

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет Социальных наук  
Кафедра Социальной работы  
Направление подготовки 39.03.02 – Социальная работа

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
Зам. зав кафедрой  
\_\_\_\_\_ Н.М.Полевая  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

**БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА**

на тему: Организация медико-социальной работы с пожилыми гражданами (на примере ГБУЗ АО «Ромненская больница»)

Исполнитель

студент группы 361-сб

Н.Н. Гусева

Руководитель

доцент, канд. соц. наук

Н.Ю. Щека

Нормоконтроль

ст. преподаватель

Т.С. Еремеева

Благовещенск 2017

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**(ФГБОУ ВО «АмГУ»)**

Факультет Социальных наук  
Кафедра Социальной работы  
Направление подготовки 39.03.02 – Социальная работа

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Зам. зав.кафедрой

\_\_\_\_\_ Н.М.Полевая  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

**ЗАДАНИЕ**

К выпускной квалификационной работе студента 361-сб группы  
Натальи Николаевны Гусевой

1. Тема выпускной квалификационной работы: Организация медико-социальной работы с пожилыми гражданами (на примере ГБУЗ АО «Ромненская больница») (утверждена приказом от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_)

2. Срок сдачи студентом законченной работы – до \_\_\_\_\_)  
(согласно индивидуальному графику дипломного проектирования)

3. Исходные данные к выпускной работе: материалы учебной и научной литературы, публицистические материалы, нормативно-правовые документы, статистическая отчетность, отчеты социальных учреждений, результаты исследования.

4. Содержание выпускной квалификационной работы: объект бакалаврской работы – пожилые граждане; предмет исследования – организация медико-социальной работы с пожилыми гражданами, материалы социологических исследований – Анализ организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами, практические рекомендации: Положение о Патронажной службе на базе больницы, Разработка Плана мероприятий по усовершенствованию медико-социальной работы с пожилыми гражданами, памятка.

5. Перечень материалов приложения: программа социологического исследования, инструментарий, предложения.

6. Консультанты по выпускной квалифицированной работе отсутствуют.

7. Дата выдачи задания – 01.09.2016 года.

Руководитель выпускной квалифицированной работы: Щека Наталья Юрьевна – кандидат социологических наук, доцент.

Задание принял к исполнению: 01.09.2016 года \_\_\_\_\_ подпись студента.

## РЕФЕРАТ

Бакалаврская работа содержит 73 с., 6 рисунков, 3 таблицы, 6 приложений, 70 источников

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, БОЛЬНИЦА, МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ, СТАРЕНИЕ, ГЕРОНТОЛОГИЯ, СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, СОЦИАЛЬНАЯ СЛУЖБА, ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Бакалаврская работа посвящена изучению организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами в больницах, автор подробно характеризует содержание и специфику социальной работы с пожилыми гражданами в больницах. В работе рассматривается положение пожилых граждан в Ромненском районе, автором разработан ряд рекомендаций по усовершенствованию деятельности ГБУЗ АО «Ромненская больница».

Цель бакалаврской работы – изучение организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница» и разработка рекомендаций по совершенствованию данной деятельности.

Материалы и результаты данной бакалаврской работы можно использовать в организации учебного процесса, при подготовке дипломных и курсовых работ студентов, обучающихся по специальностям социального профиля, а также в практической деятельности специалистов при организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами в больницах.

В бакалаврской работе использовались методы экспертного опроса, анкетирования, индукции, дедукции, анализа научной литературы и сравнительного анализа статистических данных.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
1 Пожилые граждане как объект медико-социальной работы	7
1.1 Общая характеристика граждан пожилого возраста	7
1.2 Социальное положение граждан пожилого возраста	16
2 Организационные основы медико-социальной работы с пожилыми гражданами	23
2.1 Сущность и содержание медико-социальной работы с пожилыми гражданами	23
2.2 Специфика медико-социальной работы с пожилыми гражданами	36
3 Исследование организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница»	44
3.1 Анализ организации социальной работы с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница»	44
3.2 Практические рекомендации по совершенствованию организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница»	64
Заключение	66
Библиографический список	68
Приложение А Программа социологического исследования «Анализ медико-социального положения пожилых граждан в ГБУЗ АО «Ромненская больница»	74
Приложение Б Опросный лист	
Приложение В Программа социологического исследования «Анализ организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница»	
Приложение Г Анкета	81
Приложение Д Положение о патронажной службе	85

Приложение Е Договор	
Приложение Ж План мероприятий по усовершенствованию медико-социальной работы с пожилыми гражданами	93 95
Приложение И Практические рекомендации специалистам больницы	97
Приложение К Социальный проект «Спортивное долголетие»	109

## ВВЕДЕНИЕ

В России в условиях углубления социальных проблем, ухудшения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественном новом уровне. Из потребностей практики возникла необходимость создания новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи пожилым гражданам как комплекса социальных услуг. В этой связи в 90-е годы в нашей стране как качественно новое направление социальной работы и вид профессиональной деятельности стала развиваться медико-социальная работа.

Ее становление обусловлено современным состоянием здравоохранения социальной защиты населения и, в частности, лиц пожилого возраста условиях проведения реформ в экономической и социальной областях

Организация по медико-социальной работе рассматривается и как новый вид мульти-дисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья в том числе и лиц пожилого возраста.

*Основу методологии изучения составляют теоретические разработки* ученых исследующих проблемы социальной работы с пожилыми людьми Е.И. Холостовой, Н.Ф. Дементьевой, Э.В. Устиновой. Раскрыта система учреждений социального обслуживания, которая рассматривалась в работах М.Д. Александрова, Л.И. Анциферовой, Н.Н. Сачук.

*Научная новизна бакалаврской работы* заключается в анализе и обобщении теоретических и концептуальных основ организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами, а также некоторых проблем, связанных с реализацией медико-социальной работы в больницах, а также проведении эмпирического исследования, направленного на анализ организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами и разработке рекомендаций по усовершенствованию деятельности.

**Практическая значимость бакалаврской работы:** материалы и результаты данной работы можно использовать в организации учебного процесса, при подготовке дипломных и курсовых работ студентов обучающихся по специальностям социального профиля, а также в практической деятельности специалистов, работающих в специализированных учреждениях, осуществляющих медико-социальную работу с пожилыми гражданами.

**Объект бакалаврской работы** – пожилые граждане.

**Предмет бакалаврской работы** – организация медико-социальной работы с пожилыми гражданами.

**Цель бакалаврской работы** – изучение организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница» и разработка рекомендаций по совершенствованию данной деятельности.

**Задачи бакалаврской работы:**

1. Охарактеризовать граждан пожилого возраста.
2. Рассмотреть социальное положение граждан пожилого возраста.
3. Изучить сущность и содержание организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами.
4. Рассмотреть специфику организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами.
5. Проанализировать организацию социальной работы с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница».
6. Разработать практические рекомендации по совершенствованию организации социальной работы с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница».

В данной работе использовались **методы** индукция, дедукция, анализ документов, сравнительный анализ статистических данных, сравнение, обобщение, системно-функциональный анализ, анкетирование, экспертный опрос.

# 1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН

## 1.1 Общая характеристика граждан пожилого возраста

Пожилые – это люди, прожившие относительно долгую жизнь, вследствие чего они уже испытывают определенные психофизические ограничения независимо от наличия или отсутствия заболеваний, в некоторых случаях они функционально недееспособны либо им необходима помощь со стороны. Объектом социальной работы являются люди, нуждающиеся в посторонней помощи: старики, пенсионеры, тяжелобольные и многие другие.

Сегодня каждый пятый житель России - пенсионер по возрасту. Практически во всех семьях хотя бы один из членов семьи – пожилой человек. Проблемы людей третьего поколения можно считать всеобщими. Пожилые люди нуждаются в повышенном внимании общества и государства, и представляют собой специфический объект социальной работы. В России около 23% населения являются пожилыми и старыми людьми, и тенденции увеличения части пожилых людей в общей массе населения сохраняются, становится очевидным, что проблема социальной работы с пожилыми людьми имеет общегосударственное значение.

В отечественной социально-правовой, психофизиологической и социологической научной литературе граждане пожилого возраста обычно рассматриваются как большая общественная, социальная или особая социально-демографическая группа, причем иногда эти определения объединяются.

Процесс старения связан с изменениями, происходящими в организме, ведущих к ослаблению биологических и социальных функций человека, к обострению уже имеющихся или появлению у него новых, нередко весьма тяжелых заболеваний.

Одни авторы считают пожилых граждан социальной группой непроизводственного характера: хотя они не участвуют непосредственно в общественном производстве, но в системе разносторонней общественной



деятельности занимают важное место. Другие утверждают, что люди пожилого возраста – прежде всего социально-демографическая группа. В этом качестве пожилые характеризуются в первую очередь с точки зрения возрастных особенностей.

Понятие «пожилого возраста» включает в себя не только биологические, но и социально-психологические характеристики. Для понимания логики дальнейших рассуждений, необходимо определить, по каким признакам можно объединить людей в данную социально-демографическую группу [18, с.157].

Границы пожилого возраста подвижны. Они зависят от социально-экономического развития общества, достигнутого уровня благосостояния и культуры, условий жизни людей, менталитета и традиций того или иного социума. Развитие человечества и увеличение общей продолжительности жизни внесло свои коррективы в возрастные границы понятия «пожилой человек».

Однако точное установление данных границ остается проблематичным в связи с несогласованностью сроков биологического, социального и психического развития человека. При этом необходимо учитывать то, что каждый возрастной слой в обществе имеет свои внутренние характеристики, то есть любой возраст имеет свои возрастные стереотипы, представления о свойствах и возможностях того или иного возраста, понимание их возможностей и обязанностей на данной стадии жизни.

А понятие «возрастная группа» включает в себя не только общность условного возраста её членов, но и, как определяет И.С. Кон возрастную субкультуру, то есть набор признаков и ценностей, по которым представители данного возраста осознают себя в качестве «мы», отличного от других возрастных общностей [12].

Современные исследователи различают несколько видов старости:

- а) хронологическую;
- б) физиологическую;
- в) психологическую;

г) социальную.

Исследователи считают, что все её виды взаимообусловлены и оказывают определенное влияние друг на друга. При этом календарный возраст не всегда играет ведущую роль. Хронический больной человек гораздо раньше начинает чувствовать преклонный возраст, чем физически крепкий и здоровый. Наступление разных видов старости обычно не совпадает по времени, они могут обгонять и отставать друг от друга.

В то же время, можно говорить о том, что все эти процессы тесно взаимосвязаны и невозможно уверенно утверждать, какой из названных видов наиболее активно влияет на общий процесс старения. Скорость старения характеризуется как биологическими, так и социальными условиями.

Не существует четких границ и при определении хронологической старости, то есть того количества прожитых лет, после которого человека можно назвать пожилым или старым. Как уже говорилось, здесь многое зависит от достигнутого уровня благосостояния и культуры, условий жизни людей, менталитета и традиций того или иного общества.

В разных обществах в разные периоды его развития границы пожилого общества несколько смещались. Так, например, Пифагор полагал, что четырем временам года соответствуют четыре периода жизни человека, каждый из которых равен 20 годам: период становления (до 20 лет); молодой человек (от 20 до 40); расцвет сил (40 - 60 лет); старость (60 - 80 лет). Авиценна считал, что возраст 50 - 60 лет - это уже начало старости.

Советские демографы, такие как С.Г. Струмилин, Б.Ц. Урланис и другие пожилой возраст определяли 60 - 69 годами, раннюю старость 70 - 79 годами и, наконец, глубокая старость, по их мнению, наступала после 80.

Под физиологической или физической старостью сегодня принято понимать определенное состояние здоровья, совокупность статистических отклонений организма. Точно установить ее границы ещё труднее, чем при хронологическом подходе. Исследователи связывают это с тем, что процесс физического старения во многом индивидуален. В одном и том же пожилom

возрасте одни люди могут быть здоровы и не стары, другие по состоянию своего здоровья как бы обгоняют свой возраст

Представление о социальной старости связано, прежде всего, с возрастом всего общества в целом и относится со средней продолжительностью жизни в определенной стране и определенном временном отрезке. Старение в большей степени социальный, чем биологический процесс, неодинаковый для разных эпох и культур, для представителей социальных слоев и групп. Если в девятнадцатом веке 55-60-летний человек воспринимался обществом как старый, и сам ощущал себя таким, то на рубеже тысячелетий люди в таком возрасте и старше ведут активную трудовую деятельность и даже руководят государствами (Маргарет Тетчер, Голда Меер, Б. Ельцин, Э.Шеварнадзе, Г. Алиев и. т. д.)

Таким образом, чем выше уровень старения населения в целом, тем дальше отодвигается индивидуальная граница старости.

Свой вариант определения возрастных границ пожилого возраста предлагает Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Согласно ее классификации пожилые – это люди в возрасте от 60 до 74 лет, с 75 до 89 лет – старческий возраст, от 90 лет и старше – возраст долгожителей.

Однако, с точки зрения осмысления социальных проблем пожилых людей в России, большинству авторов кажется более удобным считать началом пожилого возраста возраст выхода на пенсию по старости, то есть для женщин – 55 лет, для мужчин 60. Ведь именно формальный переход из категории трудоспособного населения в группу пенсионеров становится одной из основных причин усиления социальных проблем людей пожилого возраста [14, с.175].

Причем данная социально-демографическая группа становится сегодня доминирующей не только в России, где наблюдается общее «старение» общества, но и во всем мире. По данным ООН, к 2025 г. численность пожилых людей возрастет в 5 раз, тогда как население планеты увеличится лишь в 3 раза.

В нашей стране, по тем же прогнозам, к 2025 г. более 25% населения будет старше 60 лет. Этой тенденции сегодня уделяется достаточно большое внимание и в Декларации по проблемам старения, принятой ООН в 1992 г. признано, что одной из главных задач человечества является подготовка к старости и забота о тех, кто в ней уже сейчас.

У каждого этапа жизни человека есть свои достоинства и свои недостатки, свое время и свое пространство, свои цели, ценности, состояния, качественно отличающие один возраст от другого. Бытует мнение, что старость как последний период человеческой жизни (до которого, впрочем, удастся дожить не каждому), не похожий на все предыдущие, но в то же время аккумулирующий их опыт, дает человеку определенные преимущества, хотя и лишает его многих возможностей. Однако такое мнение о старости в сегодняшнем российском обществе разделяют не все — лишь 20% готовы допустить, что в пожилом возрасте, как и в любом другом, есть свои преимущества, а абсолютное большинство (70%) уверены, что у старости никаких преимуществ перед другими возрастными группами нет.

Специфика жизни людей пожилого возраста в сегодняшней России определяется не только индивидуальной историей каждого конкретного человека, но и социальными условиями, которые в нашей стране за предыдущие 10–15 лет претерпели существенные изменения, что, очевидно, не могло не сказаться и на особенностях старения россиян [17].

Определить, когда наступает пожилой возраст, довольно сложно, поскольку существует множество различных индикаторов этого процесса — биологических (естественный износ организма), психологических (к какой возрастной группе человек себя относит), социальных (статус, занятость, доступ к различным ресурсам и т.п.); причем далеко не всегда они могут совпадать даже у отдельно взятого человека.

Любопытно, что сегодня в российском массовом сознании не существует единого общепринятого представления о возрастной границе старости — этот

порог практически с равной частотой опрошенные относят к интервалам от 50 до 54 лет, от 55 до 59 лет и от 60 до 64 лет.

Начало старости, размывающееся в массовых представлениях «где-то после пятидесяти» лет, у женщин и мужчин чуть чаще соотносится со временем их выхода на пенсию (соответственно 55 и 60 лет). Неожиданно, что по возрастным группам существенных различий в определении границы старения не наблюдается, но, как видно из приведенных данных, даже среди самой старшей

возрастной группы нет единодушия в определении этого порога.

Между тем образ старости в представлении россиян окрашен в самые мрачные тона. Пожилой возраст видится респондентам наименее ресурсным периодом человеческой жизни, сопряженным с социальными, физиологическими, психологическими проблемами, совершенно беспросветным и практически не имеющим никаких «положительных» сторон.

В целом же негативно окрашенные ассоциации характерны для подавляющего большинства пожилых граждан, тогда как позитивные встречаются лишь в 7 % случаях («опыт, мудрость»; «любовь к внукам», «покой и достаток»; «успокоение, гармония, размышления»), а нейтральные – в 9 % («когда люди уходят на пенсию»; «преклонный возраст»; «подведение итогов»; «естественный процесс»; «морщины»; «седина»).

По мере старения происходит постепенное уменьшение социальной активности: люди меньше встречаются с друзьями, ходят в гости, за покупками (в непродовольственные магазины), разговаривают по телефону, посещают кинотеатры, ездят в путешествия.

Старики реже слушают музыку, реже занимаются каким-то любимым делом. Даже гулять респонденты старшего возраста ходят не так часто, как можно было бы ожидать (лидер по этому показателю – молодежь), хотя в возрасте от 60 лет респонденты могут позволить себе прогулки чуть чаще, чем люди от 55 до 60 лет.

Следует также отметить, что структура постоянных занятий для лиц старше 55 лет во многом определяется типом населенного пункта, где проживает респондент. Например, у москвичей в этом возрасте образ жизни наиболее разнообразен: они не только хлопочут по дому, смотрят телевизор, отдыхают и спят, но чаще прочих разговаривают по телефону, читают книги и газеты, слушают музыку, посещают церковь, ходят за покупками в непродовольственные магазины и занимаются любимым делом. Зато они реже трудятся на дачах. Жители других мегаполисов больше занимаются своим здоровьем, чаще ходят в лес и на рыбалку, но реже отдыхают и меньше уделяют внимания воспитанию подрастающего поколения. В крупных городах чаще, чем где-либо, читают прессу и книги, ходят в гости, общаются по телефону. В малых городах чаще проводят время на приусадебных участках, в общении с детьми и внуками, а основные занятия в селах – это бытовые хлопоты (домашнее хозяйство и работа на участке).

В целом же, судя по приведенным данным, отчетливо выявляются две группы стариков - «деятельная» (от 55 до 60 лет) и «пассивная» (от 60 лет). Для первой характерно стремление к большим физическим и интеллектуальным нагрузкам, большая потребность в активном отдыхе (которая, похоже, не удовлетворена в их сегодняшней жизни), для второй — снижение активности практически во всех сферах, кроме поддержания домашнего хозяйства и заботы о собственном здоровье, уменьшение потребностей. Очевидно, что это различие обусловлено в наибольшей степени возрастными физиологическими изменениями [18, с.156].

Еще один индикатор, определяющий наступление старости, - это сужение круга общения. Сегодня и среди обычных людей, и среди специалистов весьма распространено мнение о том, что в пожилом возрасте люди страдают от нехватки общения и что это обусловлено, с одной стороны, сокращением социальных связей, а с другой – ростом потребности в общении, поскольку в старости у людей появляется много свободного времени. Результаты опроса показывают, что лишь часть этих представлений верна. Так, после ухода на

пенсию круг общения действительно сужается, о чем упоминает большинство опрошенных – 61 % (при этом 29 % опрошенных полагают, что он остался прежним, а 3 % говорят даже о его расширении). Кроме того, начиная с 55 лет респонденты заметно чаще говорят о наличии, нежели об отсутствии, свободного времени, причем процент таких ответов увеличивается по мере увеличения возраста опрошенных. Однако на дефицит общения люди старшего поколения жалуются хотя и чуть чаще, чем представители других возрастных групп, но различия между ними не столь драматичны, как можно было бы ожидать.

Большая часть респондентов старше 60 лет предпочитает общаться с людьми своего возраста – отчасти это объясняет, почему старшее поколение не испытывает особого дефицита в общении. А вот представители возрастной группы от 55 до 60 лет больше всего ценят разнообразие в общении.

Еще одним индикатором старения становятся физиологические процессы обветшания организма, дряхление и т. п. Хорошим свое здоровье относительно часто признают лишь молодые респонденты; начиная с 50-летнего возраста резко возрастает доля негативных оценок своего самочувствия, а после 60 лет о плохом самочувствии и наличии хронических заболеваний говорит уже большинство опрошенных; причем женщины начинают жаловаться на болезни начиная с 60 лет, а мужчины — начиная с 70 лет. В целом же именно возраст от 60 лет можно соотнести с физиологическими проявлениями старения.

Особенности старения в нашем обществе предстают в том, какие чувства и эмоции определяли их настроение в последние недели, в возрастных группах начиная от 50 лет отрицательные эмоции не только преобладают, но частота их упоминаний идет по нарастающей. Чем старше россияне, тем чаще их настроение определяется усталостью, беспокойством или тревогой, беспомощностью, печалью, страхом; тем реже они надеются на лучшее, испытывают радость, удовлетворение, счастье, любовь, тем меньше у них интереса к жизни, спокойствия, решимости.

В то же время эмоциональные состояния внутри разных групп пожилых людей отличаются друг от друга. В возрасте 55–59 лет чаще прочих испытывают усталость, беспокойство и раздражение, а более старшие – чувство печали и беспомощности. Причем самые старшие (от 70 лет) заметно реже остальных отмечают какие-либо положительные эмоции в своей жизни. Таким образом, старению в сегодняшнем российском обществе сопутствует достаточно мрачное эмоциональное состояние. И надо отметить, что в эмоциональном модусе российских стариков практически отсутствуют позитивные состояния, традиционно атрибутируемые старости: спокойствие, умиротворенность, удовлетворение. Впрочем, не столь ярко выражено и характерное для «заката жизни» чувство страха. Судя по всему, описанный выше набор эмоций, определяющий настроение пожилых россиян, во многом характеризуется не столько экзистенциальными особенностями их возраста, сколько социальными условиями, в которых им приходится жить. Беспомощность, беспокойство, тревога связаны главным образом не с ощущением приближения смерти, а с вопросами о том, как прожить на маленькую пенсию, с плохим здоровьем, с некачественным или недоступным медицинским обслуживанием и т.п. [17, с.165].

В целом же, процесс старения в сегодняшней России протекает в условиях размывания жестких возрастных оппозиций: «культ молодости», активно транслируемый в последние 10–15 лет через рекламу и медийные средства, наряду с большей – в результате политико-экономических реформ последних десятилетий – востребованностью молодежи (не отягченной «советским» опытом) в профессиональной, социокультурной, экономической сфере, привел к тому, что нынешнее общество четко делится на две социальные группы – молодых и «остальных». Причем различия внутри последней группы определяются не характером занятий и образа жизни, а лишь степенью активности (что во многом обусловлено физиологическими процессами).

В то же время это пока не приводит к характерному для западных постиндустриальных обществ «продлению молодости» как определенному



стилю жизни. Сегодняшние российские старики вовсе не молодятся, более того: люди среднего возраста становятся куда больше похожими на старых, чем на молодых. Впрочем, не исключено, что в условиях нашей страны, где традиционалистская система ценностей еще до сих пор структурирует социокультурное пространство и повседневные практики, исчезновение четкой границы между людьми старшего и среднего возраста вполне может оказаться лишь временным феноменом, обусловленным социально-политическими трансформациями и распространяющимся лишь на «потерянные» старшее и среднее поколение.

Таким образом, согласно социальному статусу пожилые граждане относятся к одной из особо уязвимых групп. Реформирование различных сфер российского общества в последнее десятилетие резко ухудшило социальное положение пожилых граждн. Для того, чтобы оказывать этим людям действенную помощь, необходимо четко представлять виды и уровни существующих проблем пожилого населения.

## **1.2 Социальное положение граждан пожилого возраста**

Старость, как период жизни людей вбирает в себя многие коренные проблемы как биолого-медицинской сферы, так и вопросы социального и личного быта общества и каждой индивидуальности. В этот период перед пожилыми людьми возникает много проблем, так как пожилые люди относятся к категории «маломобильного» населения и являются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества. Это связано, прежде всего, с дефектами и физического состояния, вызванного заболеваниями с пониженной двигательной активностью. Кроме этого социальная незащищенность пожилых людей связана с наличием психического расстройства, формирующего их отношение к обществу и затрудняющего адекватный контакт с ним. Структурная перестройка общества неизмеримо усилила проблемы пожилого населения страны, что напрямую сказалось на сокращении продолжительности жизни и основных характеристиках социального положения пожилых людей в России.

Средняя продолжительность жизни – величина переменная, свидетельствующая об усилиях государства и общества, направленных на предотвращение смертности и укрепление здоровья населения. Средняя продолжительность жизни является обобщенным критерием, определяющим как присущие людям биологические закономерности старения и смерти, так и влияние социальных факторов: уровня и образа жизни, состояния здравоохранения, достижений науки.

