**СОДЕРЖАНИЕ:**

ВВЕДЕНИЕ 3

1.Теоретико-методологические основы изучения социальной защиты пожилых людей 9

1.1.Исторические аспекты развития социальной защиты пожилых людей в России 9

1.2.Современные научные подходы к изучению социальной защиты пожилых людей 13

1.3.Основные принципы и механизмы социальной защиты и обслуживания пожилого населения 19

2.Управление процессами социальной защиты и обслуживания пожилых людей (на примере г.Волгограда) 26

2.1.Система управления социальной защитой и обслуживанием пожилых людей 26

2.2.Основные причины и социальные последствия обращения пожилых людей в геронтологический центр (опыт реабилитации в Волгоградском областном геронтологическом центре) 31

2.3.Пути совершенствования социальной защиты пожилого населения 39

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 44

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ 46

ВВЕДЕНИЕ

Конституцией Российской Федерации, каждому гражданину гарантируется «социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом».[[1]](#footnote-1) Это означает, что государство берет на себя обязательства способствовать сохранению и продлению полноценной жизни пожилого человека, признает свой долг перед ним. Для осуществления полномасштабных функций социальной помощи, поддержки и социального обеспечения в Российской Федерации действует система социальной защиты, на функционирование которой отпускаются бюджетные средства. Все трудоспособное население, все общество в целом, поддерживает пожилых и старых сограждан. Конкретное выражение социальная защита пожилых находит в системе льгот на жилье, лекарства, проезд, предметы первой необходимости для пожилых, ветеранов и инвалидов, предоставлении государственной пенсии по старости и т.п.

В последнее десятилетие активно стали обновляться стационарные учреждения для пожилых людей: дома-интернаты и геронтологические центры. Появилась система стационаров для дневного пребывания пенсионеров. Строятся жилые многоэтажные дома, в которые вселяются только пожилые и старые люди. Более активными стали клубы социальной взаимопомощи пожилых. Боязнь одиночества, утрата многих производственных и дружеских контактов приводят к тому, что многие пенсионеры принимают участие в организациях, основанных на возрастной общности с целью регулирования как внутри, так и вовне этой социально-демографической группы.

Государственная социальная политика диктует адресность социальной помощи, стремится к превращению пожилого человека в субъекта социальной защиты[[2]](#footnote-2).

Активность может проявляться в любой сфере жизни пожилого человека. Организовать эту активность помогают специализированные учреждения и центры для пожилых людей. Знаменательным является распространение интереса пожилых людей к неутомительным подвижным играм, краеведению, туризму. Особенно плодотворна любительская активность в области огородничества, садоводства, живописи, музыки и т.д. Много интересного приносит пожилым людям участие в работе, организовываемой учреждениями культуры. Пение в хоре, участие в работе народных театральных коллективов сближает пенсионеров, создает условия для совместного отдыха, общения, дружбы. Очень большое значение в жизни стариков имеют библиотеки и библиотечные работники.

Однако, вследствие необратимых процессов старения в человеческом организме, физиологических, психологических изменений слабеют жизненные силы, способность самообслуживания, появляется беспомощность. Благодаря повышению внимания к проблемам людей пожилого возраста, быстрыми темпами развивается геронтология – наука о старении, старости и старых и пожилых людях. «Возрастает значение геронтологии вообще и, в первую очередь, социальной геронтологии – науки, изучающей изменение социального поведения пожилого человека, его социальных отношений в обществе».[[3]](#footnote-3) В русле геронтомедицины, геронтопсихологии, социальной геронтологии накапливаются теоретические и эмпирические знания для эффективной комплексной социальной реабилитации пожилых людей, которая должна приводить к повышению их социальной активности, продлению жизни при сохранении ее качества, профилактике старения, в том числе и преждевременного, сохранению трудовой, образовательной и творческой активности.

Международный (Венский) план действий по проблемам старения, принятый на Всемирной ассамблее по проблемам старения в Вене и одобренный Генеральной Ассамблеей ООН в 1982 году (резолюция 37/51), прогнозирует появление к 2010 году 13,7% пожилых и старых людей в демографическом составе населения Земли[[4]](#footnote-4).

