

Федеральное агентство по образованию
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ГОУ ВПО «АмГУ»
Факультет социальных наук

УТВЕРЖДАЮ
Зав. кафедрой МСР
_____ М.Т. Луценко
« ___ » _____ 2007 г.

Учебно-методический комплекс дисциплины

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ
С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ**

Для специальности 040101 «Социальная работа»

Составитель: Еремеева Т.С.

Благовещенск
2007

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета

Т.С. Еремеева

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Особенности социальной работы с пожилыми людьми» для студентов очной, заочной и заочно-сокращенной форм обучения по специальности 040101 «Социальная работа». – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2007. - ___ с.

Учебно-методические рекомендации ориентированы на оказание помощи студентам всех форм обучения по специальности 040101 «Социальная работа» для формирования специальных знаний по дисциплине.

© Амурский государственный университет

ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемый учебно-методический комплекс составлен в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования и входит в компонент дисциплин специализации.

Требования к уровню освоения содержания курса – студент должен:

- 1) знать основные понятия курса и уметь ими оперировать;
- 2) получить представление об исторических предпосылках и социально-правовых основах организации социальной работы с пожилыми гражданами;
- 3) иметь представление об основных элементах социогеронтологической теории и основных этапах ее развития в различных странах;
- 4) знать основные нормативно-правовые акты, которые используются в процессе работы в системе социальной защиты пожилого населения;
- 5) иметь представления о специфике деятельности городских и районных органов социальной защиты с пожилыми гражданами;
- 6) уметь использовать знания и навыки, полученные в практике Геронтологической социальной работы.

Учебное содержание дисциплины изучается в ходе лекций, семинаров, самостоятельной работы под руководством преподавателя, выполнения контрольных работ, контрольных аттестаций.

В ходе *лекций* даются основы систематизированных знаний по дисциплине, раскрываются ее наиболее важные теоретические положения.

На *семинарских занятиях* у обучаемых формируются навыки применения полученных знаний. В ходе семинаров осуществляется также формирование целостного, обобщающего видения студентами своего места и роли как будущих специалистов в разрешении социальных проблем пожилых клиентов, в уточнении организационной стороны предстоящей деятельности с учетом зарубежного и российского исторического опыта.

Во время *самостоятельной работы* основной упор делается на изучение студентами законодательных актов, учебной и научной литературы, периодических изданий, оформление тематических докладов, стендов и т.п.

Для студентов заочной формы обучения предлагается выполнение *контрольной работы*. Цель ее – в более детальном рассмотрении тематики курса, освоение основных его положений. Студенты должны самостоятельно проанализировать литературу, необходимую для написания контрольной работы.

Контроль успеваемости, качества обучения и теоретической подготовленности студентов осуществляется в следующих формах:

а) входящий – оценивание базового уровня знаний, умений и навыков, необходимого для изучения данной дисциплины;

б) текущий – проведение зачета по тематическим блокам, защита контрольной работы, индивидуальное собеседование, опросы и другие формы по усмотрению преподавателя;

в) итоговый – в процессе экзамена или зачета по результатам изучения учебной дисциплины.

Проверить качество освоения материала по данной дисциплине также помогут предлагаемые *тестовые задания*.

Программа дисциплины «Особенности социальной работы с пожилыми людьми» разработана для студентов Амурского государственного университета специальности «Социальная работа» с учетом опыта практической работы в сфере социальной защиты, результатов изучения отечественного и зарубежного опыта геронтологической социальной работы и в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта.

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Цель курса – сформировать у студентов теоретические и практические знания по социальной работе с пожилыми людьми.

Задачи изучения дисциплины:

- ознакомить студентов с положением пожилых людей в структуре общества;
- ознакомить с медико-социальными основами здоровья пожилых людей;
- ознакомить с сущностью и принципами социального обслуживания граждан пожилого возраста;
- раскрыть основы пенсионного и социального обеспечения пожилых в РФ;
- ознакомить с социальной работой с пожилыми людьми в России и за рубежом.

Межпредметные связи. Преподавание курса связано с другими курсами государственного образовательного стандарта: «Теория социальной работы», «Технология социальной работы», дисциплины правового цикла – и опирается на их содержание.

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

2.1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСОВ КУРСА ПО ТЕМАМ И ВИДАМ РАБОТ

Дневная форма обучения

№	Разделы и темы занятий	Лек. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
1	Пожилые люди в структуре общества и государства	4	8	8
2	Медико-социальные основы здоровья пожилых людей	4	8	8
3	Социальное обслуживание пожилых людей	2	4	7
4	Пенсионное обеспечение в РФ	2	4	7
5	Зарубежный опыт социальной работы с пожилыми людьми	2	4	8
6	Организация социальной работы органов местного самоуправления г. Благовещенска с пожилыми людьми.	2	4	8
7	Инновационные технологии социальной работы с пожилыми людьми	2	4	8
	<i>ИТОГО: 108 часов =</i>	<i>18</i>	<i>36</i>	<i>54</i>

Заочная форма обучения

№	Разделы и темы занятий	Лек. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
1	Пожилые люди в структуре общества и государства	2		14
2	Медико-социальные основы здоровья пожилых людей	2		14
3	Социальное обслуживание пожилых людей			14
4	Пенсионное обеспечение в РФ			14
5	Зарубежный опыт социальной работы с пожилыми людьми			14
6	Организация социальной работы органов местного самоуправления г. Благовещенска с пожилыми людьми.		2	14
7	Инновационные технологии социальной работы с пожилыми людьми	14		
	<i>ИТОГО: 108 часов =</i>	<i>6</i>	<i>4</i>	<i>98</i>

2.2. КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

Тема 1. СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ОДНА ИЗ ОСТРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ.

В настоящее время в мире наблюдается **тенденция роста числа людей пожилого возраста**. Так, в России каждый 4 – 5 гражданин – пенсионер по возрасту. По прогнозам ООН, к 2005 г. численность людей старше 60 лет увеличится в 5 раз по сравнению с показателями 1950 г., тогда как население планеты увеличится только в 3 раза.

Если доля пожилых людей в населении страны составляет более 12 %, считается, что эта страна переживает фазу **демографической старости**. Сегодня таких стран немало. К примеру, во Франции 12-процентный порог был преодолен еще в 1870 г., в Швеции – в 1901 г., в Великобритании – в 1931 г. о российских тенденциях роста числа пожилых людей свидетельствует статистика: в 1897 г. доля пожилых составляла 6,9 %, в 1959 г. – 9 %, в 1989 г. – 15,3 %, в 1992 г. – 24 % и продолжает расти по сей день.

Демографическое старение вызвано двумя процессами: **1** – «снизу» - уменьшение числа детей в связи со снижением рождаемости; **2** – «сверху» - увеличение числа пожилых и старых людей в следствие сокращения смертности среди них (достижения медицины, повышение уровня жизни, др.). Еще одна **причина** – миграция, изменяющая возрастную структуру населения: уезжают, как правило, молодые, остаются – старики; как следствие, в местах убытия население стареет, а в местах прибытия – молодеет.

Можно назвать также **косвенные причины** старения населения – смертность людей в фертильном возрасте (т.е. детородном), процесс урбанизации, оттягивающий сельскую молодежь в города и ориентирующий на понижение числа детей в семье.

Вместе с тем иногда можно заметить и противоречие между воздействием различных факторов и процессом старения населения. Например, доля

пожилых людей в России больше, чем в Америке, хотя уровень жизни у нас намного ниже.

Различают три основных типа возрастной структуры. **Первый** (к нему принадлежит большинство стран с высокой рождаемостью и смертностью и сравнительно низкой средней продолжительностью жизни) отличается очень высокой долей в численности населения детских возрастов (0-15 лет) и небольшим процентом людей пожилого возраста (от 60 лет и старше). **Второй** тип характеризуется почти равными долями детей и людей старших возрастных групп, со средней продолжительностью жизни и небольшим приростом населения. Для третьего типа характерны невысокая рождаемость, сравнительно низкая общая смертность и относительно большая продолжительность жизни.

Графически эти типы изображаются в виде возрастных пирамид (рисунок).

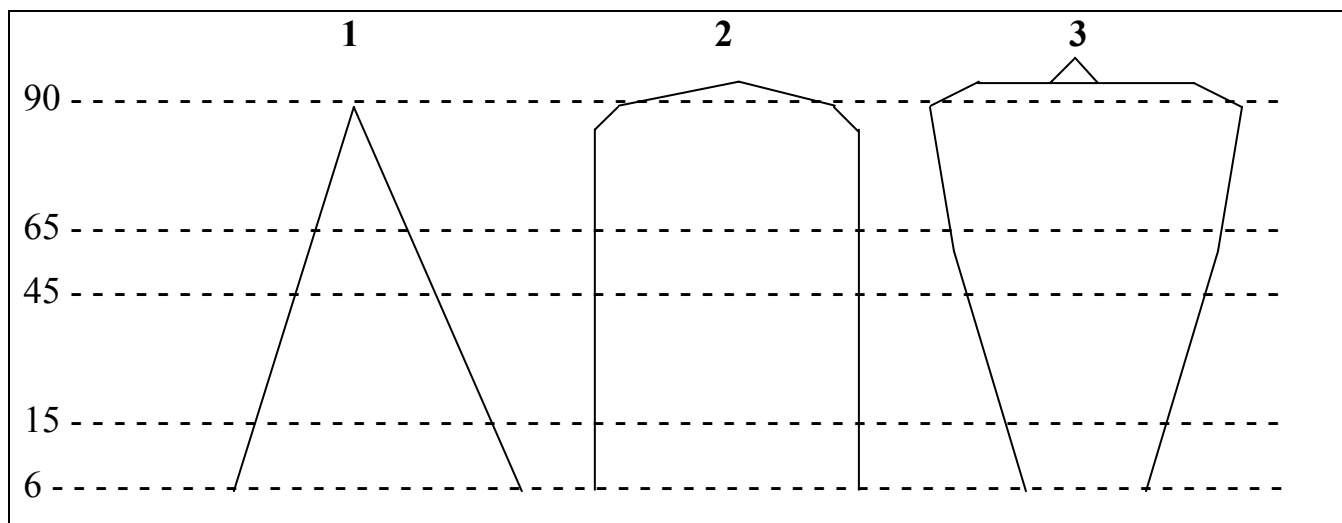


Рисунок 1. Типы демографических структур (*Основание пирамиды демонстрирует численность детей, вершина – пожилых и старых людей*)

Демографы называют первый тип возрастной структуры «прогрессивным», т.к. ему соответствует высокий показатель естественного прироста населения, этот тип структуры характерен для развивающихся стран.

Второй тип называется «стационарным», т.к. здесь естественный прирост находится на неизменном уровне, этот тип характерен, например, для стран Восточной Европы.

Третий тип называют регрессивным, т.к. он отличается большой долей пожилых людей и суженным, или убывающим ростом населения, характерен для таких стран, как страны Западной Европы, Северной Америки, Япония, Австралия. **К этому типу относится и Россия.**

Тема 2. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ.

Старение населения – наиболее характерное демографическое явление современной эпохи и обусловленное сложным комплексом факторов, включающих особенности воспроизводства населения, интенсивность и направленность миграции населения, санитарно-демографические последствия войн.

Е.Н. Стеженская определяла **демографическое постарение населения** как увеличение прослойки лиц пенсионного возраста в составе населения. Размеры и темпы прироста населения не одинаковы в различных странах. Основной особенностью изменений структуры населения многих стран является заметное уменьшение относительной численности детского населения (0-14) лет и выраженный рост доли населения старших возрастов. Для оценки старения населения чаще всего определяется относительное число (доля, удельный вес) лиц пожилого возраста в общей численности населения.

В последние десятилетия предлагались различные варианты возрастной классификации для позднего периода жизни человека. Н.Н. Сачук приводит данные Европейского регионального бюро ВОЗ (1963), согласно которым возраст от 60 до 74 лет рассматривался как пожилой, 75 лет и старше – старые люди, возраст 90 лет и старше – долгожители, тогда как другие авторы различали людей старшего поколения, как «молодых пожилых» - 65-74 лет, старых – 75-84 лет и очень старых – 85 лет и старше.

Доклад Комитета экспертов ВОЗ ссылается на решение ООН от 1980 г., в котором возраст 60 лет рекомендуют рассматривать как границу перехода в группу пожилых. ВОЗ в 1982 г. выбрала 65 лет как индикатор пожилого возраста и рекомендовала в группе лиц пожилого возраста выделять еще и группу «престарелых» - людей 80 лет и старше. Более того, молодым государством считается то, где доля пожилых от 65 лет и старше составляет 4 %, старым – от 7 % и более.

Данные ООН позволяют проследить динамику демографических показателей старения населения планеты (таблица). В 1955 г. число пожилых людей 65 лет и старше во всех странах составляло 143 млн. чел. (5,2 %), в 1975 г. - 232 млн. (5,7 %), в 1990 г. – 328 млн. чел. (6,2 %), в 2005 г. 475 млн. (7,1 %). К 2025 г. прогнозируется их увеличение числа до 822 млн., что составит 9,7 % всего населения Земли.

Согласно докладу Комитета экспертов ВОЗ, к 2025 г. в развивающихся странах будут жить двое из каждых трех лиц пожилого возраста, тогда как в 1960 г. этот показатель составлял 50 %. Наиболее значительным рост численности пожилого населения прогнозируется в Азии, так как ожидается резкое увеличение числа лиц пожилого возраста в Китае и Индии, к 2025 г. в этих странах число лиц пожилого возраста возрастет на 270 млн. Экспертами выявлена тенденция более быстрого роста численности пожилого населения, нежели темпов роста населения в целом. Так, между 1980 и 2025 гг. численность населения развивающихся стран увеличится по прогнозам на 95 %, в то время как пожилого возраста – на 240 %.

Таблица. Демографические показатели старения населения (ООН, 1993)

Регионы	Численность населения 65 лет и старше			
	млн. чел.		%	
	1955 г.	2025 г.	1955 г.	2025 г.
Африка	7	63	3	4
Азия	62	470	4,1	9,6
Латинская Америка	7	65	3,6	9,2
Европа	38	105	9,2	19,4

Северная Америка	16	67	8,7	18,5
------------------	----	----	-----	------

Именно с ростом популяции лиц старше 65 лет демографы многих стран связывают наибольшие демографические изменения в своих странах. Согласно данным Американской ассоциации пенсионеров (1996 г.), в 1995 г. каждый восьмой американец был старше 65 лет, что составляло в США 33,5 млн. человек или 12,8 % населения. С 1900 по 1995 гг. средняя продолжительность жизни лиц старше 65 лет в среднем увеличилась на 17,4 года (18,9 лет для женщин и 15,6 - для мужчин). За период с 1930 по 1980 гг. популяция пожилых людей в США увеличилась в 4 раза, сохранение этих темпов роста прогнозируется до 2030 г. За этот период каждый пятый американец будет старше 65 лет.

Анализ демографических показателей многих европейских стран показывает устойчивые тенденции старения населения Европы. В Германии процент пожилых людей старше 65 лет в 1993 г. составлял 15,4 %, к 2025 г. он возрастет, по-видимому, до 23,3 %. В Великобритании в 1993 г, аналогичный процент был равен 15,8 %, рост к 2025 г. ожидается до 21,5 %. Во Франции в 1993 г. отмечено 14,7% людей старше 65 лет, в 2025 г. увеличение по прогнозу составит 22,6 %). В Италии в 1993 г. популяция пожилых людей составляла 15,5 %, к 2025 г. рост прогнозируется до 24,1 %). Близкие к этим показатели можно ожидать и в ряде других западно- и восточноевропейских стран. Так, в Швеции в 1993 г. процент лиц старше 65 лет составлял 17,6 (один из самых высоких в Европе), к 2025 г. показатель увеличится до 23,7 %. В Швейцарии соответственно в 1993 г. - 14,6 % пожилых, в 2025 г. - 22,4 %.

В целом процент популяции пожилых людей в Европе колеблется от 16,6% в Чехии до 23,1 % в Швеции. Прогнозируется увеличение этих показателей от 20,4 % в 1990 г. до 35,2 % в 2030 г. Не исключается, что к 2040 г. до 30 % населения этих стран будет старше 60 лет.

В 1991 г. в Японии отмечалась самая высокая продолжительность жизни, составившая для мужчин 76,1 год, для женщин - 82,1 год, тогда как пожилые люди старше 65 лет составляли 14,1 %) всего населения страны.

Аналогичные показатели можно видеть на примере Кореи. Между 1960 и 1980 гг. общая численность населения страны возросла на 52,3 %), тогда как рост популяции пожилых людей составил 76,9 %. По прогнозам экспертов, между 1980 и 2000 гг. численность населения страны увеличится на 31,3 %, рост же популяции пожилых в этот период будет равен 105,6 %. Средняя продолжительность жизни в Корее увеличилась с 52,4 лет в 1960 г. до 65,9 лет в 1980 г., к 2000 г. прогнозируется дальнейший рост в среднем до 73 лет.

Одной из наиболее характерных черт глобального старения населения планеты является выраженный рост людей 75 лет и старше в популяции пожилых людей. Эксперты Комитета ВОЗ отмечают, что «проблема состоит не только в том, что увеличивается численность населения, но и в том, что отмечается его дальнейшее «постарение», поскольку растет число людей, живущих дольше. Группа «престарелых» создает дополнительные трудности для служб здравоохранения и социального обеспечения». По данным американских демографов, к 2025 г. 34 % всей группы пожилых людей страны составят лица в возрасте 75-84 года, при этом 11 % будут старые люди 85 лет и старше. Быстрый рост популяции престарелых привлекает специальное внимание к этой возрастной группе, так как заболеваемость, ограничение доходов и уменьшающаяся социальная поддержка определяют место этой популяции в группе риска. Согласно другим авторам, с 1900 г. в США также растет число престарелых 80 лет и старше в группе лиц старше 65 лет составляло 4 %, в 1980 г. – 9 %, в период 1980-2030 гг. процент популяции престарелых увеличится до 13 %.

По мнению европейских экспертов, число пожилых людей старше 80 лет в Европе будет возрастать в течение следующих 25-30 лет. Предполагается, что 6 % из 35,2 % всей популяции пожилых людей в Европе к 2030 г. составят лица старше 80 лет.

По данным ООН, прогнозируется следующая динамика роста популяции престарелых 80 лет и старше в ряде европейских стран. В Германии в 1993 г. доля этой группы пожилых составляла 3,9 %, к 2025 г. будет равна 6,8 %; во

Франции в 1993г.- 4,1 %, в 2025 г. - 6,3 %; в Италии в 1993 г. - 3,6 %, в 2025 г. - 7,5 %; в Голландии в 1993 г. - 3,0 %, в 2025 г. - 5,0 %; в Швеции в 1993 г. - 4,5 %, в 2025 г. - 7,5 %; в Швейцарии в 1993 г. -3,9 %, в 2025 г. - 5,6 %. Значительный рост группы престарелых ожидается в Японии: в 1993 г. эта группа составляла 2,8 %, прогнозируемое увеличение к 2025 г. - 9,3 % всей популяции пожилых людей.

Другим важным проявлением глобального процесса старения населения планеты, по мнению специалистов, является рост числа женщин в популяции пожилых и старых людей по мере старения населения. Отмечается, что женщины более чем мужчины доживают до старческого возраста. Так, в США в 1955 г. соотношение женщины/мужчины для пожилых людей старше 65 лет составляло 115:100, в 1985 г. соотношение было уже 138:100. Это важно учитывать, так как женщины чаще пользуются всеми видами медицинских услуг, включая помощь на дому.

По официальным данным, среди пожилых и старых людей в США большинство составляют женщины, в 1985 г. на 100 пожилых женщин приходилось 68 пожилых мужчин. По мнению авторов, половая дифференциация явно увеличивается с возрастом. Это положение подтверждается и аналогичными показателями в европейских странах. Так, соотношение числа женщин к 100 мужчинам в возрасте 65 лет и старше в Германии составляет 140 (в возрасте 80 лет и старше - 205); в Великобритании - 145 (230); во Франции -150 (220); в Италии - 145 (205); в Швеции -135 (185); в Швейцарии - 150 (215); в Голландии - 150 (230). Для Японии этот показатель равен 145 (195).

Другой важный аспект роста численности пожилых и старых женщин в популяции лиц старше 65 лет – увеличение количества вдов. По данным РюгШо Р.А., в 1994 г. пожилые мужчины в США были вдвое чаще в браке, чем женщины: 77 % мужчин и 43 % женщин. При этом половина всех пожилых женщин в 1994 г. остались вдовами. Это пятикратно превышает число вдовцов - 8,5 млн. женщин и 1,7 млн. мужчин.

Рассмотрим демографические показатели старения населения современной России. По мнению отечественных демографов, постарение России стало проявляться особенно выражение с конца 50-х - начала 60-х годов. Доля лиц в возрасте 60 лет и старше возросла с 9 % в 1959 г. до 16,7 % в 1993г. Демографическая ситуация особенно ухудшилась после 1989 г. с резким увеличением числа пожилых и престарелых людей в двух возрастных группах: пожилые 60-69 лет, престарелые 80 лет и старше. С 1939 по 1996 гг. численность группы населения старше трудоспособного возраста выросла на 320 %. Произошел быстрый рост доли этой группы в общей численности населения; за эти же годы численность популяции пожилых увеличилась с 8,6 до 20,5%, т. е. в среднем за год увеличение происходило на 0,21 %. Так как доля лиц до трудоспособного возраста сократилась с 38 до 22,4 %), а доля лиц старше трудоспособного возраста возросла с 8,6 до 20,5 %, можно говорить о старении населения России.

Парадоксальность ситуации в России заключается в том, что на фоне выраженного снижения средней продолжительности жизни (1987 г. - 70,1; 1992 г. - 67,9; 1993 г. - 65,1; 1994 г. - 64,1) доля лиц в возрасте 60 лет и старше постоянно растет: 1970 г.- 11,9 %; 1975 г. - 13,6 %; 1980 г. - 13,8 %: 1990 г. -16,0 %; 1992 г. - 16,5 %; 1994 г. - 16,7 %. Россия становится одной из самых "старых" стран мира, доля пожилых людей в общей численности населения России превысила 20 %. С 1939 по 1994 гг. доля лиц 60 лет и старше во всем населении увеличилась с 6,7 до 16,7 %, одна пятая населения России - это лица пенсионного возраста.

Развернутые данные о современной демографической ситуации, связанной со старением населения России, приводит З.Д. Силина. Автор признает, что возрастная структура страны с некоторым отставанием подвержена общемировым тенденциям. Подтверждая данные о динамике роста популяции пожилых людей с 1939 по 1994 гг., выраженные в процентном отношении, эксперт показывает их в абсолютном исчислении: 7,3 млн. человек в 1939 г. и 24,6 млн. человек в 1994 г. Увеличение численности лиц старше 60

лет произошло более, чем в 3 раза, общая же численность населения выросла за этот период на 36,6%. Важным показателем является также то, что произошел значительный рост лиц старше 60 лет в городском населении, с 1,4 млн. человек в 1939 г. до 16,9 млн. человек в 1994 г., т. е. в 12 раз, тогда как общая численность населения городов возросла всего в 3 раза. Таким образом, исходя из демографической ситуации в России, темпы старения населения будут увеличиваться.

По данным И.Н. Бондаренко, численность людей в возрасте 60 лет и старше за последние 35 лет увеличилась на 133 % при общем росте численности населения за тот же период на 26 %. Доля людей пенсионного возраста достигла 20,2 % от всего населения, в 1959 г. она составляла 11,8 %, в 1989 г. - 18,5%. В «зоны демографического бедствия» эксперт включает те территории страны, где пожилые и престарелые составляют от 26 до 28,5 % - это Рязанская, Тамбовская, Курская, Псковская, Тверская, Тульская, Смоленская, Воронежская области. В целом в 36 регионах России доля пожилых и престарелых превышает среднероссийский показатель.

Четвертый ежегодный демографический доклад Института народнохозяйственного прогнозирования РАН констатирует – пожилые люди старше 60 лет – самая быстро растущая группа населения России. По сравнению с 1959 г. ее численность на начало 90-х годов удвоилась, а доля повысилась до 16 % и продолжает расти и к 2015 г. может достигнуть 20 %. К этому времени каждый третий из числа пожилых жителей России будет относиться к возрастной группе 75 лет и старше.

В Центре демографии и экологии человека рассматриваются три основных сценария старения населения страны – «быстрое старение», «вероятное старение» и «медленное старение». По мнению специалистов, демографическая ситуация на 1995 г. характеризовалась как умеренная, однако дальнейшее постарение населения России неизбежно. По данным Центра, если к 2055 г. реализуется сценарий быстрого старения, средний возраст населения России увеличится до 57 лет, численность пенсионеров возрастет до 75 млн.

человек и составит около 55 % от всего населения. При реализации «вероятного» сценария Россия, тем не менее, станет весьма старой страной – до 40 % населения будет приходиться на лиц пенсионного возраста.

Для России, как и многих других стран, характерен рост доли лиц в возрасте 80 лет и старше во всем населении и в популяции пожилого населения. Эта группа пожилых людей рассматривается как наиболее уязвимая категория, их доля растет быстрее, чем население в возрасте 60 лет и старше. В 1993 г. престарелых 80 лет и старше насчитывалось в стране более 3 млн. человек.