*Выделяют следующие факторы, характеризующие социальное положение граждан пожилого возраста в современном обществе:*

*1. Здоровье пожилых людей* – важнейший показатель их благополучия имеет ряд отличительных особенностей. Число практически здоровых людей послепенсионного возраста, как правило, не превышает 2%. В первую очередь речь идет о постепенном снижении адаптационных, защитных, функциональных, компенсаторных возможностей организма, а также о прогрессивном увеличении с возрастом патологической пораженности различных органов и систем.

Физиологические аспекты старости связаны с ослаблением ряда функций. Происходит ухудшение слуха, зрения, органов, чувств. Пропадает подвижность, деятельная активность. Могут наблюдаться процессы обеднения эмоциональной жизни, сужение коммуникативных связей, что может привести к деградации человека.

Физиологические изменения настроения приводят к психическим нарушениям – эмоциональной подавленности, депрессивным и ипохондрическим состояниям, раздражительности, обидчивости и т.п. Психические расстройства престарелого возраста имеют комплекс причин, связанных с психосоматикой, органическими расстройствами, биологическими и социальными факторами.

*2. Психические состояния* возникают при разрыве привычного образа жизни и общения в связи с выходом на пенсию, при наступлении одиночества в результате потери супруга, при заострении характерологических особенностей

в результате развития склеротического процесса. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения. Снижение жизненного тонуса, лежащего в основе всевозможных недугов, в значительной степени объясняется психологическим фактором - пессимистической оценкой будущего, бесперспективным существованием. При этом, чем глубже самоанализ, тем сложнее и болезненнее психическая перестройка [19, с.140].

К социально-психологическим чертам пожилых людей часто относят такие, как традиционность и даже консерватизм в убеждениях и поведении, сужение круга интересов, что усиливает привязанность к прошлому, часто приводит к воспоминаниям. Старики живут без определенного интереса, так как отказываются от надежды осуществить ранее лелеянные им мечты. Им кажется, что из всего, что им могло встретиться, общее, существенное они уже знают. Но, живя воспоминаниями, они постепенно теряют способность удерживать в памяти частности данного момента, например, имена.

При соответствующем отношении к пожилым людям со стороны государства, общественных и других объединений, и. организаций, общества и целом их жизнь может быть достаточно полноценной.

Ритм старения существенно зависит от образа жизни пожилых людей (как правило, пенсионеров), их положения в семье, уровня жизни, условий труда, социальных и психологических факторов.

Для того чтобы работать с пожилыми, нужно знать их социальное положение (в прошлом и настоящем), особенности психики, материальные и духовные потребности, и в этой работе опираться на науку, данные социологических, социально-психологических, социально-экономических и других видов исследований.

*3. Смена ценностных ориентаций.* Переход человека в группу пожилых в существенной мере изменяет его взаимоотношения с обществом и такие ценностно-нормативные понятия, как цель и смысл жизни, добро и счастье и т.д. Значительно меняется образ жизни людей. Прежде они были связаны с

обществом, производством, общественной деятельностью. Как пенсионеры (по возрасту) они, как правило, утрачивают постоянную связь с производством. Однако как члены общества остаются включенными в определенные виды деятельности в различных сферах общественной жизни.

Выход на пенсию особенно тяжело воспринимают люди, чья трудовая деятельность высоко ценилась в прошлом, а сейчас (к примеру, в современных российских условиях) признается ненужной, бесполезной. Практика показывает, что разрыв с трудовой деятельностью (а ныне это касается и многочисленной армии безработных) отрицательно отражается на состоянии здоровья, жизненном тонусе, психике людей. И это естественно, поскольку труд (посильный, конечно) является источником долголетия, одним, из важнейших условий сохранения хорошего здоровья

*4. Смена образа жизни.* Образ жизни и социальное положение пожилых людей во многом определяется тем, как они проводят свободное время, какие возможности для этого создаст общество. Активно занимаясь общественной деятельностью, пожилые люди делают свою жизнь более полноценной. В этом смысле полезно привлекать людей старшего поколения к работе различных обществ, к организации встреч, передач по радио и телевидению специально для пожилых людей, к работе с детьми и молодежью и т. д.

Практика социальной работы в зарубежных странах показывает, что в жизни пожилых людей (во всяком случае, значительной их части) большое значение имеет религия. Причины здесь могут быть разные. Во-первых, во многих странах значительная часть населения является верующей. Во-вторых, пожилые люди заканчивают жизнь, и перед ними встает вопрос: что же будет дальше, после смерти? В-третьих, для многих пожилых людей (в большинстве стран) религия выступает своеобразной основой устойчивого состояния. Это чрезвычайно важно в кризисные периоды развития общества. И это необходимо учитывать в работе с пожилыми людьми [25, с. 149].

*5. Материальная необеспеченность.* Повышенная социальная уязвимость пожилых граждан связана также и с экономическими факторами:

небольшими размерами получаемых пенсий, низкой возможностью трудоустройства как на предприятиях, так и в получении работы на дому.

6. *Проблема незанятости* пожилого населения коренным образом отражается на их социально-экономическом положении. Следствие кризиса трудоустройства, преждевременного устранения старшего поколения из сферы общественно-полезной деятельности – маргинализация людей преклонного возраста, которая часто связана с сопутствующими уменьшению продолжительности жизни болезнями, независимостью вести независимый образ жизни, бедностью, невозможностью оплатить надлежащий уход и квалифицированную медицинскую помощь [17, с.158].

Сегодня, в период реформирования нашей экономики, лица пенсионного возраста принадлежат к категории едва ли не самых бедных. По имеющимся оценкам, средняя пенсия пожилых россиян за последние годы составляла 35 % – 38% от средней заработной платы; дополнительные доходы пенсионеров увеличивали среднюю пенсию максимум на 20 %. Среднедушевые доходы домохозяйств пенсионеров превышали величину прожиточного минимума на 1/5. Рост цен на продукты питания и непродовольственные товары привел к ухудшению рациона питания, уменьшению расходов на социально-культурные нужды и, в конечном итоге, сказался на состоянии здоровья и продолжительности жизни после наступления пенсионного возраста.

7. *Изменение социального статуса.* Потеря своего социального статуса, активной жизни тяжело переносится пожилым человеком. И для компенсации этого главную роль должна играть семья. Однако, нередко приходится говорить о том, что именно взаимоотношения стариков с членами семьи негативно влияют на самочувствие и жизнедеятельность старшего поколения.

Важной социальной проблемой пожилых людей является постепенное разрушение традиционных семейных устоев, что привело к тому, что старшее поколение не занимает почетное главенствующее положение. Очень часто пожилые люди вообще живут отдельно от семей и поэтому им бывает не под силу справляться со своими недомоганиями и одиночеством, и если раньше

основная ответственность за пожилых лежала на семье, то сейчас ее все чаще берут на себя государственные и местные органы, учреждения социальной защиты.

В условиях нашей страны, когда средняя продолжительность жизни женщин примерно на 12 лет больше, чем у мужчин, пожилая семья, чаще всего заканчивается женским одиночеством.

Пожилые люди, свободные от повседневного труда на производстве, чаще всего занимаются воспитанием внуков (в тех семьях, где они имеются). Они передают им все лучшее, что накоплено ими в течение долгой жизни. Но это только часть жизнедеятельности пожилых людей.

8. *Взаимоотношения в семье.* В современной семье бабушка и дедушка принимают на себя существенную часть забот со среднего поколения. Однако разгрузка среднего поколения за счет старшего не является основной необходимостью. В действительности интересы и потребности стареющих людей отнюдь не ограничиваются семьей, детьми, внуками. Снимая с детей нагрузку по дому, пожилые жертвуют здоровьем, досугом, отдыхом, общением и другими важными для них ценностями.

Самочувствие пожилых людей также во многом определяется сложившейся в семье атмосферой – доброжелательной или недоброжелательной, нормальной или ненормальной, тем, как распределяются права и обязанности в семье между дедушками (бабушками), их детьми и внуками [28, с.134].

Особенность пожилого клиента заключается также в том, что он чаще других выступает как объект насилия (плохой уход, физическое, психологическое, моральное насилие) со стороны социального окружения, однако это не значит, что пожилым не свойственны проблемы, связанные с одиночеством, кризисом семейных отношений, злоупотреблением алкоголем, депрессией и психической неуравновешенностью.

Слабость к алкоголю у пожилых лиц обусловлена тем, что ограничения, связанные с работой, заботой о семье, важностью мнения о себе, окружающих,

для пожилых людей сняты. При этом у пожилых людей существует определенная мифология, вызванная психологическими установками. Среди них: «алкоголь улучшает пищеварение», «алкоголь помогает уснуть», «алкоголь помогает не чувствовать одиночество» и т.д., что наряду с другими факторами, также приводит к алкоголизации.

Вместе с тем наблюдаются обратные реакции. Алкоголь приводит к гипотремии, ухудшает память, вызывает депрессии, может ухудшить работу пищеварительного тракта. Особо опасным является употребление алкоголя совместно с лекарственными препаратами [16, с.138].

Проблема одиночества выступает как социальная и психологическая проблема перед людьми пожилого возраста. С одной стороны, наблюдается сужение контактов, связанное с выходом на пенсию, обретением детьми самостоятельности, а в дальнейшем – с естественным уходом из жизни друзей и родственников. С другой стороны человеку необходимо преодолеть три подкризиса. Они связаны с переоценкой «Я-концепции», из которой исчезает ее главная составляющая «Я-профессиональное», а также с осознанием старения тела и ухудшения здоровья, продолжением «самоозабоченности» и восприятием смерти как финального этапа жизни.

Таким образом, социальное положение пожилых граждан характеризуется такими показателями, как психологическое, физическое, моральное, материальное положение. Доход пожилых людей обычно значительно ниже среднего, а потребности, особенно в медицинском обслуживании, диетическом питании, благоустроенном жилье значительно выше. Очень часто пожилые люди живут отдельно от семей, и поэтому им бывает не под силу справиться со своими недомоганиями и одиночеством. И если раньше основная ответственность за пожилых людей лежала на семье, то сейчас её все чаще берут на себя государственные и местные органы, учреждения социального обслуживания населения..

## 2 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ГРАЖДАНАМИ

### **2.1 Сущность и содержание организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами**

В России в условиях углубления социальных проблем, ухудшения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественном новом уровне. Из потребностей практики возникла необходимость создания новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи как комплекса социальных услуг. В этой связи в 90-е годы в нашей стране как качественно новое направление социальной работы и вид профессиональной деятельности стала развиваться медико-социальная работа.

Ее становление обусловлено современным состоянием здравоохранения социальной защиты населения и, в частности, лиц пожилого возраста условиях проведения реформ в экономической и социальной областях

*Медико-социальная работа с пожилыми гражданами* рассматривается и как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья в том числе и лиц пожилого возраста.

Она принципиально меняет существующий подход к охране здоровья, так как предполагает системное медико-социальное воздействие на более ранних этапах развития болезненных процессов, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу. Таким образом, медико-социальная работа с пожилыми гражданами приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность, что имеет особое значение для пожилых [17, с.157].

*Целью медико-социальной работы с пожилыми гражданами* является достижение оптимально возможного уровня здоровья, функционирования и



адаптации лиц пожилого возраста, лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием. Объектом медико-социальной работы являются различные контингенты лиц, в том числе и пожилые, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые тесно взаимосвязаны и их решение затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и недостаточно эффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции.

*Медико-социальную работу с пожилыми гражданами* условно можно разделить на два основных аспекта: медико-социальную работу профилактической направленности и медико-социальную работу патогенетической направленности.

*Медико-социальная работа профилактической направленности с пожилыми гражданами* включает выполнение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического психического и репродуктивного здоровья, формирование установки на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, социальное администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

*Медико-социальная работа патогенетической с пожилыми гражданами* направленности включает мероприятия по организации медико-социальной помощи; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пожилых и инвалидов; проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, проведение коррекции психического статуса клиента и особенно лиц пожилого возраста, создание реабилитационной социально - бытовой инфраструктуры, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

*Основной стратегической задачей медико-социальной работы с пожилыми* людьми следует считать сохранение и улучшение качества их жизни.

Качество жизни является интегральным понятием, отражающим не только выраженность симптомов заболевания, но и функциональное состояние пожилого человека, состояние его физического и психического здоровья, социальную активность, способность к самообслуживанию, материальное обеспечение и условия жизни, а также удовлетворенность ощущением собственного физического и психического благополучия. Одной из особенностей периода пожилого и старческого возраста как у относительно здоровых, так и больных людей является наступающая социально-психологическая перестройка, вызывающая значительные стрессы и напряжения адаптационно-приспособительных механизмов организма.

В последние годы в России идет активный процесс формирования правовой базы, которая позволяет разрабатывать отраслевые нормативные правовые документы по обеспечению пожилых медико-социальной помощью на уровне профессиональной медико-социальной работы. Важнейшими документами являются «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»; федеральные законы «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»; социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и другие правовые акты. На основании правовой базы на уровне ведомств разрабатываются нормативно-правовые документы, которые позволят внедрить в практику социальных институтов общества востребованную временем медико-социальную работу.

*Обозначая место медико-социальной работы с пожилыми гражданами* среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль специалиста по медико-социальной работе в разрешении комплекса проблем, возникающих особенно у пожилых людей, и требующего соучастия

специалистов смежных профессий – врачей, психологов, педагогов, юристов и других. Являясь видом мультидисциплинарной деятельности и реализуясь в области взаимных интересов здравоохранения и социальной защиты населения, медико-социальная работа использует формы и методы, сложившиеся в системе здравоохранения – профилактические, реабилитационные, психотерапевтические и др.; в системе социальной защиты населения – социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание на дому социальное обслуживание в стационарных учреждениях, организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предоставление временного приюта и др.

Медико-социальная работа имеет много общего по своей сути с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не превышает пределы своей компетенции, не претендует на выполнение лечебных функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер ответственности.

Таким образом, с иной стороны, медико-социальную работу следует рассматривать как разновидность социальной работы, направленной на охрану и поддержку физического и психического здоровья и в первую очередь лиц пожилого возраста, а с другой – это вид деятельности, направленной на достижение «социального благополучия» и значительное улучшение качества их жизни.

*Можно выделить три типа помощи пожилым:*

*Первичная медико-санитарная помощь*, включая широкий набор методов и приемов, которые доступны как для каждого человека в отдельности, так и для всего населения и применяются при их полном и непосредственном участии. Сюда входит первичный контакт со службами здравоохранения и такие элементы, как просвещение и участие на уровне общины и межсекторальная деятельность, а также традиционное оказание помощи службами здравоохранения .

*Первичная медицинская помощь* обычно обеспечивается на уровне, ассоциируемой с врачом общей практике, но не обязательно ограничивается только врачебной помощью.

*Гериатрическая помощь* в основном обеспечивается под руководством медицинского специалиста, который обычно входит в состав комплексной бригады.

*Первичная медико-санитарная помощь.* Вопреки широко распространённому мнению, большинство пожилых не испытывают ограничений в привычной деятельности и не являются зависимыми; они живут в собственных домах или в домах своих родственников. Старость сама по себе не означает, необходима помощь специалиста-гериатра. Поэтому основная помощь пожилым будет оказываться в рамках первичной медико-санитарной помощи; это обусловлено ещё и тем, что во многих странах мира ощущается нехватка врачей-гериатров.

Организация и структура первичной медико-санитарной помощи различны в различных местах. Часто в её оказании участвуют как специалисты, так и неспециалисты. В Таиланде, например, священники и пограничная полиция входят в состав службы по оказанию первичной медико-санитарной помощи.

*Развитие системы медико-социальной реабилитации* находится в тесной взаимосвязи от состояния экономики страны. Основные мероприятия при медико-социальной реабилитации пожилых направлены на максимально возможное сохранение жизнедеятельности пожилого человека в условиях семьи. Формы: специализированные центры со стационарными отделениями, специализированные отделения по уходу, реабилитационные учреждения. Важнейший принцип - профилактическая направленность.

*Гериатрия является разделом медицины*, который занят клиническими, профилактическими, терапевтическими и социальными аспектами заболеваний у пожилых. Система комплексной гериатрической помощи включает посещение больных на дому, амбулаторное лечение, прибывание в дневных

профилакториях и стационарах, реабилитация и службы срочной диагностики. Различные виды гериатрических служб в настоящее время существуют в большинстве экономически развитых стран.

В центре внимания специализированной гериатрической помощи поддержание независимости и автономии нетрудоспособных престарелых людей, и потребность в ней постоянно испытывает лишь небольшая часть от общего числа престарелых. Во многих частях земного шара врачей-гериаторов недостаточно или вообще нет. Там, где возможно, следовало бы создавать консультативные гериатрические службы для оказания помощи в трудных случаях и консультирование работников первичной медико-санитарной помощи. За частую первичная медико-санитарная помощь оказывается в соответствии с заключением врача-гериатора, где даётся всеобъемлющая оценка физических и функциональных параметров больного на основании которой ставится диагноз и определяется прогноз .

В некоторых случаях пациентов следует направлять для специализированного обследования, что бы выбрать соответствующие методы лечения. Гериатрические центры так же являются основой для проведения исследований, касающихся клинической помощи, а так же служб здравоохранения и социального обеспечения.

***Здравоохранение для пожилых*** включает широкий круг услуг: острый и хронический уход, амбулаторную, кратковременную и долговременную помощь, социально ориентированную персональную помощь на дому или в общине. Развиваются также альтернативные виды помощи такие как дневные медицинские и социальные центры.

***Принципы и подходы*** к развитию различных видов социально-медицинской помощи пожилым:

обеспечение преемственности различных служб – стационарных, амбулаторных, помощи на дому для нужд пожилых людей;

развитие необходимых профилактических и поддерживающих услуг;

развитие интегративных услуг на местном уровне;

привлечение государственных и частных ресурсов для обеспечения наиболее полного спектра услуг пожилым;

стремление к экономически эффективным системам услуг, включая профилактические мероприятия, компенсацию нарушенных функций, поддержку независимой жизни дома.

В последние десятилетия во многих странах в развитии медико-социальной помощи пожилым делается акцент на продвижение долговременной помощи, определяемой как комплекс мероприятий на длительный период тем пожилым, которые не могут без нее существовать.

*Услуги долговременной помощи* должны пересекать границы между здравоохранением, социальными программами и уходом. Долговременная помощь – это наиболее быстро растущий сегмент здравоохранения (включая экономические аспекты), с которым мы подступаем к следующему столетию. Долговременная помощь фокусируется на личности с функциональными нарушениями (и его/ее поддерживающих системах), нуждающейся в поддержании повседневной активности, такой как управление приемом лекарственных препаратов, приготовление пищи, работа по хозяйству.

Наиболее существенный компонент долговременной помощи – помощь на дому, помощь на уровне общины.

*Помощь на дому* – комбинация медицинских, социальных, практических услуг, которые обеспечивают потребности пожилых и позволяют им оставаться дома.

Эффективная *профилактическая медицина*, поставляемая на дом, способна значительно снизить потребности пожилых в госпитализации и институализации.

*Медико-социальные услуги помощи на дому* – это профессиональная помощь посредством визитов на дом к пациентам, имеющим повышенный риск заболеваемости или повреждения, заболевания, нарушения функций, к терминальным больным и всем нуждающимся в кратко- и долговременной помощи профессиональных работников.

***Службы помощи на дому*** предусматривают:

визиты персонала на дом;

инфузионная терапия на дому;

поставка медицинского оборудования на дом;

хоспис;

услуги патронажных работников.

Базовые компоненты службы помощи на дому включают в себя пациентов, персонал, экономический механизм оплаты услуг и конечные результаты.

В теории СМР выделяют *два вида помощи на дому* – формальную, которая обеспечивается группой профессионалов, работающих в бригаде или отдельно, а также неформальную, обеспечиваемую родственниками, друзьями или соседями.

В помощь на дому входят и широкий круг вспомогательных услуг, таких как доставка пищи на дом, местный транспорт, финансовая помощь, дневные программы на базе медицинских или социальных учреждений.

Полностью зависят от формальной медицинской и персональной помощи только 5 - 10% больных пожилых.

Помощь на дому означает так же помощь семье в ее работе по уходу.

***Перечень видов медицинской помощи на дому*** включает:

медицинскую помощь и наблюдение;

уход и наблюдение;

услуги социального работника;

физиотерапию;

трудотерапию;

доступность госпитального ухода;

контроль питания;

лабораторные и радиологические услуги;

речевую терапию;

ингаляционную терапию;

услуги медицинской техники;  
вспомогательные и стерильные материалы;  
фармацевтические услуги;  
транспортировку;  
бытовую помощь.

В последние годы в службах помощи на дому утвердился **метод работы командой специалистов или междисциплинарной командой**.

*Требования к междисциплинарной команде, работающей на дому:*

интеграция и координация профессионалов;  
преодоление коммуникационных барьеров при использовании профессиональных терминов;  
преодоление социо-экономических и культурных различий коллектива;  
выявление лидера, «медиатора» и «модератора» в коллективе;  
признание и уважение профессиональных способностей;  
учет проблем профессиональной иерархии;  
уважение различий в квалификации и учет интересов членов команды.

Практика работы команды в системе помощи на дому сопряжена с риском конфликтов, соревнования и слабой координацией. Развитие помощи на дому ассоциируется с уменьшением использования домов ухода и других аналогичных институтов.

В системе мер по медико-социальной помощи пожилым определенное место, по мнению специалистов, занимает и **самопомощь** – это мероприятия, направленные к активизации личности, семьи, к улучшению и поддержанию здоровья, предупреждению и ограничению заболеваний.

Иерархия видов помощи следующая: в основании самопомощь, затем первичная помощь, далее – вторичная и третичная.

Существенную роль в ряде зарубежных стран играют некоммерческие благотворительные организации, обеспечивающие значительную часть жизненно важных гуманитарных услуг пожилым.



Основная цель развивающейся *гериатрической службы в России* с 50 – 60-х годов XX в. определялась как поддержание функциональной и социальной независимости пожилых и старых людей с учетом того, что старые люди имеют право на обеспечение их потребностей в долговременном уходе и лечении как на дому, так и в стационаре, в такой же мере, как и в больничном лечении при острых заболеваниях.

Предполагалось, что гериатрическая служба должна стать одной из специализированных служб, способствующих совершенствованию, в первую очередь, терапевтической помощи населению страны.

В основу организации гериатрической службы были положены следующие *принципы*:

гериатрическая помощь должна быть составной частью общей системы здравоохранения, массовой и доступной;

медицинская помощь должна быть максимально приближена к населению старшего возраста;

участковый терапевт должен стать главной фигурой в процессе ведения гериатрических больных;

комплекс лечебных мер должен быть направлен не только на лечение, но и на максимальное стимулирование и активизацию подвижности больного, способности к самообслуживанию;

определение конкретных организационных мер и объема медицинской помощи осуществляется дифференцированно с учетом специфики обслуживаемого населения.

Сохраняет актуальность положение о том, что высокий уровень медицинской помощи пожилым неотделим от уровня социального обслуживания и требует со стороны органов здравоохранения и социального обеспечения взаимно координированных усилий, а врач, оказывающий медицинскую помощь пожилому и старому человеку, нуждающемуся в социальной помощи, должен способствовать ее организации.

Одним из проявлений заботы государства о престарелых гражданах является создание в стране специальных учреждений, предназначенных для жизни в них пожилых и нетрудоспособных людей.

Называются они по-разному: дома для престарелых и инвалидов, дома-интернаты, пансионаты ветеранов труда и т.д. Престарелых людей, не создавших семью либо потерявших близких, много. Немало и тех, кто имеет родственников, но по различным причинам утратил с ними связь. По существу, и те и другие коротают старость одни и испытывают равные трудности, среди которых самая тяжелая – одиночество. Есть также часть пожилых людей, которые хотя и имеют семью, но по различным причинам не могут жить в ней, например вследствие болезни. Для таких граждан и созданы дома-интернаты.

Дом-интернат – медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного пребывания в нем престарелых и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. Сравнительно недавно стало практиковаться создание в домах-интернатах отделение для временного проживания старых и нетрудоспособных людей. Они могут проживать в этом учреждении от 2 до 6 месяцев в связи, например, с выездом их родственников в длительные командировки или продолжительной болезнью. Сюда же помещаются по направлению врача одинокие старые люди, которые прошли курс лечения в больнице, но ещё недостаточно окрепли и для полного выздоровления нуждаются в уходе и медицинском наблюдении.

Все дома-интернаты в зависимости от контингента проживающих в них граждан подразделяются на три вида: дома-интернаты для престарелых и инвалидов, дома-интернаты для инвалидов и пансионаты для ветеранов труда. Особый вид- психоневрологический пансионат.