Это означает, что очень много людей трудоспособного возраста будет занято в сфере социальной защиты пожилых людей. Поэтому необходимо обучать и подготавливать большое количество специалистов в социальной сфере: социальных работников, социальных менеджеров. Кроме того, большинство специалистов, занятых в социальной сфере должны осознать, что они работают с пожилыми людьми, поэтому волей-неволей направляют социальные процессы, и лучше делать это осознанно и грамотно.

Пожилые же люди, в свою очередь, сохраняя трудовую и образовательную активность, смогут обеспечивать себе достойный уровень физической и культурной жизни. Необходимо покончить с социальным штампом «пожилой – значит беспомощный». Пожилые люди могут вносить огромный вклад в развитие общества, благодаря тому, чего нет у других поколений – мудрости. Именно мудрость, свойственная пожившему достаточно долго на этой земле человеку, может явиться мощнейшим фактором и стимулом развития общественных отношений. А в обществе пожилых эта индивидуальная мудрость, возведенная в коллективную, возрастает многократно, придав социальному развитию общества новые качественные характеристики. Ведь мудрость – это и экономика, и политика, и нравственность.

На современном этапе развития государственной социальной помощи центральным моментом становится не сохранение физической жизни пожилого человека (в этом вопросе государство проводит однозначную социальную политику), а поддержание его социальной, трудовой, образовательной и творческой активности. Таким образом, социальная защита превращается в систему социально-реабилитационных мер, которые должны направляться профессиональными менеджеральными методами.

Изучение особенностей социальной работы с пожилыми людьми и разработка эффективных методов повышения социальной активности является актуальной научно-практической задачей, чему посвящена данная выпускная квалификационная работа.

Объектом настоящей работы выступает институт социальной защиты пожилых людей в Российской Федерации.

Предметом является управление процессами социальной защиты пожилых и старых людей в Российской Федерации.

Обозначая предмет работы, мы ставили перед собой проблему, основной вопрос: каким образом связаны менеджмент, профессиональное управление процессами социальной защиты и личностный расцвет пожилого человека?

В результате, гипотеза исследования формулируется следующим образом: эффективное управление в области социальной защиты является фактором повышения социальной активности пожилых и старых людей.

Целью выпускной квалификационной работы является разработка способов повышения эффективности социальной защиты пожилых людей, путем изучения особенностей и опыта управления системой их социальной защиты.

Достижение цели настоящей работы возможно при решении следующих задач:

* Изучить теоретико–методологические основы исследования проблем социальной защиты пожилых и старых людей;
* Проанализировать законодательную базу, регулирующую процессы социальной помощи, обеспечения, поддержки и защиты пожилых людей;
* Проанализировать и обобщить эмпирический опыт конкретных форм, методов, технологий управления социальной защиты пожилых людей;
* Разработать новые пути и способы повышения эффективности социальной реабилитации и повышения социальной активности пожилых людей, используя управленческие резервы системы социальной защиты.

Теоретическими основами настоящей работы выступают труды видных социологов Э. Дюркгейма[[5]](#footnote-5), Ж.Т. Тощенко[[6]](#footnote-6), М.В. Удальцовой[[7]](#footnote-7). В работе использованы научные достижения, изложенные в работах психологов К. Леонгарда[[8]](#footnote-8), Г.Г. Аракелова[[9]](#footnote-9). Социальная медицина и социальная геронтология неразрывно связаны в изученных нами работах Е.И. Холостовой[[10]](#footnote-10), Р.С. Яцемирской, И.Г. Беленькой[[11]](#footnote-11), В.М. Васильчикова[[12]](#footnote-12). Историческая справка по теории и истории социальной защиты строилась с использованием трудов М.А. Кузнецовой, Е.С. Новак[[13]](#footnote-13), В.Г. Красновой[[14]](#footnote-14).

Эмпирической основой настоящей дипломной работы являются результаты социологического мониторинга, проведенного автором данной работы в Волгоградском областном геронтологическом центре в 2006 году.

Структура дипломной работы включает Введение, Главу 1, посвященную теории, методологии, истории и законодательным основам социальной защиты в Российской Федерации в настоящее время. Центральное место уделено целям, функциям и технологиям социальной защиты и их связи с государственной социальной политикой. В Главе 2 исследуются проблемы эффективности управления социальными процессами, поднимаются проблемы менеджмента в социальной защите, связанные с возрастными особенностями пожилых клиентов стационарных учреждений и профессиональными проблемами работников системы социальной защиты пожилых.