За период 1939-1994 гг. удельный вес этой группы среди всего населения возрос от 0,5 до 2,2 %, в городском населении - от 0,3 до 1,9 %). Отмечен рост этой группы и в самой популяции пожилых людей. С 1939 г. по 1994 г. доля престарелых увеличилась с 7,1 % до 13,2 %, а в городском населении - с 7,8% до 14,7 %. По данным И.Н. Бондаренко, за период 1959-1995 гг. число людей 75 лет и старше увеличилось на 165 %, а 85 лет и старше – более чем в 3 раза. Число людей 85 лет и старше в городах увеличилось более чем в 6 раз.

Отечественные демографы также особо выделяют проблему пожилых женщин. В структуре населения в возрасте 70 лет и старше на долю женщин приходится 75,7 %. Среди женщин 60-64 лет более 40 % составляют вдовы, разведенные и разошедшиеся; среди женщин 65-69 лет к этим категориям брачного состояния относится более половины женщин - 52,8 %, в возрасте 70 лет и старше - 80 %. Процесс демографического старения в России в большей степени характерен для женщин, чем для мужчин: в 1992 г. доля лиц в возрасте 60 лет и старше среди мужчин составляла 11,8 %, среди женщин - 21,1%).

Общероссийские демографические тенденции старения населения в целом характерны для ряда крупных городов и регионов страны. В Санкт-Петербурге доля лиц старше 60 лет превышает 25 %. За последние 20 лет в городе вдвое увеличилась численность долгожителей.

По сообщению В.А. Жукова, интенсивный рост доли пенсионеров происходил в г. Волгограде, с 1990 по 1993 гг. он увеличился с 23,3 до 25,6 %. В целом, за этот период популяция лиц старше 60 лет выросла с 17,8 до 18,2 %.

В возрастной группе 70 лет и старше численность женщин превышала численность мужчин в 1993 г. в 2,72 раза.

Демографические показатели г. Саратова также свидетельствуют о возрастании доли пожилых и старых лиц в структуре населения города, достигшей за последние годы 24 %). В Пермской области доля лиц пожилого возраста достигает 24-25 % от общей численности населения, это практически каждый четвертый житель.

По данным Л. И. Кательницкой, в Ростовской области численность лиц старше 60 лет равна 18 %, долгожителей - 0,18 %. Это соответствует тому, что каждый пятый житель области - старше 60 лет. Отмечается увеличение доли возрастной группы лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения Республики Татарстан с 18,1 в 1990 г. до 20,1 % в 1996 г.

В Москве, по данным В.М. Моисеенко (доля людей старше трудоспособного возраста составляла 21,7 %) населения города. Согласно И.О.В. Белоконь, лиц старше 60 лет в 1993 г. насчитывалось в Москве 1,7 млн. чел. - 19,4 % от всего населения города, из них 80-летних и старше - 239,2 тыс. чел.

Т.о., в последние 30 лет исследователи отмечают признаки глобального постарения населения планеты, характерные для всех континентов и стран, включая Россию.

Тема 3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СУЩНОСТЬ ПОНЯТИЙ «СТАРСТЬ» И «ПОЖИЛОЙ ВОЗРАСТ».

Научные исследования процессов старения и изучение возможностей оказания медицинской и социальной помощи пожилым людям изучаются наукой геронтологией.

Геронтология (дословно) - наука о старости.

Геронтология подразделяется на фундаментальную геронтологию, социальную геронтологию и гериатрию.

Сегодня можно выделить несколько важнейших стратегических направления развития геронтологии:

1) разработка подходов к лечению болезней, встречающихся преимущественно в пожилом возрасте;

2) обеспечение максимально возможной продолжительности жизни индивида;

3) организация медицинской помощи пожилым;

4) социальная защита пожилых;

5) проблемы пенсионного обеспечения.

Фундаментальная геронтология изучает механизмы старения, занимается вопросами предупреждения преждевременного старения и продления жизни.

Социальная геронтология занимается вопросами взаимодействия пожилого человека и общества, существованием пожилых людей в социальной среде.

Гериатрия – частный раздел геронтологии, изучает проблемы оказания медицинской помощи пожилым людям.

Современная демографическая ситуация характеризуется накоплением числа пожилых в обществе, хотя под этим термином объединяют различные категории людей. Некоторые понимают под этим термином тех, кто вышел на пенсию, некоторые – тех, кто достиг 60-летия, другие - 65-летия и т.д. Устоявшегося термина нет. Более принято деление на группу пожилого возраста (возраст от 61 до 75 лет), группу старческого возраста (от 76 до 90 лет) и группу долгожителей (старше 91 года).

В последнее время все уверенней говорят об индивидуальном - биологическом возрасте, противопоставляя его возрасту паспортному. Связано это с особенностями старения человека.

Старение – процесс закономерный, общебиологический, наблюдается во всем материальном мире. Многие законы старения общие и для физических объектов, и для биологических. Например, «усталость» развивается в узлах

машин выполняющих постоянно одну и ту же нагрузку, а у человека быстро «накапливается» усталость если он занят однообразным трудом и гораздо менее, если труд его не монотонен. Было бы не правильно представлять процесс старения как простое накопление усталости, изнашиваемости и т.д. Биологическим объектам, человеку свойственен процесс самовосстановления – на смену потерянным элементам и функциям приходят новые элементы.

Старение можно представить себе как процесс необратимых структурных изменений в организме, сопровождающийся постепенным снижением функций человека, нарушающий адаптацию человека к окружающей его среде.

Для информации: продолжительность жизни наиболее высокая в Японии (мужчины - 76, женщины - 81), самая низкая – в Индии (мужчины - 57, женщины - 58). В России – мужчины 64, женщины 74, снижается.

Между тем 15-16 тысяч лет назад редкий человек доживал до 17 лет; в Др. Риме люди жили в среднем 22 года, в провинциях – 35 лет; в Средневековой Англии продолжительность жизни колебалась от 17 до 33 лет и составляла в среднем 26-28 лет; в России до 19 века 50-60 % мальчиков не доживало до 10 лет, продолжительность жизни составляла 26-28 лет. Естественно, что говорить о «стариках» того времени нужно с поправкой на конкретные культурно-исторические условия.

В статистике и демографии для определения категории пожилых и старых людей используется термин «старше трудоспособного возраста». Журналисты называют старость «третьим возрастом». Поэты сравнивают ее с «осенью жизни». Китайцы называли возраст старше 60 лет желанным, т.к. до него мало кто доживал, но многие стремились; еще его называли возрастом обретения мудрости, к старикам часто приходили за советами в разрешении житейских проблем.

В последние десятилетия предлагались различные варианты возрастной классификации для позднего периода жизни человека. Четкого, однозначного понятия «*пожилой человек*» пока еще наукой не выработано. Активные

дискуссии на этот счет среди ученых и специалистов продолжаются. Однако ясно, что речь идет о людях, проживших относительно долгую жизнь, вследствие чего данный человек испытывает определенные психофизические ограничения.

Физиологи выделяют три группы пожилых: «молодые старики» (60 – 64 г.); «средние старики» (65 – 74 г.); «старые старики» (свыше 74 лет). Начиная с 90 лет определяется особая категория пожилых граждан – долгожители.

Сачук Н.Н. приводит данные Европейского регионального бюро **ВОЗ**, согласно которым возраст от 60 до 74 лет рассматривается как пожилой, 75 лет и старше – старые люди, возраст 90 лет и старше – долгожители. Эксперты ВОЗ ссылаются на решение **ООН** от 1980 г., в котором возраст 60 лет рекомендуют рассматривать как границу перехода в группу пожилых. В 1982 г. ВОЗ выбрала 65 лет как индикатор пожилого возраста и рекомендовала в группе лиц пожилого возраста выделять еще и группу – «престарелых» – людей 80 лет и старше.

Социальные геронтологи делят пожилых граждан на молодых стариков – 60-75 лет и пожилых стариков – старше 75 лет.

В связи с этим проблемы старения населения исследуется в рамках таких дисциплин, как социология, психология, философия, демография.

В рамках *геронтосоциологии* проводятся исследования на предмет уровня жизни людей пожилого и престарелого, возраста, выявляются проблемы социально-экономического характера. Эти исследования позволяют выявить основные проблемы, присущие этой категории людей и найти возможные пути их разрешения.

Психологами изучаются социально-психологические черты характера пожилых людей, уровень активности этой категории лиц, а также проблемы, связанные с повторной адаптацией.

Демографы обеспокоены проблемами депопуляции и старения населения.

Проблемы людей пожилого возраста являются также предметом изучения *геронтологии* как специальной области познания. Специалисты по социальной

работе должны знать основы геронтологии и при обслуживании пожилого клиента учитывать социально-геронтологические, психологические, физиологические аспекты старения человека, позволяющие интерпретировать поведение пожилых людей с учетом их индивидуальности.

Следует отметить, что все исследования и разработки в области изучения проблем людей пожилого и престарелого возраста носят междисциплинарный характер. Только при взаимодействии всех областей знания возможно более полное и глубокое изучение проблем пожилых людей.

Данный принцип наглядно представлен на рисунке.



Рисунок. Междисциплинарность изучения проблем пожилых граждан

В любом случае, старость, пожилой возраст – это особый период в жизни человека, у которого есть свои специфические характеристики.

Пожилые люди не представляют собой некую однородную, безликую массу, хотя имеются и общие для большей части пожилых черты. Давайте попробуем создать образ пожилого человека.

Согласно статистике, обычный российский пожилой человек – это, скорее всего, женщина в возрасте за 60 лет, пенсионерка с небольшой пенсией, проживающая в сельской местности.

Основные группы, категории пожилых и старых людей:

1) международная классификация:

55-64 г. – пожилые

65-74 г. – старые

75-84 г. – очень старые

85 и больше – престарелые

2) классификация ВОЗ:

60-74 – пожилые

75-89 – старые

90 и больше – долгожители

3) геронтологи делят на:

молодых стариков – 60-75 лет

пожилых стариков – старше 75 лет

Это классификации по возрасту.

Среди пожилых людей выделяются также самые разные другие *группы*: относительно здоровые, бодрые, физически здоровые; больные или имеющие инвалидность; живущие в семьях или одинокие; довольные уходом на пенсию или недовольные; еще работающие, но тяготящиеся работой; несчастные, отчаявшиеся в жизни; малоподвижные домоседы; проводящие интенсивно, разнообразно свой досуг (ходят в гости, посещают клубы и т. Д.), выходцы из самых разных социальных слоев, имеющие разные уровни образования, квалификации и разные интересы.

Рассматриваемые группы пожилых людей представлены в соответствующих стереотипах старости:

позитивный стереотип – в его основе лежат ценность жизненного опыта и мудрости старых людей, потребность в уважении к ним и соответствующей опеке;

негативный стереотип – на старого человека смотрят как на ненужного, лишнего, бесполезного, «нахлебника», а его опыт расценивают как устаревший и неприменимый в настоящий момент.

Таким образом, можно говорить о многообразии представлений современных исследователей о старости, старении населения и пожилых гражданах как особой категории населения.

Тема 4. ОСНОВНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН В РФ.

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.

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.

Психические проблемы 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.

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.

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 тоне, психике людей. И это естественно, поскольку труд (посильный, конечно) является источником долголетия, одним из важнейших условий сохранения хорошего здоровья

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.

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.

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.

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.

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 справиться 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.

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.

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 гипотермии, ухудшает память, вызывает депрессии, может ухудшить работу пищеварительного тракта. Особо опасным является употребление алкоголя совместно с лекарственными препаратами.

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.

Тема 5. СОЦИОГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ.

Социальные проблемы людей пожилого возраста, их социальный статус, место в современном обществе, в социальной структуре в различных

социальных системах, общностях, в собственной семье, взаимоотношения с другими возрастными группами, изменение с возрастом личности - все это еще не стало предметом специальных социологических исследований. Эти проблемы должны рассматриваться особой областью социологии – **геронтосоциологией**. К сожалению, эта область социологии остается одной из самых, а может быть самой, забытой и заброшенной и в нашей, и в зарубежной социологической литературе. Практически отсутствуют синтетические исследования, учитывающие имеющиеся достижения в различных разделах геронтологии: социальной политики в отношении пожилого поколения, социальной психологии, социального статуса пожилого человека в сообществах различных уровней, старения как социального феномена. Ясно, что при нынешней демографической ситуации возникает необходимость **геронтологизации** всего спектра социального знания.

В *теории социальной работы* лица пожилого возраста (*геронтогруппа*) рассматриваются как специфическая социально-демографическая группа, со своими социально-психологическими особенностями, с тягой к ретрокультуре, с глубокой внутренней дифференциацией, определенным делением на подгруппы: возрастные (пожилые, старые, долгожители), территориальные (горожане, сельчане), с различным общественным положением в допенсионном и пенсионном периодах.

В современной России быть пожилым – означает также относиться к *группе социального риска* и считаться потенциальным клиентом социальных служб и учреждений. В пользу последнего утверждения свидетельствуют и статистические данные, которые представляют следующий образ «обычного» пожилого человека – россиянина: скорее всего, это женщина в возрасте за 60 лет, пенсионерка с небольшой пенсией, проживающая в сельской местности.

Из ныне существующих *социогеронтологических теорий*, пытающихся осмыслить феномен старости, заслуживают особого внимания следующие.

1. *Теория разъединения* (Э. Камина и У. Генри) представляет старение как неизбежное взаимное отчуждение, снижение взаимодействия между

стареющей личностью и обществом, ведущее по мере старения к полному дистанцированию. В основе этой теории лежит принцип необходимого равновесия между продуктивным (молодым) и непродуктивным (пожилым) населением. В этой связи актуализируется межпоколенное отчуждение, согласно которому в процессе старения люди дистанцируются от молодого поколения, освобождаются от социальных ролей, связанных с трудовой деятельностью. В теории разъединения процесс отчуждения рассматривается как фатальная неизбежность и объективный процесс, когда люди старшего поколения уступают место молодым, способным более продуктивно трудиться. Эту теорию еще называют «теорией освобождения», потому что старение якобы «освобождает» пожилого человека-пенсионера от всех обязательств перед обществом.

2. *Теория эйджизма*, т.е. дискриминации, осуществляемой одними возрастными группами по отношению к другим, причем в наибольшей степени эйджизм затрагивает именно пожилых людей.

3. *Теория активности* выступает как альтернатива предыдущим и предполагает, что, вступая в старость, люди сохраняют те же потребности и желания, что и в среднем возрасте, и всячески сопротивляются любым намерениям, имеющим целью исключить их из общества. Согласно этой теории, общество вынуждает пожилых людей расстаться со своими привычными ролями, ощутить утрату смысла жизни и свою ненужность в обществе. Для сохранения их самооценки и самосознания им необходимо предоставить дополнительные для них другие виды деятельности. Исполнение пожилыми людьми новых социально значимых ролей сохраняет их психологическое равновесие.

4. *Теория субкультуры* (А. Роуз), согласно которой культура становится стержнем, объединяющим людей пожилого возраста, создает особую близость между ними и в то же время обособливает их от других возрастных групп. Причем автор теории утверждает, что культура пожилых особая, отличная от культуры всех других возрастных групп. Пожилые люди рассматриваются как

носители специфической субкультуры, представляющей собой систему особых ценностей, норм и стереотипов. Оформление этой субкультуры зависит от следующих факторов: от ограничений коммуникаций и общественных связей с другими социальными группами и от принадлежности к одной возрастной группе. Возрастная субкультура позволяет пожилым людям адаптироваться к новым условиям, формировать новые связи и отношения, перестроить свои психологические установки. В практическом плане А. Роуз предлагал создание поселков, жилых домов, домов-интернатов для пенсионеров.

5. *Теория возрастной стратификации.* Общество разделено на возрастные страты. Каждое старшее поколение обладает уникальным опытом, который невозможно повторить, однако отдельные элементы этого опыта могут использовать последующие поколения.

6. *Психологические концепции* старения рассматривают развитие человека на всем протяжении жизненного пути в аспекте необратимых возрастных изменений личности и сопутствующих социально-психологических негативных проявлений старения организма.

7. *Теория интенциональности* (Ш.Бюлер). Согласно этой теории, человек проходит пять фаз своего развития. Последняя фаза жизни (65-70 лет) характеризуется тем, что люди перестают преследовать цели, которые ставили в юности.

8. *Эпигенетическая теория* (Э.Эриксон) рассматривает развитие личности на всем протяжении жизни. Только в старости, по мнению Э.Эриксона, приходит настоящая зрелость, позволяющая человеку оценить предшествующий опыт и достижения. Этот полюс обозначен им как мудрость. На другом полюсе находятся старые люди, не реализовавшие себя, осознающие невозможность начать все сначала. Для социальной работы данная концепция полезна тем, что проблемы людей старшего поколения рассматриваются в ней как определяемый возрастом особый психосоциальный кризис и объясняются по аналогии с конфликтами и фрустрациями предшествующих возрастных периодов.

9. *Теория символического интеракционизма* (Дж.Мид). Положения теории построены на фундаменте идей из различных областей науки. Коммуникации рассматриваются как средства взаимоприспособления индивидов, являющегося важнейшим условием существования и развития общества. Для пожилого человека это приспособление: а) к представителям новых, молодых когорт; б) к «обобщенным другим», которые в данном случае выступают как изменившееся общество в целом; в) к самому состоянию старости, то есть к самому себе в новом качестве. С другой стороны, общество должно приспособиться к тому, что значительной его частью являются люди старших возрастов, что его демографическая структура приняла новый вид – «седого общества». Дж.Мида разработал трехфазную схему жизни человека, одним из этапов которой является старость. На первой стадии, еще задолго до наступления реальной старости, человек подспудно «примеряет» на себя образ старика, в общении с людьми старшего возраста, с дедушкой, бабушкой. На второй стадии, в непосредственно предпенсионном возрасте, человек осваивает правила поведения в сообществе пенсионеров – принимает моду, отказывается от прежней моды и привычек, усваивает принятые правила поведения стариков. На третьей стадии, собственно пенсионной, он использует приобретенное на второй стадии, обретает символы старости, адаптируется к новому отношению к себе со стороны окружающих. Важным моментом является своевременность вступления во вторую и третью стадию, при этом возможны преждевременность и опоздание. И в том, и в другом случае человек оказывается вне собственной возрастной группы, как бы застревает в переходе.

Описанные теории старения играют важную роль в организации социальной защиты пожилых людей, так как они интерпретируют и обобщают опыт, информацию и результаты наблюдений, помогают предвидеть будущее. Они нужны специалисту по социальной работе, прежде всего для того, чтобы организовать и упорядочить свои наблюдения, составить план действий и наметить их последовательность.

Выбор той или иной теории старения предполагает определенный характер и объем информации, которую будет собирать специалист, а также методы организации интервью с клиентом. Наконец, теория позволяет специалисту «сохранить дистанцию», т.е. объективно оценить ситуацию, причины психологического дискомфорта клиента, а также реальные пути решения проблемы. Сознательно избранная теория – гарантия того, что социальный работник не попадет в плен собственных иллюзий, предрассудков и симпатий. Последовательно применяя ту или иную теорию или синтезируя несколько теоретических установок. Сотрудник социальной службы целенаправленно выполняет, возложенную на него линию – корректирует и стабилизирует социальное функционирование индивида, семьи, группы организаций. Именно этой социальной направленностью и отличается социальная работа от дружеского участия или родственного вмешательства.

Независимо от приверженности той или иной теоретической концепции, исследователи подчеркивают особенность, и даже обособленность этой социодемографической категории людей – геронтогруппы, которая во многом и определяет отношение к ним представителей других возрастных групп.

Тема 6. ПОТРЕБНОСТИ ПОЖИЛЫХ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ.

Тенденция увеличения популяции пожилых и старых людей и особенно группы 80-летних и старше сохранится и в XXI веке. Это влечет за собой увеличение потребностей в медико-социальной помощи и услугах, а также явится вызовом для экономики социально ориентированных государств.

При всем многообразии потребностей пожилых и старых людей в медицинской и социальной помощи, большинство исследователей выделяют потребности в долговременных видах помощи (помощь на дому, в общине, в домах по уходу), потребности в кратковременных видах помощи (госпитали, реабилитация), а также в уходе.

По данным исследований группы пожилых (средний возраст – 62 года, женщин – 57%, мужчин – 43%) выявлялись следующие виды потребностей:

1) потребности в услугах – физиотерапия, трудотерапия, уход, психотерапия, коррекция поведения, одевание, помощь при приеме пищи, социальные контакты, гигиена, речевая, слуховая терапия, транспортные услуги, медсестринский патронаж;

2) помощь в адаптации – очки, инвалидные коляски, хо-дунки, поручни, трости, слуховые аппараты, перемещение, необходимое число помощников для перемещения, приспособления для приема пищи;

3) потребность в обучении навыкам адаптации – общение, одевание, раздевание, пользование туалетом, употребление пищи, гигиена и уход за собой, прогулки, компенсация зрительных и слуховых нарушений;

4) забота о здоровье – визит к лечащему врачу, визит к другим специалистам, осмотры медсестер, диета (38).

С возрастом доля старых людей, нуждающихся в помощи, быстро возрастает. Отмечается, что около 50 % 85-летних и старше людей нуждаются в персональной помощи. К 2000 г. потребность в долговременной помощи для лиц 85 лет и старше, как группы наибольшего риска, увеличится вдвое. По данным зарубежных авторов, до 20 % пожилых людей имеют различные функциональные нарушения, они нуждаются в базовой поддержке их повседневной деятельности. При этом большинство из них – 70 % – живут дома, в общине, получая помощь на дому. Менее чем 10 % пожилых и старых людей с функциональными нарушениями получают услуги от формального сектора, при этом около 75 % пожилых, проживающих дома, нуждаются в помощи семьи и друзей, т. е. неформального сектора. Более 80 % агентств помощи пожилым отмечали следующие типы потребностей их пожилых пациентов: специфические медицинские проблемы и медицинская помощь; потребность в медицинском оборудовании; психические проблемы; проблемы оплаты услуг; необходимость социальной поддержки. Оценка потребностей

пожилого пациента есть систематический процесс сбора информации о подопечном, способный увеличить точность диагноза и лечебного плана.

J.W.Overall в своих исследованиях показала, что виды ухода, которые требуются пожилым с различными ограничениями дееспособности, имеют следующую иерархию: медицинская помощь – хирургические манипуляции, лекарственные препараты, приспособления для ухода, уход за полостью рта, физиотерапия, мануальная терапия. Персональный уход включает удовлетворение физических нужд в повседневной деятельности; работа по дому – приготовление пищи, уборка, поддержание порядка; социальная поддержка – помощь в общении с административными работниками, посетителями, дружеское общение; наблюдение – уменьшение риска для наиболее уязвимых людей. При наличии функциональных нарушений и хронических заболеваний пожилые люди нуждаются также в реабилитации для сохранения их независимости и способности к самопомощи.

Российские исследователи отмечают, что во многих регионах страны пожилые люди предоставлены сами себе, что сравнимо с экспериментом на выживаемость. В первую очередь это относится к одиноким пожилым людям, которые рассчитывают в основном на помощь государства. Лишь 18,9 % заболевших имеют возможность обратиться к врачу. В 1987 г. в России выявлено более 354 000 одиноких пенсионеров по возрасту и инвалидов, в т.ч. свыше 130 000 чел., нуждающихся в социально-бытовом обслуживании на дому; значительная часть этих людей нуждается в услугах на дому, в доставке на дом продуктов питания, медикаментов, в помощи по приготовлению пищи, уборке помещения и др.

Н.Н. Михневич сообщал, что в 1992 г. в России было выявлено 645 000 одиноких пенсионеров и одиноких нетрудоспособных, нуждающихся в помощи на дому. Исследование автора показало, что основные потребители медико-социальной помощи – это одинокие и одиноко-проживающие престарелые. 27 % опрошенных нуждались в уходе во время болезни, 10 % – в доставке

лекарств. Из общего числа лиц пенсионного возраста в медико-социальной помощи нуждались 21,8 %, из них в надомном обслуживании – 12,6 %.

И.Л. Нефедова в диссертационном исследовании подчеркивает, что социально-бытовую помощь на дому одиноким старым людям оказывают только социальные работники Центров социального обслуживания, ими охвачено лишь 34 % всех нуждающихся. Доля персонала Общества Красного Креста в оказании помощи составляет только 2,1 %.

Согласно данным Л.Ф. Гуло, потребности пожилых в оказании им медицинской помощи на 50 % выше, чем у населения среднего возраста. Лица старше 60 лет, получающие помощь на дому, составляют 50 % всех, кто охвачен этим видом помощи. Постоянная помощь социальных работников требовалась 2,5 % лиц старше 60 лет, это были либо одинокие, либо семейные люди, не рассчитывающие на помощь родственников. Каждый пятый пожилой хотел, чтобы ему во время болезни доставлялись на дом продукты питания и лекарства и была бы помощь по уходу. В целом по России около 1,5 млн. граждан старших возрастов нуждаются в постоянной посторонней помощи и социальных услугах.

При исследовании потребности пожилых людей в госпитальной помощи было выявлено, что 16 % требовали пребывания в многопрофильной больнице, в 15 % случаев можно было обойтись больницей местного уровня или стационаром на дому, в 11 % – требовалось пребывание в пансионате, в 9 – помещении в стационар сестринского ухода. В возрастной группе 60–69 лет в госпитализации в реабилитационные отделения долговременного пребывания нуждаются 10,6 % пожилых, в возрасте 70 лет и старше – 25,9 %. Потребность в госпитализации для интенсивного кратковременного лечения составляет в группе лиц 60–69 лет – 16,0 %, в группе 70 лет и старше – 23,1 %. В активном наблюдении в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений нуждаются соответственно 34,0 и 41,2% больных. По данным И.Л. Нефедовой, уровень госпитализации отставал в группе обследованных пожилых от потребностей в два раза; в целом потребность в госпитализации составляла 28 %.