В доме-интернате первого вида проживают как престарелые, так и инвалиды не достигшие престарелого возраста, а в доме-интернате второго вида - только инвалиды в возрасте от 18 до 40 лет. Пансионат для ветеранов труда предназначен для проживания в нём граждан, длительное время трудившихся на производстве. В психоневрологическом интернате живут

престарелые и инвалиды, страдающие определенными хроническими психическими заболеваниями.

В дом-интернат для престарелых и инвалидов принимаются пожилые граждане, достигшие пенсионного возраста, не имеющие трудоспособных детей или родителей, обязанных по закону содержать их. Отдельные престарелые и инвалиды, имеющие трудоспособных родственников, могут быть приняты в дома-интернаты в порядке исключения по решению руководящих органов социальной защиты населения. Приему подлежат престарелые и инвалиды, нуждающиеся по состоянию здоровья в бытовом обслуживании, уходе и медицинской помощи при отсутствии у них показаний к стационарному лечению в учреждениях здравоохранения.

Противопоказанием к направлению в учреждения данного типа являются психические заболевания, за исключением неврозов, неврозоподобных состояний при соматических заболеваниях, легкой степени дебильности, судорожных синдромов различной этиологии с редкими не более одного раза в 2 - 3 месяца припадками, без слабоумия и выраженных изменений личности. К общим противопоказаниям относятся также инфекции, онкологические заболевания, алкоголизм и наркомании.

Прием в дом-интернат производится по путевке органов социальной защиты населения. Ее выдают на основании заявления о приеме в дом-интернат и медицинской карты, оформленной районным отделом соц. обеспечения и лечебно-профилактическим учреждением, справки МСЭ. При наличии свободных мест престарелые и инвалиды могут быть приняты на временное проживание сроком от 2 до 6 месяцев на общих основаниях. Путевку выдают на основании тех же документов, которые предусмотрены для направления в дома-интернаты для постоянного проживания. В зависимости от конкретных условий лиц, принимаемых на временное проживание, размещают как в общих, так и в специально созданных для этих целей отделениях. В тех случаях, когда в интернат принимают супругов, им предоставляют отдельную комнату.

В настоящее время в ряде городов организованы платные пансионаты для престарелых граждан, в которых стационарную специализированную медицинскую помощь оказывают лечебные учреждения органов здравоохранения. Расходы по содержанию престарелых граждан в пансионате покрывают за счет вносимой в установленном размере ежемесячной платы. Обычно финансирование осуществляют родственники или лица, обязанные по закону содержать их.

В платные пансионаты не подлежат зачислению лица, страдающие психическими, инфекционными и онкологическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, а также с заразными формами кожных, венерических заболеваний и туберкулеза.

Престарелые граждане, изъявившие желание проживать в платном стационаре, лично или через отдел социальной защиты населения предоставляют на рассмотрение комиссии следующие документы : личное заявление о зачислении в пансионат; личное обязательство, либо обязательство одного из детей или других лиц, обязанных по закону содержать его, о внесении платы в установленные сроки за содержанием в пансионате с указанием суммы ежемесячной платы и подписью, засвидетельствованной нотариусом; справку о прописке ; справку лечебного учреждения о состоянии здоровья; справку отдела социальной защиты населения о размере получаемой пенсии или справку о заработке лица представившего обязательство о внесении платы в установленные сроки за содержание престарелого гражданина в пансионате.

Вопросы медико-социальной реабилитации пожилых людей профессионально решаются в широкопрофильных реабилитационных центрах и в специализированных геронтологических центрах.

В современной России в реабилитации нуждаются многие пожилые люди, оказывающиеся в сложных жизненных ситуациях. Для поддержки таких людей, их реабилитации в ряде регионов страны стали создаваться специальные

кризисные центры. Пожилые люди, попавшие в трудную жизненную ситуацию могут прийти туда на три недели. Там им оказывают бесплатную медицинскую помощь, кормят. При центрах работают парикмахерские, ремонтные мастерские, услуги которых также бесплатны.

Вопросы медико-социальной реабилитации пожилых людей профессионально решаются в широкопрофильных реабилитационных центрах и в специализированных геронтологических центрах.

В геронтологических центрах обычно используются медикаментозные, немедикаментозные и организационные способы медико-социальной реабилитации пожилых людей. Медикаментозный включает в себя общеукрепляющую, симптоматическую, стимулирующую и другие виды терапии. К немедикаментозным относятся массаж, физиотерапия, психотерапия, иглорефлексотерапия, фототерапия и др. Назначение отдельного режима (постельный, наблюдательный, свободный), диспансерное наблюдение, стационарное лечение являются собой организационный способ медико-социальной реабилитации [28, с. 139].

Таким образом, можно сказать, что система социальной работа с населением состоит из социальных служб, осуществляющих социальное обслуживание семей с детьми, граждан пожилого возраста и инвалидов, других категорий граждан.

## **2.2 Специфика медико-социальной работы с пожилыми гражданами**

В организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами необходимо учитывать всю специфику их социального статуса не только в целом, но и каждого человека в отдельности, их нужды, потребности, биологические и социальные возможности, определенные региональные и другие особенности жизнедеятельности.

До сих пор изучением организации медико-социальной помощи пожилым и престарелым занималась геронтосоциология. В геронтосоциологии основное внимание уделяется положению престарелых, как особой социальной и возрастной группы, являющейся важным компонентом социальной и

демографической структуры общества. С одной стороны, эта группа оказывает влияние на различные экономические и социальные институты и процессы, а с другой – выступает объектом воздействия социальных институтов. В этом контексте принципиально важны исследования в области социальной работы, которые основываются на данных социологии медицины.

Пожилые люди и престарелые в современном обществе чаще других категорий населения становятся объектами агрессивной медикализации в силу повышенной потребности в медицинской помощи и низких доходов, провоцирующих их прибегать к самолечению

Основной стратегической задачей медико-социальной работы с пожилыми людьми является сохранение и улучшение качества их жизни. Однако в медико-социальной работе понятие качества жизни шире по содержанию, чем в медицине, здесь оно является интегральным понятием, отражающим не только выраженность симптомов заболевания, но и функциональное состояние пожилого человека, состояние его физического и психического здоровья, социальную активность, способность к самообслуживанию, материальное обеспечение и условия жизни, а также удовлетворенность ощущением собственного физического и психического благополучия.

Пожилые люди и престарелые предпочитают лечиться в больнице, хотя значительный процент опрошенных выбрал комплексную (медико-социальную) помощь на дому. Социальные учреждения длительного ухода не пользуются популярностью, хотя именно в них максимально полно реализуется медико-социальное содержание предоставляемой помощи.

Следует отметить, что к проблеме старости и ее определения, ученые и практики подходили и подходят с разных точек зрения биологической, физиологической, психологической, функциональной, хронологической, социологической и других. А отсюда и специфика решения проблем общественного и социального положения, роли и места в семье, а организации социального обеспечения и обслуживания, социальной реабилитации,

социального попечительства над пожилыми людьми и так далее. Нельзя забывать и о том, что процесс старения у отдельных групп населения и индивидов происходит далеко неодинаково [37, с. 134].

В целом, характеризуя категорию пожилых людей как социальную или вернее, как социально-демографическую, необходимо принимать во внимание возрастные особенности внутри своей группы людей.

Целью социально-медицинской работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физиологических и психопатологией, а также социальным неблагополучием.

Теория социально-медицинской работы – система научных знаний о путях и способах обеспечения общественного и индивидуального здоровья.

Социальная природа здоровья зависит от экологических, генетических, экономических, профессиональных и других факторов. Как и самасистема здравоохранения является социальным институтом и частью социальной системы, что обуславливает взаимопроникновение социологии, социальной работы и медици

ны. Здоровье, по определению ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), –

это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не

только отсутствие болезней и физических дефектов.

Здоровье человека – это процесс сохранения и развития его психических и физиологических качеств, оптимальной работоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни.

По мнению академика Ю.П. Лисицына, «...здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта, оно – состояние, которое позволяет человеку вести несуетную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, прежде всего трудовые, вести здоровый образ жизни, т.е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие».

Широкое толкование здоровья требует интегрального подхода к здоровью как социальному феномену.

С точки зрения социальной медицины, выделяют 3 уровня оценки здоровья:

- здоровье отдельного человека (индивидуума);
- здоровье малых социальных, этнических групп (семейное или групповое здоровье);
- здоровье всего населения (популяции), проживающего в городе, в селе, на определенной территории.

Для оценки здоровья на каждом из 3-х уровней используются различные шкалы, но следует подчеркнуть, что наиболее адекватные критерии для каждого уровня еще окончательно не обоснованы и порой трактуются по-разному, с учетом экономических, репродуктивных, сексуальных, воспитательных, медицинских и психологических критериев.

При оценке здоровья населения в санитарной статистике используются типовые медико-статистические показатели.

#### 1. Медико-демографические показатели.

А. Показатели естественного движения населения: смертность общая и возрастная; средняя продолжительность предстоящей жизни; рождаемость, плодородность; естественный прирост населения.

Б. Показатели механического движения населения: миграция населения (эмиграция, иммиграция, сезонная, внутригородская миграция и др.).

2. Показатели заболеваемости и распространенности болезней (болезненности).

3. Показатели инвалидности и инвалидизации.

4. Показатели физического развития населения.

Следует учесть, что функциональные возможности организма и его устойчивость к неблагоприятным факторам внешней среды в течение жизни существенно изменяются, поэтому можно говорить о состоянии здоровья, как о



динамическом процессе, который может улучшаться или ухудшаться, т.е. об укреплении или ослаблении здоровья. Показатели здоровья индивидов характеризуют его уровень в обществе.

Сведения о состоянии здоровья (заболеваемости) можно получить на основании проведенных медицинских осмотров, обращаемости населения за медицинской помощью, результатов специальных выборочных исследований, данных о причинах смерти и др.

Основными элементами комплексного анализа здоровья и факторов, его определяющих являются:

- 1) сбор информации о состоянии здоровья;
- 2) обработка и анализ информации о состоянии здоровья;
- 3) выдвижение гипотезы о связи факторов среды с состоянием здоровья;
- 4) направленное изучение факторов среды и углубленное изучение характеристик здоровья;
- 5) выявление количественных зависимостей между факторами среды и характеристиками здоровья;
- 6) принятие решения по оздоровлению окружающей среды для первичной профилактики заболеваний;
- 7) реализация принятых решений;
- 8) проверка эффективности принятых решений.

При оценке здоровья население распределяется по группам здоровья:

1-я группа (здоровые) – это лица, которые не имеют жалоб, хронических заболеваний в анамнезе, функциональных отклонений и органических изменений;

2-я группа (практически здоровые) – лица, у которых имеются хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии, функциональные изменения в органах и системах, не влияющие на их деятельность и трудоспособность;

3-я группа – больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации, субкомпенсации или декомпенсации.

Таким образом, объектом социально-медицинской работы выступают люди, нуждающиеся в охране и укреплении здоровья: как отдельные люди, так и группы населения – престарелые, инвалиды, больные (диабетики, аллергики, астматики и пр.), лица с аддиктивным поведением (пьяницы, алкоголики, наркоманы, курящие и пр.) и все остальные члены общества, так как наличествуют факторы, имеющие биосоциетальный глобальный характер.

*Функции медико-социальной работы весьма многочисленны:*

- изучение жизни, труда населения, выявление групп риска, связанных с повышением заболеваемости, установление размеров необходимой медицинской помощи;

- предотвращение социальной и психологической напряжённости, профилактика психических срывов, психопрофилактика депрессивных состояний тоже относится к сфере социально-медицинских услуг;

- профилактика травматизма, а при необходимости, оказание первой и неотложной помощи пострадавшим;

- обучение по мере необходимости, правилам и навыкам ухода за больными, престарелыми, детьми;

- противостояние процессам дегуманизации;

- применение санитарно-гигиенических мер оздоровления; и т.д.

Естественно, что эти и другие многочисленные функции – дело не одного человека. Многие из перечисленных функций требуют творческого подхода к их решению. Здесь большой простор для новых форм работы специалиста.

Медицинские работники на практике выполняют ряд функций социальных работников, поскольку отечественных дипломированных специалистов по социальной работе еще недостаточно. В свою очередь, социальные работники, которые очень часто имеют дело с клиентами, страдающими физической и психической патологией, должны иметь соответствующие медицинские знания, навыки и умения.

Необходимо четкое разграничение функций медицинских и социальных работников. Обобщенные специальные функции можно разделить на три группы: медико-ориентированные, социально-ориентированные и интегрированные.

К медико-ориентированным функциям относят:

- организации медицинской помощи и ухода за больными;
- оказание медико-социальной помощи семье;
- медико-социальный патронаж различных групп;
- оказание медико-социальной помощи хронически больным;
- организация паллиативной помощи умирающим;
- предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инва-лидность, смертности (вторичная и третичная профилактика);
- санитарно-гигиеническое просвещение;
- информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем и др..

К социально-ориентированным функциям относят:

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах здоровья и оказания медико-социальной помощи;
- представление в органах государственной власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи;
- содействие в предупреждении общественно опасных действий;
- оформление опеки и попечительства;
- участие в проведении социально-гигиенического мониторинга;
- участие в создании реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры для нуждающихся категорий поселений;
- обеспечение доступа клиентов к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания;
- информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;

- содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем, получение пенсий, пособий и выплат;

- семейное консультирование и семейная психокоррекция;

- психотерапия и психическая саморегуляция;

- коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.

Интегрированные функции включают в себя:

- комплексная оценка социального статуса клиента;

- содействие выполнению профилактических мероприятий социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом, территориальном уровнях;

- формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;

- планирование семьи;

- проведение медико-социальной экспертизы;

- осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;

- проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;

- содействие предупреждению распространения ВИЧ-инфекций и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей;

- социально-правовое консультирование;

- организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера;

- участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;

- обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов и др.

По своей сути медико-социальная работа имеет много общего с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но

при этом она не превышает пределы своей компетенции, не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом, и четкое разграничение сфер ответственности.

Социально-медицинскую работу можно условно разделить на профилактическую и патогенетическую.

Социально-медицинская работа с пожилыми гражданами, имеющая профилактическую направленность – это предупреждение социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни; обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья; участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях; социальное администрирование; обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Социально-медицинская работа, имеющая патогенетическую направленность, предусматривает организацию медико-социальной помощи; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение коррекции психического статуса клиента; создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры; обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

Стремясь создать оптимальные и наиболее эффективные технологии медико-социальной работы, специалисты разрабатывают базовые модели, которые позволяют обеспечить единые методические подходы в данном виде деятельности и учесть соответствующую специфику [16, с. 179].

Чтобы построить такие модели, нужно, во-первых, выделить наиболее однородные группы клиентов (например, инвалиды, одинокие пожилые и др.), а во-вторых, с каждой выделенной группой проводить медико-социальную работу в двух уже названных направлениях – профилактическом и патогенетическом. Это позволит учесть специфику профессиональной медико-

социальной работы с различными контингентами в отдельных областях медицины или системе социальной защиты населения при сохранении единых методических принципов.

В целом, медико-социальная работа с пожилыми гражданами, как одна из подсистем социальной защиты населения, в соответствии с законодательством РФ, включает конкретные виды, типы, методы, организационные формы, процедуры, технологии, субъекты и объекты социального обслуживания.

### 3 ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ГРАЖДАНАМИ В ГБУЗ АО «РОМНЕНСКАЯ БОЛЬНИЦА»

#### **3.1 Анализ организации социальной работы с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница»**

Медицинская помощь занимает особое место в жизни пожилых людей. На территории Амурской области функционируют 50 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь населению области, в том числе пожилым людям.

Стационарная медицинская помощь взрослому населению области оказывается на 7161 круглосуточной койке и на 625 койках дневного пребывания.

В 2015 году на круглосуточных койках пролечено 45070 пациентов старше трудоспособного возраста, что составляет 32,2% от всех пролеченных пациентов, на койках дневного пребывания пролечено 11999 лиц старше трудоспособного возраста, что составляет 25,6% от всех пролеченных пациентов.

При амбулаторно-поликлинических подразделениях медицинских организаций области функционирует 768 мест дневного пребывания. В 2016 году пролечено 26038 пациентов старше трудоспособного возраста, что составляет 45,6% от всех пролеченных пациентов.

В течение 2015 года в условиях "стационара на дому" пролечено 1044 пациента старше трудоспособного возраста, что составляет 67,4% от всех пролеченных пациентов.

Дополнительно в медицинских организациях области развернуто 254 койки сестринского ухода. В течение 2016 года на койках сестринского ухода пролечен 291 человек пожилого возраста.

Диспансеризация пожилых людей проводится в соответствии с действующими положениями о порядке проведения диспансеризации населения по нозологиям. В числе граждан, состоящих на диспансерном учете в медицинских организациях области по заболеванию, пожилые люди составляют 41,3% (101 829 человек). Особое внимание уделяется ветеранам Великой Отечественной войны. При-

казом министерства здравоохранения области от 06.04.2012 № 263 "О ежегодной диспансеризации ветеранов войн и лиц, приравненных к ним" утвержден порядок и объем ежегодного углубленного диспансерного осмотра ветеранов. Углубленный диспансерный осмотр ветеранов проводится в 34 медицинских организациях области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.

В 2015 году углубленными диспансерными осмотрами были охвачены 100% инвалидов Великой Отечественной войны, 96% узников гетто и концлагерей, 94,5% вдов и членов семей погибших и умерших ветеранов, 90% граждан, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда", 88% тружеников тыла, 70% ветеранов боевых действий (часть граждан данной категории проходит углубленный диспансерный осмотр в медицинских организациях, не находящихся в ведении министерства здравоохранения области).

Для проведения диспансеризации и оказания медицинской помощи на дому ветеранам Великой Отечественной войны с ограниченной подвижностью формируются выездные бригады специалистов. В 2016 году такими бригадами проведены углубленные диспансерные осмотры, а также лабораторные обследования и функциональная диагностика 2735 ветеранов Великой Отечественной войны и лиц, приравненных к ним, с ограниченной подвижностью. В стационарах круглосуточного пребывания медицинских организаций области организованы 42 палаты для ветеранов Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, в общей численности на 85 коек.

В течение 2016 года в условиях круглосуточного стационара пролечено 1128 ветеранов Великой Отечественной войны, в дневных стационарах - 676, в стационарах на дому - 564.

Особое внимание уделяется проблеме лекарственного обеспечения льготных категорий граждан старше трудоспособного возраста. За 2016 год 33629 федеральным льготникам из числа пожилых людей отпущено лекарственных препаратов на сумму 304019,03 тыс. рублей. В 2015 году в среднем на одного федерального льготника приходилось лекарственных средств на сумму 604 рубля в месяц, в 2016 году - 638 рублей в месяц. В 2016 году на дом лекарства доставлялись 253 феде



ральным льготникам с ограниченными возможностями.

31.12.2013 на территории области завершилась реализация областной программы повышения качества жизни пожилых людей в Амурской области на 2011 - 2013 годы, в рамках которой для решения задачи по укреплению здоровья пожилых людей реализован комплекс мер: направление на специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь, проведение "Ярмарок здоровья", предоставление мобильной стоматологической помощи.

Граждане, достигшие возраста 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин, получают оздоровление в областных государственных, социально-оздоровительных учреждениях. Оздоровительной базой для амурских пенсионеров является база пансионата "Приозерье" для престарелых и инвалидов. Оздоровительный курс составляет 18 дней. К услугам пожилых людей предлагаются курсы физиолечения, водолечения, лечебной физкультуры, массажа и др. Для ветеранов Великой Отечественной войны палаты имеют повышенную степень комфортности.

Регулярные занятия физической культурой и спортом положительно влияют на состояние здоровья пожилых людей. Вопросы, связанные с укреплением здоровья пожилых людей, посредством регулярных занятий физкультурой курируются министерством по физической культуре и спорту. Ежегодно в области проводится спартакиада для пожилых людей по 7 видам спорта.

В 19 муниципальных образованиях области организуются занятия в "Группах здоровья пожилых людей" путём предоставления спортивных залов образовательных учреждений. Для пожилого человека важную роль в удовлетворенности качеством жизни является социальная защищённость. По состоянию на 01.01.2014 система учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста в Амурской области представлена 8 домами-интернатами коечной мощностью 2101 койко-место и 5 специальными домами для одиноких престарелых на 301 квартиру. При домах-интернатах функционирует 6 отделений милосердия на 215 койко-мест.

Кроме этого в 2014 году счет средств федерального и областного бюджета в рамках Соглашения между Правительством Амурской области и Министерством здравоохранения России от 23.04.2014 № ВМП-СУ-20/14 на оказание

высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) направлено 2145 жителей области, в том числе 643 гражданина пожилого возраста, что составило 30% от всех направленных на оказание ВМП.

В рамках национального календаря профилактических прививок за счет средств федерального бюджета в эпидемиологический сезон 2014 года привито против гриппа 61677 пожилых гражданина (100 % от числа запланированных).

В 2014 году была продолжена работа по проведению «Ярмарок здоровья» и организовано 14 «Ярмарок здоровья», в которых приняли участие 1435 человек.

Также в 2014 году продолжена работа по оснащению пунктов проката технических средств реабилитации. Всего в области функционируют 11 пунктов проката технических средств реабилитации. В городах Благовещенск, Сковородино, Завитинск, Белогорск, Свободный, Райчихинск, Зея, Тында и в п.г.т. Архара, Серышево и Магдагачи.

*В процессе написания бакалаврской работы на базе ГБУЗ АО «Ромненская больница» проведено эмпирическое исследование. Объект исследования – мнение пожилых граждан. Предмет исследования – медико-социальное положение пожилых граждан. Метод исследования – анкетирование. Выборка составила 20 % граждан от общего числа обслуживаемых отделением ГБУЗ АО «Ромненская больница».*

Население Ромненского района 8607 человек. Численность граждан, состоящих на учете в органах социальной защиты населения (по состоянию на 01.01.2016 г., по данным ГКУ УСЗН) – 2264 чел., в том числе:

Численность федеральных льготников – 1228 чел., из них:

инвалиды Великой Отечественной войны - 1 чел.

участников Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами – 9 чел.

По данным ГУ – отделения Пенсионного фонда РФ по Амурской области, в Ромненском районе проживает 3091 пенсионер, из них работающих – 815 человек, средний размер пенсии в районе составляет – 7890,88 руб.

Численность получателей региональной социальной доплаты (РСД) к

пенсии – 634 человека.

*Практический опыт и социально проведённые исследования позволяют выделить несколько определённых стереотипов поведения пожилых людей, в соответствии с рисунком 1:*

10 % - активное неприятие социальной помощи в повседневной жизни недоверие к социальным работникам, нежелание быть зависимым от чужих, посторонних людей; 40 % - явные рентные установки, стремление и настойчивость в получении как можно больше количества услуг с стороны социальных работников, возложение на последних выполнение всех бытовых обязанностей;

20 % -недовольство и неудовлетворённость своими жизненными условиями переноситься на социальных работников, с которыми непосредственно общаются; 30 % -социальный работник воспринимается как объект, который несёт ответственность за их физическое здоровье, моральное и материальное состояние.

