дома	3			
2. Уборка квартиры	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Убирает квартиру без труда	0			
2. Сам вытирает пыль, но нуждается в частичной помощи для остальной уборки	0.75			
3. Сам вытирает пыль, нуждается в помощи при выполнении тяжелой работы по дому – мытье полов, мытье кухни и туалета	2			
4. Не в состоянии выполнять никакие работы по уборке дома	3			
3. Стирка	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Не нуждается в помощи при стирке	0			
2. В состоянии стирать мелкие вещи вручную, но нуждается в помощи в более крупной стирке, отжимании или развешивании белья или нуждается в помощи с использованием стиральной и сушильной машин	1			
3. Нуждается в помощи в любой стирке	2			
4. Приготовление пищи	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Не нуждается в помощи в приготовлении пищи, справляется сам	0			
2. Нуждается в частичной помощи в процессе приготовления пищи	1			
3. Клиенту необходима помощь во всем процессе приготовления пищи	2			
5. Передвижение по дому	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Самостоятельно передвигается по дому	0			
2. Передвигается самостоятельно с помощью дополнительного приспособления (палка, ходунки)	0.5			
3. Передвигается с помощью вспомогательного приспособления или без него, и нуждается в посторонней помощи при ходьбе или вставании	1			
4. Передвигается с помощью инвалидной коляски, способен сам сесть в коляску и передвигаться в ней по дому	1			
5. Пользуется инвалидной коляской, но нуждается в помощи, чтобы сесть в коляску или передвигаться в ней по дому	3			
6. Лежачий; не в состоянии встать с кровати и сделать несколько шагов без посторонней помощи	6			
6. Падения в течение последних трех месяцев	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Не падает	0			
2. Падает, но может встать самостоятельно	0.5			
3. Иногда падает и не может встать без посторонней помощи (минимум три раза в последние три месяца)	1.5			
4. Падает по крайней мере раз в неделю и не может встать без посторонней помощи	3			
7. Одевание	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Одевается без посторонней помощи	0			
2. Нуждается в небольшой помощи – в надевании носков, обуви, застегивании пуговиц, молний	0.75			
3. Нуждается в значительной помощи при одевании	1.5			
8. Личная гигиена	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Купается без посторонней помощи	0			
2. Требуется присутствие другого человека при купании (например, боится, что ему станет плохо в ванной, страдает от дезориентации)	0.75			
3. Нуждается в небольшой помощи (для регуляции температуры воды, бритья, намыливания головы)	1			

4. Нуждается в существенной помощи при выполнении некоторых действий (например, мытье спины, ног)	2			
5. Нуждается в полной помощи в умывании и купании в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	3			
9. Прием пищи	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Ест и пьет без посторонней помощи	0			
2. Ест и пьет без посторонней помощи, но нуждается в помощи для сервировки и разогрева пищи	0.5			
3. Нуждается в частичной помощи при приеме пищи и/или питье	2			
4. Нуждается в полном кормлении	3			
10. Прием лекарств	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Не нуждается в помощи	0			
2. Нуждается в помощи для подготовки порций лекарств	1.5			
3. Нуждается в полном контроле при приеме лекарств	3			
11. Отправление естественных потребностей	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Контролирует отправление естественных потребностей и/или справляется с этой задачей, пользуясь туалетом с помощью приспособлений (может поменять себе гигиенический пакет/памперс)	0			
2. Частично контролирует отправление естественных потребностей (страдает ночным недержанием мочи) и/или испытывает трудности при пользовании туалетом, и потому нуждается в посторонней помощи.	0.75			
3. При пользовании туалетом нуждается в посторонней помощи в передвижении, одевании, личной гигиене после отправления естественных потребностей.	1			
4. Не контролирует одно из отпавлений (мочеиспускание или дефекацию) и днем, и ночью, не может за собой ухаживать и полностью зависит от посторонней помощи	2			
5. Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из отпавлений (и мочеиспускание, и дефекацию), не может за собой ухаживать и полностью зависит от посторонней помощи.	3			
12. Присмотр	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Не опасен для себя и для окружающих, когда остается один	0			
2. Есть необходимость в частичном присмотре только в определенное время дня/ночи или во время выполнения определенных действий	3			
3. Опасен для себя и для окружающих, когда остается один, требуется постоянное присутствие другого человека	6			
13. Зрение	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Нет проблем со зрением	0			
2. Нарушения зрения	1			
3. Слепой	2			
14. Слух	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Нет проблем со слухом	0			
2. С трудом слышит/нарушения слуха	1			
3. Глухой/не способен слышать	2			
15. Наличие опасности в окружающей среде (в доме или районе проживания)	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. И в доме, и в районе проживания безопасно	0			
2. В доме и в районе проживания небезопасно, есть физическая опасность, насекомые/грызуны и/или антисанитария, высокий уровень преступности - но помощь доступна	1			
3. В доме и в районе проживания небезопасно, есть физическая опасность, насекомые/грызуны и/или антисанитария, высокий уровень преступности - помощь не доступна	2			
4. Ситуация клиента небезопасна, готовится план его переселения	6			
5. Ситуация клиента небезопасна, но решено оставить его дома	6			
16. Когниция	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Клиент в состоянии ухаживать за собой	0			
2. У клиента наблюдаются в легкой и нечастой форме депрессия/тревожность, уныние и/или когнитивная путаница - влияет на функционирование	1			
3. У клиента проявляются умеренные или случайные депрессии/тревоги, уныние и/или когнитивная путаница	3			
4. У клиента проявляются тяжелые или частые депрессии/тревоги, уныние и/или когнитивная путаница	6			
17. Пагубное поведение	Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Поведение клиента обычно/типично	0			
2. Клиент демонстрирует в легкой и нечастой форме враждебность или приверженность пагубным привычкам - влияет на функционирование	1			
3. Клиент демонстрирует умеренно или не систематически враждебность или приверженность пагубным привычкам	3			
4. Клиент часто и в тяжелой форме демонстрирует враждебность или приверженность пагубным привычкам	6			

18. Заболевания		Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Не диагностировано прогрессирующее заболевание/хроническое заболевание		0			
2. Прогрессирующее заболевание/хроническое заболевание с минимальной дисфункцией		1			
3. Прогрессирующее заболевание/хроническое заболевание с дисфункцией среднего уровня		3			
4. Прогрессирующее заболевание/хроническое заболевание с тяжелой дисфункцией		6			
19. Доступная формальная/неформальная поддержка/степень социальной изоляции		Оценка	Инт.№2	Инт.№3	Инт.№4
1. Клиент получает достаточную социальную поддержку от семьи, друзей, соседей, религиозных организаций и т.п.		0			
2. Клиент получает ограниченную неформальную поддержку со стороны семьи/работника по уходу		1			
3. У клиента нет поддержки со стороны семьи или работника по уходу, но есть ограниченные социальные связи в общине (например, соседи, религиозные организации)		2			
4. Клиент изолирован и не имеет социальной поддержки		3			

**Дополнительная информация для формирования плана ухода**

**А. Социальная диагностика**

1. Потребность клиента в общении

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Источники социальной помощи / ресурсы (члены семьи, другие лица или организации)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Б. Другие замечания:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Диагностику провел/а:** \_\_\_\_\_

Подпись сотрудника \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**Диагностику заверил/а (ФИО):** \_\_\_\_\_

Подпись сотрудника \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Дата следующей плановой проверки: \_\_\_\_\_