Исследователи констатируют, что потребности в домах-интернатах в России не удовлетворяются; в 1993 г. очередь в дома по уходу составляла 14 тыс. человек; к примеру, в Тверской области потребность пожилых составляла 51 % от необходимого; по заключению автора, особенно велика потребность в поддерживающем лечении пожилых и в обеспечении медицинского ухода.

Таким образом, высокая потребность контингентов пожилых в медико-социальной помощи превышает ресурсные возможности здравоохранения и поэтому предполагает участие всех заинтересованных министерств, ведомств, систем здравоохранения и социального обеспечения, общества Красного Креста, общественных, благотворительных и религиозных организаций.

Подводя итоги описанию потребностей пожилых в медико-социальной помощи, можно сделать следующие выводы:

1) рост популяции пожилых и старых людей приводит к увеличению потребности в медико-социальной помощи и услугах;

2) пожилые и старые люди нуждаются в долговременных, кратковременных видах помощи, а также в уходе, потребность в тех или иных видах помощи увеличивается с возрастом;

3) по данным отечественных исследователей высокая потребность пожилых и старых людей в медико-социальной помощи превышает возможности ресурсов здравоохранения, что является предпосылкой для более тесного сотрудничества всех заинтересованных служб и организаций;

4) систематическая оценка потребностей пожилых и старых людей в медицинской и социальной помощи увеличивает точность диагноза и лечебных планов.

Тема 7. ГРУППЫ ПРЕСТАРЕЛЫХ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ.

Одна из важных задач гериатрической реабилитации «...выявить группы высокого риска, т.е. тех, которые в конечном счете будут нуждаться в реабилитации, а также потребности этих групп в реабилитации». По данным

литературы, далеко не все пожилые и старые люди нуждаются в реабилитационных мероприятиях. Так, согласно ВОЗ «нужно помнить, что большинство пожилых людей в общем здоровы – как физически, так и психически... И многие престарелые не нуждаются ни в уходе, ни в лечении». Имеются данные о том, что семь из десяти людей в возрастной группе 70-80 лет не требуют посторонней помощи при уходе за ними.

При обобщении большого материала была выявлена группа долголетних лиц с относительно хорошим здоровьем, объем группы составил до одной трети населения старше 80 лет.

ВОЗ определяет группы высокого риска, как группы населения, имеющие высокий риск ухудшения здоровья или экономического и социального состояния. К этим группам отнесены следующие категории престарелых:

- очень старые люди, в 80, 90 лет и старше;
- престарелые, живущие одиноко (семья из одного человека);
- престарелые женщины, особенно одинокие и вдовы;
- изолированно живущие престарелые (одинокие или престарелые пары);
- бездетные престарелые;
- престарелые, страдающие тяжелыми заболеваниями или физическими недостатками;
- престарелые пары, в которых один супруг тяжело болен или страдает физическим недостатком;
- престарелые, вынужденные жить на минимальное государственное или социальное пособие или даже на еще более незначительные средства.

Представляется целесообразной попытка выявить количественные показатели групп риска престарелых, их потребности в различного вида медико-социальной помощи, психологической и семейной поддержке, экономических услугах.

В течение двух последних десятилетий 20 века в развитых странах быстро возрастала численность людей 80-летнего возраста, особенно нуждающихся в медицинской помощи, уходе и социальной защите. В России

также растет доля лиц в возрасте 80 лет и старше во всем населении и в популяции пожилого населения. За период 1939-1994 гг. удельный вес этой группы во всем населении возрос от 0,5% до 2,2%. В городском населении от 0,3% до 1,9%, в сельском - с 0,6% до 2,9%. Растет доля лиц старше 80 лет и в самой популяции пожилого населения, за вышеуказанный период она увеличилась с 7,1% до 13,2% для всего населения. В городском населении - с 5,0% до 12,5%, а в сельском - 7,8% до 14,7%.

По данным Белоконь О.В., «наиболее уязвимой категории пожилых лиц старше 80-ти лет насчитывается (в 1993 г.) более 3 млн.» Этот же автор приводит экспертные прогнозы, указывающие на обострение проблем одиночества пожилых людей (по мнению 76,9% опрошенных) и особенно проблем одиноких пожилых женщин, поскольку их численность сейчас намного больше численности одиноких пожилых мужчин.

Комаров Ю.М. особо выделяет проблему пожилых женщин, т.к. в структуре населения в возрасте 70 лет и старше на долю женщин приходится 75,7%. Чеботарев Д.Ф. к группам «угрожаемых» относил всех лиц в возрасте старше 70 лет, пожилых и старых людей, не давно потерявших близких, выписанных из больниц, недавно ушедших на пенсию. По данным этого автора, в развитых странах процент лиц в возрасте 75 лет и старше среди всех лиц в возрасте 60 лет и старше колеблется в пределах 22-27%. В Дании, Англии, США каждая вторая женщина в возрасте 65 лет и старше - вдова. Пожилых людей, не имеющих супруга, в возрасте 65 лет и старше в Дании было - 24%, в Англии - 46%, в США - 36%.

Бондаренко И.Н. приводит факты увеличения числа людей 75 лет и старше за период 1959-1995 гг. на 165%, а 85 лет и старше – более чем в 3 раза, причем в городских поселениях число людей 85 лет и старше увеличилось более чем в 6 раз.

Считается, что потеря супруга, отделение взрослых детей, создавших свою семью – это факторы риска, приводящие к тому, что часть лиц пожилого возраста проживают без семьи и оказываются одинокими. Так, еще в 1962 г. в

США было обращено внимание на быстрое нарастание процента одиноких и вдовых с возрастом: среди мужчин эта группа увеличивалась с 18,5% в 65-74 г. до 57,8% в 85 лет и старше, среди женщин этого же возраста - с 54,6 до 94,9%.

По данным обследования 550 одиноких лиц в возрасте 60 лет и старше 37% составили мужчины и 63% женщины. Было выявлено, что наибольшее число нуждающихся в постороннем уходе приходится на возраст 70-79 лет и составило 50 % всех обследованных. Из этой группы больных 83 % были полностью или частично обездвиженными в том числе по причине нарушений мозгового кровообращения – 54 %, из-за нарушений целостности опорно-двигательного аппарата, расстройств функций тазовых органов и эндокринных нарушений -22 %, в 7 % - из-за полной потери зрения.

В 1987 г. в РСФСР было выявлено более 354 тыс. одиноких пенсионеров по возрасту и инвалидов, из них свыше 130 тыс. человек нуждались в социально-бытовой помощи на дому.

Рекомендуя выделять одиноких престарелых в группы риска повышенной зависимости, Н.Я.Вержиковская и соавт. (1990 г.) приводят данные о том, что среди 10 млн. одиноко проживающих пожилых и старых людей - в 1988 г. - от 10,5 до 21,6% практически здоровые.

К группе риска относятся пожилые и старые люди с нарушениями психики. По данным Толченова Б.А., только 37,6% лиц 60 лет и старше являются психически здоровыми среди не состоявших на учете по поводу психических заболеваний. Остальные имеют: психозы 1,9%, невротические депрессии - 11,4%, астеноневротическую симптоматику - 38,8%, токсикомании (алкоголизм) - 10,3%. С 1992 по 1994 годы выявлено увеличение частоты вновь зарегистрированных психозов и старческого слабоумия с 9,2 до 14,5% на 10 тыс городского населения. При анализе устного опроса престарелых 75-90 лет, проживающих дома и в приюте, выявлена группа физически слабых людей, особенно восприимчивых к болезням. 28% из них, преимущественно женщины, жаловались на депрессию. Признаки депрессии проявлялись в большей степени у одиноких и наиболее старых людей.

По мнению специалистов, особого внимания требует к себе категория престарелых, которые в силу ограничения подвижности («прикованные к дому», «прикованные к постели») не могут самостоятельно посещать медицинские учреждения. У мужчин доля таких лиц -17,8%, у женщин - 41,3%. Делается вывод о том, что эти престарелые нередко недополучают врачебную помощь на дому, 8% нетрудоспособных не выходят из своей квартиры, а 2% находятся на по стельном режиме.

Г.Гарлем сообщал, что в группе населения численностью 100 000 чел. можно выявить 14 000 пожилых лиц (от 65 и старше), из них 1200 чел. не выходят из дому, 300 прикованы к постели, 300 являются обитателями домов для престарелых. К группе повышенного риска можно отнести пожилых и старых людей, страдающих остеопорозом.

Так, Лазебник Л.Б. сообщает, что по данным, полученным в Москве, разряжение тел позвонков определялось у 100% мужчин старше 75 лет. А в г. Ярославле распространенность переломов на 100000 населения с 1981 по 1992гг поднялась с 36,4 до 84,7, причем среди больных с переломом шейки бедра 75% составляли женщины старше 70 лет. В Оренбурге средний возраст больных с переломами шейки бедра составлял 73,6 года, с переломом позвоночника - 62,2 года.

Касаясь экономических факторов риска пожилых и старых людей, можно привести данные Шиловой Л.С., согласно которым 32,4% об следованных сообщали, что «не могут свести концы с концами». При анализе распределения материальной помощи было выявлено, что 62,4% опрошенных не получают помощь вообще (кроме пенсии), 28% получают ее от детей, 2,8% - от внуков, 1,8% - от друзей, 4,6% -от органов социальной защиты, 0,5% - от благотворительных организаций.

Лазарева В.С., констатируя низкий уровень как абсолютных, так и относительных размеров пенсий, сообщала, что тем не менее пенсия остается главным источником дохода многих россиян: в целом по России 21,1% граждан назвали пенсию в качестве основного источника средств существования.

Только 4-7% российских пенсионеров могут позволить платное лечение, дорогие лекарства, отдых. 34% пожилых еще проживают в домах с печным отоплением, 51 % - без горячей воды, 45% - без душа и ванны.

Анализ литературных данных позволяет говорить о вновь появляющихся группах повышенного риска среди пожилых и старых людей. Так, к ним рекомендуется относить людей, принимающих более пяти лекарственных препаратов одновременно и обращающихся к врачу более 6 раз в год.

Григоров Ю.Г и соавт., изучив показатель степени старения как критерий количественной оценки уровня здоровья у 2294 чел на Украине, сделали вывод, что три четверти обследованных относятся к группе повышенного риска преждевременного старения, потери трудоспособности и смерти.

Имеются исследования, касающиеся бездомности среди пожилых людей, которых также можно отнести к группам риска.

Коротаев А.С. и соавт. сообщают о проживании в Москве 3,5 тыс жертв ГУЛАГа и около 12 тыс. членов их семей. Тяжелые репрессии, сверхдлительный период стрессов привели к возникновению у них целого комплекса психосоматических расстройств, отягощенных возрастной патологией и крайне неблагоприятными условиями жизни, что во многих случаях вызвало нарушение социальной адаптации.

Тема 8. ПОТРЕБНОСТИ ПОЖИЛЫХ В СОЦИАЛЬНОЙ (СЕМЕЙНОЙ, ЭКОНОМИЧЕСКОЙ, ДУХОВНОЙ) ПОМОЩИ.

При анализе роли семьи в организации помощи престарелым, не способным к самообслуживанию, было выявлено, что последние нуждаются во внимании и помощи родственников, главным образом в психологической поддержке, не только в тех случаях, когда живут в кругу семьи, но и когда помещены в клиники и дома престарелых. Сохранение семейных связей составляет основу социальной стабильности и обеспечивает эффективную деятельность организаций здравоохранения и социальной службы, оказывающих помощь престарелым. Ни дома, ни в специализированных

гериатрических учреждениях они не должны ощущать оторванность от жизни, вести существование вне времени, «прятать в ящик стола волю к жизни». Остро стоит вопрос о помощи извне для ведения домашнего хозяйства для тех, кто полностью потерял способность к самообслуживанию (среди лиц в возрасте 80 лет и старше таких примерно 10-20%). Отсутствие социальных связей с семьей, друзьями, религиозными и общественными организациями представляет собой индикатор высокой вероятности преждевременной смерти вне зависимости от социального положения и исходного здоровья. Выявлено также положительное воздействие социальной поддержки на процессы реабилитации различных групп больных, на процессы адаптации выздоравливающих и улучшение способности преодолевать стрессовые ситуации.

Анализируя деятельность пансионатов для пожилых людей в системе социальной защиты, Приталюк М.С. сообщал о высокой потребности в лабораторных и рентгеновских исследованиях, в приобретении очков и протезировании зубов. В этих видах обслуживания нуждались от 81 до 86% обследованных. Автор отмечал, что крайне мало используются методы восстановительной терапии: массаж в 3,9%, лечебная физкультура - в 2%. Спустя много лет о близких цифрах потребностей сообщает Пушкова Э.С., по ее данным очки используют 87% пожилых людей Санкт-Петербурга, зубные протезы - 60%.

Никитина Г.Ф. приводит данные обследования на дому 3,5 тыс. одиноких пенсионеров по возрасту в ряде территорий России за период с 1984 по 1987 г. Было установлено, что значительная часть этого контингента нуждается в услугах на дому, в доставке на дом продуктов питания, медикаментов, в помощи по приготовлению пищи, уборке помещения и др.

Отмечена особая острота проблемы в сельской местности, где происходит концентрация престарелых жителей, нуждающихся в посторонней помощи и опеке.

В целом по России около 1,5 млн. граждан старших возрастов нуждаются в постоянной посторонней помощи и социальных услугах. Более 29,1 млн.

пенсионеров по старости в наибольшей степени испытывают последствия снижения уровня жизни. Наиболее тяжелое материальное положение у возрастной группы 71-75 лет, когда резко возрастает доля одиноких пожилых из-за смерти одного из супругов. Требуют пристального внимания бездомные, достигшие пенсионного возраста или ставшие инвалидами. По разным источникам, только в Москве насчитывается от 30 до 100 тыс. человек без определенного места жительства. В социальном патронаже нуждаются беженцы и вынужденные переселенцы, среди которых 15% - лица пенсионного возраста, половина из них – одинокие пожилые люди.

С увеличением возраста резко обостряются физические, психологические и социальные аспекты ухода за престарелыми, т.к. требуется более многосторонний и интенсивный уход.

Ранее нами было показано, что при работе на дому с группой престарелых – жертв ГУЛАГа без социальной поддержки лечение было нередко мало эффективным, т. к. старые, одинокие пациенты не могли обойтись без помощи в ведении хозяйства - покупки продуктов, лекарств, стирки, уборки помещения и др. В особом уходе нуждались лежачие и малоподвижные пациенты.

Исаев А. П. и Ларина ГН. исследовали одиноко живущих сельских жителей, 70 лет и старше (12,1 %, от 177,5 тыс. сельских жителей 8 районов). Различными формами регулярной социально-бытовой помощи обеспечены 19,7% одиноких старше 70 лет. Авторы считают заниженной потребность в госпитализации на койки сестринского ухода, которая определена респондентами в 2,4% от общего числа. Доля нуждающихся в помещении в дома-интернаты для престарелых составила 2%. Толченев Б.А. и соавт. при анкетировании граждан старше 70 лет определили, что нуждаемость в социальной помощи превышает таковую в медицинской помощи (82% против 78% опрошенных).

Ряд авторов говорят о необходимости удовлетворять и духовные запросы пожилых и старых людей. «Качество обслуживания пожилых не должно

сводиться к удовлетворению только витальных потребностей, диапазон потребностей – от витальных до духовных». Антипенков В.А. призывает вернуться «к утраченным ныне традициям и практике, когда у постели больного присутствуют и врач, и священник, призванные к совместному служению для совместного врачевания неразрывно связанных души и тела».

Завершим обзор выявления потребностей групп повышенного риска престарелых мнением Д.Ф.Чеботарева: «чтобы выявить потребность лиц пожилого и старческого возраста в медицинской помощи, необходимо прежде всего определить состояние их здоровья. До тех пор, пока все старые люди будут рассматриваться как больные, немощные инвалиды, рациональное планирование и организация медицинской гериатрической помощи невозможны».

Для многих лиц пожилого и особенно старческого возраста, которые сохранили относительно удовлетворительное здоровье (особенно живущих одиноко или вдвоем с престарелым супругом), довольно остро стоит вопрос о помощи извне для ведения домашнего хозяйства. Отечественные геронтологи давно привлекали внимание к ряду социально-гигиенических и психологических проблем, возникающих в связи с постарением населения, особо выделяя «проблему одиночества, которая возникает вследствие смерти близких, при отделении от семьи либо вследствие развода и часто влечет за собой угасание интереса к жизни, социальную изоляцию».

Для успешного решения разнообразных практических задач по удовлетворению специфических физических и духовных нужд людей старческого возраста потребуется, очевидно, значительное усиление специальной подготовки медицинских и социальных работников, призванных обеспечить эти нужды. Одной из задач социальной геронтологии является определение будущей эволюции семьи, а значит и семейных отношений старых людей, а также определение тех последствий, которые может иметь эта эволюция для положения старых людей и в задачах социальной политики. Федько Г.П., подводя итоги 15-летнему диспансерному наблюдению

престарелых на базе поликлиники, делает вывод: «значительное место в медико-социальном обслуживании этого контингента занимает патронажная работа, создание «групп милосердия».

Белоконь О.В. считает необходимым «провести полный учет пожилых людей по степени социальной активности и потребности в медицинских услугах и на основе этого организовать адекватную медико-социальную помощь, в частности провести работу по созданию гериатрических служб как на дому, так и путем организации специальных домов сестринского ухода. Необходимо определить затраты федерального правительства на содержание стариков в возрасте 80 лет и старше».

В настоящее время идет поиск универсальной модели организации оказания первичной медико-социальной помощи. Одной из причин отсутствия такой модели является недостаточное знание содержания, потребности и объема помощи этой части населения, а также ограниченные возможности их удовлетворения при ухудшающихся условиях жизни общества в целом.

Анализ качества лечения выявил у 33,3% лиц старческого возраста отсутствие необходимого комбинированного лечения, у 27,7% лиц имела место передозировка лекарственных средств, у 22,9% - полипрагмазия, 14,5% лиц были назначены малоэффективные препараты, у 3,6% лиц лекарства назначали без учета противопоказаний. Чем старше больные, тем реже проводятся инструментальные методы обследования из-за их обременительности. Геронтам, даже в стационаре, реже, чем молодым, проводится полный спектр диагностических обследований, консультации различных специалистов. Вне поля деятельности отечественных исследователей остались медико-социологические методы изучения состояния здоровья и организации медико-социальной помощи старым людям, а медико-демографические и социально-гигиенические проблемы пожилых (особенно, одиноко живущих) остаются недостаточно изученными.

Матвеев Э.Н. и соавт. указывают, что «в настоящее время в нашей стране со всей остротой встал вопрос о развитии гериатрической службы». Так как «с

увеличением возраста резко обостряются физические, психологические и социальные аспекты ухода за стариками. требуется более многосторонний и интенсивный уход». Поэтому необходимо «создать модель организации первичной медицинской помощи с обязательным взаимодействием с учреждениями социальной защиты населения».

Рационально, чтобы специально подготовленные социальные работники вошли в состав кадров поликлиник и действовали бы под наблюдением и контролем со стороны участковых терапевтов.

Шилова Л.С. обращает внимание на важное место в структуре мер социальной политики в отношении престарелых организаций психологической помощи. Все передовые госпитали мира тесно сотрудничают с психологами, священниками всех конфессий, социальными работниками и нередко содержат целые психологические службы.

Из-за резкого уменьшения реального материального дохода пенсионеров престарелые люди еще реже стали посещать лечебные учреждения, расположенные в других населенных пунктах (удорожание стоимости проезда, сокращение транспорта хозяйств и т. д.). Резкое подорожание лекарств делает их малодоступными большинству сельских пенсионеров. Более половины выписанных рецептов так и не поступает в аптеки. Поликлиникам не выгодны пожилые люди, т.к. они чаще, чем молодые, требуют госпитализации и скорой помощи, за что расплачиваются поликлиники. Стационарам престарелые пациенты тоже в тягость, т.к. они получают экономический эффект при росте оборота коек, а госпитализация пожилых приводит к увеличению средней длительности пребывания на больничной койке и сокращению ее оборота.

В связи с этим необходимо участие всех заинтересованных министерств и ведомств: систем здравоохранения и социального обеспечения, пенсионного фонда, фонда социальной защиты населения, общества Красного Креста и др.

Кабалова Л.П. справедливо утверждает, что «система надомного обслуживания не охватывает сегодня достаточно большую часть граждан, нуждающихся в постоянной посторонней помощи – это тяжело больные люди,

имеющие медицинские противопоказания к обычному обслуживанию на дому. Социальные работники не всегда обладают необходимыми знаниями и навыками в вопросах оказания помощи таким людям. А органы здравоохранения не осуществляют постоянный патронаж этих лиц». Далее автор сообщает о создании на базе учреждений социальной защиты специализированных отделений помощи на дому, а также отделений дневного пребывания, их основная цель – помощь престарелым в преодолении одиночества.

Сейчас традиционно сложились три основных направления деятельности органов социальной защиты населения по обеспечению социальной защищенности пожилых людей: пенсионное обеспечение, предоставление пожилым льгот и преимуществ, социальное обслуживание в стационарных и нестационарных условиях. В приоритетном порядке социальная помощь должна оказываться гражданам пожилого возраста, находящимся в трудной жизненной ситуации, характеризующейся их неспособностью к самообслуживанию в связи с неудовлетворительным состоянием здоровья (возрастные изменения, болезнь, инвалидность), усугубляемой одиночеством и малообеспеченностью.

Федченко С.И. полагает, что социальный патронаж семей пенсионеров и одиноких пожилых людей позволит предвидеть момент наступления кризисной ситуации и осуществлять направленную социальную помощь по преодолению критических или сложных ситуаций жизненного цикла. По мнению автора «в ближайшие годы может получить распространение такая форма социального обслуживания, как установление опеки семьи над одинокими престарелыми людьми на условиях частичного (полного) возмещения затрат». На наш взгляд, это положение очень актуально.

Обзор опыта зарубежных стран в области организации медико-социальной помощи престарелым на стационарном уровне Березнев В.Я. и Хромов А.С. завершают на пессимистической ноте, касаясь ситуации в нашей стране: «к сожалению, у нас при весьма слабом развитии специализированных

больниц для престарелых организация медико-социальной помощи им в настоящее время остается нерешенной, в результате чего престарелые «блокируют» койки в общих и других специализированных больницах. Расширение типов стационарных учреждений медико-социальной помощи престарелым, несомненно, позитивно с медицинской, социальной и экономической точек зрения».

В возрасте 80 лет и старше лишь каждый пятый в течение года обращается за медицинской помощью, причем 2/3 из тех, кто не обращается к врачу, делают это потому, что привыкли к своим недугам, и 1/3 – потому что считают себя здоровыми или лечатся самостоятельно, по советам родственников и знакомых.

Иная грань проблемы выявляется в исследовании Бичева К.Г и соавт. Приблизительно половина людей, оказывающих ту или иную помощь тяжелым хроническим больным, - супруги или дети. Это приводит, нередко, к утрате или сокращению возможностей для профессиональной карьеры, другой социальной деятельности, к физическому и эмоциональному перенапряжению, т.е. к различной степени социальной дезадаптации. По данным авторов, у 100% обследованных выявлена та или иная степень социальной дезадаптации: 23% родственников были вынуждены оставить прежнее место работы или должность, 47% родственников отмечали трудности в продолжении воспитания детей и внуков, 23% ухаживающих отмечали невозможность помощи престарелым родителям из-за постоянной занятости уходом за больным, 35% родственников отмечали невозможность оставить пациента дома одного из-за неспособности к элементарному самообслуживанию.

Существуют немногочисленные примеры функционирования медико-социальных программ для престарелых на базе негосударственных некоммерческих организаций. Так, Коротаев А.С. и соавт. показывают опыт организации помощи на дому престарелым – бывшим узникам ГУЛАГа. В составе программы - группа врачей для плановых консультаций на дому и группа патронажных работников для бытовой помощи и ухода за

престарелыми. Для решения проблемы качества жизни пожилых «немаловажное значение имеет преодоление «эйджизма» в мировоззрении врачей и общества в целом».

Пушкова Э.С., Иванова Л.В. освещают опыт создания в С.-Петербурге муниципального гериатрического центра, имеющего два отделения: дневного пребывания и медико-социальной помощи. Центр создает гериатрические отделения в больницах, гериатрические кабинеты в районных поликлиниках города, осуществляет организационно-методическую и научную работу. Вывод авторов: «возникла необходимость создать такие медико-социальные учреждения, которые были бы способны оказывать медицинскую помощь пожилому человеку и долгожителю как при остром заболевании, так и провести мероприятия по медицинской, психологической и социальной реабилитации».

Другая модель медико-социальной программы представлена в г. Ульяновске. Там был организован территориальный гериатрический Центр, объединивший усилия медицинской и социальной служб. В структуре Центра – отделение дневного пребывания и реабилитации, отделение социальной помощи и клуб ветеранов от районного учреждения социальной защиты. По мнению авторов, районный гериатрический Центр можно считать основной структурной единицей гериатрической службы, находящейся на стыке больничной и вне-больничной помощи, интегрирующей усилия медицинской и социальной службы и к тому же более дешевой.

На базе программы «Помощь на дому» Гуманитарно-благотворительного Центра «Сострадание» разработана оригинальная модель комплексной гериатрической реабилитации. Особенностью программы является то, что каждое ее звено, осуществляя свои специфические функции, выполняет общую задачу гериатрической реабилитации – улучшение качества жизни престарелых на дому.