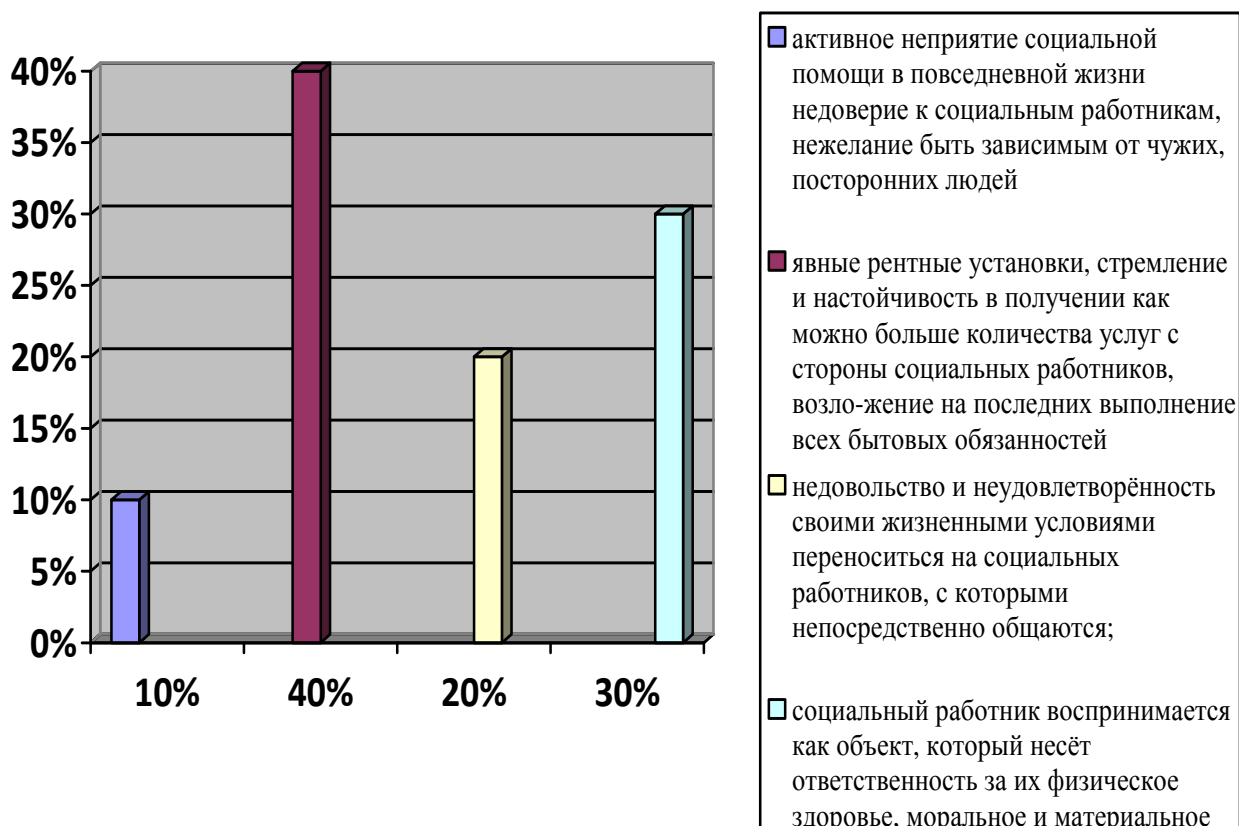


Рисунок 1 – Типы поведения граждан пожилого возраста

В процессе исследования рассматривались два показателя: «качество» и

«доступность» услуг, оказания государственной услуги.

Среди всех факторов, влияющих на удовлетворенность пожилого человека жизнью, и успешность приспособления к ней, самым важным считается здоровье. В рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам пожилого возраста бесплатной медицинской помощи предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь, включает лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений;
- скорая медицинская помощь, оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- специализированная медицинская помощь (в том числе высокотехнологичная).

При проведении опроса пожилым людям, в первую очередь, предложили самостоятельно дать оценку состояния своего здоровья.

Подавляющее большинство опрошенных граждан **оценивают своё здоровье** как

- отличное – 1,5 % от общего числа опрошенных граждан;
- хорошее – 20,13 % от общего числа опрошенных граждан;
- удовлетворительное – 51,97 % от общего числа опрошенных граждан;
- неудовлетворительное – 2086 человек (26,8 % от общего числа опрошенных граждан).

В силу преклонного возраста, всем пожилым гражданам в той или иной степени **необходима медицинская помощь**, по результатам мониторинга:

- нуждаются в госпитализации (в том числе в высокотехнологичной медицинской помощи) – 9,04 % от общего количества опрошенных граждан, из них:
  - ветераны труда – 261 чел. (27,86 % общего количества нуждающихся в госпитализации),
  - инвалиды 1 группы – 61 чел. (6,51 %),
  - инвалиды 2 группы – 273 (29,14 %),
  - инвалиды 3 группы – 78 чел. (8,32 %),
  - участники ВОВ – 20 чел. (2,13 %),
  - вдовы участников ВОВ – 17 чел. (1,81 %),
  - другие категории – 227 чел. (24,23 %).

нуждаются в диспансеризации – 11,35 % от общего количества опрошенных граждан (1176 чел.), из них:

ветераны труда 414 чел. (35,20 % от общего количества нуждающихся в диспансеризации), инвалиды 1 группы – 40 чел. (3,40 %), инвалиды 2 группы – 223 чел. (18,96 %), инвалиды 3 группы – 100 чел. (8,50 %), участники ВОВ – 18 чел. (1,53 %), вдовы участников ВОВ – 23 чел. (1,96 %), другие категории – 358 чел. (30,45 %).

нуждаются в помощи узких специалистов – 72,77 % от общего количества опрошенных граждан (7540 чел.), из них:

ветераны труда - 3372 чел. (44,72 % от общего количества нуждающихся в помощи узких специалистов), инвалиды 1 группы – 454 (6,02 %), инвалиды 2 группы – 1318 чел. (17,48 %),

инвалиды 3 группы – 488 чел. (6,47 %),

участники ВОВ – 65 чел. (0,86 %),

вдовы участников ВОВ – 265 чел. (3,52 %), другие категории – 1578 чел. (20,93 %).

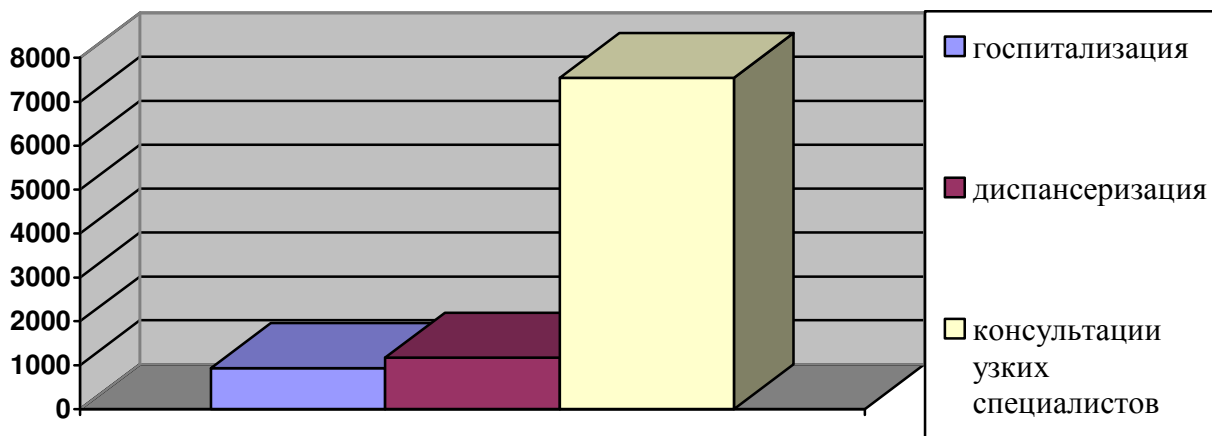


Рисунок 2 – Нуждаемость в оказании медицинской помощи

В ходе проведения мониторинга выявлена **нуждаемость в помощи медицинского работника на дому** (в том числе медицинского работника учреждения социального обслуживания), данный вид помощи необходим 18,26 % пожилым гражданам, что составляет от общего количества респондентов.

Как правило, пожилые граждане **обращаются за медицинской помо**

**щью** несколько раз в год (44,59 % от общего количества опрошенных). Пожилые граждане, посещающие медицинские учреждения ежемесячно и редко, в процентном соотношении составили 28,93 % и 24,35 % числа респондентов соответственно.

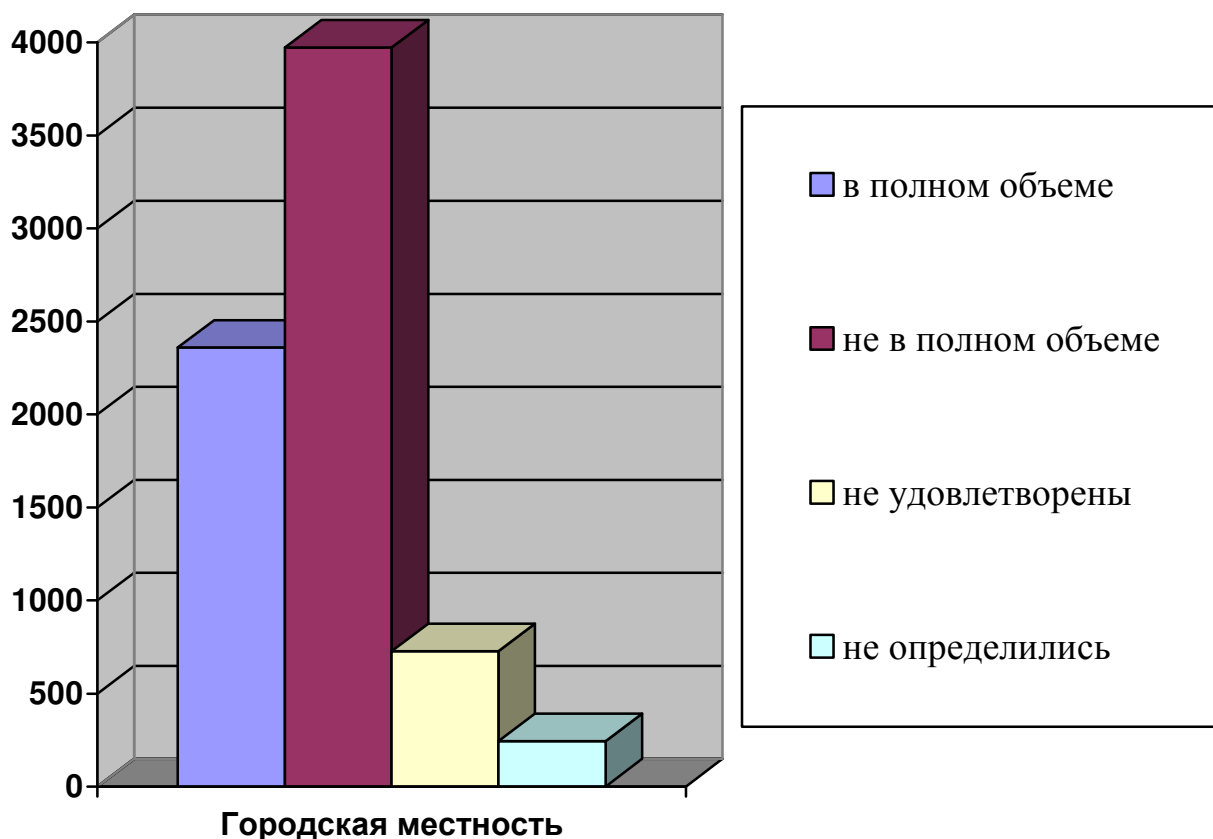
Одним из основных критериев оценки качества оказываемых медицинских услуг является **доступность и объем предоставляемой медицинской помощи по месту жительства:**

60,85 % респондентов указали, что получают медицинскую помощь в полном объеме;

23,39 % высказали мнение, что помощь, оказывается, по месту жительства не в полном объеме;

6,92 % респондентов не имеют возможности получения медицинской помощи;

5,70 % опрошенных не нуждаются в медицинской помощи.



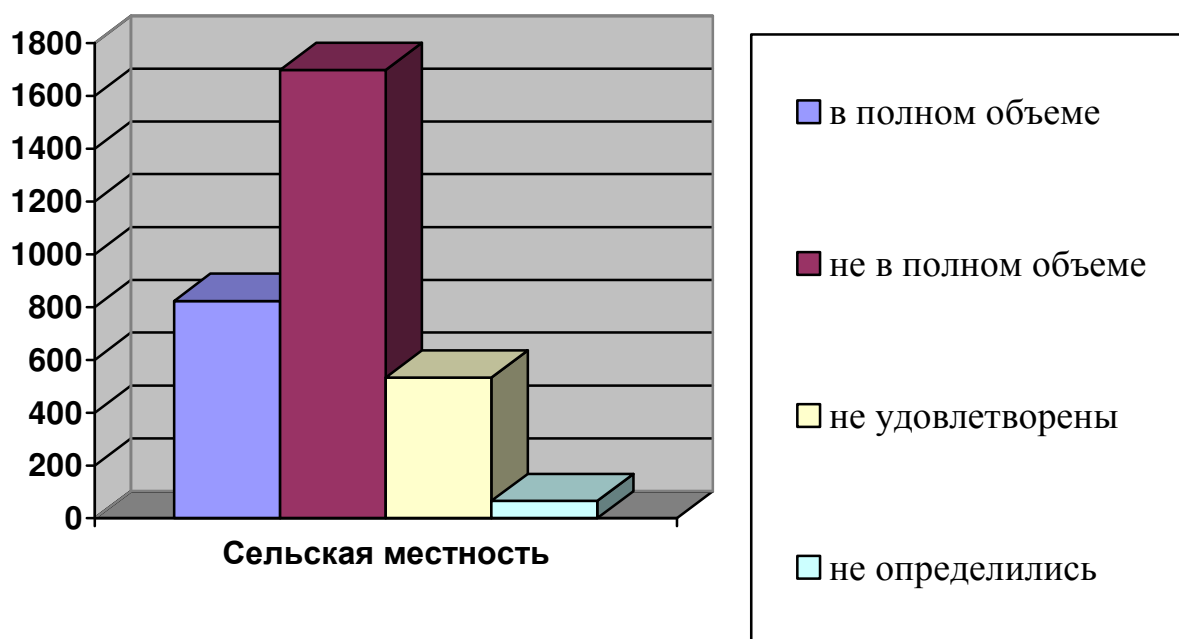


Рисунок 3 – Степень удовлетворенности предоставляемой медицинской помощью по месту жительства

При этом пожилые граждане, проживающие в сельской местности, в меньшей степени удовлетворены объемом оказываемой медицинской помощи (80,8 %), в сравнение с гражданами, проживающими в городской местности (86,71 %).

**Возможность беспрепятственной записи на приём к врачу** позволяет сделать медицинскую помощь более доступной. Все опрошенные пожилые граждане регулярно записываются на приём к участковому врачу, из них:

44,62 % записываются в поликлинике;

48,87 % по телефону;

3,74 % другими способами;

1,08% через интернет.

Число граждан, которые воспользовались услугами сети интернет для записи на прием снизился относительно 2014 года на 2,85 % (в 2014 г – 3,93). Полученные данные свидетельствуют о необходимости активизировать работу по популяризации электронной регистратуры.

**Время, которое затрачивают пожилые люди в очереди на приём к врачу**, влияет на степень комфортности посещения медицинских учреждений.

В результате анкетирования установлено, что в медицинских учреждениях, находящихся в сельской местности, на ожидание в очереди граждане затрачивают чуть больше времени, чем в медицинских учреждениях, находящихся в городской местности. Время ожидания до 20 мин в городской местности отметили 59,94 % респондентов, в то время как в сельской местности – 48,03 %.

Условия ожидания приёма в поликлинике вполне комфортными отметили 39% человека, средней комфортности – 46%, и плохими – 15%. Полученные данные свидетельствуют о том, что только 39,03 % пожилых граждан, посещающих медицинские учреждения, считают созданные условия для ожидания приема комфортными.

Результаты проведенного опроса свидетельствуют о наличии на территории области **проблемы в обеспечении граждан льготными лекарственными препаратами.**

Получателями льготных лекарственных средств являются 25,50 % опрошенных граждан:

указали на обеспеченность лекарственными препаратами по месту жительства в полном объёме – 59,77 % от общего количества получателей льготных лекарственных препаратов;

отметили частичную обеспеченность – 24,79 %;

имеются проблемы в обеспечении у 13,85 %;

не обеспечены лекарственными препаратами 1,59 %.

Таким образом, с проблемами в обеспечении льготными лекарственными препаратами по месту жительства сталкиваются 41,60 % получателей. Основной проблемой, по мнению опрошенных, является отсутствие необходимых лекарственных препаратов, о данной проблеме заявили 771 респондентов; отсутствие возможности самостоятельно ходить за лекарствами и отсутствие аптек по месту жительства отметили 170 и 158 респондент соответственно.

При проведении мониторинга было установлено, что 65% опрошенных гражданам приходилось тратить денежные средства при получении медицинской помощи в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохране



ния.

производили оплату медицинских услуг (консультации, операции и др.) - 6,69 % опрошенных граждан;

оплату лабораторных исследований – 7,69 % опрошенных граждан;

оплату функциональных исследований (УЗИ, ЭКГ и др.) – 17,93 % опрошенных граждан;

приобретали лекарственные препараты в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения – 17,35 % респондентов.

Участники ВОВ и вдовы участников ВОВ реже других категорий производили оплату медицинских услуг – 19,82 % и 29,45 % соответственно. По остальным категориям данный показатель варьируется в пределах 48-57 % от количества опрошенных граждан данной категории.

В силу преклонного возраста, многим пожилым гражданам необходимы услуги по оказанию протезно-ортопедической помощи 82%:

38,40 % респондентов числа опрошенных указали на нуждаемость в зубопротезировании.

3,90 % респондентов из числа опрошенных нуждаются в услугах по протезированию.

В изготовлении сложной ортопедической обуви нуждаются 74 человека, в изготовлении ортезов (корсеты, бандажи) нуждается 63 человек, 0,71 % и 0,61% из числа опрошенных соответственно.

Одним из наиболее эффективных направлений поддержания и улучшения здоровья пожилых и инвалидов является **санаторно-курортное лечение**. Более 50% гражданина отметили, что состоят в очереди в органах социальной защиты населения как нуждающиеся в санаторно-курортном лечении.

**Оценивая степень удовлетворенности качеством медицинской помощи**, респонденты разделились следующим образом:

удовлетворены качеством оказанной медицинской помощи 30,52 % из числа опрошенных граждан;

частично удовлетворены – 54,36 %;

не удовлетворены – 12,13 %;

не определились с ответом – 2,99%.

Удовлетворенность качеством медицинской помощи

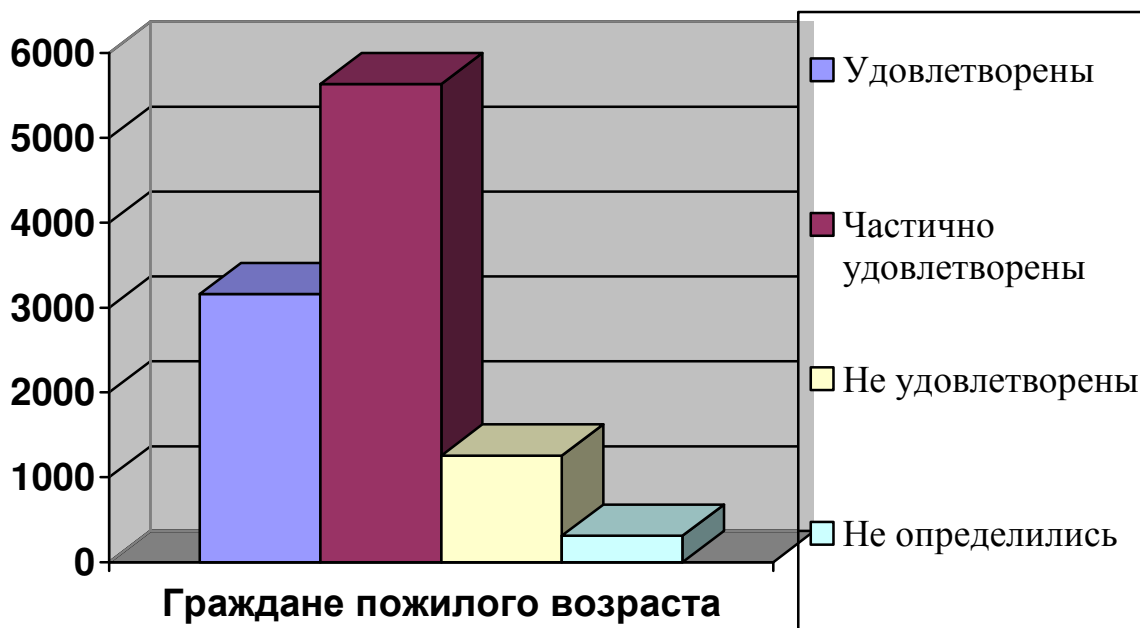


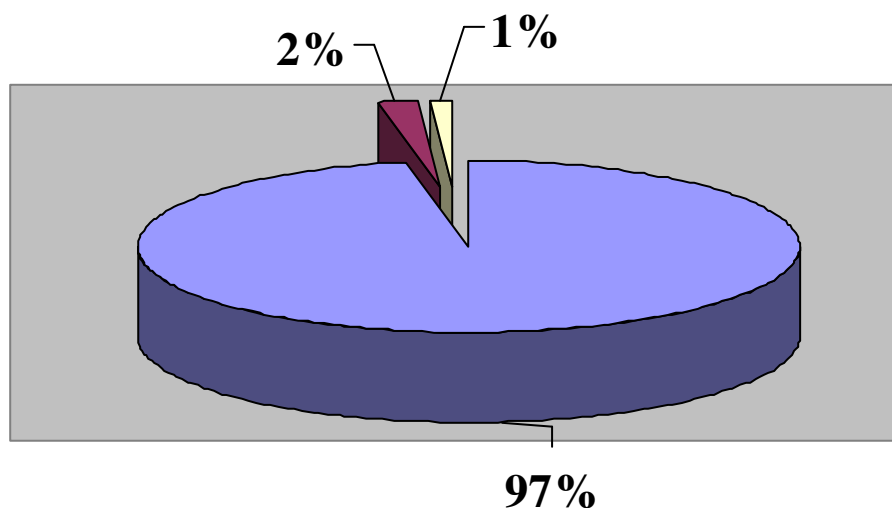
Рисунок 4 – Степень удовлетворенности качеством медицинской помощи

В ходе опроса респондентам предлагалось оценить комфортность условий, созданных в ходе предоставления услуги. 31% опрошенных оценили условия как комфортные, 2% как не комфортные. Затруднились ответить 4% опрошенных. Не ответили на поставленный вопрос 63% опрошенных.

На уточняющий вопрос «Если не считаете условия, созданные в ходе предоставления услуги, комфортабельными, то по какой причине?»

Большинство опрошенных (92%) не ответили на поставленный вопрос. Это связано с тем, что для постановки на социальное обслуживание гражданам пожилого возраста и инвалидам не обязательно приходиться в центр социального обслуживания населения, достаточно оставить заявку по телефону.

При оценке работы специалистов, участвующих в предоставлении государственной услуги были получены следующие данные: 97 % опрошенных удовлетворены, 2 % опрошенных не удовлетворены работой специалистов, 1 % опрошенных уклонились от ответа на данный вопрос, в соответствии с рисунком 5.



■ удовлетворены   
 ■ не удовлетворены   
 ■ уклонились от ответа

Рисунок 5 – Удовлетворенность респондентов взаимодействием со специалистами, участвующими в предоставлении государственной услуги.

Респондентам, отметившим пункт «не удовлетворены» был задан вопрос: «По каким причинам Вы не удовлетворены непосредственным взаимодействием с специалистами, участвующими в предоставлении государственной услуги?». Ответы распределились следующим образом: 1 человек оскорблён невнимательным отношением к нему, 2 человека не получили ответов на интересующие вопросы. Большинство опрошенных (96%) удовлетворены качеством процесса предоставления государственной услуги (из них 5 человек из Ромненского), не удовлетворены - 3 %, затруднились ответить -1 %, в соответствии с рисунком 6.

В ГБУЗ АО «Ромненская больница» осуществляется медико-социальная работа с пожилыми гражданами в плановом и экстренном порядке.

Плановая госпитализация проводится:

- с учетом медицинских показаний в согласованные сроки;
- по направлению лечащего врача любого лечебного учреждения;
- за счет средств ОМС, ДМС;
- в присутствии законного представителя ребенка (родителя, усыновителя, попечителя, опекуна). На плановую госпитализацию направляются те пожи-

лые граждане, состояние которых не требует экстренного вмешательства специалистов.

*В рамках уточнения организации медико-социальной работы на базе ГБУЗ АО «Ромненская больница» проведен экспертный опрос (Приложение В). Объект сотрудники, осуществляющие медико-социальную работу с пожилыми гражданами. Предмет – медико-социальная работа с пожилыми гражданами. Так, согласно опросу экспертов, было выявлено, что пожилые граждане являются объектами медико-социальной работы по следующим причинам, в соответствии с рисунком 6:*

20 % - в случае обострения хронических заболеваний; 25 % - с целью обследования и уточнения диагноза; 30 % - для проведения оперативного лечения; 25 % - при необходимости проведения лекарственной терапии, которая предполагает нахождение в стационаре.