На примере Волгоградского областного геронтологического центра рассматривается социальная защита пожилых людей как комплексной реабилитация. Анализируются результаты нашего медико-социального исследования, выполненного на базе геронтологического центра.

Структура выпускной квалификационной работы включает заключение, список использованной литературы и два приложения, иллюстрирующих результаты медико-социального исследования и коррекционной медико-социальной работы.

## 1.Теоретико-методологические основы изучения социальной защиты пожилых людей

## 1.1.Исторические аспекты развития социальной защиты пожилых людей в России

Общественная норма заботы о пожилых людях известна еще со времен Древней Руси. Общинно-родовые формы помощи и поддержки связаны с язычеством и неотделимым от него родовым пространством, главным выражением которого была круговая порука. Именно в древнюю языческую эпоху заложились основы традиции заботы о слабы и немощных, старых и малых. В частности сформировался и развился институт старцев. Е.Г. Лозовская, Е.С. Новак и В.Г. Краснова пишут: «Формы поддержки стариков различны. Общиной выделялся для стариков особый участок земли – «косячок» – для заготовки сена. Или дряхлого старика определяли на постой то к одному, то к другому челну общины. Пожилые люди селились недалеко от общины, на погостах, строили себе кельи и жили за счет подаяния»[[15]](#footnote-15). Термин «сирота» тогда относился как к малолетним детям, оставшимся без родителей, так и к старикам. В общинном сознании те и другие сближались по признаку статуса и дохода. Интересно то, что «отношения помощи в рамках общины существуют как общественная обязанность. Это не милостыня слабому и полагается по неписанному праву».[[16]](#footnote-16)

В средние века с утверждением христианства социальная помощь стала многосубъектной. По-прежнему большую роль играла помощь общины, много делали частные благотворители, налаживало социальную защиту и помощь государство, но «главным элементом системы социальной помощи, доминирующим субъектом, определяющим ее характер в данный конкретно-исторический период, становится церковь».[[17]](#footnote-17) Главным механизмом социальной помощи становится милостыня, отвечающая потребностям как дающего, так и принимающего. Поэтому отношения милостыни, выгодные для обеих сторон постоянно воспроизводятся. Их можно назвать институтом милостыни. «Христианство использует институт милостыни как механизм взаимопомощи и перераспределения общественного богатства, новую форму добровольно-принудительного формирования ресурсов социальной помощи»[[18]](#footnote-18).

В 18 веке, Петр 1 проводил политику подчинения церкви государству и, по его указам стало активно развиваться государственное призрение, в том числе и за старыми, немощными людьми. Например, по его приказу уже негодные к военной службе старики определялись в богадельни. При Анне Иоановне пожилые вдовы могли доживать свой век в монастырях. Случались и курьезы. Например, «Анна Леопольдовна указом «О пропуске нищих в Санкт-Петербург», оставила в городе только пожилых и старых нищих, которые сами не могли дойти до монастырей».[[19]](#footnote-19)

В начале 20 века престиж старости, выстроенный с помощью русской монархии, стал рушиться. «Положение стариков значительно ухудшилось во всей Европе, и стало противоречить принципам развития современной цивилизации»[[20]](#footnote-20). В 1917 году Советской Власти было особенно не до стариков. В 1918 году создается наркомат социального обеспечения. Начинает оформляться классовый подход в предоставлении всех видов социальной помощи, в том числе и пенсий по старости. Стабилизация пенсионных выплат началась только к началу 30-х годов. В 1956 году Верховный Совет РСФСР принимает закон о государственных пенсиях. Было положено начало всеобщему государственному пенсионному обеспечению.

В годы «застоя» основными принципами социального обеспечения являлись: всеобщность социального обеспечения и социальной защиты, многообразие видов обслуживания, обеспечение за счет государственных и общественных средств. Сейчас старые люди вспоминают стабильность того времени как «социалистический рай». Некоторая иллюзия равноправия не покидает сознания пожилых людей. Не столько финансовая сторона жизни пожилого человека того времени имеет значение, сколько уверенность в поддержке государства, подкрепленная моральными нормами отношения к старости.