Эффективность оказания амбулаторной медицинской помощи пожилому населению значительно повышается при введении в штат бригады терапевтического участка амбулаторно-поликлинического учреждения

дополнительной должности патронажной гериатрической медицинской сестры. Это диктуется необходимостью повышения роли среднего медицинского персонала и расширения функций средних медицинских работников в оказании медицинской помощи пожилым, особенно на дому.

На невозможность реализации в настоящее время Федерального Закона «О ветеранах» указывает Кирьянова И.М. По ее мнению, главные условия для выполнения Закона могут быть созданы только при стабильном и достаточном финансировании учреждений здравоохранения. Это очевидно.

О новой модели длительного ухода за престарелыми в домашних условиях, внедряемой в некоторых регионах, сообщает Кисилев С.Г. Это – хоспис на дому, где «единицей ухода» рассматривается целая семья, финансирование «обновляемой инфраструктуры социальной помощи стало возможным за счет консолидации средств местного бюджета, а также за счет собственных средств пациентов, главным образом пенсии».

В последнее время увеличилось число публикаций по проблемам геронтологической подготовки персонала различного уровня.

В Гуманитарно-благотворительном Центре «Сострадание» разработана образовательная программа для персонала патронажной службы. Выделилось два направления образовательной работы: предоставление знаний об особенностях социальной работы с людьми пожилого возраста, включая правовые, психологические, этические аспекты; предоставление специальных гериатрических данных.

В октябре-декабре 1997 г. Центр «Сострадание» реализовал указанную программу в форме Курсов патронажных работников в сфере геронтологического ухода. Проект финансировался московским Правительством.

Одной из форм долгосрочной медицинской помощи являются дома сестринского ухода. К наиболее нуждающимся в них относятся пожилые люди с низким доходом, слабой семейной поддержкой. В США 18 тыс. таких домов,

их средняя мощность 100 коек, длительность пребывания клиентов колеблется от 3 до 18 мес.

По мнению зарубежных специалистов: необходима разработка стратегии социальной реабилитации пожилых, отмечается значение посильного труда и социальной активности для продолжения жизни.

Существенным источником человеческих ресурсов для помощи престарелым считается «привлечение добровольцев к общественной деятельности по охране здоровья». Так, в США «в программах здравоохранения ежегодно заняты 10 млн. добровольцев, что составляет 11% от общего числа взрослых, работающих в добровольческих организациях США».

"Эталоном гернатрической помощи» названы отделения интегрированной помощи на дому. При анализе годовой деятельности такого отделения было показано, что оно «обеспечило все потребности в гериатрической помощи, используя финансовые ресурсы, выделенные на лечебно-профилактическую работу, социальные нужды, санитарное просвещение».

В отношении перспектив научных исследований в области здравоохранения ВОЗ призывает сконцентрироваться на следующих важных направлениях: лечение больных и уход за ними; предоставление медицинской помощи (на основе сотрудничества с политиками, принимающими решения, и с общественностью) путем оценки потребностей, планирования, финансирования и выполнения программ. Эти задачи полностью следует отнести и к престарелым.

Тема 9. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА.

Особого внимания заслуживает и отношение самих пожилых и старых людей к той помощи, которую им оказывают социальные работники. Практический опыт и специально проведенные исследования позволяют выделить несколько определенных **стереотипов поведения пожилых и старых людей:**

1) подчас неприятие социальной помощи в повседневной жизни, недоверие к социальным работникам, нежелание быть зависимыми от чужих, посторонних людей;

2) явные рентные установки, стремление и настойчивость в получении как можно большего количества услуг со стороны социальных работников, возложение на последних выполнения всех бытовых обязанностей;

3) недовольство и неудовлетворенность своими жизненными условиями переносится на социальных работников, с которыми непосредственно общаются;

4) социальный работник воспринимается как объект, который несет ответственность за их физическое здоровье, моральное и материальное состояние

Конечно, основная часть населения старших возрастов, с которыми ведется социальная работа в различных ее видах, выражает свою искреннюю благодарность социальным работникам, высоко оценивает их труд. Однако нередким является и недоброжелательное отношение, подозрительность, недовольство оказываемыми услугами. Иногда прибегают и к чрезмерному восхищению, восхвалению социального работника, чтобы добиться от него тех услуг, которые не входят в перечень выполняемых обязанностей.

Работа со старыми людьми во всех странах считается одной из самых тяжелых во всех отношениях: велико разочарование лиц, обеспечивающих уход за ними; чтобы его избежать, необходимы высокая профессиональная подготовка, понимание и знание психологических особенностей пожилого и старческого возраста.

Социальным работникам нужно с самого начала готовиться к тому, что в их работе благодарностей будет значительно меньше, чем подозрительности, необоснованных обвинений, а нередко и незаслуженных оскорблений. Социальные работники должны быть подготовлены к тому, чтобы быть терпеливыми и заботливыми к любому, даже очень капризному и надоедливому старому человеку.

Нельзя воспринимать старого человека изолированно, вне его жизненного пути. Напротив, то, что он представляет собой сейчас, есть отражение многоаспектного и многослойного становления личности. Биография каждого старого человека представляет собой отражение удавшейся или неудавшейся судьбы, возможно, разломанной или порушенной жизни.

Самое главное – каждый старый человек есть личность и как личность имеет самоценное значение. Личность определяет и поведение человека в процессе старения. Каждый человек уникален в своем «Я» и никак не может быть подменен другим человеком, и в таком виде иного человека не существует.

Самоценность человека должна быть сохранена полностью, она должна быть неделимой, индивидуальной - «индивидус» по-латыни значит «неделимый».

Неотделима от индивидуальности человека и другая характерологическая особенность – социабельность, т.е. возможность открыть себя для контактов с другими людьми. Человек вступает в контакты с окружающими его людьми, создает с ними длительные или кратковременные связи, поддерживает их или отвергает; в ходе этих контактов возникает приязнь или неприязнь, доверие или недоверие.

Каждый человек, вступая в постоянные контакты с окружающими его людьми и окружающим миром, строит на основе собственного «Я» свой индивидуальный мир, и это во многом определяет, удастся ли ему задуманное.

С позиций психоанализа, детство – это период, когда человек начинает свое существование и ведет такой образ жизни, при котором внешнее и внутреннее, земля и небо, «Я» и «МИР» едины, взаимно переплетены в живой целостности.

В зрелом возрасте эти полюса разделяются, сформировавшееся сознание позволяет различать свою индивидуальность и мир, дух и плотские побуждения. В постоянной метании между собственным «Я» и внешним миром

появляется опасность уйти от своей сути и быть проглоченным этим миром, которому ты отдаешь себя как жертву.

На третьем этапе, т.е. в старости, у человека появляется шанс, если он правильно преодолевает этот возрастной порог, вновь приобрести потерянную гармонию, причем на более высоком уровне.

Это краткое введение в суть положений психоанализа, связанных с вопросом психического старения индивидуума, позволяет составить представление обо всей сложности и психологической трудности деятельности социальных работников.

Если исходить из обобщенной системы принципиальных положений о содержании деятельности социального работника, то оказывается возможным и определение круга **основных задач, возлагаемых на работников социальной сферы**, в процессе непосредственного общения с людьми. Это, прежде всего:

- оказывать помощь индивидам и группам, осознавать и устранять затруднения личного, социального, экологического и духовного характера, неблагоприятно влияющие на них;
- помогать людям справляться с этими затруднениями путем поддерживающего, реабилитирующего, защитного или корректирующего воздействия;
- защищать беспомощных в соответствии с законом, прибегая к использованию власти;
- способствовать более широкому использованию каждым клиентом собственных возможностей для социальной самозащиты;
- использовать все средства и источники для социальной защиты нуждающихся в этом людей и др.

Рассматриваемый круг задач со всей определенностью показывает, что они включают в себя широчайший диапазон тех навыков и умений, которые потребуются социальным работникам для их выполнения.

Если рассмотреть в контексте с задачами социальной работы, круг **основных обязанностей, которые должен выполнять социальный работник как профессионал**, то в основном это выглядит следующим образом:

- создавать и поддерживать рабочую обстановку и атмосферу;
- выявлять и преодолевать негативные чувства, которые влияют на людей и на него самого;
- опознавать и преодолевать в отношениях с людьми агрессию и враждебность;
- содействовать предоставлению физической заботы нуждающимся и престарелым;
- наблюдать, понимать и интерпретировать поведение и отношения между людьми;
- общаться вербально и письменно;
- организовывать и вести беседу в различных обстоятельствах;
- вести переговоры, выступать по радио и т.д.

Поле деятельности социального работника очень широко:

- 1) в микрорайонах и на предприятиях он выявляет лиц, нуждающихся в социально-медицинской, юридической, психологической, материальной помощи;
- 2) содействует интеграции деятельности различных государственных организаций и учреждений по оказанию социально-экономической помощи населению;
- 3) помогает в семейном воспитании;
- 4) проводит работу с пенсионерами, инвалидами, детьми;
- 5) участвует в работе по созданию центров социальной помощи, социальной реабилитации;
- 6) работает с несовершеннолетними правонарушителями и людьми, вернувшимися из заключения и т.д.

Социальный работник сегодня – не только человек, оказывающий помощь определенным неблагополучным людям и семьям, но и в определенной

степени – политик и общественный деятель, участвующий в реформировании социальной политики и законов, направленных на достижение благосостояния всего общества.

Для выполнения этой многоплановой деятельности социальный работник должен быть готов выступать в разных качествах, играть множество ролей.

По мнению Тиэра и Макфитерса (1993), социальный работник во взаимодействии с пожилым клиентом должен выполнять не менее 11 **ролей**: полевой работник; брокер; адвокат; мобилизатор; корректировщик поведения; учитель; помогающий; консультант; менеджер по информации; администратор; оценщик.

Хотя этот перечень далеко не полон, он дает некоторое представление о разнообразии ролей социального работника и широком поле его деятельности.

Рассматриваемые задачи социальной работы, роли, функции и обязанности социального работника не исчерпывают всей его деятельности, но они позволяют проследить и выявить главную, стержневую идею, как бы объединяющую все остальные слагаемые трудной и крайне необходимой ныне профессии социального работника, а именно умение, желание идти к людям, находить формы общения с ними, чтобы помочь им.

Т.е. общение выступает как одна из главных ролей социального работника. При этом общение происходит на разных уровнях: социальный работник как представитель государства, оказывающий помощь членам общества; социальный работник-группа, и наконец, социальный работник и клиент. Последнее наиболее значимо, т.к. в конечном счете самым главным является конкретный человек.

Поэтому овладение **навыками общения** считается очень важным и значимым при подготовке геронтологических социальных работников. К ним относятся:

- умение выслушать других с пониманием и целенаправленно;
- умение выявить информацию и собрать факты, необходимые для анализа и оценки ситуации;

- умение создать и развивать отношения;
- умение наблюдать и интерпретировать вербальное и невербальное поведение, применять знания по теории личности и диагностические методы;
- умение добиться доверия подопечных;
- умение обсуждать острые проблемы в позитивном эмоциональном настрое;
- умение вести исследования или интерпретировать выводы;
- умение посредничать и улаживать отношения между конфликтующими индивидами, группами;
- умение налаживать межинституциональные связи;
- умение интерпретировать социальные нужды и докладывать о них в соответствующих службах, институтах;
- умение активизировать усилия подопечных по решению собственных проблем.

В работе с персоналом геронтологических служб необходимо осуществлять индивидуальный подход к людям на основе не только глубокого изучения личных и профессионально-деловых качеств, но и выявления интересов и потребностей, создавая условия для всемерного развития творческих способностей и максимальной трудовой отдачи.

Следует также проводить оценку работы персонала социальных служб. При этом очень важно, чтобы она была объективной т.к. это поможет избежать ошибок и рационально использовать каждого работника.

В ее основу должны быть положены принципы:

- объективность и независимость;
- увязывание результатов оценки с профессиональным ростом, материальным положением и социальным статусом оцениваемого.

Чтобы аттестация проходила на высоком организационно-методическом уровне целесообразно использовать методы экспертных оценок, тестирование.

Очень важно, чтобы в социальном менеджменте были развиты такие направления как:

- формализация методов и систем отбора социальных работников;
- разработка научного подхода к анализу потребностей в управленческом персонале;
- отбор и обучение способных работников.

Тема 10. ТРЕБОВАНИЯ К ПРОФЕССИОНАЛИЗМУ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ, ОБСЛУЖИВАЮЩИХ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ.

В настоящее время наблюдается повсеместная тенденция: все моложе становятся лица, посвящающие себя уходу за старыми людьми и работе с ними. С этих позиций уход за старыми людьми – это встреча разных поколений, уважение к возрасту со стороны молодых сотрудников, терпимость их к принципам и сложившимся убеждениям старого человека, его жизненным установкам и ценностям.

Уход за старыми людьми – это внимательное и заботливое наблюдение за другими, умение войти в мир их переживаний с одновременным восприятием и перепроверкой собственных ощущений. Это умение воспринимать старых людей такими, какие они есть.

Уход за старыми людьми – это тактичные, запланированные действия, доверие и помощь в процессах адаптации старого человека к изменившимся жизненным условиям.

Уход за старыми людьми – это, наконец, сопровождение умирающих, оказание помощи членам семьи в этот тягостный момент.

Только восприняв эти принципы и положив их в основу профессионализма, можно выдержать все психические и физические нагрузки, связанные с уходом за старыми людьми.

Важно понять еще одно обстоятельство: в старом человеке мы видим его сегодняшний облик и практически не можем представить его себе ребенком, мужчиной или женщиной в расцвете лет, красивым, сильным и самоуверенным или, наоборот, мягким, великодушным, устремленным в будущее. А между тем

важно, видя перед собой старого и больного, а зачастую и дементного (слабоумного) человека, воссоздать его облик, вспомнить, что он несет в себе детство и юность, молодость и зрелость.

Нередко некоторые аспекты поведения старых людей, которые вызывают неприятие и удивление у молодых людей, кажутся им необычными или аморальными, на самом деле находятся в рамках культурной нормы прошлого поколения и не свидетельствуют об ухудшении умственных способностей человека. При столкновении с отрицательными сторонами старости есть опасность возникновения геронтофобии у молодых социальных работников, более того, они могут проникнуться выраженной фобией к своему собственному будущему старению.

Исследования венгерского психолога Н. Хун показали, что самые худшие оценки и отрицательное мнение о старых людях имеют медицинские сестры, работающие в домах для престарелых и в геронтопсихиатрических больницах. Нужно отметить, что специальных исследований толерантности (терпимости) населения к беспомощным старым людям практически нет. В домах для престарелых г. Софии было выявлено снисходительно-покровительственное отношение к долгожителям со стороны медицинских работников и обслуживающего персонала. Но пренебрежительного, тем более оскорбительного отношения к старым людям не обнаружено ни в одном случае. Однако была установлена одна заслуживающая внимания особенность. На предложенный вопрос, хотели бы они дожить до 100 лет, все сотрудники домов для престарелых отвечали отрицательно, более того, все они воспринимали такую перспективу как трагедию для себя лично и особенно для своих близких.

Самым главным в социальной работе должно стать умение устанавливать контакты с наиболее некоммуникабельными старыми людьми. Социальным работникам необходимо овладеть искусством общения со старым человеком, так как в противном случае возникают различные межличностные недоразумения, непонимание и даже открытая обоюдная враждебность.

По мнению самих старых людей, их требования к социальным работникам таковы: прежде всего доброта и честность, бескорыстие и сострадание. Умение слушать – одно из главных качеств социального работника, а добросовестность, ответственность и требовательность к себе должны определять его профессиональный статус.

Овладение навыками общения со старыми людьми - не простая задача; помимо умения выслушать старого человека с пониманием его нужд, необходимо в то же время собрать и объективную информацию о нем, проанализировать и оценить ситуацию, в которой он находится, определить, в чем заключаются его объективные трудности, а что является результатом субъективных переживаний. Важно не дать старому человеку быть ведущим в беседе и в дальнейших контактах.

Следует очень доброжелательно и уважительно переключать беседу, направляя ее в нужное для социального работника русло. Немаловажным является и умение достойно закончить беседу, не обидев старого человека и убедив его своим поведением, что все его проблемы будут учтены и по возможности удовлетворены. Никогда не нужно категорически отказывать в просьбах или утверждать, что все просьбы будут выполнены. Самым высоким показателем профессионализма социального работника является доверие старого человека, принятие советов, все усилия должны быть направлены на активизацию старого человека, побуждение его самостоятельно разрешить личные проблемы.

Взгляды на место и роль пожилых наиболее полное выражение получили в *Принципах ООН в отношении пожилых лиц*, принятых Генеральной Ассамблеей ООН в 1991 г. С учетом более поздних дополнений 18 принципов составляют основ социальной работы с пожилыми гражданами и собраны в пять групп: независимость, участие, уход, реализация внутреннего потенциала, достоинство.

Принципы группы «*независимость*» подразумевают, что пожилые люди должны иметь доступ к основным благам, и обслуживанию, участвовать в

определении сроков прекращения трудовой деятельности, жить в безопасных условиях с учетом личных наклонностей и изменяющегося состояния, получать содействие в проживании в домашних условиях до тех пор, пока это возможно.

Принципы группы «*участия*» отражают вопросы вовлеченности пожилых в жизнь общества и активного участия в разработке и осуществлении затрагивающей их благосостояние политики.

Принципы группы «*уход*» затрагивают проблемы обеспеченности уходом и защитой со стороны семьи, общества, доступа к медицинскому обслуживанию в целях поддержания или восстановления оптимального уровня физического, психического и эмоционального благосостояния и предупреждение заболеваний, доступа к социальным и правовым услугам, пользования услугами попечительских учреждений и обязательного соблюдения в социальных учреждениях прав человека и основных свобод, включая полное уважение достоинства, убеждения, нужд и личной жизни, а также право принимать решения в отношении ухода и качества жизни.

Принципы группы «*реализации*» внутреннего потенциала призывают к тому, чтобы пожилые имели возможности для всесторонней реализации своего потенциала.

Принципы группы «*достоинство*» затрагивают вопросы недопущения эксплуатации, физического и психологического насилия в отношении пожилых, обеспечение им права на справедливое обращение независимо от возраста, пола, расовой или этнической принадлежности, инвалидности.

Закрепляя особый статус пожилых, Принципы ООН по существу представляют собой одновременно свод этических норм и рекомендаций по установлению приоритета в том, что касается пожилого населения. Они являются для государственных и общественных структур важным ориентиром на перспективу в трактовке социальных запросов пожилых и в организации деятельности по их удовлетворению

Тема 11. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ЛИЦАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.

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 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 приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность, что имеет особое значение для пожилых.

Целью медико-социальной работы 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 условно можно разделить на два основных аспекта: медико-социальную работу профилактической направленности и медико-социальную работу патогенетической направленности.

Медико-социальная работа профилактической направленности 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 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.

Изменение социального статуса пожилого человека связано с различными факторами, в том числе с выходом на пенсию, утратой близких родственников и друзей в связи с их смертью, ограничением возможности общения с оставшимися в живых, трудностями в самообслуживании, ухудшением экономического положения. Все это нарушает привычные жизненные стереотипы, требует мобилизации физических и психических резервов. Степень приспособления пожилого человека к своему новому социальному статусу определяется в значительной мере состоянием уровня его здоровья. Очевидно, что выраженное снижение функционального состояния организма пожилого человека делают его положение более зависимым от общества. При этом существенно важное значение приобретает медико-социальная работа профилактической и патогенетической направленности, обеспечивающая мобилизацию и увеличение адаптационных возможностей, сохранение уровня здоровья пожилых и улучшение качества их жизни. 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 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.

Тема 12. СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН.

Система социального обслуживания пожилых граждан основана на использовании и развитии социальных служб всех форм собственности и состоит из государственного, муниципального, негосударственного секторов социального обслуживания.

К государственным учреждениям социально-бытового обслуживания пожилых относятся дома-интернаты для престарелых, психоневрологические интернаты, центры социального обслуживания.

Дома-интернаты предоставляют пожилым гражданам возможность находиться в них постоянно или временно, в т.ч. предусматривается недельное и дневное пребывание.

Практика показывает, что в домах-интернатах обеспечивается медицинское обслуживание, осуществляется целый ряд мероприятий реабилитационного значения: трудовая терапия и трудовая занятость, организация досуга. Здесь проводится работа по социально-психологической адаптации пожилых людей к новым условиям, включающая информирование о доме-интернате, проживающих в нем и вновь прибывших, об оказываемых услугах, наличии и расположении медицинских и других кабинетов. Изучаются особенности характера, привычек, интересов поступающих, их потребности в посильной трудовой занятости, их пожеланий в организации досуга. Все это имеет важное значение для создания нормального морально-психологического климата и предотвращения конфликтных ситуаций.

Характерно, что на протяжении длительного периода в нашей стране сохранялось, по существу, одно и то же количество домов-интернатов для престарелых. Так, на начало 1975 г. в РСФСР функционировало 878 домов для престарелых, в которых проживало более 200 тыс. человек, а на начало 1991 года их было 877 и в них находилась 261 тыс. человек.

Отчасти это связано с тем, что расширялась практика оказания социальной помощи на дому, но вместе с тем из-за недостаточного выделения

денежных средств строительство новых домов-интернатов шло очень медленно. В настоящее время в системе социальной защиты действует 959 стационарных учреждений для лиц пожилого возраста.

Сейчас в дома-интернаты поступают в основном люди, требующие постоянного ухода, утратившие в значительной мере способность передвигаться.

Статистические данные показывают, что 88% людей, находящихся в домах-интернатах, страдают психическими отклонениями; у 67,9 % наблюдается ограничение двигательной активности: они нуждаются в посторонней помощи; 62,3% не способны даже частично себя обслужить, а среди поступающих в эти учреждения такой показатель достигает 70,2%; ежегодно здесь умирает 25% проживающих.

Чрезмерная опека, регламентированная жизнь вызывают условия госпитализма, обостряют особенности личности. Можно отметить и такую проблему, как недостаток психиатрических отделений в домах-интернатах. В последнее время отмечается тенденция увеличения числа пожилых старше 75 лет с прогрессирующими изменениями в психике. Анализ этого явления свидетельствует о том, что в каждом доме-интернате необходимы специальные и специализированные отделения. В противном случае данная категория проживающих не получает своевременной помощи.

Ученые и практики социальной работы вносят различные предложения по совершенствованию и разработке перспективных форм домов-интернатов. Необходим системный подход к планированию и оценке деятельности этих учреждений в общей структуре медико-социальной помощи престарелым, ее дифференциация и интеграция, предоставление широких лечебно-диагностических и медико-реабилитационных возможностей. Все это позволит улучшить качество помощи престарелым, более эффективно осуществлять дифференцированное финансирование, материально-техническое и лекарственное обеспечение, вести реконструкцию существующих и

проектирование новых домов-интернатов в соответствии с требованиями жизни.

Следующий вид учреждений социальной защиты пожилых – **центр социального обслуживания**. Он создается, реорганизуется и ликвидируется органами исполнительной власти субъекта РФ по согласованию с соответствующими территориальными органами социальной защиты.

Центр может иметь в своей структуре различные подразделения, в том числе отделения дневного пребывания престарелых, социальной помощи на дому, службы срочной социальной помощи.

Преимущественным правом принятия на обслуживание Центром пользуются участники Великой Отечественной войны.

Отделение дневного пребывания Центра предназначается для постоянного или временного (до 6 месяцев) бытового, медицинского, культурного обслуживания в надомных условиях пенсионеров, нуждающихся в посторонней помощи. Отделение создается для обслуживания не менее 60 пенсионеров, проживающих в сельской местности, а также в городском частном секторе, не имеющем коммунально-бытового благоустройства, и не менее 120 пенсионеров – в городской местности и возглавляется заведующим отделением.

В отделение зачисляются пожилые независимо от их семейного положения, сохранившие способность к самообслуживанию и активному передвижению, на основании личного заявления и справки из медицинского учреждения. В отделении выделяются помещения для кабинета доврачебной (врачебной) помощи, клубной работы, библиотеки, мастерских.

Направления деятельности отделения:

- 1) выявление и учет пенсионеров, нуждающихся в обслуживании на дому;
- 2) оказание социально - бытовой помощи пенсионерам на дому;
- 3) содействие в предоставлении пожилым лицам льгот и преимуществ.

К числу *надомных социально-бытовых услуг* относятся:

а) доставка на дом продуктов питания, обедов, промышленных товаров первой необходимости, медикаментов, благотворительной и других видов натуральной помощи;

б) оплата жилья, коммунальных услуг;

в) сдача и доставка вещей и предметов домашнего обихода в стирку, химчистку, ремонт;

г) организация предоставления пенсионерам различных услуг предприятиями торговли, общественного питания, коммунально-бытового хозяйства, здравоохранения, нотариальных учреждений;

д) содействие в организации ремонта жилья, обеспечении топливом, обработке приусадебных участков, а также доставка воды, протопка печей;

е) помощь в написании писем, оформлении документов, в том числе для установления опеки и попечительства, обмена жилья, помещения в стационарные помещения органов социальной защиты;

ж) содействие в организации ритуальных услуг и в погребении одиноких умерших;

з) содействие пожилым людям в профессиональной подготовке и переподготовке в соответствии с их физическими и умственными возможностями;

и) содействие в трудоустройстве, в получении правовых услуг.

Также предоставляется широкий перечень *медицинских и санитарно-гигиенических надомных услуг*:

- обеспечение ухода с учетом состояния здоровья;

- содействие в проведении медико-социальной экспертизы, реабилитационных мероприятий, в обеспечении зубопротезной и протезно-ортопедической помощи;

- оказание психологической помощи;

- содействие в госпитализации, посещение в стационарных учреждениях здравоохранения в целях оказания морально-психологической поддержки;

- помощь в получении путевок на санаторно-курортное лечение.