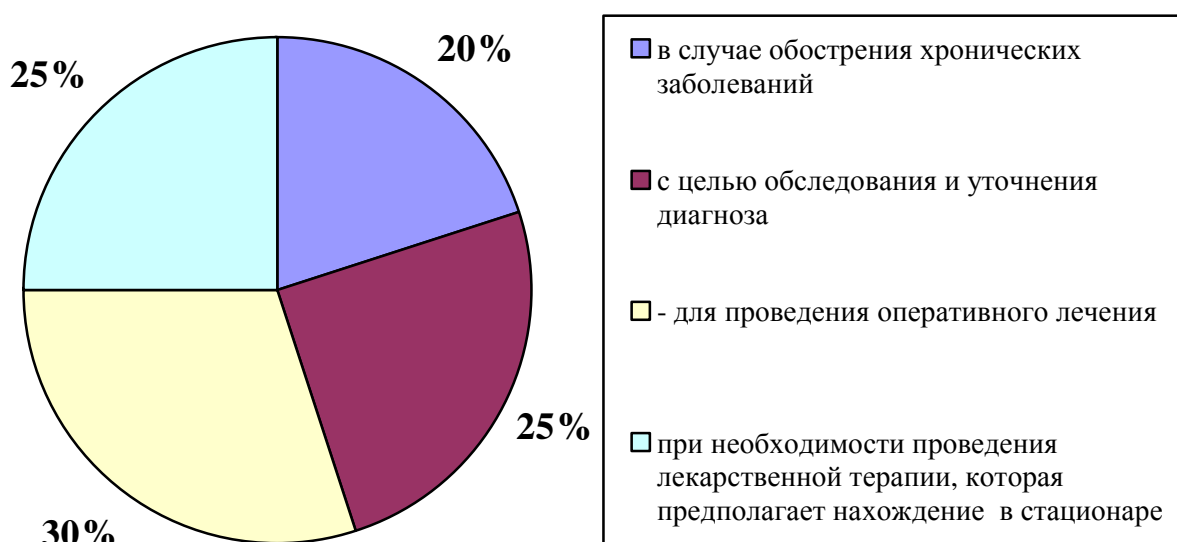


Рисунок 6 – Причины нахождения пожилых граждан в стационаре

Плановая госпитализация может осуществляться в круглосуточный или дневной стационар.

Критериями завершенности пребывания на этапе круглосуточного лечения являются клиническое выздоровление или улучшение состояния пациента, при отсутствии необходимости в круглосуточном врачебном наблюдении.

*Экстренная госпитализация.* В больнице экстренная медицинская помощь оказывается в круглосуточном режиме, ежедневно. Для своевременной и

правильной диагностики у экстренных больных используется весь объем лабораторных исследований, ультразвуковое исследование, рентгенологическое, ЭКГ, ЭХОЭГ, по показаниям компьютерная томография и эндоскопия. При необходимости врач-педиатр может привлекать для осмотра специалистов всех узких специальностей. А так же пожилой гражданин может осматриваться консилионно дежурной бригадой врачей, в которую входят специалисты всех профилей. Показаниями для экстренной госпитализации являются состояния, угрожающие жизни и требующие экстренного оказания медицинской помощи в условиях стационара круглосуточного пребывания. При возникновении неотложного состояния ребенка необходимо вызвать скорую медицинскую помощь (03), либо самостоятельно приехать в приемно-диагностическое отделение стационара.

Помимо этого, нами было установлено, что основными задачами деятельности ГБУЗ АО «Ромненская больница» являются в рамках медико-социальной работы с пожилыми гражданами в соответствии с рисунком 7:

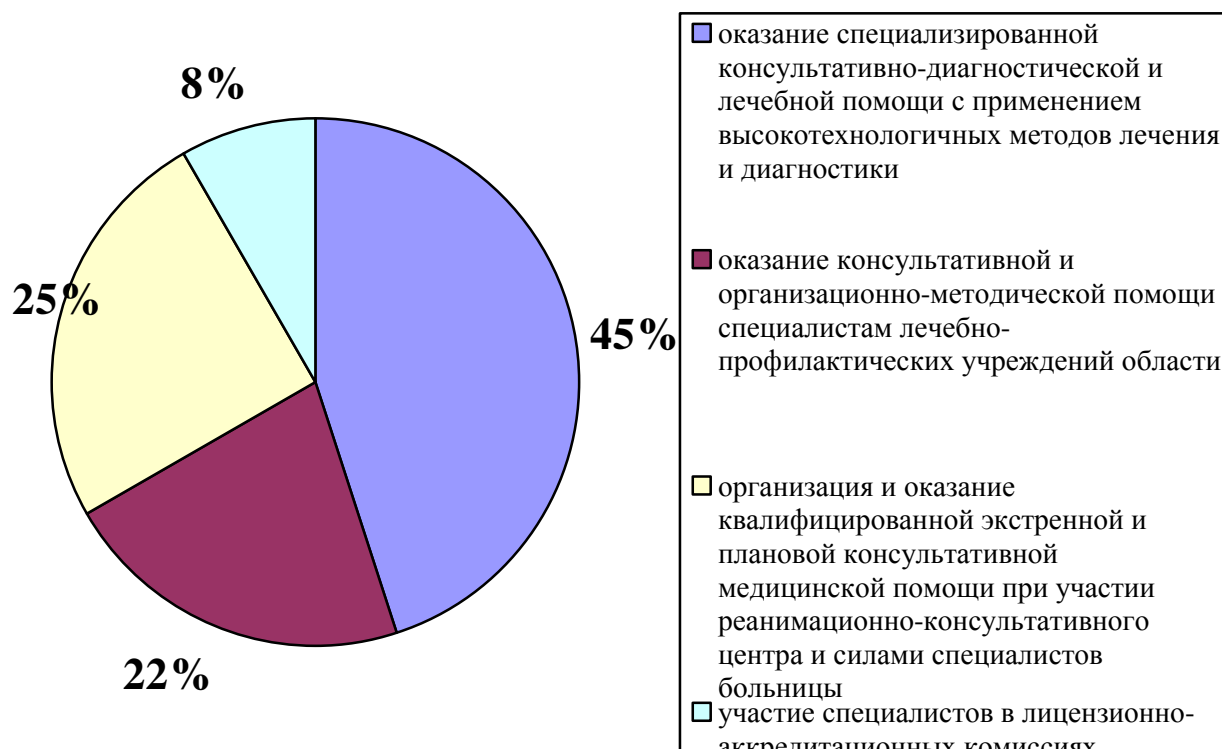


Рисунок 3 – Основные задачи деятельности больницы по организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами

27 % - оказание специализированной консультативно-диагностической и лечебной помощи с применением высокотехнологичных методов лечения и диагностики;

13 % - оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам лечебно-профилактических учреждений области;

40 % - организация и оказание квалифицированной экстренной и плановой консультативной медицинской помощи при участии реанимационно-консультативного центра и силами специалистов больницы;

15 % - осуществление экспертизы качества лечебно-диагностического процесса;

5 % - участие специалистов в лицензионно-аккредитационных комиссиях.

Подводя итог полученных в результате анкетирования данных, характеризующих степень удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи, очевидно, что данная сфера жизнедеятельности пожилых граждан не в полной мере соответствует их потребностям. Остаются острыми проблемы в обеспечении пожилых людей льготными лекарственными препаратами, высока потребность в предоставлении услуг врачей узких специальностей, потребность в зубопротезировании, а также вынужденная необходимость оплачивать некоторые услуги в государственных учреждениях здравоохранения.

В общей сложности социальные услуги в том или ином виде были оказаны более 5 тыс. пожилых людей (46,5 % от общего числа граждан пожилого возраста). При этом лишь около 2 тыс. человек получали их в стационарных учреждениях. Основная же часть пожилых людей обслуживалась в привычных домашних условиях (1 тыс. человек в отделениях срочной социальной помощи, 1,07 тыс. человек на дому и порядка 500 человек в специализированных отделениях социально-медицинского обслуживания на дому).

Обозначилась тенденция к дифференциации оказываемых услуг. Надомное обслуживание, возникшее как социально-бытовое, сейчас включает социально-медицинские, социально-психологические, социально-правовые и другие услуги. Доля социально-медицинских услуг в объеме надомных социаль-

ных услуг, оказываемых пожилым людям, достигла 7 %. По расчетам, в ближайшие годы этот показатель приблизится к 10-12 %. На сегодня же заявленная потребность пожилых людей в домашних социально-медицинских услугах удовлетворяется лишь на 77,2 %.

*Медико-социальная помощь оказывается проживающим во всех типах стационарных учреждений социального обслуживания, но в более широком объеме в специализированных геронтологических центрах (средний возраст проживающих 82-83 года), геронтопсихиатрических центрах и домах-интернатах милосердия. К учреждениям медицинской направленности относятся хосписы, сеть которых в регионах России пока недостаточно развита.*

Медицинская помощь пожилым людям оказывается многопрофильными лечебно-профилактическими учреждениями (свыше 18 тыс. амбулаторно-поликлинических и 10,8 тыс. стационарных учреждений).

В ряде городов на базе военных госпиталей (таких госпиталей в стране 50 на 1,5 тыс. коек, в Амурской области - 3) функционируют специализированные отделения по оказанию медицинской помощи пожилым людям - ветеранам войны, ветеранам силовых структур и т.п.

Во многих территориях Амурской области, в том числе в Ромненском районе, созданы учреждения и подразделения, ориентированные на обеспечение ухода и медико-социальную реабилитацию пожилых больных. В системе областного здравоохранения к ним относятся 17 медико-социальных палат и отделений сестринского ухода.

Получила развитие сеть врачебно-физкультурных диспансеров и физкультурно-оздоровительных отделений для пожилых людей, групп общей физической подготовки при стадионах и других спортивных сооружениях, физкультурно-оздоровительных клубов по месту жительства. В Ромненском районе на 01.10.2016 г. действовало 2 спортивных клуба ветеранов (футбольный и хоккейный), секция лыжного спорта для пожилых людей (регулярно проводят местные соревнования, участвуют в общегосударственном мероприятии «Лыжня России» и др.), шахматный клуб и клуб любителей шашек.

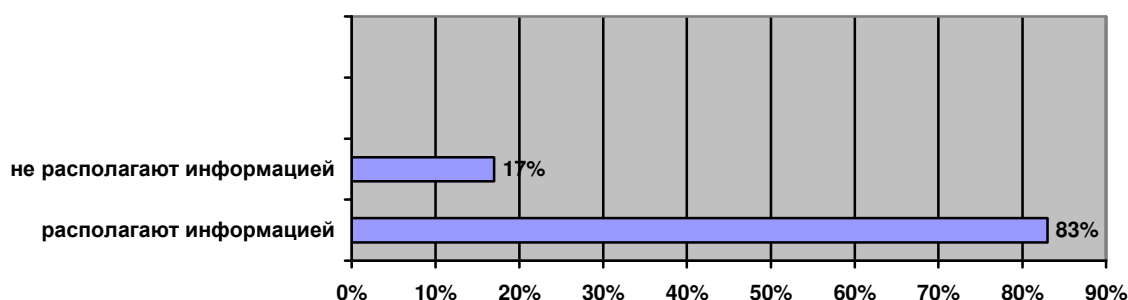
По мнению большинства респондентов (56 %) на улучшения качества предоставления услуги повлияет , в соответствии с таблицей 6.

Таблица 3 – Факторы, влияющие на улучшение качества предоставления государственной услуги

Варианты ответов (вопрос предполагал несколько вариантов ответов)	Число респондентов	
	Чел.	%
Ужесточение контроля за исполнением служебных обязанностей специалистами, участвующими в предоставлении государственной услуги	8	6
Повышение профессионального уровня специалистов, участвующих в предоставлении государственной услуги	27	20
Внедрение новых форм предоставления государственной услуги	23	16
Сокращение сроков предоставления государственной услуги	15	11
Повышение комфортности предоставления государственной услуги	15	11
Изменение графика и режима работы	2	1
Другое: «повысить зарплату работникам»	2	1
Затрудняюсь ответить	28	20

В ходе опроса наибольшее количество респондентов высказало предложение по повышению профессионального уровня специалистов, участвующих в предоставлении государственной услуги (20 %). Два человека предложили изменить график и режим работы, двое респондентов – «повысить зарплату работникам».

83% респондентов располагают достаточной информацией о предоставляемой государственной услуге, 17 % не обладают данной информацией.





## Рисунок 6 – Ответы на вопрос «Располагаете ли Вы достаточной информацией о предоставляемой государственной услуге?»

В рамках оказания помощи пожилым гражданам в центре функционирует Служба «Социальное такси», предназначенная для оказания транспортных услуг гражданам пожилого возраста, инвалидам, детям-инвалидам, семьям, имеющим детей-инвалидов, гражданам, остро нуждающимся в данном виде помощи. Услуги службы «Социальное такси» предоставляются гражданам для посещения социально значимых объектов. В функции службы не входит доставка граждан в лечебно-профилактические учреждения для оказания срочной (неотложной) медицинской помощи.

Услуги предоставляются гражданам по предварительным заказам. Прием заказов осуществляет специалист Учреждения, ответственный за предоставление услуг службой «Социальное такси», непосредственно в Учреждении или по телефону службы «Социальное такси». За 2016 г услугами службы «Социальное такси» воспользовались 475 человек, оказано 1168 услуг. В среднем услуга оказывается 4 клиентам в день.

Таким образом, в ГБУЗ АО «Ромненская больница» осуществляется комплексная деятельность по предоставлению медико-социальных услуг пожилым гражданам. Работа отмечается положительной динамикой, однако выделяются недостатки, требующие разработку предложений по усовершенствованию данной деятельности.

### **3.2 Практические рекомендации по совершенствованию организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница»**

В ГБУЗ АО «Ромненская больница» проведено эффективное внедрение современных методик в результате оснащения отделения восстановительной терапии эффективным комплексом медицинских тренажеров и модулей, позволяющее расширить возможности реабилитационной помощи всем гражданам, в том числе пожилым с серьезной врожденной и приобретенной патологией ЦНС и опорно-двигательного аппарата.

Отмечается повышение качества и эффективности комплексной терапии пожилым гражданам с различными заболеваниями, имеющих высокий риск инвалидизации (страдающих врожденной и приобретенной хронической патологией опорно-двигательного аппарата и нервной системы).

Субъективное улучшение качества жизни пациентов, в лечении которых применяется комплексное использование восстановительных методик отмечено при клинико-лабораторной оценке результатов лечения. Для идентификации улучшения качества медико-социальной работы с пожилыми гражданами с различными заболеваниями и членов семей необходимо внедрение специализированных опросников на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

Анализ основных показателей деятельности ГБУЗ АО «Ромненская больница» в 2016 году отражает повышение интенсивности работы:

- увеличение коечного фонда на 60 коек;
- увеличение пролеченных больных на 28% (составило 2055 человек) в сравнении с 2015 годом;
- сокращение средних сроков лечения в стационаре до 9,7, что ниже средних показателей областных, краевых и республиканских детских больниц РФ (11,2к/д);
- увеличение числа оперативных вмешательств на 1302 операций.
- увеличение числа обратившихся больных по сравнению с 2015 годом на 2567 человек.

*В целом, анализ данных полученных при анкетировании показал, что наряду с эффективностью деятельности больницы существуют следующие проблемы:*

1. Нехватка финансовых средств для лекарственного обеспечения больных с тяжелыми заболеваниями. Те же специальные стационарные учреждения, которые существуют, недостаточно финансируются, не укрепляется их материально-техническая база.

2. Остаются острыми проблемы в обеспечении пожилых людей льготными лекарственными препаратами, высока потребность в предоставлении услуг

врачей узких специальностей, потребность в зубопротезировании, а также вынужденная необходимость оплачивать некоторые услуги в государственных учреждениях здравоохранения.

*3. В связи с небольшим количеством квалифицированных специалистов и большим количеством пожилых людей (молодые семьи зачастую, покидают район) у врачей отмечается высокая напряженность труда, вследствие чего снижается уровень оказания медицинской помощи, происходит профессиональное выгорание специалистов.*

*4. Напряженность трудового процесса специалистов складывается из-за повышенных норм труда, что дает снижение среднего уровня заработной платы (специалист должен принимать по регламенту 10 человек, а принимает 20 человек, не установлены перерывы положенные по охране труда 15 минут, специалист выполняет больший объем работы, а заработная плата остается прежней).*

*4. Отсутствие системы межведомственного взаимодействия по вопросам медико-социальной работы с пожилыми гражданами.*

*5. Являются недостаточный уровень доступности услуг медицинской помощи, в частности у пожилых людей высокая потребность в социально-медицинских услугах на дому, которые проживают в отдаленных населенных территориях (во многих населенных пунктах не организованы (упразднены) в связи с недостаточным финансированием Фельдшерско-акушерские пункты).*

*В целях усовершенствования организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами автором предлагаются следующие рекомендации:*

*1. Повышение профессионального уровня специалистов, участвующих в предоставлении государственной услуги за счет семинаров и тренингов по медико-социальной работе с пожилыми гражданами.*

*2. В целях решения проблемы труднодоступности больницы для пожилых граждан, находящихся на домашнем лечении предлагается внедрение на базе ГБУЗ АО «Ромненская больница» Патронажной службы. Целью патронажной*

службы является – уход за лежачими больными. В рамках деятельности патронажной службы будут осуществляться следующие услуги (Приложение Д):

Медицинский патронаж: выполнение всех предписаний лечащего врача; внутримышечные инъекции, внутривенные инъекции и постановка внутривенной капельной системы; контроль за приемом других медицинских препаратов; измерение температуры и артериального давления; гигиенические процедуры для больного, купание; качественная обработка ран и пролежней, и их профилактика; приготовление и кормление больного, согласно диетическому предписанию; смена нательного и постельного белья подопечного; санитарная обработка комнаты больного и предметов ухода за больным; сопровождение на прогулку больных, пользующихся инвалидной коляской.

В целом, квалифицированный уход за больными и престарелыми людьми будет осуществляться профессиональными сиделками и медсестрами не только в районном центре, но и в отдаленных территориях Ромненского района. Составления договора оказания услуг сиделкой (Приложение Е).

*4. Открытие ФАПов (фельдшерско-акушерских пунктов) в населенных пунктах района, что снизит смертность и повысит уровень своевременного оказания медико-социальной работы, а также будет способствовать профилактики заболеваемости населения.*

*5. Разработка Плана мероприятий по усовершенствованию медико-социальной работы с пожилыми гражданами (Приложение Ж).*

*6. Практические рекомендации в помощь специалистам больницы при организации медико-социальной работы с гражданами пожилого возраста (Приложение И).*

*7. На базе ГБУЗ АО «Ромненская больница» предлагается внедрить разработанный автором Социальный проект «Спортивное долголетие». Цель: развитие услуг, направленных на поддержание активного долголетия лиц старшего поколения.*

Задачи:

Приобщение инвалидов и пенсионеров к здоровому образу жизни;

Организация профилактики заболеваний и старения организма;

Гармонизация уровня самооценки личности;

Обеспечение досуга для удовлетворения духовных и физических потребностей инвалидов и пенсионеров.

Интеграция в общество лиц пожилого возраста и инвалидов, за счет расширения рамок независимости (Приложение К).

Таким образом, в результате исследования на базе ГБУЗ АО «Ромненская больница» установлено, что учреждение оказывает комплексную деятельность по медико-социальной работе с гражданами пожилого возраста. Работа проводится регулярно, однако выявлен ряд проблем, требующий разработку новых мероприятий, направленных на усовершенствование деятельности учреждения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медико-социальная работа с гражданами пожилого возраста представляет собой деятельность по удовлетворению потребностей указанных граждан в социальных услугах. Гражданам пожилого возраста и инвалидам обеспечивается возможность получения достаточных для удовлетворения их основных жизненных потребностей социальных услуг, которые включаются в федеральный и территориальные перечни гарантированных государством социальных услуг.

Результаты бакалаврской работы, позволяют сделать выводы:

1. Пожилые – это люди, прожившие относительно долгую жизнь, вследствие чего они уже испытывают определенные психофизические ограничения независимо от наличия или отсутствия заболеваний, в некоторых случаях они функционально недееспособны либо им необходима помощь со стороны. Объектом социальной работы являются люди, нуждающиеся в посторонней помощи: старики, пенсионеры, тяжелобольные и многие другие

2. Социальное положение пожилых граждан характеризуется такими показателями, как психологическое, физическое, моральное, материальное положение. Доход пожилых людей обычно значительно ниже среднего, а потребности, особенно в медицинском обслуживании, диетическом питании, благоустроенном жилье значительно выше. Очень часто пожилые люди живут отдельно от семей, и поэтому им бывает не под силу справиться со своими недомоганиями и одиночеством.

3. Медико-социальная работа с пожилыми гражданами рассматривается и как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья в том числе и лиц пожилого возраста..

4. В организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами необходимо учитывать всю специфику их социального статуса не только в целом, но и каждого человека в отдельности, их нужды, потребности, биологические и соци-

альные возможности, определенные региональные и другие особенности жизнедеятельности. До сих пор изучением организации медико-социальной помощи пожилым и престарелым занималась геронтосоциология.

5. В ГБУЗ АО «Ромненская больница» проведено эффективное внедрение современных методик в результате оснащения отделения восстановительной терапии эффективным комплексом медицинских тренажеров и модулей, позволяющее расширить возможности реабилитационной помощи всем гражданам.

6. ГБУЗ АО «Ромненская больница» осуществляется комплексная деятельность по предоставлению медико-социальных услуг пожилым гражданам. Работа отмечается положительной динамикой, однако выделяются недостатки, требующие разработку предложений по усовершенствованию данной деятельности.

Таким образом, была достигнута цель бакалаврской работы – изучена организация медико-социальной работы с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница» и разработаны рекомендации по совершенствованию данной деятельности.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Амурская область в цифрах. Благовещенск: Амуроблкомстат, 2015. – 141 с.
- 2 Амурский статистический ежегодник. – Благовещенск: Амуроблкомстат, 2014. – 392 с.
- 3 Больница и социальная работа // Энциклопедия социальной работы. В 3-х томах. Т.1: Перевод с англ. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 2013.
- 4 Вестник (информационный бюллетень) Московского онкологического общества Интернет: [www.cancercenter.ru](http://www.cancercenter.ru) ([ronc.ru](http://ronc.ru)) // [www.rosoncoweb.ru](http://www.rosoncoweb.ru) // [www.netoncology.ru](http://www.netoncology.ru) // [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru) // [www.oncodome.narod.ru](http://www.oncodome.narod.ru)
- 5 Бабосов Е.М. Прикладная социология: Учеб. пособие для студентов высш. учеб. Заведений / Е.М.Бабосов. – Минск.: «Тетра Системс», 2016. – 496 с.
- 6 Глоссарий социальной работы / Авт.-сост. Е.И.Холостова. – М.: ИТК «Дашков и К», 2013. – 220 с.
- 7 Дементьева Н.Ф. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан / Н.Ф. Дементьева, Э.В. Устинова. - М.: ЦИЭТИН, 2013. – 135 с.
- 8 Ершов В.С., Белянва А.Т. Санитарное просвещение: Учебник. – М.: Медицина, 2013. – 144 с.
- 9 Залетаев Д.В. Онкомаркеры // Вместе против рака. – 2010. – №3. – С. 339.
- 10 Зайнышев, И. Г. Технология социальной работы: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / И. Г. Зайнышев . – М.: Гуманитарное издательство Владос, 2013. – 240 с.
- 11 Закон Амурской области от 14.12.2005 №103-ОЗ «О комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав» (в ред. Закона Амурской области от 12.10.2007 №400-ОЗ) изд. «Амурская правда», №2, 11.01.2009
- 12 Закон Амурской области от 21.01.2005 №424-ОЗ «О перевозке



несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений, по территории Амурской области» изд. «Амурская правда» №17-18, 25.11.2005

13 Закон Амурской области от 19.01.2005 №409-ОЗ «Об обслуживании отдельных категорий граждан социальными службами Амурской области» (в редакции Закона Амурской области от 12.10.2007 №408-ОЗ) изд. «Амурская правда», №19-20, 26.01.2005.

14 Закон Амурской области от 13.12.2006 №261-ОЗ «О государственной гражданской службе Амурской области» (в редакции Закона Амурской области от 07.06.2007 №345-ОЗ) изд. «Амурская правда», № 240, 20.12.2006.

15 Закон Амурской области от 02.05.2007 № 326-ОЗ «Об областных стандартах качества предоставления бюджетных услуг» изд. «Амурская правда», № 80, 08.05.2007

16 Здравоохранение и медицинское обслуживание в Амурской области: ЗАП. - Благовещенск: Амуроблкомстат, 2012. – 54 с.

17 Здравоохранение и медицинское обслуживание в Амурской области: статистический сборник. – Благовещенск: Амуроблкомстат, 2012. – 106 с.

18 Здравоохранение // Энциклопедия социальной работы. В 3-х томах. Т.1: Перевод с англ. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 2013.

19 Козлов А.А. Социальная работа за рубежом / А.А. Козлов. – М.: Флинта, 2014. – С.178

20 Конституция Российской Федерации. – М.: Юность 2013. – С.158

21 Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2012 года.