В муниципальных центрах социального обслуживания на престарелых на дому могут вводиться *дополнительные услуги*:

- наблюдение за состоянием здоровья;
- оказание экстренной доврачебной помощи;
- кормление ослабленных престарелых;
- проведение санитарно-просветительской работы /10/.

Таким образом, социальная помощь пожилым на дому является наиболее перспективной и действенной, так как позволяет охватить наибольший круг нуждающихся лиц, проводить качественное социальное обслуживание пенсионеров с учетом индивидуальных особенностей каждого человека.

Срочное социальное обслуживание осуществляется в целях оказания неотложной помощи разового характера гражданам пожилого возраста, остро нуждающимся в социальной поддержке. Оно включает следующие социальные услуги, предусматриваемые федеральным перечнем гарантированных государством социальных услуг:

- 1) разовое обеспечение остро нуждающихся пенсионеров бесплатным горячим питанием или продуктовыми наборами;
- 2) обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости;
- 3) разовое оказание материальной помощи;
- 4) содействие в получении временного жилища;
- 5) организацию юридической помощи пожилым;
- 6) организацию медико-психологической помощи с привлечением для этой работы психологов и священнослужителей и выделением дополнительных телефонных номеров.

Гражданам пожилого возраста оказывается также и социально-консультативная помощь, направленная на их адаптацию в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства. Социально-консультативная помощь пожилым ориентирована на

их психологическую поддержку, активизацию усилий в решении собственных проблем и предусматривает:

а) профилактику различного рода социально-психологических отклонений пожилых граждан;

б) работу с семьями, в которых живут пенсионеры, организацию их досуга;

в) консультативную помощь в обучении, профессиональной ориентации и трудоустройстве стариков;

г) правовую помощь в пределах компетенции органов социального обслуживания.

Отделения срочной социальной помощи лицам пожилого возраста создаются при органах социальной защиты или муниципальными центрами социального обслуживания и являются важнейшей формой оказания необходимой помощи престарелым людям, остро нуждающимся в ней /10/.

Питание обслуживаемых лиц может осуществляться как в специально оборудованных помещениях, так и в близлежащих предприятиях общественного питания. Оно может быть бесплатным или за плату, размер которой устанавливается руководством Центра по согласованию с местной администрацией.

Для организации отдыха престарелых в отделении оборудуются *спальные помещения* (из расчета не менее 2 коек на 10 обслуживаемых) с обеспечением индивидуальными постельными принадлежностями.

Пожилые могут при их добровольном согласии участвовать в посильной трудовой деятельности в специально оборудованных *мастерских* или *подсобных хозяйствах*. Трудовая деятельность осуществляется под руководством инструктора по трудовой терапии и под наблюдением медицинского работника. Продукция подсобного хозяйства направляется на обеспечение питания обслуживаемых лиц.

Предоставляются также и такие услуги, как массаж, мануальная терапия, посещение культурно-зрелищных мероприятий, фитобар /10/.

Итак, Центры социального обслуживания – это довольно перспективная форма учреждений социальной защиты граждан пожилого возраста. При этом наличие традиционных усовершенствованных форм (дома-интернаты для престарелых) также может дать существенные положительные результаты в развитии социального обслуживания престарелых.

Муниципальные центры социального обслуживания осуществляют организационную, практическую, координационную деятельность по оказанию различных видов услуг.

Одной из новых форм социального обслуживания пожилых является развитие сети **специальных жилых домов для одиноких пожилых граждан и супружеских пар с комплексом служб социально-бытового назначения**. В соответствии с примерным Положением о специальном доме для одиноких пожилых (7 апреля 1994 г.) этот дом предназначается для постоянного проживания одиноких граждан, а также супружеских пар, которые сохранили полную или частичную способность к самообслуживанию в быту и нуждаются в создании условий для самореализации своих основных жизненных потребностей.

Главная *цель* создания таких домов – обеспечение благоприятных условий проживания и самообслуживания предоставление проживающим престарелым гражданам социально-бытовой и медицинской помощи; создание условий для активного образа жизни, в том числе посильной трудовой деятельности.

Специальные дома для одиноких пожилых могут быть построены как по типовому проекту, так и располагаться в переоборудованных отдельных зданиях или в части многоэтажного здания. Они состоят из однокомнатных и двухкомнатных квартир и включают в себя комплекс служб социально-бытового назначения, медицинский кабинет, библиотеку, столовую, пункты заказов на продовольственные товары, сдачи белья в прачечную или химчистку, помещения для проведения культурного досуга и для трудовой деятельности.

Такие дома должны оснащаться средствами малой механизации для облегчения самообслуживания проживающих в нем престарелых. При домах для одиноких пенсионеров организуются круглосуточно действующие диспетчерские пункты, обеспеченные внутренней связью с жилыми помещениями и внешней телефонной связью.

По Положению медицинское обслуживание проживающих в этих домах пожилых осуществляется медицинским персоналом территориальных лечебно-профилактических учреждений, а организация социально-бытового, торгового и культурного обслуживания – соответствующими территориальными органами и службами.

Следует подчеркнуть, что на основе действующего законодательства пожилым гражданам, проживающим в таких домах, пенсия выплачивается в полном размере. Они имеют право на первоочередное направление в стационарные учреждения.

Всего в России свыше 100 таких домов, в которых проживает около 8 тыс. человек.

Наблюдающееся разнообразие и разностороннее развитие социальных служб, с одной стороны, позволяет отметить диверсификацию социальных услуг для пожилых людей, с другой стороны, выявит основные тенденции в развитии стационарных учреждений, предоставляющие стационарные услуги гражданам пожилого возраста. Среди этих тенденций чётко просматривается тенденция становления и развитие учреждений малой вместимости для пожилых людей.

Сегодня к числу **учреждений социального обслуживания малой вместимости** можно отнести такие учреждения, как:

- дома интернаты малой вместимости (от 5 – 15 до 50 человек);
- дома ветеранов (от 6 до 30 мест);
- пансионаты (дома милосердия до 50 мест);
- отделения милосердия;
- сестринские уходы (до 15 мест);

- отделения временного проживания при центрах социального обслуживания;
- дома ветеранов при сельскохозяйственных производственных комплексах (до 15 мест);
- дома-интернаты при больницах;
- социальные дома (квартиры) постоянного проживания граждан старших возрастов;
- геронтологические отделения при больницах (до 30 мест);
- специальные дома для одиноких престарелых людей (до 50 мест);
- дома пожилого человека (до 30 мест).

Общим для этих разновидностей учреждений социального обслуживания являются, во-первых, то, что они функционируют в привычной для пожилых людей среде обитания (город, район, местность), чаще всего они расположены в обжитых массивах; во-вторых, в них хорошо налажено медицинское и сервисное обслуживание; в-третьих, численность проживающих в таких учреждениях не превышает 50 человек, что позволяет в социальном обслуживании учитывать специфические потребности клиентов социальных служб и организовывать индивидуальную социальную работу.

Что касается *негосударственного сектора обслуживания пожилых граждан*, то он объединяет учреждения социального обслуживания, деятельность которых основана на формах собственности, не относящихся к государственной и муниципальной. Это общественные объединения, профессиональные ассоциации, благотворительные и религиозные организации, деятельность которых связана с социальным обслуживанием, в частности, лиц пожилого возраста

Тема 13. ОПЫТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

Одной из главных целей мирового сообщества, провозглашенных в Уставе Организации Объединенных Наций, является утверждение веры в

основные права человека, в достоинство и ценность человеческой личности. Во всех развитых цивилизованных странах человек, его жизнь и здоровье, честь и достоинство, неотъемлемо принадлежащие ему права и свободы отнесены к высшим ценностям общественного бытия. Свобода и равноправие граждан принадлежит к числу азбучных истин демократического режима. Вместе с тем, в составе населения любой страны всегда имеются социальные группы, которые нуждаются в повышенном внимании со стороны общества, в особой охране их прав со стороны государства. Это самые уязвимые социальные слои, к которым принадлежат и лица преклонного возраста, те, кто отдал свою жизнь служению обществу и вправе рассчитывать, что общество оплатит им сторицей.

Демографические изменения, происходящие в развитых странах, свидетельствуют о стремительном росте относительной доли и абсолютного числа пожилых людей. По прогнозам бюро переписи населения США число американцев в возрасте старше 85 лет и более, составляющее ныне 3,3 млн. человек, должно возрасти до 18,7 млн. человек к 2080 году. Примерно аналогичные тенденции прослеживаются и в западно-европейских странах. В условиях относительного сокращения рождаемости происходит процесс старения населения, что порождает комплекс больших и сложных проблем.

Происходящие изменения резко усиливают давление на различные государственные и общественные структуры, призванные заботиться о пожилых людях, защищать их права и интересы. При этом важно видеть не только сегодняшнее состояние дел, но и более отдаленные перспективы развития, к наступлению которых нужно готовиться сегодня, дабы они не застали врасплох завтра.

Ниже приведен фактический и нормативный материал, который показывает, как решаются конкретные вопросы социальной защиты пожилых людей в странах Западной Европы США и Японии.

Конечно, решения, которые находят эти страны, во многом связаны с уровнем общего благосостояния, достигнутого этими странами.

И, тем не менее, изучение мирового опыта, знакомство с постановкой проблем и их решением — это необходимый задел на будущее, это подготовка уже сегодня к тем решениям и свершениям, которые нас ожидают завтра.

В настоящее время только в 12 странах Европы, входящих в ЕЭС, 30 млн. человек страдают от серьезных и длительных заболеваний физического или психического характера. Среди них более 10 млн. человек лица преклонного возраста. Уже одно это позволяет оценить масштабы медицинской, санитарной, социальной и правовой помощи, в которой эти лица нуждаются. К этому следует добавить, что число лиц весьма преклонного возраста удвоится в ближайшие 35 лет.

Конечно, сегодня трудно себе представить в деталях каково будет положение лиц преклонного возраста за пределами нынешнего столетия. Оно будет зависеть от воздействия множества факторов экономического, миграционного, политического и иного порядка, которое ныне еще трудно определить. Однако если уже сегодня не будут приняты самые решительные меры, проблемы, которые дают о себе знать сейчас, могут резко обостриться.

Назовем лишь некоторые из них, такие как прекращение активной трудовой деятельности, физическое и духовное здоровье, одиночество, которые в силу возрастания продолжительности жизни будут вызывать нарастающие трудности при решении вопросов, затрагивающих доходы (пенсионные права), жилищные права, уход за лицами преклонного возраста и его финансирование и т.п.

ШВЕЦИЯ

Шведский режим децентрализации власти сумел установить равновесие между стремлением к местной автономии и децентрализацией. Он обеспечил каждому гражданину единообразие социальных условий, гарантировав ему равный доступ ко всем услугам, предлагаемым местными коллективами, независимо от места его проживания. При этом он опирается на финансовое уравнивание богатых и бедных муниципалитетов.

Конституционная защита социальных прав находит свое выражение в Законе о социальном обеспечении 1982 г. Это закон-рамка, который подчеркивает право индивида на получение помощи со стороны коллектива в соответствии с пятью основными принципами.

1. Принцип нормализации. По мере возможности, каждый гражданин должен обладать правом трудиться и жить в условиях и окружающей среде, максимально близким и нормальным.

2. Принцип глобальности человеческих потребностей. Все, что необходимо для благополучия человека, будь то его психологические, физические и социальные потребности, должно быть принято во внимание, составляя единую и цельную совокупность.

3. Принцип самоопределения. Он предполагает уважение единства и неприкосновенности человеческой личности. Каждый имеет право выбирать свой образ жизни и право принятия самостоятельных решений. Право на личную безопасность и самостоятельное распоряжение собой должны согласовываться с императивами ухода, необходимого для лиц преклонного возраста.

4. Принцип участия. Каждый человек должен иметь возможность не только воздействовать на собственные условия жизни, но и на жизнь коллектива в его совокупности. Лица преклонного возраста также хотят брать на себя ответственность и чувствовать себя необходимым.

5. Принцип здорового стимулирования. Лицам преклонного возраста должно поручаться выполнение задач в соответствии с их возможностями и в сотрудничестве с другими лицами в условиях нормальной и стимулирующей их окружающей среды.

Наиболее важную часть рассматриваемого закона составляет ст. 6, озаглавленная «Право на помощь». Предусмотренное в ней право трактуется весьма широко и имеет в виду не только финансовую помощь.

Например, в том, что касается ухода за лицами преклонного возраста «комитет по социальным делам обязан следить за тем, чтобы лица преклонного

возраста могли вести автономное, активное и наполненное существование. Жилище, снабженное всеми необходимыми удобствами, специально приспособленные средства транспорта, семейная помощь – таковы лишь некоторые из мер, среди прочих, позволяющие успешно выполнять эту задачу».

Этот закон подтверждает право каждого лица преклонного возраста на помощь со стороны коллектива и обязанность каждой коммуны предоставлять, в частности, лицам преклонного возраста, утратившим самостоятельность, все необходимые помощь и услуги, дабы обеспечить их автономию.

Защита лиц преклонного возраста основывается на обеспечении их материальной безопасности. Каждый шведский гражданин имеет право на пенсию по старости, независимо от своих доходов. И независимо от того, участвовал ли он в трудовой жизни. Это – базовая национальная пенсия. К ней может добавляться дополнительная пенсия, исчисляемая пропорционально профессиональному доходу, находящаяся в ведении единого финансового института.

Наличие жилья, удовлетворяющего потребности лиц преклонного возраста. Подобное жилье, действительно, очень существенно для лиц преклонного возраста. Весьма важно, чтобы эти последние имели жилище хорошего качества и по соседству со службами оказания социальных, коммерческих, медико-социальных и культурных услуг. В соответствии с законом о социальном обеспечении, создаваемая в каждой коммуне Комиссия по социальным делам должна следить за тем, чтобы лица преклонного возраста располагали хорошими жилищными условиями. Доступ к этому жилью зависит от состояния здоровья данного лица, а его предоставление должно учитывать уровень средств, которыми данное лицо располагает.

Лицо преклонного возраста обладает правом на целый ряд пособий и/или жилье:

- жилищное пособие или дотация для обустройства жилища;
- обычное или специально приспособленное жилище;

— жилье с повышенным уровнем комфортности для тяжелых инвалидов, представляемое коммуной. Подобное жилье обеспечивает одновременно и независимость и безопасность лицам преклонного возраста. Оно обладает, в этом случае, цельным жилищем повышенной комфортности, целым рядом услуг и специальным устройством теленаблюдения;

— отдельное жилище в рамках общежития;

— дома-пансионаты по уходу или институты медицинского характера для лиц преклонного возраста с особо тяжелым состоянием здоровья.

Социальная помощь и социальное обеспечение оказывается коммунами, которые, в соответствии с законом, несут ответственность за социальное обеспечение, социальный уход за лицами преклонного возраста. Коммуны должны обеспечивать разнообразные и многоплановые услуги, которые способны адекватным образом обеспечить лицам преклонного возраста максимально автономное существование.

Помощь в ведении хозяйства включает разнообразную деятельность (приготовление пищи, уборка, стирка, помощь в личных нуждах и т. п.). Оказание такой помощи может обеспечиваться специальным транспортом, который доставляет все необходимое для уборки, технической помощи, специальный санитарный материал, книги во всех случаях, когда лицо преклонного возраста живет далеко от центра. Помощь лицам преклонного возраста включает также транспортные услуги с тем, чтобы позволить лицу преклонного возраста поддерживать контакты с другими лицами. Некоторые из этих услуг полностью бесплатны, а другие — оплачиваются частично.

Медицинские услуги и уход обеспечиваются в соответствии с законом об общественном здравоохранении и медицинских услугах, вступившим в силу в 1983 году.

Согласно этому закону, службы здравоохранения находятся в ведении местных коллективов (23 совета графств и 3 коммуны – Гетеборг, Мальме, Готланд). Закон устанавливает, что «советы графств предоставляют в распоряжение жителей необходимые санитарные и медицинские услуги и

создают условия, благоприятные для общественного здравоохранения». Он подчеркивает, в частности, что медицинские услуги должны быть весьма доступны, и учитывать право пациента на свободный выбор. Предполагается, что медицинский уход находится в ведении публичного сектора.

Медицинский уход финансируется главным образом за счет сборов, взимаемых советами графств, дополняемых различными государственными дотациями и всеобщей системой страхования. Это национальная служба здравоохранения, которая является почти бесплатной. Уход в общественных больницах бесплатен. Некоторая оплата взимается за оказание консультаций вне больницы.

Ответственность за выработку национальной политики в области здравоохранения лежит на парламенте и правительстве. Основные положения, одобренные парламентом в 1985 г., включали и особо подчеркивали, прежде всего, следующее:

- равенство всех, кто нуждается в уходе за здоровьем, при предоставлении преимущества группам с высоким уровнем риска;
- предоставление санитарных и медицинских услуг в зависимости от потребностей индивида;
- уход за лицами преклонного возраста, душевнобольными и инвалидами; предпочтение, по сравнению с уходом в специализированных институтах, должно отдаваться как можно дольше содержанию в домашних условиях;
- принятие превентивных мер на коллективном и индивидуальном уровнях;
- оказание первичной медицинской помощи рассматривается как базовая основа всей системы здравоохранения.

Законодательство по вопросам здравоохранения включает также положения, относящиеся непосредственно к пациентам. Это:

- право на получение информации о состоянии здоровья, необходимых исследованиях и лечении;

- право советоваться и договариваться относительно ухода;
- право на отказ от лечения;
- право на ознакомление со всей историей болезни;
- право обращаться с жалобой в специальную инстанцию — дисциплинарный комитет службы здравоохранения при грубых нарушениях со стороны персонала, осуществляющего уход.

Политика в области здравоохранения применительно к лицам преклонного возраста, утратившим самостоятельность, состоит из их максимальной интеграции в коллектив. Абсолютный приоритет с начала 70-х годов отдается развитию системы первичного медицинского обслуживания.

Эта система рассматривается как обеспечивающая высокое качество и экономическую эффективность медицинского обслуживания.

К специализированной медицинской помощи прибегают в тех случаях, когда лицо преклонного возраста страдает недугом, требующим длительного медицинского лечения, либо, когда ослабление физических и умственных способностей требуют постоянного наблюдения и существенной помощи со стороны медицинского персонала. В этих случаях прибегают к оказанию медицинской помощи на дому при помощи врача и окружающей медсестры, которые несут ответственность за обслуживание больного.

Им помогают члены семьи или иные близкие лица преклонного возраста. Дабы это последнее чувствовало себя в безопасности, служба скорой помощи обеспечивает медицинскую помощь лицу, страдающему острым заболеванием, в любое время суток. Срочная помощь предоставляется также и при затруднениях социального порядка:

- оказание полуамбулаторной помощи;
- оказание продолжительной медицинской помощи;
- санаторное лечение.

ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

Государственная политика Великобритании в отношении престарелых граждан и инвалидов ориентирована на создание полноценных условий для их

проживания в домашних условиях, в первую очередь за счет широкого предоставления нестационарных форм и видов социального обслуживания.

Одной из причин этого является недостаточное развитие сети интернатных учреждений, часто не располагающих возможностями оказания полноценной помощи этой категории лиц из-за отсутствия собственной медицинской службы, условий интенсивного медицинского и бытового ухода. Социальная и медицинская помощь, предоставляемая престарелым и инвалидам на дому, рассматривается в качестве важного элемента реализации всей социальной политики в стране, в значительной мере позволяющей разрешить многие проблемы этой категории лиц, связанные с одиночеством и утратой интереса к жизни, способствующей развитию контактов с окружающими, улучшению жизненных условий.

Государство через министерства здравоохранения, социального обеспечения, труда, жилищного строительства координирует реализацию общих принципов социальной политики и осуществляет финансовый контроль. Организация социального обслуживания возлагается на органы местного самоуправления, предоставляющие как обязательные, так и дополнительные услуги, причем в выборе услуг им предоставлена значительная самостоятельность. Реализация социальных программ осуществляется небольшим числом штатных служащих и многочисленными добровольцами из различных общественных, религиозных, благотворительных, молодежных и других организаций. Вся эта система в общенациональном масштабе координируется Государственным комитетом социального обслуживания пожилых людей.

Основная ответственность за предоставление социальных услуг для пожилых людей лежит на отделах социальной службы местных органов власти в Англии и Уэльсе, отделах социальной работы в Шотландии и департаментах социальной службы в Северной Ирландии.

Большая часть из предоставляемых социальными службами средств направлена на оказание клиентам помощи для того, чтобы они могли

независимо жить в своих собственных домах. Трудности по ведению домашнего хозяйства могут быть облегчены визитами сотрудников «помощи на дому», а также предоставлением услуг по стирке и доставке обедов на дом. Сюда входят и услуги органов здравоохранения по месту жительства: например, визит участковой сестры, чтобы помочь старому человеку принять ванну, сделать уколы, перевязки. Посещение дневных центров может помочь облегчить изоляцию, в которой обычно живут одинокие люди. В этих дневных центрах действуют ланчен-клубы, мастерские, могут предоставляться услуги по посещению мозольного оператора, другого медицинского обслуживающего персонала, преподавателей для получения дальнейшего образования.

Для тех, кто не может больше жить в своих домах, в специальных домах предлагается не только постоянное жилье, но и временное, чтобы облегчить бремя тех, кто ухаживает за старыми родственниками. Обслуживающий персонал этих домов предоставляет широкий круг услуг в дополнение к удовлетворению физических потребностей. Весь персонал, включая социальных работников, будет вовлечен в удовлетворение эмоциональных, социальных потребностей живущих в этом доме, будет заботиться о досуге, как отдельного человека, так и всей группы. Там где возможно, способствовать и помогать живущим в этом доме время от времени возвращаться домой.

Самая большая категория из всех существующих в нашей стране домов-интернатов предназначена для старых людей, не имеющих семей, или если их родственники не могут присматривать за ними, даже если им предоставлена помощь социальных служб, работающих по месту жительства. В других домах осуществляется уход за людьми с особыми проблемами, такими как слепота, глухота, умственные недостатки, но большая часть домов для старых людей — не специализированного типа.

Обеспечение также предоставляется для более активных старых людей для осуществления ухода за ними в специальных поселениях, которые, по сути, представляют собой группы маленьких домиков, квартир или одноэтажных строений с верандой, где жильцы могут жить независимо, им предоставляются

разного рода удобства, а смотритель, проживающий по месту службы, окажет им срочную помощь в случае необходимости.

Те социальные работники, которые не работают в учреждениях, предназначенных специально для старых людей, вряд ли будут заниматься исключительно такими клиентами, но они часто могут дать совет и оказать поддержку в том, чтобы как-то примириться с проблемами старения: потеря супруга, увеличивающаяся зависимость от других людей, физическая немощь, попадание в больницу, или необходимость поступления в дом-интернат, где независимая жизнь уже более невозможна.

Социальные работники могут также работать с семьей старого человека, которой, возможно, нужен совет и поддержка, чтобы справиться с увеличивающейся зависимостью от нее их старого родственника.

Социальные работники, находящиеся на службе у местных властей, могут работать в районных офисах отделов социальной службы (дневных центрах, домах-интернатах, учреждениях здравоохранения или заниматься этим в процессе основной практической работы), где им будет очень удобно выявлять людей со степенью риска. Это особенно важно в случае с одинокими старыми людьми.

Социальные работники и персонал социальной службы могут наниматься на работу добровольными организациями или владельцами частных домов, специально занимающихся благосостоянием старых людей.

В дополнение к оплачиваемому персоналу, работающему в различных агентствах, добровольцы предоставляют ряд услуг, которые осуществляются через государственные и добровольные организации. Например, посещение старых людей, которые привязаны к дому или находятся в госпитале, оказание помощи в покупках, уходе за садом, предоставление транспорта.

К числу наиболее распространенных организационных форм оказания социальной помощи престарелым и инвалидам следует отнести «социальные клубы» или «социальные кафе», создаваемые обычно религиозными и общественно-благотворительными организациями. Основные направления их

работы — организация общения престарелых, их досуга, предоставление им недорогих обедов, медицинских, юридических, социально-психологических консультаций. Единой структуры или программы деятельности этих учреждений нет. Некоторые клубы имеют медицинские и физиотерапевтические кабинеты, залы лечебной физкультуры, комнаты социальных работников, другие только столовую или помещение для отдыха.

Часть таких социальных клубов организована на основе возрастного критерия, т.е. предназначены только для обслуживания престарелых, остальные — на общности интересов, и членство в них не зависит от возраста. Характерно, что подавляющее большинство престарелых отдадут предпочтение клубам по интересам, в которых создаются кружки по прикладному искусству, рукоделию и другим увлечениям.

Для удовлетворения потребности пожилых граждан в труде и улучшения их материального положения по инициативе общественных организаций в ряде графств созданы специальные цехи с использованием простых видов труда и оборудования. Многие местные фирмы в качестве благотворительной деятельности представляют таким цехам бесплатно материалы и обеспечивают их заказами.

Большой популярностью среди пожилых граждан, особенно одиноких, пользуются дневные центры, тоже ориентирующие свою деятельность на организацию досуга и питания этих лиц, а также на оказание помощи семьям, имеющим в своем составе престарелых и инвалидов, нуждающихся в постоянном уходе. Дневные центры, как правило, располагаются вблизи мест проживания обслуживаемых лиц и в районах с хорошим транспортным сообщением.

В ряде мест получили распространение общественные службы организации отдыха престарелых, которые ежегодно предоставляют пожилым гражданам возможность недельного или двухнедельного отдыха на природе, у моря на базе домов отдыха или пансионатов. Плата за такие услуги обычно не превышает стоимости жизни в домашних условиях.

Обслуживание престарелых со значительной степенью утраты способности к самообслуживанию осуществляется под руководством территориальных органов самоуправления преимущественно добровольцами через системы «добрососедства» или визитов на дом. Характерно, что многие из добровольцев сами являются пенсионерами. Наиболее распространенным видом помощи является доставка обедов на дом, причем для наиболее немощных горячее питание может доставляться на дом специальной службой «передвижная столовая». Многим престарелым оказывается помощь в уборке помещений, приобретении продуктов питания, приготовлении пищи, стирке белья и т.д. Не меньшее значение придается посещению престарелых с целью проведения с ними бесед, оказания морально-психологической поддержки.

Обслуживание на дому престарелых, осуществляется и через отделения. Это службы, имеющиеся при многих домах для престарелых, в функции которых входит доставка горячего питания лицам, проживающим вблизи этого учреждения, уборка жилых помещений, стирка белья, помощь в отоплении квартиры.

Заслуживает внимания опыт, накопленный по созданию оптимальных условий проживания престарелых и инвалидов. В тех случаях, когда жилье перестает соответствовать их состоянию, местные органы власти или общественные организации могут провести переоборудование жилья или предоставить за умеренную плату специально приспособленные квартиры, оснащенные средствами связи с работниками службы помощи на дому или с родственниками. При наличии в одном районе большого числа переоборудованных для престарелых квартир территориальные комитеты социальных услуг часто вводят оплачиваемую должность специального управляющего таким жилым фондом, причем нередко он имеет медицинское образование и может при необходимости оказать первую помощь.

Большая роль в социальной защите престарелых и инвалидов отводится органам здравоохранения.

Медицинские сестры регулярно посещают их на дому, оказывают доврачебную помощь, дают советы им и их родственникам в отношении профилактики заболеваний, диеты, ухода и т.п. Учреждения здравоохранения часто предоставляют в распоряжение пожилых граждан различные предметы санитарии и гигиены. Достаточно распространенным видом услуг является дежурство на дому дневных или ночных сиделок, оказывающих существенную помощь родственникам в уходе за престарелыми или инвалидами.

Если престарелые не имеют возможности получить необходимую медицинскую помощь на дому, их могут направить для лечения и проведения реабилитационных мероприятий в специализированные стационары, предназначенные для длительного пребывания, частные лечебницы или в дома-интернаты.

Кроме этого, в стране насчитывается около 200 гериатрических госпиталей, задачей которых является не только оказание специализированной лечебной и профилактической помощи, но и медицинское, и бытовое обслуживание тяжело больных престарелых на дому во время отпуска родственников. При многих гериатрических госпиталях организованы дневные стационары для престарелых, основное предназначение которых — долечивание и оказание социально-бытовой помощи старикам после выписки из больницы.

В этих отделениях престарелые проходят клиническое и лабораторное обследования, получают курсы физио- и трудотерапии.

НОРВЕГИЯ

При некоторых домах-интернатах для престарелых созданы отделения дневного пребывания. Такие отделения, рассчитанные на 30 человек, обычно располагают помещениями для культурно-массовых мероприятий, кабинетами для лечебной физкультуры и массажа, лечебно-трудовыми мастерскими, столовой, двухместными комнатами отдыха. Штат отделения состоит из заведующей, имеющей квалификацию социального работника, и медицинской сестры.

Во многих городах страны ведется строительство квартир для престарелых. Например, в центре Осло в непосредственной близости от магазинов, банков, предприятий бытового обслуживания за счет средств муниципалитета для них построен по специальному проекту 90-квартирный жилой дом.

Дом возглавляется заведующий, а в его штат входят два социальных работника, обязанностью которых является оказание помощи во время болезни, доставка при необходимости питания из дома-интерната, оказание проживающим других мелких услуг. При доме имеются кафе-клуб, кабинет врача, ведущего прием два раза в неделю, прачечная самообслуживания. Для престарелых, проживающих в доме, введены льготы по оплате жилья и электроэнергии.

НИДЕРЛАНДЫ

Наряду со специальными муниципальными службами, оказывающими социальную помощь престарелым по территориальному принципу, в т.ч. на дому, значительную роль играют частные и добровольные организации.

В стране функционирует около 500 дневных пансионатов, в том числе для престарелых, для психически больных, для детей с умственной отсталостью и т.п. Лица, посещающие пансионаты, могут получить в них различные бытовые услуги, двухразовое питание. Доставка обслуживаемых из дома в пансионат производится транспортом последнего. Дети посещают пансионат бесплатно, малоимущим взрослым часть расходов оплачивает муниципалитет.

В числе других организационных форм социальной помощи представляют интерес «дома обслуживания престарелых», находящиеся в государственном ведении. Один из таких домов размещается в пригороде Гааги в специально построенном здании, имеет зал для проведения общественных мероприятий, библиотеку, комнаты для занятий по интересам, кабинеты социальных работников. Пенсионеры, посещающие этот дом, могут принять участие в различных играх, в работе кружков – иностранных языков, вязания, народных танцев, посетить кафетерий. В определенные дни организуются

встречи со специалистами социальной сферы, юристами, психологами и т.д. В случае необходимости, престарелым, посещающим дом, может оказываться помощь на дому путем заключения договоров с частными организациями. Всю работу с престарелыми организует один человек - администратор.

ФРАНЦИЯ

Во Франции, как и во многих других странах, одной из основных целей предоставления престарелым и инвалидам социально-бытовой помощи является создание условий для их максимально долгого пребывания в привычных домашних условиях. Наибольшее распространение получили два вида такой помощи — оказание услуг т.н. «домашними помощниками» и сестринский уход за престарелыми на дому.

Служба «домашних помощников» или социально-бытового обслуживания на дому, создание которой относится к середине пятидесятых годов, предназначена для оказания услуг преимущественно бытового характера пожилым людям, испытывающим затруднения в приобретении продуктов питания, приготовлении пищи, содержании жилых помещений и т.п. Финансируется она или за счет системы государственного страхования, или частных страховых компаний.

Для престарелых со значительной степенью утраты способности к самообслуживанию предназначается служба «сестринского ухода», которая включает в себя как элементы обычного надомного обслуживания, так и предоставление доврачебной медицинской помощи и услуг гигиенического характера. Основанием к принятию престарелых на такое обслуживание является решение лечащего врача, а само обслуживание осуществляется бригадным методом — медицинской сестрой и ее помощницей (няней). Медицинские сестры выполняют врачебные назначения и контролируют работу своих помощников, которые, в частности, могут переодеть больного, умыться его, сделать клизму и т.п. Оплата услуг по установленным расценкам проводится за счет страхования по болезни.

Для лиц пожилого возраста, выписываемых из стационарных медицинских учреждений и не требующих интенсивного лечения, может быть организован «госпиталь на дому». Обслуживание таких лиц осуществляется врачами и медицинскими сестрами совместно с социальными работниками, оказывающими услуги бытового характера.

Во многих городах и районах Франции также имеются клубы для пенсионеров, работа которых преимущественно нацелена на организацию их досуга, устранение социальной изоляции и содействие активному участию в общественной жизни.

Существенная роль в их создании принадлежит общественным организациям. Например, Сельскохозяйственное общество взаимопомощи сыграло основную роль в учреждении клубов пожилых в сельских районах.

Заслуживает внимания тот факт, что для поддержки новаций в деле оказания социально-бытовых услуг населению, в т.ч. престарелым и инвалидам, государство может предоставить организациям или добровольным объединениям финансовую помощь.

Представляют интерес 7 принципов, подчеркнутых в докладе, представленном министром Тэо Брауном от имени Национальной комиссии по изучению проблем лиц преклонного возраста, утративших самостоятельность:

- осуществление эффективных предупредительных мер;
- утверждение приоритета помощи на дому;
- развитие «медико-социального» сектора, позволяющего устранить противопоставление санитарного и социального начала. (Отказ от расчленения санитарной и социальной помощи, предусмотренные в пожеланиях комиссии, требуют пересмотра законодательных актов 1970 и 1975 гг.);
- использование децентрализации как средства осуществления скоординированных усилий;
- учреждение новых способов финансирования, отвечающих новым требованиям;

- формирование необходимых кадров, что является ключевым моментом новой политики;

- создание правительственной структуры по координации деятельности различных служб, ведающих проблемами пенсионеров и лиц преклонного возраста.

Комиссия национального комитета пенсионеров и лиц преклонного возраста выдвинула 5 принципов. Они включают:

- Достоинство личности. Лицо преклонного возраста, каковы бы ни были его конкретный возраст, состояние здоровья, степень утраты самостоятельности и уровень доходов имеет право на помещение в институт призрения, на содержание и на квалифицированное и достойное его лечение и обращение.

- Свобода выбора. Каждое лицо преклонного возраста, состояние здоровья или заболевание которого требует специального вмешательства, должно иметь возможность выбрать между содержанием на дому и коллективным, временным или окончательным.

- Координация помощи. Поддержка, оказываемая домашнему режиму и режиму содержания, взаимопомощи. Их осуществление требует согласованных и эффективных усилий и соответствующего финансирования, максимально приближенных к потребностям личности.

- Помощь оказывается, прежде всего, самому нуждающемуся.

- Только состояние здоровья лица преклонного возраста, как и в первоначальный период, так и его последующая эволюция определяют уровень и степень необходимой помощи, учитывающей также характер его окружения.

Ликвидация разрыва между санитарным и социальным сектором. При приоритетном характере критерия состояния здоровья уровень помощи и финансирования не могут более зависеть от уровня жизни или места проживания.

ФИНЛЯНДИЯ

В Финляндии в сфере социального обеспечения действует централизованная система планирования. Центральные государственные органы руководят и контролируют осуществление социальных услуг, кроме этого государство в обязательном порядке предоставляет муниципалитетам дотации на оказание социальной помощи населению, составляющие не менее половины от суммы всех их затрат на эти цели. Непосредственное предоставление социально-бытовых услуг престарелым возложено на муниципалитеты, действующие по принципу самоуправления и организующие свою работу в этом направлении на основании пятилетних планов. Наряду с муниципалитетами социальные услуги оказываются также частными организациями и церковью.

В оказании социальной помощи престарелым и инвалидам в Финляндии выбрано направление, ориентированное на представление услуг в нестационарных условиях и создание наиболее оптимальных жилищных условий для этой категории лиц.

Наиболее распространенной формой нестационарного обслуживания является предоставление услуг на дому, причем эти услуги оказываются как одиноким престарелым, так и семьям, требующим социальной поддержки и, которые условно можно разделить на два вида. Для престарелых и инвалидов, сохранивших в достаточной мере способность к самообслуживанию, предоставляется помощь в уходе за квартирой, лицам практически не выходящим из дома, оказывается содействие в обеспечении питанием, приготовлении пищи, оказываются санитарно-гигиенические услуги. Такая помощь может оказываться престарелым на постоянной основе или на определенный период времени, например, на период отпуска родственников. Предоставлением социальной помощи на дому в стране занято более 13 тыс. социальных работников, предварительно прошедших специальную подготовку. Значительной части престарелых и инвалидов помощь оказывается родственниками или частными лицами, причем в этом случае им выплачивается специальное пособие на уход.

Широкий набор услуг могут предложить центры социальной помощи, в которых для пенсионеров и инвалидов имеются помещения для отдыха и досуга, медицинские кабинеты, залы лечебной физкультуры и массажа, сауна, бассейн, столовая, лечебно-трудовые мастерские.

Обычно через такие центры обеспечиваются горячим питанием лица, обслуживаемые на дому. Доставка обедов на дом производится в индивидуальных термосах на автотранспорте центра или арендуемой машине. Многие центры социальной помощи в вечернее время предоставляют разнообразные услуги и другим категориям населения за плату.

Большое значение в Финляндии придается и обустройству жилья престарелых и инвалидов, включающее оснащение квартир системой круглосуточной связи с социальными работниками.

ГЕРМАНИЯ

В Германии традиционно важную роль в социальном обслуживании престарелых и инвалидов играют добровольные объединения, в первую очередь, церковные благотворительные союзы и Немецкий Красный Крест. Однако в современных условиях часть их функций вынуждено брать на себя государство. Большое распространение в стране получили центры дневного пребывания, различные клубы для пожилых. Несколько лет назад начали создаваться социальные отделения для оказания престарелым социальной и медицинской помощи в домашних условиях и включающие в себя службы помощи в хозяйственных делах, ухода за больными.

США

В США также прослеживается четкая тенденция создания условий для проживания престарелых граждан в домашних условиях. Реализация ее осуществляется через систему нестационарных видов социальной помощи, предоставляемых государственными или частными организациями, а также путем денежных выплат престарелым для самостоятельного приобретения ими тех или иных социальных услуг. В стране существует значительное число различных фондов, обеспечивающих, в частности, оплату медицинской помощи, предоставлении дешевого жилья, продуктов питания, транспортных услуг и т.п. Все большее распространение получает системы выплат пособий семьям на организацию ухода за престарелыми в домашних условиях.

Социальное обслуживание на дому характеризуется большим числом предоставляемых услуг, в числе которых доставка на дом обедов, купание в ванне, смена белья, педикюр, стрижка, укладка волос, стирка, чистка вещей, обеспечение автотранспортом, лечебная гимнастика. Услуги пожилым в ряде случаев включают ремонт и благоустройство их квартир, предоставление телефона во временное пользование, организацию культурных мероприятий, досуга и развлечений.

Помимо обычных центров дневного пребывания для престарелых в США быстрыми темпами развивается сеть специальных платных центров,

предназначенных для оказания социально-бытовой и медицинской помощи пенсионерам-инвалидам, в частности, страдающим тяжелыми заболеваниями нервной системы. Лица, посещающие такие, центры обеспечиваются диетическим питанием, получают физиотерапевтические процедуры, занимаются лечебной гимнастикой, трудотерапией, к их услугам логопед. Большое внимание уделяется организации их досуга, — организуются экскурсии, танцы, щадящие спортивные игры, беседы или диспуты на различные темы с привлечением врачей, психиатров, сексопатологов, работает салон красоты. За обслуживаемыми центром инвалидами наблюдают медицинские сестры, регулярно сообщаящие лечащим врачам об изменениях их здоровья. Пребывание в таких центрах значительно дешевле, чем в стационарных учреждениях. Кроме этого, немаловажное значение придается, и возможности освобождения родственников инвалидов от необходимости постоянного ухода за ними, в ближайшие годы в стране может быть создано около десяти тысяч центров подобного типа.

ЯПОНИЯ

В Японии, как в одной из высокоразвитых индустриальных стран, продолжительность жизни за период после второй мировой войны возросла и достигла в 1986 г. — 74,3 лет для мужчин и 79,8 лет для женщин. Сегодня 80% мужчин и 90% женщин достигают возраста 65 лет. В начале XXI века Япония станет страной, в которой престарелые составят более 20% населения. Изменение демографической ситуации предполагает и совершенствование системы социального обслуживания пожилых людей.

Новая система была введена в феврале 1983 года. Это первый этап для решения проблем медицинского обслуживания стареющего общества.

Различные службы здравоохранения для лиц от 40 лет и более действуют на местном уровне. Они включают:

- введение медицинской книжки;
- санитарное просвещение;
- медицинские советы;

- проверка состояния здоровья: общая и специальная;
- проверка состояния здоровья: проверка на заболевание раком (рак желудка, рак матки);
- переобучение;
- советы, сопровождаемые медицинским обслуживанием на дому.

Медицинская помощь лицам в возрасте 65-70 лет и 70 лет и старше обеспечивается местными государственными властями и системами страхования.

Старение населения требует изменения организации не только медицинского обслуживания, но и в области пенсионного обеспечения, различных социальных действий, обеспечения жильем и др. Новая политика в области социального обслуживания предусматривает быстрое развитие сети промежуточных (между домом и госпиталем) медико-социальных учреждений для престарелых.

Тема 14. ОПЫТ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ЛИЦАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ.

Рассмотрим опыт социального обслуживания и медико-социальной работы с пожилыми людьми в некоторых регионах России.

ЧЕЛЯБИНСК. Ведущая роль в социально-бытовом обслуживании в области принадлежит центрам социального обслуживания. Центры эти многопрофильны. В их структуре имеются отделения социальной помощи на дому, дневного пребывания, срочной социальной помощи, помощи семье и детям, отдел льгот и компенсаций.

При 24-х центрах муниципального обслуживания созданы в качестве их структурных подразделений специализированные магазины для малоимущих.

Интересен опыт организации работы на селе в Варненском районе Челябинской области. В штатном расписании центра социального обслуживания 12 специалистов по социальной работе, осуществляющих

деятельность по участковому принципу. Участковые специалисты работают в тесном контакте с сельской администрацией, учреждениями здравоохранения, культуры, образования. Специалистами начата работа по созданию банка данных на всех жителей района, нуждающихся в социальной поддержке. В состав центра входит Геронтологическое отделение на 35 мест. При центре есть подсобное хозяйство, включающее небольшое птице - и животноводческие фермы, огород, хлебопекарню. Часть продукции идет в центр социального обслуживания, а часть – на продажу.

НОВОСИБИРСК. В области разработана программа «Пенсионеры», учитывающая в частности демографическую ситуацию, проблемы рынка, взаимоотношения в семье. Получило распространение специализированное медико-социальное обслуживание тяжелобольных граждан, созданы службы психологической помощи. Совместно с органами, здравоохранения успешно разрешаются вопросы организации отделений сестринского ухода.

В центрах социального обслуживания организованы пункты прокат бытовой техники, парикмахерские, душевые комнаты, швейные и обувные мастерские, магазины, аптечные киоски, касса взаимопомощи, проводятся ярмарки вещей и т.д.

Создан принципиально новый тип учреждения социальной обслуживания – Геронтологический центр, наряду с оказанием практически помощи престарелым проводит исследования по проблемам старения разрабатывает предложения и рекомендации по организации помощи этой категории населения, оказывает методическую помощь в вопросах геронтологии другим учреждениям и службам органов социальной защиты.

Геронтологический центр имеет несколько структурных подразделений в том числе, отделения медико-социальной помощи и специализированного обслуживания на дому тяжело больных престарелых граждан. Престарелые граждане могут быть помещены на 24 дня в стационар кратковременного пребывания, в котором им оказывается комплекс реабилитационных мероприятий, или на срок до 3 месяцев в отделение сестринского ухода,

Основной задачей реабилитационного отделения Центра является психологическая, физическая и профессиональная подготовка пенсионеров к жизни в современных условиях. Кроме этого, при Центре имеется консультационное отделение, в котором работают врачи, юристы, специалисты по социальной работе.

РОСТОВСКАЯ ОБЛАСТЬ. В центрах социального обслуживания области используются различные организационные формы оказания медицинской помощи этой категории граждан. В ряде из них выделены специальные помещения для медицинских кабинетов. Районные поликлиники на договорных основах направляют для работы в них медицинский персонал (врача, прошедшего специализацию по геронтологии и медсестру). Лекарственные препараты выделяются поликлиниками и частично закупаются центрами. Договор предусматривает обязательное медицинское обслуживание всех граждан, посещающих центр или обслуживаемых им на дому, и возможность оказания консультативно-лечебной помощи всем остальным престарелым и инвалидам, живущим в данном микрорайоне.

Разнообразны виды медицинской помощи престарелым, оказываемой в отделениях дневного пребывания центров, в которые за счет местного бюджета введены должности врачей-геронтологов и физиотерапевтов. Во всех центрах Ростовской области при отделениях созданы физиотерапевтические кабинеты, фито-бары, во многих проводятся занятия по лечебной физкультуре.

Все большее распространение в области получает и такая форма совместной работы с органами здравоохранения, как создание на базе лечебных учреждений «социальных коек», общее число которых достигло 400. Широкая сеть этих специализированных коек позволила многим престарелым пройти курс медико-социальной реабилитации.

Особенностью работы служб срочной социальной помощи в области является то, что в их штатные расписания введены ставки медицинских сестер. В функции медсестер входят; обследование материально-бытового условий

обращающихся, санитарно-гигиенического состояния их жилья, определение нуждаемости в медицинской помощи.

СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТЬ. В области ведется совместная работа общества Красного Креста и органов социальной защиты населения.

На базе одной из больниц города открыта «Палата милосердия Красного Креста», в которую на срок от 1 до 3-х месяцев направляются престарелые и инвалиды, нуждающиеся в оздоровительных мероприятиях или оформлении в дома-интернаты. Выявление лиц, требующих помещения в эту палату, ведется совместно с органами социальной защиты.

Большой популярностью пользуется «Комната медико-социальной помощи» в ней пенсионеры могут получить консультации медицинских работников, специалистов органов социальной защиты, юриста. Подобные комнаты получили распространение также в Москве, Екатеринбурге и в Ростовской области.

В городе действует салон «Милосердие», в котором организован пункт проката предметов ухода, на дому за больными, инвалидных колясок и костылей. Имеется пункт прием от населения бывших в употреблении вещей, с целью последующего распределения их среди малоимущих граждан.

В перспективе планируется создание службы экстренной пост - диагностической помощи, А том числе «телефона доверия», открытие на базе действующей «Комнаты медико-социальной помощи» Центра социальной и медицинской помощи, организация отделения сестринского ухода.

С апреля 1997 г. в **КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ** функционирует Семейный оздоровительный дом ветеранов «Евдокия». Он называется семейным, т.к. директор дома ветеранов считается главой семьи, а остальные – его «братья» и «сестры», и «оздоровительным» - это обязательное условие для такого заведения, т.к. в преклонном возрасте каждый является носителем целого комплекса болезней, а здесь избавляются от них по системам Шаталовой, Семеновой, Оганян М.В. и других авторов. На территории дома ветеранов имеются временные сооружения, арочный склад, подсобные

помещения, офис, торговый павильон. В будущем планируем объявить сбор средств на постройку маленькой церкви. В уставе Дома планируется создание питомника для животных – бродячих собак и кошек – администрация предполагает, что это сможет приносить доход социальной службе.

МОСКВА. Примером нового подхода в медико-социальном обслуживании ветеранов Вооруженных Сил может служить социально-реабилитационный центр, открытый в конце 2000 года в Олимпийском проезде. Центр был создан по решению городских властей. Это своеобразный санаторий, где ветераны смогут находиться от 30 до 180 дней. В центре работают врачи-терапевты, психолог, психотерапевт, мануальный терапевт, врачи - ЛФК, сестры-массажистки, специалисты по диетпитанию, Пациенты центра живут в отдельных квартирах: одинокие - в однокомнатных, супруги - в двухкомнатных квартирах. Всего в центре 87 квартир, 12КЗ, которых находятся на первом этаже, и предназначены для инвалидов-колясочников. Санузлы в них оборудованы специальными пневматическими подъемниками для пересадки инвалидов с коляски в ванну.

Завтраки, обеды и ужины ветеранам подают в квартиры, причем ежедневно готовят несколько блюд на выбор.

В центре социального обслуживания «Отрадное» дневное отделение ежегодно обслуживает более 1200 пенсионеров и инвалидов. За время месячного пребывания в этом отделении они получают медицинское обслуживание, в том числе лечебную гимнастику, необходимую медицинскую консультацию и т.д. В отделении есть тренажерный зал, библиотека. Для пожилых людей организуются экскурсии в музеи, выезды в кинотеатры, а также на концерты, лекции, беседы и другие культурно-оздоровительные мероприятия.

КОСТРОМА. Дневное отделение центра социального обслуживания рассчитали одновременное пребывание 50 человек в течение месяца. В отделении есть медсанчасть, регулярно ведут прием врачи, проводятся занятия физкультурой, хорошо организован досуг пожилых людей – выступают

писатели музыканты, проводятся вечера и концерты, организуются выставки картин известных художников и т.д. Созданы условия для посильного труда в небольшой швейной мастерской. К услугам пожилых людей две комнаты для отдыха, есть библиотека, бильярд, газеты, журналы и телевизор. Проводятся лекции, беседы и необходимые консультации и др.

В ПРИМОРСКОМ КРАЕ по инициативе Общественного фонда социальной адаптации и реабилитации лиц, освобождаемых из мест лишения свободы, были созданы муниципальные специализированные учреждения социального обслуживания пожилых граждан из числа бывших заключенных.

ДАЛЬНЕВОСТОЧНАЯ ЖЕЛЕЗНАЯ ДОРОГА. Новой формой обслуживания одиноких старых людей, живущих в отдаленных и малонаселенных местах, послужила организация «поездов милосердия» с бригадами, в составе которых врачи различных профилей, работники органов социальной защиты населения,

Эти поезда делают остановки на небольших станциях и разъездах, во время которых члены бригад посещают пожилых людей на дому, проводят консультации, оказывают медицинскую и материальную помощь, выдают аптечки с медикаментами, продуктовые наборы, комплекты промышленных товаров и др.

Таким образом, рассматривая опыт социальной работы и медико-социального обслуживания в различных регионах России, можно сделать заключение, что на местах идет поиск новых эффективных форм работы с пожилыми людьми и в результате значительно возрастает объем и разнообразие помощи, оказываемой центрами социального обслуживания. Так, например, можно отметить организацию:

- Геронтологических центров, отделений дневного пребывания с фитобарами, физиотерапевтическими кабинетами, помещениями для ЛФК и массажа” отдельных медицинских кабинетов, где ведут прием врачи-геронтологи; комнат медико-социальной помощи;

- службы медико-социальной помощи, психологической помощи, срочной социальной помощи, «телефона доверия», пунктов проката медицинского и бытового инвентаря и техники, парикмахерских, душевых комнат, швейных и обувных мастерских, магазинов, аптечных киосков, касс взаимопомощи.