22 Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России и план мероприятий по ее реализации. – М.: Кодекс, 2014. – 38 с.

23 Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в

Российской Федерации. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. – № 3. – С. 113.

24 Колпакова, О. Использование инвалидных социальных технологий реабилитации детей в летний период / О. Колпакова // Социальное обеспечение – 2014 – №6 . – С.183.

25 Коновалова, М. П. Социокультурная реабилитация детей с ограниченными возможностями в процессе информационно-библиотечного обслуживания / М. П. Коновалова. // Вестник Московского государственного университета культуры и искусств – 2012. – №2. – С. 104. – (Технологии социально-культурной реабилитации)

26 Кулагина, Е. В. Семьи с детьми инвалидами: социально – экономическое положение / Е. В. Кулагина // Народонаселение. – 2011. – № 1. – С. 232.

27 Ляпидиевская, Г. В. О создании в России сети реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями / Г. В. Ляпидиевская // Вестник психо-социальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2014 – №2 – С. 448.

28 Малофеева, Т., Васин С. – Инвалиды в России // Pro et contra / Т. Малофеева, С. Васин. – 2011 – №3 – С. 205.

29 Методика работы социального педагога / под ред. Л.В. Кузнецовой; сост. Г.В. Семенов. – М.: Школьная Пресса, 2015. – 96 с.

30 Муниципальное здравоохранение г. Благовещенска: Буклет Управления здравоохранения г. Благовещенска. – Благовещенск: ИПК «Приамурье», 2014. – 6 с.

31 Настольная книга специалиста - Социальная работа с инвалидами. - М: ВЛАДОС, 2014. – 153 с.

32 Низовцева, В.Г. На первом месте – реабилитация / Г. Низовцева, Э. Илатовская // Социальное обеспечение. – 2012 – №4 – С. 233.

33 Обухова, Л. Ф. Феномен эгоцентризма у подростков-инвалидов // Вопросы психологии / Л. Ф. Обухова. М.: – 2010 – №3 – С. 448.

- 34 Основы социальной работы: Учебник / отв. ред. П. Д. Павленок. – М.: Инфра, 2013. – 345 с.
- 35 Олиференко, Л. Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска / Л. Я. Олиференко, Т. И. Шульга, И. Ф. Дементьева. – М: ВЛАДОС, 2014. – 345 с.
- 36 Об областной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера»: Закон Амурской области от 20.06.2005 № 14-ОЗ.
- 37 Основы социальной работы / отв. ред. П.Д. Павленок. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 368с.
- 38 О проблемах социальной работы с пожилыми людьми. Дата последнего обращения – 22.04.2003. <<http://medi.ru/04003.htm>>.
- 39 Основы социально-медицинской работы. Учебное пособие / под редакцией Е.А. Сигида. Выпуск 1. – М.: ГАСБУ, 2013. – С. 256 .
- 40 Обухов, В.И. Медико-социальная работа с пожилыми гражданами / В.И. Обухов. – Дрофа.: 2015 – С.158
- 41 Психологические проблемы, возникающие во время болезни и после нее. <<http://www.doctor.ru/onkos/consult/psiholog1.htm>>. Дата последнего обращения – 22.04.2016.
- 42 Приказ Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 №561-ст Национальный стандарт РФ ГОСТ 52883-2010 «Требования к персоналу учреждений социального обслуживания».
- 43 Романов, М. Р. Реабилитация инвалидов / М. Р. Романов. – М.: Вагриус, 2015. – 175 с.
- 44 Российская энциклопедия социальной работы / под ред. А. И. Панова, Е. И. Холостовой. – М.: Институт социальной работы, 2015. – 364 с.
- 45 Российский статистический ежегодник: Стат.сб. / Госкомстат России. – М., 2012. – 568 с.
- 46 Рак в детском возрасте. Дата последнего обращения – 22.04.2003. <<http://www.doctor.ru/onkos/mop/care5.htm>>.

47 Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: В 2-х томах. Т.2. / Е.А. Логинова, В.Л. Дерябина, Н.Я. Копыт и др. под ред. Ю.П. Лисицына. М.: Медицина, 2014. – 439 с.

48 Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина, К.А. Отдельнова и др. под редакцией Ю.П. Лисицына. - М.: Медицина, 2015. – 641 с.

49 Профилактика онкологических заболеваний // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2015. – № 1. – С. 119.

50 Саймонтон К. Психотерапия рака / Пер. с англ. – СПб.: «Инфомедиа Паблшерз», 2014. – 238 с.

51 Савинов А.Н. Организация работы органов социальной защиты / А.Н. Савинов, Т.Ф. Зарембо. – М.: Мастерство: Высшая школа, 2014. – 192 с.

52 Словарь-справочник по социальной работе / под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Юрист, 2015. – 424 с.

53 Социальная защита населения: опыт социально-административной работы / под. ред. В.С. Кукушина. – М.: ИКЦ «МарТ», 2014. – 336 с.

54 Социальная работа / под общ. ред. В.И. Курбатова. – Ростов н/Д: «Феникс», 2014. – 454 с.

55 Социальная работа: словарь - справочник / под ред. В. И. Филоненко. - М.: Контур, 2014. – 480 с.

56 Социальная энциклопедия / под ред. А.П. Горкин, Г.Н. Карелова, Е.Д. Катульский и др. – М.: Большая Российская энциклопедия, 2014. – 438 с.

57 Социальное положение в мире (сравнительный анализ развитых стран и государств СНГ). – М.: РАН, 2012. – 42 с.

58 Стяжкина Т.А. Льготы-2016: Сборник нормативных документов / Т.А. Стяжкина. – М.: Изд-во «Экзамен», 2014. – 544 с.

59 Теория и методика социальной работы / под ред. П.Д. Павленко. – М.: ГАСБУ, 2013. – 256 с.

60 Теория и методика социальной работы / под. ред. И.Г. Зайнышева. – М.: Союз, 2014. – 240 с.

- 61 Теория и практика социальной работы: проблемы, прогнозы, технологии / отв. ред. Е.И. Холостова. – М.: РГСИ, 2014. – 380 с.
- 62 Теория социальной работы / под ред. Е.И. Холостовой. – М.: СОЮЗ, 2013. – 199 с.
- 63 Тетерский, С.В. Введение в социальную работу / С.В. Тетерский. – М.: Академический Проект, 2014. – 496 с.
- 64 Технологии социальной работы / Авт.-сост. Е.И. Холостова, Т.В. Шеляг, И.Г. Зайнышев и др. – М.: ИНФРА-М, 2012. – 400 с.
- 65 Ткаченко, В.С. Основы социальной медицины / В.С. Ткаченко. – М.: ИНФРА-М, 2013. – 368 с.
- 66 Фирсов, М.В. Теория социальной работы / М.В.Фирсов, Е.Г Студенова. - М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2014. – 496 с.
- 67 Холостова, Е.И. Социальная политика / Е.И. Холостова. – М.: ИНФРА-М, 2014. – 204 с.
- 68 Холостова, Е.И. Социальная реабилитация / Е.И. Холостова, Н.Ф. Дементьева. – М.: ИТК «Дашков и К», 2012. – 340 с.
- 69 Черносветов, Е.В. Прикладные методы социальной медицины. / Е.В. Черносветов. – М.: изд. ВЛАДОС – ПРЕСС, 2014. – 256 с.
- 70 Чадолинов, Н.Н. Некоторые гуманистические аспекты онкологии // Вопросы онкологии. – 2013. – №3. – С. 108.
- 71 Чернова, О.В. Уход за онкологическими больными: Серия «Медицина для вас» / О.В. Чернова. – Ростов н/Д: «Феникс», 2012. – 224 с.
- 72 *Шац, И.К.* Проблема психологической поддержки пожилых граждан / И.К. Шац. – М.: 2015 – С.180
- 73 Энциклопедия социальной работы: В 3 т. М.: Центр общечеловеческих ценностей, 2013. – С.2014
- 74 Экономика и организация медицинского страхования: Учебник. под редакцией Т.Е. Гварлиани. – Хабаровск, 2014. – 275 с.
- 75 Энциклопедия социальной работы в 3-х томах. Т 1. Перевод с англ. - М.: Центр общечеловеческих ценностей, 2014. – 480 с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### **Программа социального исследования**

*«Анализ медико-социального положения пожилых граждан»*

#### *Формулировка и обоснование проблемы*

Сегодня каждый пятый житель России – пенсионер по возрасту. Практически во всех семьях хотя бы один из членов семьи – пожилой человек. Проблемы людей третьего поколения можно считать всеобщими. Пожилые люди нуждаются в повышенном внимании общества и государства, и представляют собой специфический объект социальной работы. В России около 23% населения являются пожилыми и старыми людьми, и тенденции увеличения части пожилых людей в общей массе населения сохраняются, становится очевидным, что проблема социальной работы с пожилыми людьми имеет общегосударственное значение.

В отечественной социально-правовой, психофизиологической и социологической научной литературе граждане пожилого возраста обычно рассматриваются как большая общественная, социальная или особая социально-демографическая группа, причем иногда эти определения объединяются.

Процесс старения связан с изменениями, происходящими в организме, ведущих к ослаблению биологических и социальных функций человека, к обострению уже имеющихся или появлению у него новых, нередко весьма тяжелых заболеваний.

***Объектом исследования*** – мнение пожилых граждан.

***Предметом исследования*** является – медико-социальное положение пожилых граждан.

***Цель данного исследования*** – анализ медико-социального положения пожилых граждан в Ромненском районе.

#### ***Задачи исследования:***

1. Описать медико-социальное положение пожилых граждан в Ромненском районе.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

2. Выявить основные положительные и отрицательные моменты в работе с пожилыми людьми.

3. Выяснить удовлетворенность пожилых людей качеством оказываемых услуг.

### ***Гипотезы:***

Оптимизация медико-социальной работы с пожилыми людьми в Ромненском районе повысит уровень оказания услуги и снизит проблемы пожилых граждан.

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ

***Пожилые люди*** – генерация лиц старшего возраста, в которой в соответствии с классификацией ВОЗ ООН, выделяют 4 группы: 1) собственно пожилые (55-64 года); 2) старые (65-74); 3) очень старые (75-84); 4) престарелые (85 и старше). В некоторых случаях выделяют подгруппу долгожителей (свыше 100 лет). Наряду с физическим возрастом, следует учитывать социальный возраст, функциональные, этнические и половые признаки.

***Понятие «пожилого возраста»*** – включает в себя не только биологические, но и социально-психологические характеристики. Границы пожилого возраста подвижны. Они зависят от социально-экономического развития общества, достигнутого уровня благосостояния и культуры, условий жизни людей, менталитета и традиций того или иного социума

Определить, когда наступает пожилой возраст, довольно сложно, поскольку существует множество различных индикаторов этого процесса — биологических (естественный износ организма), психологических (к какой возрастной группе человек себя относит), социальных (статус, занятость, доступ к различным ресурсам и т.п.); причём далеко не всегда они могут совпадать даже у отдельно взятого человека. В России главным признаком, объединяющим людей в группу пожилых, является не возрастной, а сугубо социальный признак - получение пенсии, как основного и постоянного источника средств су

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

ществовании. Таким образом, лицами пожилого возраста в России считаются женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет.

**Социальное обслуживание населения включает** обширную систему мер, предназначенных для граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, которую они не могут преодолеть самостоятельно; болезнь, сиротство, безнадзорность, безработица, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество, неспособность к самообслуживанию, и другие ситуации.

**Социальные проблемы пожилых людей (СППЛ)** – это специфические проблемы определенного социально-демографического слоя людей, появляющиеся в связи с выходом на пенсию и процессом старения. СППЛ – определяются состоянием здоровья, материальным положением, обеспечением занятости, а так же качеством медицинского и социального обслуживания, развитостью инфраструктуры. Одной из наиболее серьезных психологических проблем пожилых людей является испытываемое ими одиночество.

**Социальная работа** – профессиональная деятельность, связанная с применением социологических, психологических и педагогических методов и приемов для решения индивидуальных и социальных проблем.

**Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов** – представляет собой деятельность по удовлетворению потребностей указанных граждан в социальных услугах.

**Социальное обслуживание** – деятельность социальных служб, направленная на предоставление социальных услуг, осуществление социальной реабилитации и адаптации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

**Социальные услуги** – это действия по оказанию отдельным категориям граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации помощи, предусмотренной действующим законодательством.

**Социальное обслуживание включает** в себя совокупность социальных услуг (уход, организация питания, содействие в получении медицинской, пра



## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

вовою, социально-психологической и натуральных видов помощи, помощь в профессиональной подготовке, трудоустройстве, организация досуга, содействие в организации ритуальных услуг и др.), которые предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам на дому или в учреждениях социального обслуживания независимо от форм собственности

**Социальная служба** – предприятие или учреждение независимо от его ведомственной принадлежности и формы собственности, предоставляющее социальные услуги, а также граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью в области социального обслуживания населения без образования юридического лица.

**Деятельность социальных служб включает в себя:** оказание социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг, материальной помощи, социальной поддержки

**Работник социальной службы** – лицо, непосредственно предоставляющее либо организующее предоставление социальных услуг клиентам социальной службы.

**Клиент социальной службы** – гражданин, находящийся в трудной жизненной ситуации, которому, в связи с этим предоставляются социальные услуги;

**Первичная медико-санитарная помощь пожилым** – совокупность медико-социальных и санитарно-гигиенических мероприятий, осуществляемых на первичном уровне контакта отдельных лиц, семьи и групп населения со службами здравоохранения.

**Качество жизни пожилых людей** – понятие «качество жизни» обычно употребляется для характеристики того, насколько благоприятно складывается жизненная ситуация для тех или иных индивидов как членов определенной социальной группы. Существует множество показателей «качества жизни», которые условно можно разделить на две группы: объективные и субъективные.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

Критерием объективной оценки качества жизни служат существующие нормативы потребностей и интересов людей, по отношению к которым можно объективно судить о степени удовлетворения.

### ОПЕРАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ

<b>СТРУКТУРНАЯ ОПЕРАЦИОНАЛИЗАЦИЯ</b>			
<u>ОБЪЕКТЫ</u>	<u>СУБЪЕК-</u> <u>ТЫ</u>	<u>НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ</u> <u>ОБЕСПЕЧЕНИЕ</u>	<u>СОДЕРЖАНИЕ</u>
пожилые граждане	ГБУЗ АО «Ромнен- ская боль- ница»	«Об основах социального обслу- живания населения в РФ» «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и ин- валидов» «О порядке и условиях оплаты со- циальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания»	Виды, формы и методы социаль- ного обслужива- ния на дому одиноких пожи- лых граждан

<b>ФАКТОРНАЯ ОПЕРАЦИОНАЛИЗАЦИЯ</b>	
<u>СУБЪЕКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ</u>	<u>ОБЪЕКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ</u>
Семейное положение	Социально-экономическое положение
Социально-правовой статус	региона
Материальное положение	Социальная политика
Возраст	Нормативно-правовое обеспечение
Состояние здоровья	Социальная инфраструктура
Психологические характеристики	

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А

**Методы исследования:** анкетирование

**Выборка.** В Ромненском районе количество респондентов составило 123 человека (граждане пожилого возраста – мужчина старше 60 лет, женщина старше 55 лет и инвалиды).

Выборка составила 20 % граждан от общего числа обслуживаемых отделениями социального обслуживания на дому и специализированным отделением социально-медицинского обслуживания на дому (общее количество обслуживаемых – 618 человек).

**Этапы исследования:**

1. Начальный этап – выбор диагностик, определение целей задач, определение модели выборки.
2. Основной этап – проведение диагностик, обработка данных.
3. Заключительный этап – подведение итогов, составление отчета.

**База исследования:** ГБУЗ АО «Ромненская больница»

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### ОПРОСНЫЙ ЛИСТ

Настоящее исследование проводится с целью оценки качества и доступности государственной услуги «Оказание государственной услуги по организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами».

Просим Вас ответить на предложенные вопросы. Для этого следует внимательно прочитать вопрос и варианты ответов, подчеркнуть или обвести номера вариантов, с которыми Вы согласны.

Таблица Б.1 – Оценка качества и доступности услуги

<b>Показатели качества</b>		
1		Считаете ли Вы комфортными для себя условия, созданные в ходе предоставления услуги?
	1	Да
	2	Нет
	3	Затрудняюсь ответить
2		Если не считаете условия комфортабельными, то по какой причине:
	1	Не удовлетворяет размер и оснащенность помещения, в котором предоставляют государственную услугу
	2	Не организована очередь
	3	Длительное ожидание в очереди
	4	Недостаточно мест для ожидания
	5	Допускается прием граждан вне очереди
	6	Другое (укажите)
3		Удовлетворены ли Вы непосредственным взаимодействием со специалистами, участвующими в предоставлении государственной услуги?
	1	Удовлетворен
	2	Не удовлетворен
4		По каким причинам Вы не удовлетворены непосредственным взаимодействием со специалистами, участвующими в предоставлении государственной услуги?
	1	Некорректное поведение
	2	Невнимательное отношение
	3	Не получил ответов на интересующие вопросы
	4	Другое (укажите)
5.		Удовлетворены ли Вы качеством процесса предоставления и доступности государственной услуги?
	1	Да
	2	Нет

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Продолжение таблицы Б.1

6.		Приходилось ли Вам обращаться с жалобой на качество предоставления государственной услуги?
	1	Да
	2	Нет
		Если «да», то удовлетворил ли Вас результат её рассмотрения?
		Да
		Нет
7.		Приходилось ли Вам обращаться с жалобой на решение управления социальной защиты населения (комплексного центра социального обслуживания населения) или должностного лица
		Да
		Нет
8.		Если «да», то
	1	жалоба признана обоснованной
	2	жалоба признана необоснованной
9.		Что, по Вашему мнению, может повлиять на улучшение качества предоставления услуги? (укажите не более трех вариантов)
	1	Ужесточение контроля за исполнением служебных обязанностей специалистами, участвующими в предоставлении государственной услуги
	2	Повышение профессионального уровня специалистов, участвующих в предоставлении государственной услуги
	3	Внедрение новых форм предоставления государственной услуги
	4	Сокращение сроков предоставления государственной услуги
	5	Повышение комфортности предоставления государственной услуги
	7	Изменение графика и режима работы
	8	Другое (укажите)
	9	Затрудняюсь ответить
<b>Показатели доступности</b>		
10		Располагаете ли Вы достаточной информацией о предоставляемой государственной услуге?
	1	Нет
	2	Да
11		Из каких источников Вы получили наиболее полную информацию о порядке предоставления государственной услуги (укажите не более трех вариантов ответов):
	1	Официальный сайт министерства
	2	Информационные стенды
	3	Личная беседа со специалистами, участвующими в предоставлении государственной услуги
	4	Телефонный разговор со специалистами, участвующими в предоставлении государственной услуги
	5	Раздаточные информационные материалы
	6	Нормативно-правовые базы данных

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Продолжение таблицы Б.1

	7	Интернет-портал государственных услуг
	8	СМИ (газеты, радио, телевидение)
	9	Друзья, знакомые
	10	Другое (укажите)
12		Удовлетворены ли Вы качеством информации о порядке предоставления государственной услуги?
	1	Да
	2	Нет
13		Знали ли Вы предварительно, куда и с какими документами необходимо было обратиться для получения государственной услуги?
	1	Да.
	2	Нет
14		Приходилось ли Вам при подаче документов для предоставления государственной услуги ожидать приема к специалисту в очереди
	1.	10 мин.
	2.	30 мин.
	3.	более 30 мин.
15		Приходилось ли Вам повторно обращаться в управление социальной защиты населения (комплексный центр социального обслуживания населения) по одному и тому же вопросу?
	1	Нет
	2	Да, один раз
	3	Два раза и более
16		По каким причинам Вам приходилось повторно обращаться?
	1	Получение дополнительной информации
	2	Предоставление дополнительных документов
	3	Не успел решить все вопросы в течение рабочего дня (приема)
	4	Другое (укажите)
17		Соблюдались ли сроки предоставления государственной услуги?
		Да
		Нет
18		При обращении за получением государственной услуги, сдали ли Вы необходимые документы с первого раза?
	1	Да
	2	Нет
19		Основные задачи учреждения по организации медико-социальной работы
20		Основные формы и методы организации медико-социальной работы

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

Продолжение таблицы Б.1

21		Проблемы организации медико-социальной работы
22		Рекомендации по организации медико-социальной работы

Благодарим Вас за участие в исследовании!

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### *Программа социологического исследования*

#### *«Анализ медико-социального положения с пожилыми гражданами ГБУЗ АО «Ромненская больница»*

Медико-социальная работа с пожилыми гражданами рассматривается и как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья в том числе и лиц пожилого возраста.

Она принципиально меняет существующий подход к охране здоровья, так как предполагает системное медико-социальное воздействие на более ранних этапах развития болезненных процессов, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу. Таким образом, медико-социальная работа с пожилыми гражданами приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность, что имеет особое значение для пожилых. Целью медико-социальной работы с пожилыми гражданами является достижение оптимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц пожилого возраста, лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием. Объектом медико-социальной работы являются различные контингенты лиц, в том числе и пожилые, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые тесно взаимосвязаны и их решение затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и недостаточно эффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем.

*Объект исследования* – сотрудники, осуществляющие медико-социальную работу с пожилыми гражданами.

*Предмет исследования* – медико-социальная работа с пожилыми гражда



## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

нами.

*Цель исследования* – проанализировать качество предоставления государственной услуги по медико-социальной работе с пожилыми гражданами в ГБУЗ АО «Ромненская больница».

*Задачи исследования:*

1. Изучить деятельность ГБУЗ АО «Ромненская больница».
2. Составить социальный портрет пожилого человека, обслуживаемого в отделении ГБУЗ АО «Ромненская больница».
3. Выявить проблемы организации медико-социальной работы в ГБУЗ АО «Ромненская больница».
4. Выявить мнение респондентов о качестве предоставления государственной услуги из числа граждан пожилого возраста, обслуживаемых в ГБУЗ АО «Ромненская больница».
5. Разработать предложения по повышению эффективности организации медико-социальной работы в ГБУЗ АО «Ромненская больница».

*Интерпретация основных понятий*

*Понятие «пожилого возраста»* – включает в себя не только биологические, но и социально-психологические характеристики. Границы пожилого возраста подвижны. Они зависят от социально-экономического развития общества, достигнутого уровня благосостояния и культуры, условий жизни людей, менталитета и традиций того или иного социума. Определить, когда наступает пожилой возраст, довольно сложно, поскольку существует множество различных индикаторов этого процесса – биологических (естественный износ организма), психологических (к какой возрастной группе человек себя относит), социальных (статус, занятость, доступ к различным ресурсам и т.п.); причём далеко не всегда они могут совпадать даже у отдельно взятого человека. В России главным признаком, объединяющим людей в группу пожилых, является не возрастная, а сугубо социальный признак – получение пенсии, как основного и по

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

стоянного источника средств существования. Таким образом, лицами пожилого возраста в России считаются женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет.

*Социальное обслуживание населения включает* обширную систему мер, предназначенных для граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, которую они не могут преодолеть самостоятельно; болезнь, сиротство, безнадзорность, безработица, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество, неспособность к самообслуживанию, и другие ситуации.

*Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов –* представляет собой деятельность по удовлетворению потребностей указанных граждан в социальных услугах.

*Социальное обслуживание –* деятельность социальных служб, направленная на предоставление социальных услуг, осуществление социальной реабилитации и адаптации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации.

*Социальное обслуживание включает* в себя совокупность социальных услуг (уход, организация питания, содействие в получении медицинской, правовой, социально-психологической и натуральных видов помощи, помощь в профессиональной подготовке, трудоустройстве, организация досуга, содействие в организации ритуальных услуг и др.), которые предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам на дому или в учреждениях социального обслуживания независимо от форм собственности

*Социальная служба –* предприятие или учреждение независимо от его ведомственной принадлежности и формы собственности, предоставляющее социальные услуги, а также граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью в области социального обслуживания населения без образования юридического лица.

*Деятельность социальных служб включает в себя:* оказание социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально пра

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

вовых услуг, материальной помощи, социальной поддержки

*Работник социальной службы* – лицо, непосредственно предоставляющее либо организующее предоставление социальных услуг клиентам социальной службы.

*Клиент социальной службы* – гражданин, находящийся в трудной жизненной ситуации, которому, в связи с этим предоставляются социальные услуги;

*Трудная жизненная ситуация* – ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина по причине инвалидности, неспособности к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом или болезнью, безработицы, сиротства, одиночества, безнадзорности, малообеспеченности, конфликтов и жестокого обращения в семье, нарушение законных прав и интересов, отсутствие определённого места жительства и т. д., которую он не может преодолеть самостоятельно.