В некоторых центрах социального обеспечения оказывают помощь пожилым в ремонте жилья, бытовой техники, одежды, заготовке топлива, обработке приусадебных участков.

В ряде регионов на базе лечебных учреждений выделяются «социальные (геронтологические) койки», «палаты милосердия» с длительным сроком пребывания пожилых для прохождения ими лечения и курсов медико-социальной реабилитации и пр.

Тема 15. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В РФ.

Создание демократического общества в России предусматривает действенную политику в отношении пожилых. Одной из ее составных частей стала разработка российским правительством основных направлений социальной политики РФ по социальной защите пожилых.

Основы правового регулирования деятельности органов государственной власти и местного самоуправления в РФ по решению социальных проблем пожилого населения составляет *Конституция Российской Федерации*, которая была принята 12 декабря 1993 г. и всенародно провозгласила социальные права граждан на «социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности...», «государственные пенсии и социальные пособия». В соответствии с положениями Конституции, Государственная Дума РФ приняла целый ряд социальных Законов Российской Федерации, а соответствующие министерства и ведомства разработали условия и порядок их практического и эффективного применения.

Законодательную и правовую основу социальной работы с пожилыми составляют: федеральные законы РФ «Об основах социального обслуживания населения в РФ» (декабрь 1995 г.), «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (август 1995 г.), «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (ноябрь 1995 г.), «О ветеранах» (январь 1995г.), «О государственной социальной помощи» (июль 1999 г.), «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации...» (август 2004 г.).

Большое значение для решения проблем пожилых имеют указы и постановления Правительства РФ «О федеральном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания» (ноябрь 1995 г.), «О предоставлении бесплатного социального обслуживания и платных социальных услуг государственными социальными службами» (июнь 1996 г.), «О порядке и условиях оплаты социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания» (апрель 1996 г.), «О мерах по обеспечению санаторно-курортным лечением участников Великой Отечественной войны» (февраль 1996 г.), а также ряд дополнений и изменений к данным законодательным актом.

Например, ФЗ РФ «О внесении дополнений в статью 106 закона РФ «О государственных пенсиях в РФ» (декабрь 1999 г.), «О внесении изменений и дополнений в ФЗ «О ветеранах» (ноябрь 1999 г.) и др.

В документах определены структура социальной защиты, ее цели и задачи, сформулирована программа социальной защиты пожилых людей. В идеале все усилия должны быть направлены на улучшение жизни пожилых, их социальное обслуживание, усиление мер дополнительной социальной поддержки, помощи в достижении долголетия, обеспечение спокойной старости.

Основной свод понятий, норм, правил и процедур, определяющих статус пожилых людей, их права, взаимоотношения с обществом, государством, различными организациями в Федеральном Законе РФ «*О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов*». Закон юридически закрепляет сложившуюся систему помощи пожилым и инвалидам, определяет структуру, минимальный объем и порядок оказания услуг. Указанный закон закрепляет следующие формы социальной защиты этой категории граждан:

- стационарное обслуживание в учреждениях социального обслуживания;
- полустационарное социальное обслуживание;
- социально-медицинское обслуживание на дому;
- срочное социальное обслуживание;
- социально-консультативная помощь.

Закон определяет условия оказания социальных услуг – платно или бесплатно, роль учреждений социального обслуживания в обществе, основные источники финансирования системы социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, определены права социальных работников и как осуществляется контроль за деятельностью по предоставлению социальных услуг.

Закон РФ «*Об основах социального обслуживания граждан населения в Российской Федерации*», устанавливающий основы правового регулирования в области социального обслуживания населения. В нем даны основные понятия, раскрывающие сущность отрасли социального обслуживания. Оно определяется как деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации. В документе определены основные принципы социальной помощи: адресность, конфиденциальность, профилактическая направленность.

Постановлением Правительства РФ от 24 июня 1996 года «*О предоставлении бесплатного обслуживания и платных услуг государственными социальными службами*» в соответствии с Федеральным Законом «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» определено «Положение о предоставлении бесплатного социального обслуживания и платных социальных услуг государственными социальными службами». Органам исполнительной власти поручено утвердить тарифы на социальные услуги.

Постановлением Правительства РФ «*О федеральном перечне гарантировано государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания*» в соответствии с Федеральным Законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» утверждаются социальные услуги, которые предоставляются государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания: материально-бытовые услуги, услуги по организации питания, быта, досуга; социально-медицинские и санитарно-гигиенические услуги; правовые услуги; содействие в организации ритуальных услуг.

Федеральный Закон «*О государственной социальной помощи*» устанавливает правовые и организационные основы оказания государственной социальной помощи малоимущим одиноко проживающим гражданам или семьям.

Федеральный Закон «*О ветеранах*» устанавливает правовые гарантии социальной защиты ветеранов в РФ, в целях создания условий обеспечивающих им достойную жизнь, активную деятельность, почет и уважение в обществе.

Также можно отметить программу Федеральную целевую программу «Старшее поколение». В работе над ней участвовало более 20 министерств и ведомств, ряд академических и отраслевых научных организаций, руководители администраций многих регионов – предусматриваются меры комплексного решения многих вопросов, жизненно важных для пожилых

граждан. Среди них – совершенствование охраны здоровья и поддержание жизнеспособности и активности, повышение материальной обеспеченности и оптимизации среды жизнедеятельности, предоставление помощи и услуг с учетом возрастных особенностей состояния здоровья, а также создание благоприятных условий для реализации интеллектуального, культурного и личностного потенциала в пожилом возрасте.

Программа отдает приоритет решению социальных проблем наиболее уязвимых категорий пожилого населения: одиноких престарелых и престарелых супружеских пар, утративших частично или полностью способность к самообслуживанию, тяжело больных ветеранов, пожилых людей, проживающих в отдаленных сельских районах или в районах Крайнего Севера, вынужденных переселенцев старших возрастных групп, пожилых из состава маргинальных групп населения.

Состоящая из 5 разделов, программа предусматривает создание широкой сети гериатрических больниц, больниц сестринского ухода, геронтологического, геронтопсихиатрических центров, хосписов, домов – интернатов малой вместимости, отделений милосердия, домов ночного пребывания и других учреждений для лиц без определенного места жительства, престарелых беженцев и вынужденных переселенцев; организацию и развитие отделений медико-социальной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях /9/.

Положения федерального законодательства конкретизируются в нормативных актах субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, а также локальных документах социальных служб и учреждений социальной защиты населения.

Тема 16. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ПОЖИЛЫМИ В Г. БЛАГОВЕЩЕНСКЕ.

Управление социальной защиты населения администрации г. Благовещенска и подведомственные ему учреждения и службы образуют

единую государственную систему социальной защиты пожилого населения городе.

Согласно Закону Амурской области «Об обслуживании отдельных категорий граждан социальными службами Амурской области» №409-ОЗ от 19.01.2005 г. и «О внесении изменений в некоторые законодательные акты области, регулирующие сроки наделения органов местного самоуправления отдельными государственными полномочиями» 125-ОЗ от 23.12.2005 г. органы местного самоуправления г.Благовещенска наделены отдельными государственными полномочиями в области социальной защиты населения, социального обслуживания, социальной поддержки.

С 1 января 2006 года вступил в силу новый ФЗ РФ «Об общих принципах организации местного самоуправления» №131-ФЗ от 24.09.2003 г., а также продолжилось выполнение ФЗ РФ «О внесении изменений в законодательные акты РФ...» №122-ФЗ и ряда Законов Амурской области «О мерах социальной поддержки граждан отдельных категорий»

Основной целью муниципальных органов социальной защиты населения является создание необходимых предпосылок для постепенного улучшения материального положения с целью упреждения обнищания населения.

В связи с этим *основными задачами Управления социальной защиты населения* является:

- обеспечение социальных гарантий;
- адресная социальная поддержка граждан;
- предоставление социальных и иных услуг через систему социального обслуживания;
- межведомственное взаимодействие и развитие гражданских инициатив по решению проблем граждан;
- кадровое обеспечение социальных служб.

Согласно утвержденным регистрам, в городе проживают следующие категории граждан группы риска, являющиеся получателями адресной

социальной поддержки согласно федеральному и региональному законодательству:

46740 чел. – пенсионеров;

22507 чел. – федеральных льготников;

20146 чел. – региональных льготников.

В городе создана комплексная система по социальному обслуживанию граждан пожилого возраста и инвалидов, дифференцированная система социального обслуживания (социальные гостиницы, услуги парикмахерских, бань, фотоуслуги, ремонт обуви и др.)

Наиболее распространенным видом социальной поддержки населения в стационарных условиях остается *срочная социальная помощь* (это оказание разовой экстренной социально-бытовой помощи). Ежедневно специалисты отделения срочной социальной помощи способствуют решению проблем людей, оказавшихся в критической жизненной ситуации, оказывая им необходимую помощь в виде продуктов питания, денежных средств, талонов на горячее питание, оформления документов в дома-интернаты. Такую помощь ежегодно получают более 2000 человек.

Для решения социальных проблем пожилых граждан, попавших в трудную жизненную ситуацию, в городе создана многофункциональная система социального обслуживания населения по оказанию социальных услуг гражданам пожилого возраста, инвалидам, семьям с детьми, женщинам.

В настоящее время в городе функционирует 25 социальных служб, в т.ч. 2 муниципальных социальных учреждения, работающих с пожилыми гражданами:

– специализированный 59-квартирный жилой дом для одиноких престарелых граждан и пожилых супружеских пар;

– центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов;

и 6 социальных служб:

- «социальное такси» для людей с ограниченными возможностями (колясочники);
- «социальная кухня» - горячие обеды для семей, попавших в трудную жизненную ситуацию;
- служба срочной социальной помощи для пожилых и инвалидов, бездомных людей;
- комната ночного пребывания;
- кризисный центр для женщин;
- психологическая служба «Доверие».

Дом ветеранов в г. Благовещенск находится в ведении управления социальной защиты населения администрации города, входит в состав жилищного фонда специального использования и относится к числу специализированных домов.

Всего в доме 59 квартир. Жилая площадь предоставляется одиноким пенсионерам, супружеским парам из их числа, состоящим на учете по месту жительства для получения жилой площади в этом доме. Учет осуществляется в управлении социальной защиты. При постановке на учет пожилые граждане предоставляют личное заявление, акт обследования условий проживания и медицинское заключение о состоянии здоровья.

Из числа граждан, проживающих в доме, создан общественный Совет Дома, основными направлениями деятельности которого являются работа по улучшению условий проживания в нем, организация досуга и труда, защита прав и законных интересов проживающих.

Противопоказаниями к проживанию в Доме Ветеранов являются: состояние, не обеспечивающее возможность полного или частичного самообслуживания, хронический алкоголизм и наркомания, а также психические, кожно-венерологические, онкологические и другие заболевания, требующие лечения в специализированных стационарных учреждениях здравоохранения.

Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов осуществляет на территории города организационную, практическую и координационную деятельность по оказанию социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам.

Центр размещается в отдельном здании по адресу: ул. Рабочая, 95. Центр содержится за счет средств городского бюджета, дополнительных внебюджетных поступлений, в том числе средств, поступающих от граждан в качестве оплаты за социальное обслуживание, доходов от предпринимательской деятельности.

Правом внеочередного принятия на обслуживание Центром пользуются инвалиды и участники Великой Отечественной войны, супруги погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, труженики тыла, одинокие нетрудоспособные граждане и инвалиды.

Противопоказаниями к зачислению на обслуживание Центром являются: наличие у этих граждан психических заболеваний, хронического алкоголизма, венерических, карантинных заболеваний, бактерионосительства, активных форм туберкулеза, а также иных тяжелых заболеваний, требующих лечения в специальных учреждениях здравоохранения.

Социальные услуги, в том числе входящие в федеральный или территориальный перечень гарантированных государством услуг оказываются бесплатно или на условиях частичной или полной оплаты.

Благовещенских пожилых людей бесплатно возят **социальные такси** в аптеку, травмпункт или к родственникам. Такую помощь оказывает городской центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов. Оплачивается эта услуга из областного бюджета. Престарелые благовещенцы заранее делают заявку по номеру 44-74-33, и в назначенный день и час микроавтобус останавливается у их дома.

В день обслуживается до пяти человек. К примеру, за 2005-2006 гг. службой «Социальное такси» 648 пожилым гражданам, испытывающим

трудности в передвижении, предоставлены услуги по проезду к месту лечения, посещения досуговых мероприятий, учреждений бытового обслуживания.

Салон такси приспособлен для перевозки инвалидов-колясочников. Автомобиль можно заказать для поездки как по городу, так и по области. Если надо, то человека в поездке будет сопровождать сотрудник Центра.

Сколько человек поедет в автомобиле вместе с пенсионером или инвалидом, не имеет значения. Социальное такси нужно заказать за два дня до поездки. Но если заказов в день обращения не будет, то клиента отвезут к месту назначения незамедлительно.

3 октября администрация г.Благовещенска открыла первый на Дальнем Востоке Кризисный центр для женщин и психологическую службу «Доверие». Цель – оказание психологической, юридической помощи, предоставление временного приюта женщинам, пострадавшим от психофизического насилия.

Внедрение в городе территориально-пространственной модели социального обслуживания семьи и детей, позволили администрации города приблизить социальные услуги к месту проживания, через открытие 14-ти социально-консультативных пунктов в границах органов общественного самоуправления по оказанию социальной поддержки гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, в решении проблем бедности.

В 2006 году проведено 11 общественных приемных в социально-консультативных пунктах по месту жительства по разъяснению социального законодательства, проблемам пожилых людей и инвалидов, вопросам воспитания детей, и 13 общественных приемных мэра города с участием комплексных бригад специалистов администрации города Благовещенска.

2.3. СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ И РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Тема 1. Пожилые люди в структуре общества и государства.

Определение и сущность понятий старость, пожилой человек. Старение населения, как одна из наиболее острых социальных проблем. Материальное положение пожилых людей. Изменение социального статуса пожилых людей.

Тема 2. Медико-социальные основы здоровья пожилых людей.

Календарный и биологический возраст. Биологические закономерности старения человека. Психические особенности пожилого возраста. Социальный аспект старения: изменение ролевых функций пожилых людей в обществе; изменение ролевых функций пожилых людей в семье; фактор одиночества. Медико-социальная реабилитация пожилых граждан. Основы гериатрической службы.

Тема 3. Социальное обслуживание пожилых людей.

Основные понятия. Нормативно-правовое регулирование социального обслуживания. Системы социальных служб. Принципы деятельности в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста.

Права граждан пожилого возраста при получении социальных услуг. Формы социального обслуживания. Оплата за социальное обслуживание. Муниципальные центры социального обслуживания. Профессиональная деятельность в сфере социального обслуживания.

Тема 4. Пенсионное обеспечение в РФ.

Пенсионное обеспечение: цели и задачи. Организация пенсионного обеспечения в РФ. Нормативно-правовое регулирование пенсионного обеспечения. Виды пенсий. Пенсионный Фонд РФ. Негосударственные фонды пенсионного обеспечения. Проблемы реформирования пенсионного обслуживания в современной России.

Тема 5. Зарубежный опыт социальной работы с пожилыми людьми

Основные формы и методы социальной работы с пожилыми гражданами в зарубежных странах. Модели геронтологической социальной работы за рубежом. Проблемы заимствования зарубежного опыта в РФ.

Тема 6. Организация социальной работы органов местного самоуправления г. Благовещенска с пожилыми людьми.

Структура управления социальной работой с пожилыми людьми в г. Благовещенске. Опыт внедрения дифференцированной системы социального обслуживания пожилых людей. Деятельность Центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

Тема 7. Инновационные технологии социальной работы с пожилыми людьми.

Инновации и нововведения в социальной работе. Инновационные методы социальной работы. Инновационные методы оказания социальной помощи и поддержки пожилым людям

2.4. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Самостоятельная работа студентов включает следующие виды работ:

Знакомство с периодическими изданиями по социальной защите населения.

Знакомство с научно-практической и методической литературой по вопросам социального обслуживания населения.

Работа с нормативно-правовой литературой по вопросам социального

обслуживания, охраны жизни и здоровья, соблюдения прав человека.

Знакомство с зарубежным опытом работы по вопросам организации системы социальной защиты населения.

Контроль самостоятельной работы студентов включает:

- текущие контрольные задания на семинарских занятиях по итогам лекции, семинара;
- защита рефератов и докладов;
- тестирование и т.п.

2.5. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ СТУДЕНТАМИ ЗАОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ

Номер варианта контрольной работы соответствует порядковому номеру студента в алфавитном списке группы. Работа, выполненная не по своему варианту, проверке и рецензированию не подлежит.

Работа может быть выполнена в рукописном варианте (в школьной тетради объемом до 18 листов) или в машинописном (компьютерном) исполнении (на бумаге формата А4; шрифт 14 Times New Roman; интервал 1,5; поля: левое — 30 мм, верхнее, нижнее — 20 мм, правое — 10 мм). Работа, выполненная в рукописном варианте, должна быть написана аккуратно, четким, разборчивым почерком. Объем работы — не больше объема школьной тетради или 10-15 страниц формата А4. Страницы обязательно должны быть пронумерованы.

Работа выполняется по плану, которого следует придерживаться при написании работы. В конце работы – список использованной литературы, дата выполнения контрольной работы и подпись студента. Работа должна содержать информацию не менее чем из четырех источников.

При написании работы необходимо делать ссылки на источник информации, указывая его номер в общей нумерации в списке литературы и страницу – например, /4, с. 56/. В процессе подготовки к выполнению

контрольной работы необходимо ознакомиться с предлагаемой основной и дополнительной литературой, рекомендуемой в программе курса дисциплины.

Преподаватель имеет право зачесть или не зачесть выполненную студентом работу.

Контрольная работа засчитывается, если: учебный материал усвоен в полном объеме, изложен логично, выводы и обобщения точны и взаимосвязаны, подкрепляются примерами из практической социальной работы, соответствуют факторам и закономерностям социальной жизни; отсутствует плагиат; используется новейшая литература, в том числе материалы Интернет; допускаются незначительные недочеты.

Контрольная работа не засчитывается, если: в усвоении материала имеются пробелы, тема раскрыта не полностью, материал излагается несистематизировано; выводы и обобщения аргументированы слабо или ошибочны, либо отсутствуют; в работе используется плагиат, цитаты не обозначаются; отсутствует связь с социальной практикой.

После проверки контрольной работы преподаватель пишет на нее краткую рецензию, указывая положительные и отрицательные стороны работы. Незачтенная контрольная работа дорабатывается студентом и сдается на повторную проверку. При сдаче зачета (экзамена) студент должен представить преподавателю зачтенную контрольную работу. Студент, не сдавший вовремя контрольную работу, или чья контрольная работа была не зачтена и не доработана, не допускается к сдаче зачета (экзамена).

2.6. ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ

1. Определение и сущность понятий старость, пожилой человек.
2. Старение населения - острая социально-демографическая проблема.
3. Биологические закономерности старения человека.
4. Психические особенности пожилого возраста.
5. Социальный аспект старения: изменение ролевых функций пожилого человека в обществе.

6. Социальный аспект старения: изменение ролевых функций пожилого человека в семье.
7. Медико-социальная реабилитация пожилых граждан.
8. Социальное обслуживание пожилых людей. Основные понятия.
9. Нормативно-правовое регулирование социального обслуживания граждан пожилого возраста.
10. Системы социальных служб.
11. Принципы деятельности в сфере социального обслуживания.
12. Права граждан пожилого возраста при получении социальных услуг.
13. Формы социального обслуживания.
14. Оплата за социальное обслуживание.
15. Пенсионное обеспечение: цели и задачи.
16. Виды пенсий.
17. Пенсионный Фонд РФ.
18. Негосударственные фонды пенсионного обеспечения.
19. Зарубежный опыт социальной работы с пожилыми людьми.
20. Организация социальной работы с пожилыми людьми в г. Благовещенске.
21. Деятельность центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.
22. Инновационные технологии социальной работы с пожилыми людьми.

2.7. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

Нормы оценки знаний предполагают учет индивидуальных особенностей студентов, дифференцированный подход к обучению, проверке знаний, умений.

В устных ответах студентов на зачете, в сообщениях и докладах, а также в письменных видах работ оцениваются знания и умения по пятибалльной системе. При этом учитываются: глубина знаний, полнота знаний и владение необходимыми умениями (в объеме программы), осознанность и самостоятельность применения знаний и способов учебной деятельности,

логичность изложения материала, включая обобщения, выводы (в соответствии с заданным вопросом), соблюдение норм литературной речи.

Итоговая оценка степени усвоения обучаемыми знаний в соответствии с требованиями программы осуществляется в виде зачета - незачета.

Зачет по курсу ставится, если студент знает основной материал по данному курсу, демонстрирует понимание изученного, умеет применять знания с целью решения практических задач.

Незачет по курсу ставится, если студент демонстрирует отсутствие понимания изученного, отсутствие самостоятельности суждений, отсутствие убежденности в излагаемом материале, отсутствие систематизации и глубины знаний.

2.8. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО КУРСУ

Основная литература

1. Елютина М.Э. Социальная геронтология: Учеб. пособие: рек. УМО /М. Е. Елютина, Э. Е. Чеканова. - М.: ИНФРА - М, 2004. - 157 с.
2. Альперович В. Социальная геронтология: Учеб. пособие: Реком. ЮРО Академии образования РФ. /В. Альперович. - Ростов н/Д.: Феникс, 2003. – 576 с.
3. Основы социальной работы: Учеб. пособие: Доп. Мин. обр. РФ / Под ред. Н.Ф. Басова. - М.: Академия, 2004. - 284 с.
4. Холостова Е.И. Социальная геронтология: Учеб. пособие: Рек. УМО по обр. в обл. социальной работы / Е.И. Холостова, В.В. Егоров, А.В. Рубцов.- М.: Дашков и К, 2005.-296с.

Дополнительная:

1. Альперович В.Д. Геронтология. Старость. Социокультурный портрет. – М.: Изд-во Приор, 1998. – 272 с.
2. Альперович В.Д. Социальная геронтология. – Ростов н/Дону: Феникс, 1997. – 180 с.
3. Бойцова А.Н. Деятельность уполномоченных по делам престарелых. – М.: ВЛАДОС, 1993. – 160 с.

4. Бочаров В.В. Антропология возраста: Учеб. пособие.- СПб.: Из-во С.-Петербур. ун-та, 2000.-194с.
5. Буянова М.О. Социально обслуживание граждан России в условиях рыночной экономики. Теоретико-правовой аспект: Монография. – М.: ООО «Изд-о Проспект», 2002. – 240 с.
6. В помощь пожилому человеку / Под ред. Б.В. Остапина, Ж.Ю. Баскакова. - СПб.: Инс-т «Открытое общество», 2001. – 94 с.
7. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социального работника в обслуживании инвалидов и пожилых людей. – М.: Изд-во ВЛАДОС, 1995. – 144 с.
8. Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. Руководство для подготовки социальных работников. – М.: Логос, 1996 – 224 с.
9. Зубкова Т.С., Тимошина Н.В. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, детей и семьи. М.: Академия, 2003 – 224 с.
10. Инновационный подход к социальному обслуживанию пожилых людей: Кузбасская модель. /Отв. Ред. И.Н. Бондаренко. – М.: Московская Швейцария, 2003. – 192 с.
11. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию.- М.: МОДЭК, 2000.-96с.
12. Настольная книга специалиста: социальная работа с пожилыми людьми /Под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Инс-т социальной работы, 1995. – 152 с.
13. Об основах социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов: ФЗ РФ от 04.08.1995.
14. Об основах социального обслуживания населения в РФ: ФЗ РФ от 10.12.1995.
15. Основные социальные гарантии, предоставляемые государством населению Российской Федерации (выпуск № 27 по состоянию на 1 января 2005 г.). Интернет-ресурс: <http://www.zanas.ru/dep/income/4.html> (15.10.2005)

16. Основы социальной работы /Отв. ред. П.Д. Павленок.-М.: ИНФРА-М, 2000.- 368 с.
17. Основы социально-медицинской работы / Под ред. Е.А. Сигиды. – М.: Профессиональное образование, 1998. – 240 с.
18. Пожилые люди в Российской Федерации: Положение, проблемы, перспектива: Национальный доклад. - М: Права человека, 2002. - 134 с.
19. Пожилые люди в структуре г. Благовещенска: Бюллетень №4 Управления социальной защиты населения администрации г. Благовещенска. Благовещенск, 2003.
20. Российская энциклопедия социальной работы. В 2 т. / Под ред. А.М. Панова. - М.: Наука, 1997.
21. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И. Холостовой. М.: Юрист, 2000. – 424 с.
22. Социальная геронтология / Под ред. Р.С. Яцемирской, И.Г. Беленькой. - М.: Изд-во ВЛАДОС, 1999. – 224 с.
23. Социальная защита населения: опыт организационно-административной работы: Учеб. пособие: Доп. Мин. обр. РФ / под ред. В. С. Кукушина. - 4-е изд., доп. и перераб. - М. ; Ростов н/Д : МарТ, 2004. - 399 с.
24. Социальная работа с пожилыми: настольная книга специалиста /Под ред. В.И. Жукова. – М.: Союз, 1997,- 359 с.
25. Социальная работа: понятия и определения (глоссарий) / Сост. В.А. Румянцев. М.: СОТИС, 2002. – 64 с.
26. Социальная работа: теория и практика / Под ред. Е.И. Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 1999. – 350 с.
27. Социальная работа: теория и практика. / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина. М., 2001. – 421 с.
28. Справочное пособие по социальной работе / Под ред. О.И. Пановой, Е.И. Холостовой. – М.: Изд-во ВЛАДОС, 1998. – 406 с.
29. Старость: Популярный справочник /Под ред. Л.И. Петровской. - М.: Дашков и К, 1996. - 290 с.

30. Тен Е.Е. Основы социальной медицины: Учеб. пособие: рек. Мин. обр. РФ / Е. Е. Тен. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003. - 255 с.
31. Теория и методика социальной работы / Под ред. П.Д. Павленок. – ИНФРА-М, 1999. – 256 с.
32. Теория социальной работы. Учебное пособие для вузов. - М. ГИЦ ВЛАДОС. - МГСУ.-2000.-431с.
33. Тетерский С.В. Введение в социальную работу. М.: ИНФРА-М, 2000. – 496 с.
34. Технология социальной работы / Под общ. ред. Е.И. Холостовой. М.: ИНФРА-М, 2001. – 400 с.
35. Ткаченко В.С. Основы социальной медицины: Учеб. пособие: рек. УМО/ В. С. Ткаченко. - М.: ИНФРА - М, 2004. - 368 с.
36. Труд и социальное развитие: Словарь / Гл. ред. Е.С. Строев. М.: ИНФРА-М, 2001. – 266 с.
37. Фахрутдинов С.П. Право социального обеспечения. - М.: ИНФРА-М, 2005. – 280 с.
38. Федеральная целевая программа «Старшее поколение» на 2002-2004 гг. //Собрание законодательства РФ. – 2002. - № 6. – Ст.578.
39. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учеб. пособие / Е.И. Холостова.- М.: Дашков и К, 2002.-296 с.
40. Хрисанфова Е.Н. Основы геронтологии. - М.: Просвещение, 1999. – 124 с.
41. Этика социальной работы. /Авт.-сост. Склярова Т.В., Ярская-Смирнова Л.Р. – Саратов: СГПУ, 2003. – 114 с.
42. Якушев Л.Л. Социальная защита. - М.: Учебное пособие высшей школы, 1998. - 121 с.
43. Яцемирская Р.С. Социальная геронтология. – М.: Просвещение, 1999. – 346 с.

3. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ (ПРОВЕРОЧНЫЕ ЗАДАНИЯ ПО КУРСУ)

3.1. Входящий контроль

Эссе по предложенным темам:

1. Пожилые люди в структуре общества и государства
2. Правовые основы социальной работы с пожилыми людьми
3. Медико-социальные основы здоровья пожилых людей
4. Социальное обслуживание пожилых людей.
5. Социальное попечительство над пожилыми людьми.
6. Пенсионное обеспечение.
7. Роль семьи в социальной защите граждан пожилого возраста
8. Зарубежный опыт социальной работы с пожилыми людьми.
9. Инновации в социальной работе с пожилыми.

Рекомендации по написанию ЭССЕ

Цель работы. Выбрать одну из тем, представленных в списке тем. Согласовать ее с преподавателем. Отобрать необходимые материалы (при этом допускается использование компьютерных программно-технических средств и Интернета) и провести учебно-исследовательскую работу.

Состав эссе. эссе содержит 4 части:

Ч.1. титульный лист (см. пример титульного листа) имеет объем, равный 1 странице. Отсчет страниц в эссе ведется с него, но номер страницы на титульном листе не ставится.

Ч.2. результаты исследований (Введение и Основная часть) объемом = 3–4 стр.

Ч.3. выводы и рекомендации по дальнейшему развитию, модернизации, выбору, приобретению, использованию и т.п. (Объем = 1 стр.)

Ч.4. список найденных и использованных ссылок, а также литературы, если она использовалась (Объем – до 1 стр.). Список может не выводиться на отдельную страницу, а следовать за выводами.

Страницы нумеруются, начиная с первой (с титульного листа), при этом на первой странице номер не ставится.

Таким образом, общий объём эссе составляет от 5 до 6 страниц.

Содержание эссе. Отражают части 2 – 4 его «Состава» и включают:

1. *Введение.* В нем даётся краткая характеристика проблемной области по выбранной теме (часть 2):

а) что за проблема рассматривается (объект исследования),

б) с чем связано ее рассмотрение (актуальность проблемы),

в) краткая историческая справка (например, кем и когда было изобретено рассматриваемое устройство, программа и т.п., кто и когда в России и за рубежом занимался этой проблемой и т.д.) – изученность проблемы.

В среднем объем текста при ответе на каждый пункт равен одному-двум абзацам. Объем всего Введения = 1–1,5 стр.

2. *Основная часть.* В ней раскрывается тема Эссе:

а) основные используемые термины;

б) название и назначение устройства, системы, программы и т.п.;

в) содержание (состав) устройства, системы, программы и т.п.;

г) методы (способы) и область использования.

Основная часть может включать, помимо описательной текстовой части, структурные схемы, рисунки, графики, диаграммы, таблицы и т.п. материалы небольшого размера, способствующие наиболее полному и наглядному раскрытию темы (часть 2). Объём нетекстовых материалов не должен превышать одной трети общего объема основной части. При необходимости включения большего объема нетекстовых материалов, объём основной части и, соответственно, Эссе пропорционально увеличивается.

В среднем объем текста при ответе на каждый пункт равен 0,5–1 стр. Объем собственно Основной части = 3–4 стр.

3. *Заключение.* В нем отражаются выводы по теме исследования, предложения о дальнейших работах в данной области и т.п. (часть 3). Заключение включает:

а) сведения о полученных результатах (что за устройство, программа получились, для чего или кого они нужны, где могут применяться);

б) обнаруженные закономерности (как они связаны с другими устройствами, программами и почему);

в) новые результаты (рассмотренные устройства, программы и т.п. являются продолжением предыдущих – модернизация, совершенно новым видом и др.);

г) данные, которые, по мнению автора эссе, имеют теоретическое и (или) практическое значение.

Выводы могут сопровождаться рекомендациями, оценками, предложениями и т.п. В среднем объем текста при ответе на каждый пункт равен одному-двум абзацам. Объем всего Введения = 1–1,5 стр.

4. *Список использованных ссылок и литературы* (часть 4). Список создается в соответствии с правилами библиографических описаний, принятыми в России за последние 5 лет. Список должен содержать не менее трех источников информации. В среднем его объем составляет 0,25–0,5 стр.

Срок сдачи – по мере готовности Эссе: желательно за одну-две недели до первой контрольной точки.

Эссе оценивается, исходя из существующей в вузе балльной системы. Оценка зависит от полноты раскрытия темы, своевременности выполнения работы, объёма представленного материала.

3.2. Текущий контроль (тесты)

1. Демографическое старение вызвано:

а - уменьшением числа детей в связи со снижением рождаемости;

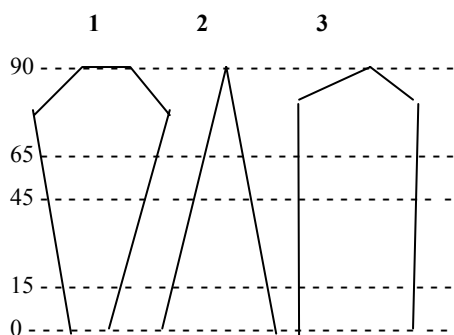
б - увеличением числа пожилых и старых людей вследствие сокращения смертности среди них;

в - процессом урбанизации;

г - все варианты верны;

д - все варианты ошибочны.

2. Дайте названия представленных на рисунке типов демографических структур:



1 - _____

2 - _____

3 - _____

3. Для развивающихся стран характерен следующий тип возрастной структуры:

- а - стационарный;
- б - прогрессивный;
- в - регрессивный;
- г - все варианты верны;
- д - все варианты ошибочны.

4. Старение человека – это:

а – увеличение доли числа и объема прослойки лиц пенсионного возраста в общем составе населения;

б – человек старше трудоспособного возраста, с его статусом, социальными ролями;

в – генетически запрограммированный процесс, сопровождающийся определенными возрастными изменениями в организме;

- г - все варианты верны;
- д - все варианты ошибочны.

5. Основным направлением социальной защиты пожилых людей является:

- а - социальная помощь и обслуживание;
- б - социальная коррекция и адаптация;
- в - медико-социальная реабилитация;
- г - все варианты верны;

д - все варианты ошибочны.

6. Термин, означающий предубежденность или дискриминационное поведение по отношению к человеку или группе по возрастному признаку, в наибольшей степени затрагивающее пожилых людей:

а – эвтаназия;

б - эмпиризм;

в - эйджеизм;

г - все варианты верны;

д - все варианты ошибочны.

7. Основная социальная проблема пожилых людей:

а - социальная адаптация;

б - участие в общественно-политической жизни;

в - трудоустройство;

г - все варианты верны;

д - все варианты ошибочны.

8. ФЗ РФ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» был принят:

а - 1993 г.;

б - 1995 г.;

в - 1997 г.;

г - 2000 г.;

д - все варианты ошибочны.

9. К нестационарным формам социального обслуживания пожилых людей относится:

а - социальное обслуживание на дому;

б - обслуживание в отделениях дневного пребывания;

в - социальное обслуживание в Доме - интернате;

г - все варианты верны;

д - все варианты ошибочны.

10. Целью медико-социальной работы является:

а - предупреждение социально зависимых нарушений соматического психического и репродуктивного здоровья, формирование установки на здоровый образ жизни у лиц пожилого возраста;

б - достижение оптимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц пожилого возраста;

в - разработке целевых программ медико-социальной помощи пожилым на различных уровнях;

г - все варианты верны;

д - все варианты ошибочны.

3.3. Итоговый контроль (зачет)

23. Определение и сущность понятий «старость», «старение», «пожилой человек».

24. Старение населения как социально-демографическая проблема.

25. Социогеронтологические теории.

26. Биологические закономерности старения человека.

27. Психические особенности пожилого возраста.

28. Классификация групп пожилых людей.

29. Социальные аспекты старения: изменение ролевых функций пожилого человека в обществе.

30. Исторические аспекты старения: изменение отношения к пожилому человеку в обществе.

31. Медико-социальная работа с пожилыми гражданами.

32. Социальное обслуживание пожилых людей.

33. Нормативно-правовое регулирование социальной работы с гражданами пожилого возраста.

34. Системы геронтологических социальных служб.

35. Основные требования к геронтологическим социальным работникам.

36. основополагающие принципы деятельности в отношении пожилых (ООН).

37. Права граждан пожилого возраста на получение социальных услуг.

38. Формы социального обслуживания.

39. Порядок оплаты за услуги по социальному обслуживанию.

40. Пенсионное обеспечение пожилых.

41. Пенсионный Фонд РФ.

42. Негосударственные фонды пенсионного обеспечения.

43. Зарубежный опыт социальной работы с пожилыми людьми.

44. Отечественный опыт социальной работы с пожилыми людьми.

45. Инновации в социальной работе с пожилыми людьми.

46. Организация социальной работы с пожилыми людьми в г. Благовещенске.

47. Деятельность центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

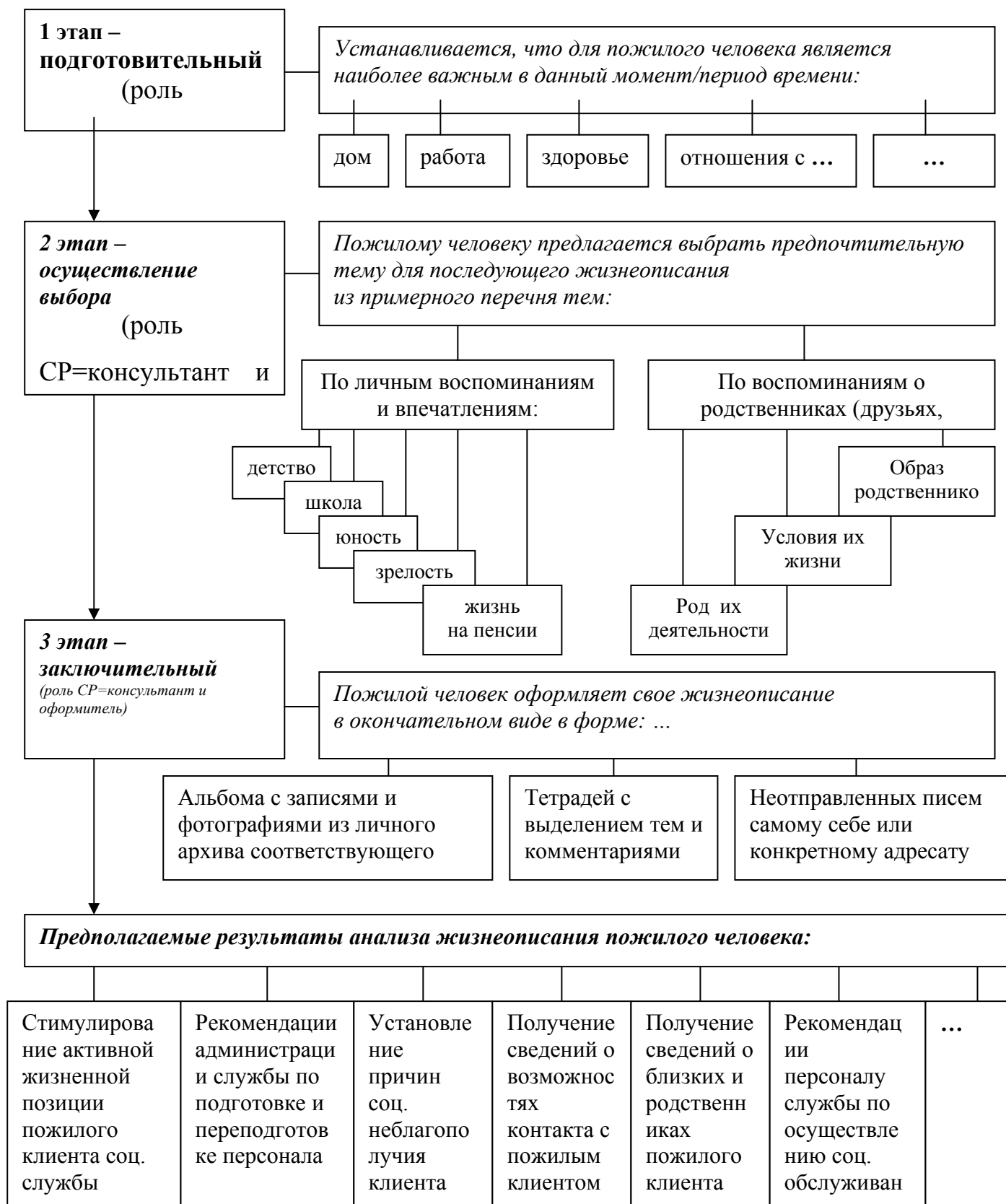
48. Инновационные технологии социальной работы с пожилыми людьми.

49. Роль общественных организаций в социальной работе с пожилыми.

50. ФЗ РФ «О социальном обслуживании пожилых граждан и инвалидов» - о социальной работе с пожилыми.

4. РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ К УЧЕБНЫМ ЗАНЯТИЯМ

4.1. АЛГОРИТМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА В СОЦИАЛЬНОМ ОБСЛУЖИВАНИИ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН



4.2. ОБРАЗЕЦ ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Образец заполнения тематического сортировочного листа

Тема: *Физический уход*

Группа: *Проживающие в Специализированном жилом доме*

№	Комментарии по теме	Комментарии о том, что необходимо изменять
1	У нас хорошая еда, все замечательно	-
2	Еда, оборудование, остальное – все прекрасно	Получить утром чашку чая, не выходя из комнаты, было бы совсем хорошо
3	Общая ванная комната – как в больнице: холодно и пусто	Не знаю, как, но нужно сделать чуть-чуть более по-домашнему
4	Все чудесно	-
5	Пол иногда скользкий, и я неуверенно себя чувствую на ногах	Может, сделать другое покрытие для пола?
6	Мне нравится, как все здесь устроено. Мне помогают дойти до туалета приятные женщины. Они всегда приходят, когда я в них нуждаюсь. Хотя я знаю, что они очень заняты	-
7	Они поднимают меня утром слишком рано. Почему я не могу полежать в постели подольше?	Я тоже хочу полежать в постели и ложиться тогда, когда мне надо
8	Все хорошо	-

Рекомендации по проведению исследования и заполнению тематического сортировочного листа

1. При выявлении качества социального обслуживания и удовлетворенности предоставляемыми социальными услугами предлагается

привлекать к участию в исследовании в качестве респондентов как клиентов социального учреждения, так и работающих в нем.

2. Исследование проводится в форме индивидуального интервью.

3. В ходе исследования предполагается выявление мнения клиентов социального учреждения и работающих в нем специалистов. Рекомендуется сплошная (100% объема генеральной совокупности) или случайная выборка (не менее 50% объема генеральной совокупности).

4. Каждая тема исследовательского среза объявляется респондентам заранее. В качестве тем могут выступать: «Физический уход», «Возможность выбирать социальные услуги», «Возможность обратной связи», «Потенциал и качество управления», «Установление связей», «Социальное самочувствие клиентов» и др.

5. По каждой теме респондентам предлагается ответить на 3 вопроса: Что Вы можете сказать по данной теме? Должно ли что-то измениться в этом отношении? Как Вы думаете, что должно быть другим?

6. Ответы на поставленные вопросы фиксируются интервьюером в предлагаемом бланке (см. 3-1). Интервьюер записывает все комментарии одной группы респондентов по каждой конкретной теме на одном листе (в одном бланке). В результате должно получиться равное количество заполненных бланков по каждой группе респондентов, таким образом, возможно сравнить их ответы.

7. Так как в результате проведенного исследования получается огромное количество информации, ее требуется качественно обработать, выделяя ключевые моменты, схожие замечания. Затем следует провести сравнение и сделать обобщение.

8. Важно выяснить, что люди, которые обслуживаются, и люди, занимающиеся социальным обслуживанием, думают о качестве предоставляемых услуг и возможных способах его повышения. Взвесив все отмеченные плюсы и минусы в оценочных суждениях, возможно составить планы для будущих действий специалистов в данной сфере.

9. Необходимо решить, как и в какой форме полученная в ходе исследования информация будет доведена до сведения специалистов, не участвовавших в опросе.

10. Подведение итогов исследования предполагает: выделение основных позиций, отмеченных в ходе интервью; составление примерного плана немедленных действий на основании полученных данных; составление примерного плана действий на шесть месяцев; планирование действий на перспективу развития службы (сферы). Последние три действия включают определение необходимых действий, конкретных их исполнителей и сроков реализации задуманного.

4.3. ОБЛАСТНЫЕ СТАЦИОНАРНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ

№	Наименование учреждения	Мощность (чел.)	Почтовый адрес	Директор, телефон
1.	ГСУСО Белогорский дом-интернат для престарелых и инвалидов	596	576500, г. Белогорск, Никольское шоссе, 170	Добряк Г.И. (8-241) 5-60-28,
2.	ГСУСО Благовещенский дом-интернат для престарелых и инвалидов	258	675020, г. Благовещенск, ул. Чайковского, 307	Волобуев Е.В. (8-416) 52-37-61
3.	ГСУСО Усть-Ивановский психоневрологический дом-интернат	405	676950, Благовещенский район, с. Усть-Ивановка	Малиновский Ю.И. (8-416) 47-12-38
4.	ГСУСО Мазановский психоневрологический дом-интернат	255	676540, Мазановский район, с. Новокиевский Увал, ул. Советская, 46	Крамаренко В.Д. (8-244) 2-12-52
5.	ГСУСО Малиновский дом-интернат для глубоко умственно отсталых детей	205	676713, Бурейский район, с. Малиновка, ул. Красноармейская, 3	Губер В.В. (8-234) 28-1-72
6.	ГСУСО Мухинский психоневрологический дом-интернат	315	676330, Шимановский район, ст. Мухино, с. Ключевое	Вторушин А.И. (8-251) 22-0-02
7	ГСУСО Архаринский дом-интернат для престарелых и инвалидов	105	676740, Архара, ул. Школьная, 3	Соловьёва О.А. (8-248) 22-1-81
8	ГСУСО Пансионат «Приозёрье» для престарелых и инвалидов	205	676953, Тамбовский р-н, с. Козьмодемьяновка	Киселёв Ю.И. (8-238) 38-2-30

4.4. Практические задания к семинарским занятиям

Задание 1: Прокомментируйте цитируемые афоризмы о старости и пожилых людях

<i>№</i>	<i>Текст афоризма</i>
1	Первый симптом старения – любовь к жизни /Магдалена Самозванец/
2	Старость – самое неожиданное, что поджидает нас в жизни /Лев Троцкий/
3	К старости недостатки ума становятся все заметнее, как и недостатки внешности /Франсуа Ларошфуко/
4	К семидесяти годам Вы уже знаете все. Вот только как все это вспомнить? /Джордж Бернс/
5	Чтобы стать долгожителем, нужно тщательно выбирать своих предков /Бертран Рассел/
6	Старость – дурная привычка, для которой у активных людей нет времени /Андре Моруа/

Задание 2: Подумайте хорошенько и скажите, сколько Вам лет, если Вы - ...

<i>№</i>	<i>Задание</i>	<i>Ответ</i>
1	Старик из Афганистана	43-44
2	Старик из средневековой Англии	33
3	Старик времен палеолита (15-16 тыс. лет назад)	17
4	Старик-древний римлянин, проживающий в провинции	35
5	Старик – латинянин, проживающий в самом Риме	22
6	Старик из России 16 – 17 веков	26-28
7	Современный старик - англичанин	76 – 77
8	Старик – японец (наш современник)	79-82
9	Старик из современной России	57, 6
10	Старушка, проживающая в г. Благовещенске	64 – 70

Задание 3: Ну, вот Вы и представили себя «стариками» и «старушками». Но кроме этого, Вы еще и будущие социальные работники, которым, вполне возможно, придется работать с пожилыми людьми. Поэтому Вы должны иметь представление о положительных и отрицательных чертах пожилого возраста.

Итак, Вам дается 5 минут, чтобы Вы смогли написать как можно больше характерных черт старости, сколько сможете вспомнить или придумать экспромтом. Разделите их на две группы – позитивные и негативные, положительные и отрицательные. Время пошло...

+ (позитивные черты)	— (негативные черты)
...	...

Итак, у кого что получилось? Назовите – положительные, отрицательные черты, сколько их всего вышло? У кого больше?

Задание 4: Вызываем к доске тех, у кого больше получилось отрицательных, и у кого больше положительных характеристик пожилого возраста. Первый – изображает пожилого человека, а второй – специалиста по социальной работе отдела по делам пожилых людей, ветеранов и инвалидов УСЗН. Социальный работник должен оказать помощь в решении проблем пожилого человека, пришедшего к нему на прием. Группа оценивает усилия обоих, высказывает мнение о миниатюре – Верно ли вел себя социальный работник? Что еще он мог предложить старику (старушке)? Какое впечатление сложилось о пожилом человеке?

Задание 5: Каждый присутствующий получает одно задание – как можно четче постараться определить и записать причины, по которым он хочет помогать пожилым людям в разрешении имеющихся у них социальных проблем (или же наоборот, почему он не хочет работать с пожилыми).

Листки с записями собираются, причины зачитываются вслух. При этом группа делится на две команды – «за» и «против», соответственно каждая называемая причина обсуждается с разных точек зрения, с приведением соответствующей аргументации.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Цели и задачи дисциплины, ее место в учебном процессе	5
2. Содержание дисциплины	6
2.1. Распределение часов курса по темам и видам работ	6
2.2. Краткое содержание лекционных занятий	7
<i>Тема 1.</i> Старение населения как одна из острых социальных проблем	7
<i>Тема 2.</i> Демографические показатели старения населения	9
<i>Тема 3.</i> Определение и сущность понятий «старость» и «пожилой возраст».	17
<i>Тема 4.</i> Основные социальные проблемы пожилых граждан в РФ	22
<i>Тема 5.</i> Социогеронтологические теории	28
<i>Тема 6.</i> Потребности пожилых в медико-социальной помощи	33
<i>Тема 7.</i> Группы престарелых повышенного риска потребности в медико-социальной помощи	37
<i>Тема 8.</i> Потребности пожилых в социальной (семейной, экономической, духовной) помощи	42
<i>Тема 9.</i> Основные задачи и профессиональные обязанности социального работника	52
<i>Тема 10.</i> Требования к профессионализму социальных работников, обслуживающих пожилых и старых людей	58
<i>Тема 11.</i> Медико-социальная работа с лицами пожилого возраста	62
<i>Тема 12.</i> Социальное обслуживание пожилых граждан	66
<i>Тема 13.</i> Опыт социальной работы с пожилыми людьми в зарубежных странах	74
<i>Тема 14.</i> Опыт социального обслуживания и медико-социальной работы с лицами пожилого возраста в некоторых регионах России	95
<i>Тема 15.</i> Нормативно-правовое обеспечение социальной защиты пожилых людей в РФ	101

<i>Тема 16. Социальная работа с пожилыми в г. Благовещенске</i>	105
2.3. Семинарские занятия	110
2.4. Самостоятельная работа студентов	111
2.5. Методические рекомендации по выполнению контрольных работ студентами заочной формы обучения	112
2.6. Задания для контрольных работ	113
2.7. Критерии оценки знаний студентов	114
2.8. Рекомендуемая литература по курсу	115
3. Материалы для проверки знаний (проверочные задания по курсу)	119
3.1. Входящий контроль	119
3.2. Текущий контроль (тест)	121
3.3. Итоговый контроль (зачет)	124
4. Раздаточный материал к учебным занятиям	126