*Социальная помощь* – система социальных мер в виде содействия, поддержки и услуг, оказываемым отдельным лицам или группам населения социальной службой для преодоления или смягчения жизненных трудностей, поддержания их социального статуса и полноценной жизнедеятельности, адаптации в обществе.

*Социальная услуга* – действия социальной службы, заключающиеся в оказании социальной помощи клиенту для преодоления им трудной жизненной ситуации.

*Социальная адаптация* – система мероприятий, направленных на приспособления гражданина, находящегося в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, окружающей его среде жизнедеятельности.

*Гипотеза исследования* – численность граждан пожилого возраста будет оставаться стабильно высокой, следовательно, будет сохраняться необходи-

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

мость организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами. Деятельность ГБУЗ АО «Ромненская больница» является достаточно эффективной, однако основной проблемой организации медико-социальной работы является качество предоставляемых услуг, что приводит к необходимости оптимизации деятельности.

### *Факторная операционализация*



Рисунок В.1 – Схема факторной операционализации

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

*Структурная операционализация*

СИРУКТУРНАЯ ОПЕРАЦИОНАЛИЗАЦИЯ			
<u>ОБЪЕКТЫ</u>	<u>СУБЪЕКТЫ</u>	<u>НОРМАТИВНО– ПРАВО- ВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ</u>	<u>СОДЕРЖАНИЕ</u>
Пожилые граждане	ГБУЗ АО «Ромненская больница»	«Об основах социального обслуживания населения в РФ»  «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»  «О порядке и условиях оплаты социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания»	Виды, формы и методы организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами

Рисунок В.2 – Схема структурной операционализации

Выборочная совокупность формировалась из числа сотрудников, осуществляющих медико-социальную работу с пожилыми людьми в ГБУЗ АО «Ромненская больница» в количестве 20 человек.

Сроки исследования: 06.09.2016 – 08.11.2016 гг.

*Метод исследования* – экспертный опрос.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ В

Таблица В.3 – Стратегический план исследования

№	Наименование мероприятия по исследованию	Сроки исследования
1	Анализ статистических данных о динамике численности граждан пожилого возраста, обслуживаемых отделениями ГБУЗ АО «Ромненская больница»	01.09.-10.09.2016
2	Анализ материалов с эмпирическими исследованиями проблем социального обслуживания пожилых людей.	11.09.-29.09.2016
3	Анализ о состоянии и специфике системы организации медико-социальной работы в ГБУЗ АО «Ромненская больница» с пожилыми людьми	01.10-14.10.2016

*База проведения данного исследования – ГБУЗ АО «Ромненская больница».*

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

*Анкета*

*Экспертный опрос!*

*Амурский Государственный университет проводит исследование социальной работы с пожилыми людьми.*

*В связи с этим просим Вас принять участие в данном опросе.*

*Заранее благодарим, спасибо за сотрудничество!*

1. Как часто к Вам обращаются за помощью пожилые граждане?  
\_\_\_\_\_
2. Что побуждает пожилых людей обращаться за помощью?
  - а) желание получить материальную помощь
  - б) желание пообщаться с социальными работниками, которые внимательно относятся к нуждам клиентов
  - в) потребность в консультации
  - г) одиночество, болезни
  - д) желание получить социально-бытовую, социально-медицинскую помощь
  - е) желание пообщаться со сверстниками, культурно провести время
3. В какой мере потребность пожилого человека в социальных услугах удовлетворяется работниками социальных служб?
  - а) в полной мере удовлетворяется
  - б) частично удовлетворяется
  - в) не удовлетворяется
4. Какие основные функции выполняет учреждение?  
\_\_\_\_\_
5. В каких направлениях ведется социальная работа с пожилыми людьми?  
\_\_\_\_\_
6. Проводятся ли досуговые мероприятия для пожилых людей, какие?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

7. Какая работа проводится в рамках межведомственного взаимодействия по оказанию помощи пожилым людям?

---

8. Что на Ваш взгляд способствует оптимальному взаимодействию с пожилыми людьми? \_\_\_\_\_

9. Какие из указанных направлений считаются наиболее важными, приоритетными?

---

10. Какие формы работы используются для оказания помощи пожилым гражданам? \_\_\_\_\_

11. Какие недостатки в организации социальной работы с пожилыми людьми Вы видите?

---

12. Ваши предложения по усовершенствованию системы социального обслуживания пожилых людей?

---

13. Дополнительная информация

---

---

14. Ваш пол:

1 мужской

2 женский

15. Ваш возраст: \_\_\_\_\_

16. Ваше образование \_\_\_\_\_

17. Стаж работы \_\_\_\_\_

Спасибо!



## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### *Рекомендации по внедрению Патронажной службы*

#### *1 Общие положения*

Патронажная служба (далее Служба) создается с целью социально-медицинского ухода за престарелыми (пожилыми) людьми. Высококвалифицированные сиделки патронажной службы ежедневно осуществляют патронажный и медицинский уход за больными, послеоперационными и престарелыми, малоподвижными людьми на дому и в стационарах города.

Патронажная служба может быть создана при комплексном центре социального обслуживания населения, региональной общественной организации и других некоммерческих организациях.

Патронажная служба создается и развивается как юридическое лицо или его часть. Патронажная служба – может быть обособленным подразделением. Как юридическая организация, сестричество имеет Устав, бланк, штамп, печать со своим наименованием и действует в соответствии с законодательством.

Патронажная служба работает на основании государственной лицензии на право осуществления медицинской деятельности в городе Благовещенске. Эта медицинская деятельность, согласно лицензии, включает: первичную (доврачебную) медико-санитарную помощь, доврачебную медицинскую помощь, медицинский патронаж взрослых, медицинский патронаж детей.

Работу патронажной службы можно организовать и без лицензии. Если службы оказывают социально-бытовые и санитарно-гигиенические услуги, лицензия на которые не требуется, а профессиональную медицинскую работу выполняют дипломированные медицинские сестры, работающие в них по договору подряда.

*Принципами работы специалистов Патронажной службы являются:*

- комплексность ухода за больными и престарелыми людьми;
- квалифицированное медицинское обслуживание;
- профессионализм;

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

- добросовестное отношение;
- уважение;
- отзывчивость;
- толерантность;
- гуманность;
- честность;

Гарантируется конфиденциальность информации о клиенте. Потому что наша первоочередная задача — не только предоставление услуги, но и обеспечение спокойствия и безопасности клиентов.

*В работе патронажной службы можно выделить несколько направлений:*

1. Больные, требующие профессионального, часто круглосуточного сестринского ухода с наибольшей почасовой занятостью сестер. Помощь данной категории больных оказывается с использованием индивидуальных постов сестринского ухода на дому и в больницах. Для обеспечения одного такого поста необходимо 5 ставок сестер, причем профессиональных дипломированных медсестер или младших медицинских сестер по уходу за больными.

2. Инвалиды, требующие медико-социальной помощи на дому. Эта помощь оказывается с привлечением студентов училища сестер милосердия и добровольцев.

### *2 Механизм работы:*

Все просьбы по уходу от больных, родственников, сочувствующих и других доверенных и заинтересованных лиц поступают непосредственно к руководителю службы - старшей сестре. Просьбы записываются в журнал, и начинается работа по подбору исполнителей из числа штатных сестер. В рамках проделанной работы составляются отчеты, контролируются вызовы, качество и своевременность оказанных услуг. При организации работы между Патронажной службой в лице директора учреждения на базе которого создана служба и клиентом, либо его представителем заключаются Договор об оказании возмезд

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

ных услуг. Соблюдается строгий учет, обязательная запись, контроль выполнения, строгое архивное хранение информации, создание базы данных.

Просьбы принимаются от родственников, попечителей или иных ответственных за больных лиц. На каждого принятого больного заводится документация. Первичным документом является Карта общей информации. Следует обращать внимание на важность указанной в ней информации.

### *Бригадный метод работы*

Патронаж осуществляется либо индивидуально - "сестра-больной", либо группой - старшая сестра и группа, бригада.

Наиболее эффективный метод работы - работа группой. Оптимальный размер группы - 5-11 человек, но возможна группа даже из 3-х человек, которые взаимодействуют для достижения общей цели. Работа в группе (бригаде) дает сестрам чувство принадлежности единому делу, взаимопомощь, защищенность, общение, а также создает возможность работы по индивидуальному гибкому графику, согласованному с руководителем с учетом занятости сестры в других местах (учеба, семья, другая работа).

В бригаде обязательно должна быть старшая сестра, которая организует работу бригады, составляет график работы, помогает группе в достижении ее целей.

Периодически бригада в полном составе с участием врача и старшей сестры собирается для того, чтобы выявить проблемы работы на своем посту, выслушать предложения и наметить решения. В результате встреч принимается новый план ведения больного, разрешаются конфликтные ситуации между сестрами, определяются конкретные темы для занятий с сестрами. Для больного, требующего продолжительного по времени ухода, иногда в течение 5 -7 и более лет, такая группа сможет не только обеспечить бесперебойный уход, но и даст больному человеку широкий круг общения с людьми разного профессиональ

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

ного уровня, интеллекта, образования, кругозора, душевных и духовных качеств.

*Предоставляемые услуги включают:*

Медицинский патронаж:

выполнение всех предписаний лечащего врача;

внутримышечные инъекции, внутривенные инъекции и постановка внутривенной капельной системы;

контроль за приемом других медицинских препаратов;

измерение температуры и артериального давления;

гигиенические процедуры для больного, купание;

качественная обработка ран и пролежней, и их профилактика;

приготовление и кормление больного, согласно диетическому предписанию;

смена нательного и постельного белья подопечного;

профессиональное обслуживание моче- и калоприёмников;

санитарная обработка комнаты больного и предметов ухода за больным;

сопровождение на прогулку больных, пользующихся инвалидной коляской.

*Доврачебная медицинская помощь:*

вызов врача,

сопровождение в стационар (из стационара).

*Уход за больными осуществляется в следующих направлениях:*

- терапия (уход за больными с различными заболеваниями общетерапевтического профиля, с инфарктом, пневмонией)

- хирургия (профилактика послеоперационных пневмоний и пролежней, уход за больными после оперативных вмешательств)

- неврология (рассеянный склероз, паралич, уход за больными с острым нарушением мозгового кровообращения)

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

- травматология и ортопедия (уход за больными с переломом шейки бедра, уход за больными после хирургических вмешательств)

- уход за людьми преклонного возраста на дому (патронаж на дому, с элементами ведения домашнего хозяйства)

Патронажная служба «ЗАБОТА» имеет большой штат квалифицированных специалистов. Доверяя своего близкого человека нашим грамотным, заботливым медсестрам, вы можете не сомневаться, что ему будет оказано качественное медицинское обслуживание.

Заказы на услуги по уходу за больными и вызов сиделки или медсестры принимаются ежедневно (в том числе в выходные и праздничные дни)

### *3 Состав Патронажной службы.*

В состав Патронажной службы входят квалифицированные патронажные медицинские сестры, сиделки, имеющие среднее специальное, либо высшее образование, стаж работы не менее трех лет в стационаре, постоянно находящаяся около больного может вовремя заметить ухудшение состояния пациента и вовремя «забить тревогу».

### *4 Обязанности сиделки:*

1.Находиться около больного во все время своего дежурства  
2.Медицинская сестра выполняет назначения врачей, касающиеся ухода за больным

3.При ухудшении в состоянии больного медицинская сестра сообщает врачам или родственникам больного

4.Медицинская сестра выполняет следующие услуги по уходу за больным:

4.1.Кормит больного приготовленной пищей, число кормлений определяется персоналом лечебного учреждения или родственниками больного

4.2.При необходимости готовит пищу для больного, из продуктов предоставленных Заказчиком

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

4.3. По назначению врача проводит комплекс дыхательной гимнастики, элементов массажа и лечебной физкультуры, направленный на профилактику гипостатических пневмоний, трофических нарушений

4.4. Проводит комплекс мероприятий, направленных на обработку и профилактику пролежней

4.5. В перечень услуг сиделки входит содержание в чистоте место нахождения больного

4.6. Слежение за катетерами

4.7. Контроль за своевременным приемом назначенных врачом лекарств

4.8. Подать судно или сопроводить больного в туалет

4.9. Помощь в принятии ванны

5. По назначению лечащего врача выполняет медицинские манипуляции (в/в, в/м инъекции, в/в вливания, очистительные клизмы, промывание мочевого катетера, перевязки.)

6. Основанием для проведения медицинских манипуляций, связанных с введением лекарственных веществ являются письменные указания врача, оформленные надлежащим образом: (история болезни, карта амбулаторного больного, рецепт, выписка из истории болезни и т.д.)

8. Все расходные материалы, необходимые для ухода за больным и проведения медицинских манипуляций обеспечиваются Заказчиком.

*Питание сиделки.* Сиделка будет питаться вместе с больным человеком. Обычно, сиделка покупает продукты в магазинах и на рынке, на деньги, которые получает от клиента, готовит еду больному человеку, завтракает, обедает и ужинает вместе с ним.

*Основными параметрами оценки эффективности работы медицинской сестры являются:* отсутствие жалоб и замечаний со стороны клиентов и руководства; своевременность и надлежащее качество при выполнении работы; отсутствие осложнений после медицинских манипуляций. В случае

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

ненадлежащего исполнения либо неисполнение обусловленных трудовым договором обязанностей согласно положениям нового Трудового кодекса РФ.

### *Список обязанностей сиделки с проживанием:*

Больные бывают очень разные со своими болезнями, характерами, индивидуальными сложностями. Поэтому очень трудно составить общий список обязанностей сиделки с проживанием, который подходил бы для всех больных без исключения. Кроме того, тяжесть и характер протекания заболевания может меняться со временем. Ответственная сиделка должна не формально подходить к своим обязанностям, но стараться сделать все в ее силах, чтобы помочь больному человеку.

Тем не менее, в договоре прописывается приведенный ниже перечень обязанностей сиделки, который устраивает почти всех клиентов.

- 1 Смена постельного и нательного белья больного.
- 2 Помощь Больному в принятии пищи.
- 3 Несложная уборка помещения.
- 4 Приготовление пищи.
- 5 Приобретение продуктов питания и лекарств на деньги, выданные Клиентом.
- 6 Отслеживание своевременного приема лекарств Больным.
- 7 Помощь Больному в отпавлении естественных потребностей.
- 8 Помощь Больному в совершении гигиенических процедур.
- 9 Контроль за состоянием больного
- 10 Проветривание помещения.
- 11 Обработка пролежней (Как обрабатываются пролежни?)
- 12 Стирка одежды больного в стиральной машине

Каждая сиделка службы будет заботливо ухаживать за больными и престарелыми людьми.

В рамках деятельности патронажной службы должна работать бригада

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

быстрого реагирования — для разовых выездов к тяжелым больным, требующим срочной сестринской помощи или консультации для родственников по уходу за ними.

### *Оплата услуг сиделки:*

Заработная плата сиделки производится из средств областного бюджета, либо в рамках реализации долгосрочных целевых программ, устанавливается в соответствии с графиком почасовой оплаты и зависит от того, какие трудности могут возникнуть в процессе ухода за больным человеком.



## ПРИЛОЖЕНИЕ Е

### Договор на оказание услуг

г. Благовещенск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(наименование организации или Ф.И.О. физического лица),  
именуемое в дальнейшем «Заказчик» и \_\_\_\_\_, в лице Генерального директора \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», заключили  
настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. Предмет договора

1.1. По договору возмездного оказания услуг Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать услуги, указанные в п. 1.2. настоящего договора, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Исполнитель обязуется оказать следующие услуги:

1.2.1. Обеспечить уход за больным

Находящимся по адресу: \_\_\_\_\_

включительно в следующее время: с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

1.2.2. Уход осуществляется квалифицированным персоналом Исполнителя. Гарантируется профессионализм, доброжелательность и честность сотрудников Исполнителя.

1.2.3. Гарантируется выполнение следующих процедур по уходу: гигиена тела, перестилание постельных принадлежностей, подача судна, подмывание, кормление, подача лекарств по назначению врача, обработка и профилактика несложных пролежней, измерение температуры тела, арт. давл., легкое приготовление пищи, поддержание санитарно-гигиенических норм помещения в комнате больного.

1.2.4. Дополнительные услуги:

(перечисление услуг, именуемых в дальнейшем «Услуги»)

1.3. Срок оказания услуг по настоящему договору с момента его заключения по \_\_\_\_\_.

1.4. График оказания услуг персоналом Исполнителя: Уход осуществляется круглосуточно.

1.5. Услуги считаются оказанными после подписания акта приема-сдачи услуг Заказчиком или его уполномоченным представителем.

1.6. Исполнитель гарантирует, что имеет все полномочия заключить настоящий договор и выполнить взятые на себя обязательства по договору. Исполнитель совершил все действия и выполнил все формальности, необходимые в соответствии с законодательством Российской Федерации для заключения настоящего договора. При заключении настоящего договора Исполнитель не нарушает каких-либо положений и норм законодательства Российской Федерации.

#### 2. Права и обязанности сторон

**2.1. Исполнитель обязан (Персонал Исполнителя, привлеченный к уходу за больным):**

2.1.1. Оказать услуги с надлежащим качеством.

2.1.2. Оказать услуги в полном объеме и в строгом соответствии с графиком дежурства, указанным в п. 1.4. настоящего договора.

2.1.3. Сотрудник Исполнителя обязан иметь опрятный вид.

2.1.4. Соблюдать правила хорошего тона: быть вежливым, корректным и предупредительным.

2.1.5. Неотлучно находиться у постели больного, а также сопровождать больного на прогулках, перемещениях по помещению и т.п.

2.1.6. При ухудшении состояния больного срочно вызвать лечащего врача, «скорую помощь» и проинформировать Заказчика, родственников больного.

2.1.7. Исполнитель гарантирует своевременную замену одного сотрудника на другого, не нарушая при этом графика ухода за больным, по мере необходимости (по первому требованию Заказчика; при невозможности выхода сотрудника на работу; при несовместимости сотрудника Исполнителя с больным, при некачественном исполнении сотрудником Исполнителя своих обязанностей, а также в иных случаях).

2.1.8. По требованию Заказчика Исполнитель обязан предоставить данные о сотруднике, непосредственно оказывающего услуги по настоящему договору, включая сведения о квалификации, паспортные данные, место постоянного проживания.

2.1.9. В случае, если досрочное расторжение договора происходит по вине Исполнителя, а также в случае некачественного оказания услуг по настоящему договору, Исполнитель обязуется выплатить Заказчику всю сумму за невыполненные по договору услуги в течение десяти рабочих дней.

**2.2. Заказчик обязан:**

2.2.1. Оплатить услуги по цене, указанной в п.3.1. настоящего договора (если до больного кроме метро нужно добираться другим общественным транспортом, то этот проезд оплачивается клиентом отдельно непосредственно сотруднику Исполнителя).

2.2.2. Для нормального оказания услуг сотрудниками Исполнителя Заказчик обязан создать безопасные условия оказания услуг и предоставить место, соответствующее санитарным нормам.

2.2.3. Заказчик обязан относиться к сотруднику Исполнителя с должным уважением и не ущемлять его гражданских прав.

2.2.4. В случае, если досрочное расторжение договора происходит по независящим от Исполнителя обстоятельствам, Исполнитель обязуется вернуть Заказчику в течение десяти рабочих дней сумму, соответствующую объему невыполненных работ, за вычетом 20%.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

2.3.1. Во всякое время проверять ход и качество оказываемых услуг Исполнителем.

2.3.2. Заказчик имеет право на замену сотрудника Исполнителя на другого в случае несовместимости с больным или некачественного исполнения сотрудником Исполнителя своих обязанностей, а также в иных случаях.

### 2.4. Заказчик не имеет права:

2.4.1. Заказчик не имеет права скрывать от Исполнителя истинный диагноз больного (психиатрия, неадекватность в поведении, инфекционные заболевания, тяжесть веса и т.д.)

В случае несоответствия данных о больном Исполнитель имеет право приостановить заказ в течение 1-го дня, предупредив об этом Заказчика или путем переговоров сторон изменить стоимость заказа на услуги в зависимости от сложности заболевания.

### 3. Цена договора и порядок расчетов

3.1. Стоимость оказания услуг по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_.

3.2. Расчет и порядок оплаты стоимости услуг по настоящему договору осуществляется следующим образом:

3.2.1. Предварительный расчет стоимости услуг производится при заключении настоящего Договора, а в последующем:

Стоимость суток умножается на количество суток, определяемое Заказчиком и необходимое для оказания услуг по уходу за больным (но не менее пяти).

3.2.2. При заключении договора на основании предварительного расчета Заказчик предварительно оплачивает стоимость услуг за расчетный период на основании счета Исполнителя, либо по выписанному приходно-кассовому ордеру.

3.2.3. По окончании каждого расчетного периода стороны подписывают Акт приема-сдачи услуг, в котором указывается количество времени (суток) фактически оказанных услуг Исполнителем за истекший период.

3.2.4. На основании Акта приема-сдачи услуг фактически оказанных услуг и Предварительного расчета на предстоящий период оказания услуг определяется сумма, которую Исполнитель обязан вернуть или зачесть (зачет осуществляется по согласованию с Заказчиком) в счет предстоящих платежей Заказчику (при фактически меньшем количестве времени оказания услуг по сравнению с количеством, которое было предварительно оплачено Заказчиком), либо которую Заказчик обязан доплатить (при фактически большем количестве времени оказания услуг по сравнению с количеством, которое было предварительно оплачено Заказчиком).

3.2.5. Все расчеты между сторонами осуществляются в течение 5 (пяти) рабочих дней:

- по оплате сумм Исполнителю - с момента получения Заказчиком счета;

- по возврату сумм Заказчику - с момента предъявления письменного требования Заказчика,

путем перечисления средств на расчетный счет соответствующей стороны, указанный в настоящем договоре, либо в кассу Исполнителя, либо наличными денежными средствами Заказчику.

### 4. Ответственность сторон

4.1. Исполнитель несет полную ответственность за работу и действия и/или бездействия своих сотрудников, в том числе, но, не ограничиваясь, за возможные последствия для здоровья (физического, психического) больного от влияния процедур, проведенных и/или не проведенных сотрудниками Исполнителя.

4.2. Меры ответственности сторон, не предусмотренные в настоящем договоре, применяются в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территории России.

### 5. Порядок разрешения споров

5.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между сторонами.

5.2. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров, стороны после реализации предусмотренной законодательной процедуры досудебного урегулирования разногласий, передают их на рассмотрение в суд.

### 6. Заключительные положения

6.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон. Приложения к настоящему договору составляют его неотъемлемую часть.

6.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах на русском языке. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

### 7. Адреса и банковские реквизиты сторон

Заказчик	
Ф.И.О. _____	Юр. Адрес: _____
_____	Факт. адрес: _____
Адрес: _____	_____
_____	БИК: _____
Тел. _____	Тел.: _____
Подпись _____	Генеральный директор _____
	Главный бухгалтер _____

## ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Таблица Д.1 – План мероприятий по организации медико-социальной работы с пожилыми гражданами

Наименование мероприятий	Ответственные	Сроки проведения
<b>1. Организация медицинского обслуживания пожилых граждан</b>		
<p>1.1 Провести диспансеризацию граждан пожилого возраста путем систематической и своевременной диагностики, лечения заболеваний.</p> <p>1.2 Выявить проблемы медицинского характера и поставить на контроль в центральных районных больницах.</p> <p>1.3 При выявлении заболеваний, требующих госпитализацию пожилого человека, организовать помещение больного в стационар для обследования и лечения.</p> <p>1.4 Организовать регулярные выезды и консультирование пожилых граждан узкими специалистами центральных районных больниц.</p> <p>1.5 Систематически организовать проведение подомовых обходов медицинскими работниками по группам: ветераны великой отечественной войны, ветеранов труда, инвалиды, реабилитированные граждане.</p> <p>1.6 В рамках обеспечения доступности лекарственных препаратов - организовать розничную торговлю лекарственными препаратами на фельдшерско-акушерских пунктах.</p> <p>1.7 Организовать доставку лекарственных препаратов на дом.</p> <p>1.7 Провести профилактическую работу включающую курс лекционных занятий по предупреждению заболеваний и здоровому образу жизни.</p> <p>1.8 На базе отделения дневного пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов провести оздоровительные мероприятия.</p>	<p>ГБУЗ АО «Ромненская больница».</p>	<p>в течение года</p>
<b>2. Предоставление услуг социального обслуживания пожилых граждан на дому</b>		
<p>2.1 Выявить и поставить на учет пожилых граждан нуждающихся в социальном обслуживании на дому.</p> <p>2.2 Обеспечить психологическое сопровождение пожилых граждан, путем оказания психологической помощи, направленной на облегченное прохождение личностью «кризиса старости».</p> <p>2.2 Организовать социально-правовую поддержку пожилых граждан, включающую помощь в оформлении документов на субсидию, льготы, санаторно-курортное обслуживание, установление региональной социальной доплаты, в дома – интернаты.</p>	<p>КЦСОН, УСЗН</p>	<p>в течение года</p>

<p>2.3 Создать и организовать работу Межведомственной комиссии, занимающейся обследованием жилищно-бытовых условий, нуждающихся в капитальном или частичном ремонте дома/квартиры. Составить акт обследования жилищно-бытовых условий проживания ветеранов войны. Оказать нуждающимся пожилым гражданам единовременную адресную помощь.</p> <p>2.4 Проводить периодические консультации пожилых граждан по предоставлению санаторно-курортного лечения.</p> <p>2.5 Организовать социально-бытовую помощь, в том числе: уборка урожая на приусадебных участках, заготовка овощей, уборка придворовых территорий, вывоза топлива.</p> <p>2.6 Оказать натуральную помощь (одежда, обувь, продукты) нуждающимся гражданам пожилого возраста.</p>		
<p><b>3. Организация культурно-досуговых мероприятий для граждан пожилого возраста</b></p> <p>3.1 Организация музейного обслуживания граждан пожилого возраста</p> <p>3.2 Предоставление пригласительных билетов на сдачи премьерных спектаклей, организация просмотра спектаклей по льготным ценам</p> <p>3.3 Развитие и совершенствование "Университета третьего возраста"</p> <p>3.4 Проведение ко Дню пожилого человека ежегодных ярмарок-распродаж продукции, выпускаемой в мастерских производственного обучения</p> <p>3.5 Предоставление помещений спортивных залов образовательных учреждений для занятий групп здоровья пожилых людей</p> <p>3.6 "Компьютерные классы для пожилых". Предоставление образовательными учреждениями области кабинетов информатики и мастерских производственного обучения по профессии "оператор ЭВМ" для обучения работе на компьютере групп пожилых людей</p> <p>3.7 Организация и проведение мастер-классов для лиц пожилого возраста на базе учреждений начального профессионального образования, осуществляющих обучение по профессии "Повар, кондитер"</p> <p>3.8 Проведение областной комплексной спартакиады пожилых людей (по 6 видам спорта: шахматы, шашки, настольный теннис, стрельба из пневматической винтовки, городошный спорт, легкоатлетическая эстафета)</p>	<p>КЦСОН, общественные организации</p>	<p>в течение года</p>
<p><b>4. Профессиональная подготовка и переподготовка кадров</b></p> <p>Подготовка и повышение квалификации работников. Организация мероприятий по обмену опытом по нововведениям в работе по обслуживанию одиноких граждан</p>	<p>ГБУЗ АО «Ромненская больница».</p>	<p>в течение года</p>

## ПРИЛОЖЕНИЕ И

### *Рекомендации специалистам по социальному обслуживанию граждан пожилого возраста*

- Слушать клиента и задавать вопросы;
- Проявлять сочувствие, искренность, теплоту, доверие и оказывать поддержку;
- Проявлять выдержку, понимание проблемы и ситуации;
- Деликатность, чувство такта;
- Быть коммуникабельным, контактным, уметь “разговорить” клиента, совместно определить пути решения проблемы;
- Быть нужным, интересным для окружающих, направляя на это свои личностные возможности, эрудицию, опыт; быть посредником, связующим звеном между клиентом и его окружением;
- Быть неформальным в работе с клиентом, выполнять роль советчика, помощника клиента в решении им собственных проблем, строить взаимоотношения на основе диалога;
- Всегда исходить из позиции гуманизма и милосердия, не осуждать и не упрекать клиента, уважать его достоинство, предупреждать возможности негуманного поведения по отношению к личности или группе людей;
- Защищать от физического или душевного дискомфорта, расстройства, опасности, унижения;
- Находить себе помощников в работе;
- Информировать пожилых людей о доступности социальных служб.
- Соблюдать высокие нравственные стандарты своего поведения, исключая любые уловки, ведения кого-либо в заблуждение, нечестные действия, всегда действовать исключительно в интересах клиента;
- Вести работу только в рамках своей компетентности, нести персональную ответственность за качество своей работы;
- Защищать чистоту профессии, уважать и доверять коллегам в ходе про

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ И

фессиональных взаимоотношений и взаимодействия, выступать против неэтичного поведения любого из своих коллег;

- Не использовать свои профессиональные отношения в личных целях, уважать и не разглашать тайну, доверенную вам;

- Стремиться к постоянному повышению профессиональных знаний, мастерства, уровня квалификации как специалиста в области социальной работы.

## ПРИЛОЖЕНИЕ К

### Социальный проект «Спортивное долголетие»

Исполнитель

студент группы 361-сб

Н.Н. Гусева

Заказчик

ГБУЗ АО «Ромненская  
больница»

Исполнитель

ГБУЗ АО «Ромненская  
больница»

Благовещенск 2017



## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ И

### Актуальность проекта

В связи с социальным и медицинским прогрессом, повышением качества жизни численность людей пожилого возраста с каждым годом растёт. Процесс старения населения обуславливает необходимость принятия комплекса мер, направленных на улучшение положения пожилых людей. Изменения проходят целенаправленно по трем основным направлениям: совершенствование системы социального обслуживания, поддержание здоровья и активного долголетия, предоставление достойного пенсионного обеспечения.

Известно, что движение имеет большое значение в развитии человека с первых минут жизни. Это необходимый фактор развития физических и психофизиологических качеств организма на протяжении всей жизни. Движение является важнейшим естественно биологическим стимулятором организма, который в условиях гиподинамии стал первой потребностью современного человека.

Значение движений для организма столь велико, что двигательная активность выделена как ведущий признак улучшения качества жизни. «Суть человеческого естества — в движении. Полный покой означает смерть» (Б. Паскаль). Гипокинезия и гиподинамия проявляются целым рядом негативных последствий: снижение функциональных возможностей и работоспособности, нарушение социальных связей и условий самореализации, потеря бытовой и экономической независимости, что, в свою очередь, вызывает стойкий эмоциональный стресс, потерю веры в себя и, в конечном счете, может привести к дистрофическим изменениям органов и систем.

Активное долголетие затрагивает все сферы жизни: физическую, интеллектуальную, социальную и духовную. Принципы активного долголетия могут улучшить здоровье, творческую активность в течение всей жизни и, особенно в преклонном возрасте.

Таким образом, очевидна масштабность и актуальность проблемы обеспечения качества жизни старшего поколения.

В ЦСО «Фили Давыдково» для поддержания здоровья и активного долголетия клиентов старшего возраста активно осуществляется реабилитация средствами физической культуры и спорта. Авторам проекта «Спортивное долголетие» представляется целесообразным развивать комплексные услуги, направленные на поддержание активного функционирования пожилого человека в обществе. Мероприятия, планируемые к реализации в рамках проекта, будут способствовать интеграции в общество людей пожилого возраста и людей с ограниченными возможностями здоровья.

### Цель и задачи проекта

**Цель:** развитие услуг, направленных на поддержание активного долголетия лиц старшего поколения.



## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ И

### Задачи:

- Приобщение инвалидов и пенсионеров к здоровому образу жизни;
- Организация профилактики заболеваний и старения организма;
- Гармонизация уровня самооценки личности;
- Обеспечение досуга для удовлетворения духовных и физических потребностей инвалидов и пенсионеров.
- Интеграция в общество лиц пожилого возраста и инвалидов, за счет расширения рамок независимости.

### Этапы и сроки реализации проекта

Таблица И.1 Этапы и сроки реализации проекта

Этапы	Сроки	Мероприятия
I этап	Подготовительный этап 1 месяц	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выявление граждан района желающих принять участие в проекте «Спортивное долголетие» путем разъяснительной работы, размещения информации в СМИ, листовки, буклеты, анкеты.</li> <li>2. Планирование и организация межведомственного взаимодействия с учреждениями физической культуры и спорта, здравоохранения, образования, негосударственными общественными организациями района, округа, города. Заключение соглашений о взаимном сотрудничестве.</li> <li>3. Подготовка методических разработок проекта.</li> <li>4. Составление графика работы спортивных секций, «Школ здорового образа жизни», реабилитационных мероприятий с использованием психологических тренингов, физиотерапевтических процедур, ЛФК, нетрадиционных методов терапии.</li> <li>5. Планы работ по программе на квартал.</li> </ol>
II этап	Основной этап 1 год	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Организация работы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Спортивных секций</li> <li>• «Школ здорового образа жизни»</li> <li>• По социально-бытовой адаптации методами физиотерапии, ЛФК и т.д.</li> <li>• По социально-средовой ориентации: аутотренинги.</li> </ul> </li> <li>2. Организация спортивных соревнований в ЦСО</li> <li>3. Участие в соревнованиях, турнирах, Спартакиадах, малых паралимпийских играх, фестивалях спорта, в спортивно-развлекательных праздниках и т.д.</li> <li>4. Межведомственное сотрудничество</li> </ol>

III этап	Заключительный этап	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведение «круглого» стола с участниками спортивных секций в неформальной обстановке.</li> <li>2. Итоговая конференция «Путь к долголетию» со специалистами, руководителями проекта, организациями по социальному партнерству;</li> <li>1. Описание, анализ мероприятий проекта на бумажном и электронном носителях, выпуск методических рекомендаций; буклетов.</li> </ol>
----------	---------------------	--

### Целевая группа

Пенсионеры и инвалиды: женщины от 55 лет и старше, мужчины от 60 лет и старше.

### Содержание проекта и пути его реализации

Активная долгая жизнь - это важное слагаемое понятий «счастье», «здоровье». Многие люди относятся с большим интересом к увеличению продолжительности жизни и особенно периода активного долголетия, под которым они понимают высокую работоспособность без болезней. В процессе старения резервные возможности всех наших органов и систем тают с каждым годом. Но людям старших возрастных групп не следует думать, что былое здоровье уже не вернуть. Не хочешь стареть – тренируй резервы адаптации. Управляя личными ресурсами здоровья можно существенно отдалить или приблизить процесс старения. Образ жизни человека, контролирующего процесс старения - регулярные спортивные тренировки.

В системе мер социальной защиты лиц старшего возраста и инвалидов все большее значение получают её активные формы, более эффективной из которых является реабилитация и социальная адаптация средствами физической культуры и спорта. **Научно обосновано и доказано, что физическая реабилитация является не только составной частью социально-бытовой, профессиональной, социально-культурной, медицинской, психологической направлений реабилитации, но и лежит в их основе.**

Семь лет назад мы начали движение по пропаганде активного отдыха и туризма среди пенсионеров и инвалидов – наших клиентов. Сегодня специалисты, работающие в Центре, имеют определенный опыт реабилитации различными видами туризма, которыми могут заниматься люди старшего возраста. Туризм является уникальным средством рекреации и реабилитации людей пожилого возраста. Одной из технологий социальной адаптации пенсионеров и инвалидов является адаптивная физкультура, которую можно условно определить как «спортивный туризм».

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ И

В своей работе мы используем все виды адаптивной физической культуры:

- адаптивное физическое воспитание, предназначенное для формирования базовых основ физкультурного образования;
- адаптивную двигательную рекреацию, предназначенную для организации здорового досуга, активного отдыха, игр, общения;
- адаптивный спорт, направленный на совершенствование и реализацию физических, психических, эмоционально – волевых способностей клиентов;
- адаптивную двигательную реабилитацию, направленную на использование естественных средств и методов, стимулирующих скорейшее восстановление организма.

### **Цели, задачи, методы адаптивного физического воспитания (АФВ).**

Целью физического воспитания является формирование физической и нравственной культуры личности, т.е. той стороны общей культуры человека, которая помогает реализовать его биологический и духовный потенциал.

Основная задача состоит в формировании у занимающихся осознанного отношения к своим силам, твердой уверенности в них, преодолению необходимых физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и вообще в осуществлении здорового образа жизни.

Формы реализации АФВ:

1. «Школы здорового образа жизни». В центре уже работают Школы по направлениям: «Психическое здоровье», «Безопасность жизнедеятельности», «Кардиологическая», «Гастроэнтерология», «Остеопороз».

В рамках деятельности данных школ клиенты имеют возможность получения необходимой информации в интересующих их областях от лучших специалистов. Каждый из них разрабатывает и читает лекции по утвержденному плану. Слушатели не только получают информацию, но используют полученные знания в повседневной жизни. Общей целью деятельности «Школ» является повышение у клиентов центра мотивации к двигательной деятельности, к здоровому образу жизни.

### **Общеразвивающие студии: «Восточные танцы» и «Движение в радость».**

Душевная жизнь человека самым непосредственным образом связана с телом, с движениями. Танцевально-двигательная терапия объединяет работу с телом, движениями и эмоциями. Танец один из способов жизни, общения, гармонизации человека, расширения и обогащения его творческого мира, самоактуализации, интеграции. В группах центра занимаются люди пожилого возраста с различными заболеваниями и молодые инвалиды с нарушениями слуха, зрения, поражением опорно-двигательного аппарата, с психическими заболеваниями.

### **Цели, задачи, методы адаптивной физической рекреации (АФР).**

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ И

Цели АФР - активизация, поддержание или восстановление физических сил, профилактика утомления, оздоровление, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием, развлечение, интересное проведение досуга.

Основная задача АФР состоит в привитии и освоении основных приемов и способов рекреации, создании мотивации на наслаждение, удовольствие от движения.

Формы реализации АФР:

**Спортивные игры** – городки, настольный теннис, дартс, волейбол, бадминтон, бильярд, шахматы, шашки.

Овладение элементами спортивных игр способствует развитию навыков движений. В процессе тренировки или соревнований по этим видам спорта иногда создаются такие сложные игровые ситуации, при которых требуется проявить максимально физические качества. Спортивные игры требуют от игроков координации движений, хорошего глазомера и быстрой реакции, они выявляют резервные возможности организма, ускоряя процессы реадaptации. Игровые виды спорта нужны для того, чтобы общаться, лучше понимать друг друга, радоваться жизни. Психологическое воздействие спортивных игр облегчает компенсацию физических, психических и социальных изменений личности, нормализуя социальную значимость, повышая психоэмоциональную устойчивость в условиях стресса. Спортивные игры – прекрасный метод расширения коммуникативного пространства и повышение коммуникативной активности человека. Психологическое воздействие спортивных игр облегчает компенсацию физических, психических и социальных изменений личности, нормализуя социальную значимость, повышая психоэмоциональную устойчивость в условиях стресса.

**Рыбалка** – одно из направлений отдыха и туризма для лиц пожилого возраста и инвалидов. Это возможность комфортного отдыха, возможность бывать на свежем воздухе, отдыхать и наслаждаться природой. Через красоту природы идет восстановление физических и моральных сил человека. После поездок на природу люди с особыми потребностями снова чувствуют, что жизнь прекрасна и удивительна. У многих возникает желание ещё раз приехать на водоём, посидеть с удочкой в тишине, половить рыбу, приготовить на костре уху, отдохнуть и душой, и телом.

**Пассивное участие в спортивно-оздоровительных мероприятиях**, когда зрители являются лишь их созерцателями и не выполняют активной двигательной деятельности и физических упражнений, является одной из форм адаптивной физической рекреации. Этот вид рекреации способствует интересному проведению досуга, отвлекает от проблем, что ведет к оздоровлению, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие, раскрытию духовных и физических потенциалов инвалидов и лиц пенсионного возраста.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ И

### **Цели, задачи, методы адаптивной двигательной реабилитации (АДР).**

Цель АДР восстановление временно утраченных или нарушенных функций после перенесенных заболеваний, травм, физических и психических перенапряжений, возникающих в процессе тех или иных жизненных обстоятельств.

Основная задача АДР заключается в формировании адекватных психических реакций лиц пожилого возраста и инвалидов на то или иное заболевание, ориентация их на использование естественных средств, стимулирующих скорейшее восстановление организма.

Формы реализации АДР:

**Программа «Здоровье без лекарств»** - активизация жизненных сил организма без помощи лекарственных средств, формирование здорового образа жизни.

Обучение человека методикам, которые помогают использовать его внутренние резервные возможности для сохранения и укрепления здоровья: ауто-тренинг, комплексы физических упражнений, занятия на тренажерах, дыхательная гимнастика, приемы самомассажа, закаливающие процедуры, оздоровительное плавание, биоинформационная коррекция (БОС-тренинг), проведение оздоровительных физиотерапевтических процедур («горный воздух», цветоимпульсная терапия), фитотерапия, кислородный коктейль.

**Программа «Тропа здоровья»** - это новая форма организации досуга, площадка для проведения спортивных, экологических праздников и других мероприятий. Задача – привлечение людей старшего возраста, посещающих ЦСО, к занятиям физическими упражнениями на свежем воздухе, пешим прогулкам, приблизить людей к природе, помочь им увидеть и полюбить окружающий мир.

«Тропа здоровья» - это проложенный маршрут с удобными площадками, дорожками на территории ЦСО. На площадках проходят занятия по оздоровительной физкультуре, пешие прогулки и прогулки на лыжах зимой, спортивные соревнования (дартс, бадминтон, шашки, спортивные эстафеты), экологические экскурсии и праздники (Иван Купала).

Занятия, организованные на «тропе здоровья» развивают физические качества, снимают нервно-эмоциональное напряжение, оказывают активизирующее воздействие на весь организм. «Тропа здоровья» - это учебный класс под открытым небом, где посетители получают информацию об экологических системах, природных объектах, процессах и явлениях. Занятия физической культурой и ландшафтотерапия оказывают положительное влияние на психоэмоциональное состояние человека, так как именно в обстановке естественной природы осуществляется комплексное воздействие через все органы чувств.

### **Цели, задачи, методы адаптивного спорта (АС).**

Цель АС - формирование психологического настроения на достижение наивысших личных результатов в состязаниях с людьми той же возрастной категории или имеющих ограниченные возможности здоровья.

## Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ И

Основная задача АС - раскрытие физических возможностей людей пожилого возраста и инвалидов, преодоление психологических трудностей. Адаптивный спорт это победа над собой, возможность самореализации человека с ограничениями жизнедеятельности.

Формы реализации АС:

**Организация спортивных соревнований** по различным видам спорта, участие в Спартакиадах, малых паралимпийских играх, фестивалях спорта, в спортивно-развлекательных праздниках.

Мы создаем самые различные соревновательные ситуации, используя «мягкие» модели соревновательной деятельности по отдельным видам спорта для групп разной степени подготовленности. Это лыжные гонки, легкоатлетический кросс, рыбная ловля, настольный теннис, дартс, городки, волейбол, бадминтон, шахматный, шашечный, бильярдный турниры. Занятия спортом помогают нашим клиентам обрести уверенность в своих силах, способствуют установлению социальных контактов, являются универсальным механизмом оздоровления людей, способом самореализации, самовыражения и развития.

Таким образом, мероприятия проекта «Спортивное долголетие» повысят мотивацию клиентов для регулярных занятий физкультурой и спортом, помогут гармонизировать самочувствие и настроение, восстановить умственную и физическую работоспособность, будут способствовать просвещению клиентов с ОВ и пожилых людей в области современных методов укрепления здоровья.

### **Ожидаемые результаты:**

- Социальная адаптация слабо защищенных групп населения.
- Интеграция пожилых и людей старческого возраста в социокультурную жизнь общества.
- Расширение форм досуга, повышение его доступности для людей пожилого возраста, клиентов с ограниченными возможностями здоровья.
- Развитие навыков и способностей (с учетом возрастных особенностей), необходимых для проведения досуга и отдыха, а также возможность развивать эти качества с учетом адаптации к новым жизненным условиям после выхода на пенсию.
- Создание атмосферы, способствующей участию пожилых клиентов, людей с ОВ в проведении мероприятий центра.

### **Результаты программы:**

- Внедрены в повседневную жизнь клиентов доступные, массовые, общеукрепляющие, физкультурно-спортивные программы.

- Сделан вклад в улучшение состояния здоровья у людей пожилого возраста, путем организации для них физкультурно-оздоровительных занятий, активного отдыха и времяпрепровождения.
- Созданы условия в ЦСО, повышена мотивация для регулярных занятий физкультурой и спортом.
- Проведена агитация и просвещение инвалидов и пожилых людей в области современных методов укрепления здоровья, а также развития и позитивного отношения к физической культуре, к движению и спорту у москвичей пожилого возраста.
- Сделан вклад в развитие социальной политики в Москве, в формирование позитивного отношения и интереса населения к городским программам в области физической культуры и спорта.

Самый важный итог всей организационной и пропагандистской работы – привлечение пожилых людей к занятиям физической культурой и спортом, значительное увеличение количества участников проекта «Спортивное долголетие». Это произошло за счет изменения мотивации к спортивным занятиям, получения удовольствия от физического движения, желания отодвинуть старость и продлить активную фазу жизни.

Таблица И.2 - Результаты программы

Под-программа	Цели	Задачи	Формы	Результат
<b>Адаптивное физическое воспитание</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Формирование физической и нравственной культуры личности;</li> <li>✓ Помощь в реализации физического и духовного потенциала клиентов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Формирование у занимающихся осознанного отношения к своим силам, твердой уверенности в них;</li> <li>✓ Помощь в преодолении необходимых физических нагрузок;</li> <li>✓ формирование потребности в систематических занятиях физическими упражнениями, в здоровом образе жизни.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. «Школы здорового образа жизни» по направлениям: «Психическое здоровье», «Безопасность жизнедеятельности», «Кардиология», «Гастроэнтерология», «Остеопороз».</li> <li>2. Общеразвивающие студии: «Восточные танцы» и «Движение в радость».</li> </ol>	Повышение у клиентов интереса к физическому и нравственному совершенствованию, раскрытие ценности физической культуры, формирование положительной мотивации к здоровому образу жизни, гармонизация психоэмоциональной сферы, самооценки, повышение социальной активности, улучшение настроения и т.д.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ И

Продолжение Таблицы И.2

<p><b>Адаптивная двигательная рекреация</b></p>	<p>Активизация, поддержание или восстановление физических сил клиентов.</p>	<p>✓ Освоение основных приемов и способов рекреации;                  ✓ создание мотивации на наслаждение, удовольствие от движения;                  ✓ профилактика утомления, оздоровление, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием;                  ✓ развлечение, интересное проведение досуга</p>	<p>1. Спортивные игры                  2. Рыбалка                  3. Пассивное участие в спортивно-оздоровительных мероприятиях</p>	<p>Компенсация физических, психических и социальных изменений личности, повышение психоэмоциональной устойчивости к стрессу, расширение коммуникативного пространства, повышение коммуникативной активности человека.</p>
<p><b>Адаптивная двигательная реабилитация</b></p>	<p>Восстановление временно утраченных или нарушенных функций после перенесения различных заболеваний, травм, физических и психических перенапряжений, возникающих в процессе тех или иных жизненных обстоятельств.</p>	<p>✓ Формирование адекватных психических реакций лиц пожилого возраста и инвалидов на то или иное заболевание;                  ✓ ориентация на использование естественных средств, стимулирующих скорейшее восстановление организма.</p>	<p>1. Программа «Здоровье без лекарств»: аутотренинг, комплексы физических упражнений, занятия на тренажерах, дыхательная гимнастика, приемы самомассажа, закаливающие процедуры, оздоровительное плавание, БОС-тренинг, проведение оздоровительных физиотерапевтических процедур («горный воздух», цветоимпульсная терапия), фитотерапия, кислородный коктейль.                  2. Программа «Тропа здоровья»: занятия физическими упражнениями на свежем воздухе, пешие прогулки, спортивные, экологические праздники и экскурсии.</p>	<p>Использование безлекарственных методов оздоровления в домашних условиях.</p> <p>Положительное воздействие естественной природной обстановки в сочетании с физической активностью на психоэмоциональное состояние человека.</p>



Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ И

Продолжение Таблицы И.2

<p><b>Адаптивный спорт</b></p>	<p>Формирование психологического настроения на достижение наивысших личных результатов в состязаниях с людьми той же возрастной категории или имеющих аналогичные проблемы со здоровьем.</p>	<p>✓ Раскрытие физических возможности лиц пожилого возраста и инвалидов;                  ✓ Преодоление психологических трудностей;                  ✓ Создание условий для самореализации.</p>	<p>Организация спортивных соревнований по различным видам спорта, участие в Спартакиадах, малых паралимпийских играх, фестивалях спорта, в спортивно-развлекательных праздниках.</p>	<p>Уверенность в своих силах, установление социальных контактов, оздоровление, самореализация, самовыражение и развитие человека.</p>
--------------------------------	--	---	--	---