В начале 90-х годов социальная защита, социальное обеспечение и социальная поддержка старых и пожилых людей оформляется правовым образом во множестве законов.

Правовая система Российской Федерации состоит из законодательных, нормативных и иных актов, охраняющих права и интересы граждан страны, в том числе и граждан пожилого возраста.

Социальную защиту пожилых людей в России регулируют правовые документы, которые можно условно разделить на три группы норм:

1. Нормы, закрепляющие права всех граждан независимо от возраста, в том числе особо значимые для пожилых людей. «К ним относятся нормы, прописанные во многих законодательных актах (Конституция Российской Федерации, Гражданский кодекс Российской Федерации, Семейный кодекс Российской Федерации, Трудовой кодекс Российской Федерации, Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, федеральные законы «Об основах федеральной жилищной политики», «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», «О государственной социальной помощи», «О погребении и похоронном деле», «О вынужденных переселенцах», «О беженцах», «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях», «Об общественных объединениях» и др.)»[[21]](#footnote-21).
2. Нормы, непосредственно касающиеся прав пожилых людей и соответствующих этим правам обязанностей государства, негосударственных структур и семьи. К этой группе относятся, прежде всего, «пенсионное законодательство[[22]](#footnote-22)[[23]](#footnote-23) и Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»[[24]](#footnote-24).
3. Нормы, регулирующие положение особых категорий пожилых людей (ветераны, Герои Советского Союза, Герои Социалистического Труда, репрессированные и впоследствии реабилитированные граждане и др.). Наиболее значимыми в данной группе являются федеральные законы «О ветеранах»[[25]](#footnote-25) и «О реабилитации жертв политических репрессий».

И федеральные, и местные правовые акты разрабатываются с учётом основных международных документов (Всеобщая декларация прав человека, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 года; Принципы ООН в отношении пожилых людей «Сделать полнокровной жизнь лиц преклонного возраста», принятые Генеральной Ассамблеей ООН в 1991 году; Декларация по проблемам старения, принятая Генеральной Ассамблеей ООН в 1992 году; Европейская социальная хартия, подписанная государствами – членами Совета Европы в 1961 году, и пересмотренная Европейская социальная хартия, открытая к подписанию в 1996 году; Хартия пожилых людей, принятая Межпарламентской Ассамблеей государств – участников СНГ 15 июня 1998 года). А также приобретённого рядом стран (Великобритания, Германия, Швеция и др.) опыта в решении проблем старшего поколения.

Социальная защита старых людей в Российской Федерации реализуется на государственном (федеральном) уровне и региональном (местном) уровне. «В последние годы появились различные негосударственные общественные структуры; осуществляет координацию и согласованность действий государственных и общественных организаций Координационный комитет, созданный на основе Указа Президента РФ от 5 августа 1991 года, затем был организован департамент по делам пожилых в министерстве социальной защиты»[[26]](#footnote-26). С принятием Конвенции развития социального обслуживания населения в РФ 4 августа произошел переход к системе социальной защиты, принятой в европейских странах. Устранению причин снижения уровня благосостояния граждан и оказанию индивидуальной помощи должны были содействовать мероприятия социального обслуживания через систему различных служб. Основные формы их деятельности: материальная помощь, помощь на дому, обслуживание в условиях стационара, предоставление временного приюта, консультативная помощь, социальный патронаж, социальная реабилитация и адаптация, социальная помощь.

В 1994 году в составе Минсоцзащиты решением Правительства был открыт Департамент социальной защиты. Реабилитацию в учреждениях социальной защиты, в частности в геронтологических центрах, о которых идет речь в настоящей работе, организует Министерство Труда и социального развития Российской Федерации[[27]](#footnote-27).

## 1.2. Современные научные подходы к изучению социальной защиты пожилых людей

В научной литературе, касающейся проблем пожилого населения, можно выделить три основные позиции, которые определяют направления исследований и методы социальной политики:

1. Пожилые – это обездоленные люди, нуждающиеся в социальном обеспечении[[28]](#footnote-28);
2. Пожилые люди – это значительный человеческий потенциал, который может и должен быть вовлечен в социально активную жизнь[[29]](#footnote-29);
3. Эта позиция является социально неодобряемой, поэтому редко открыто выражается. Проявляется она только при обсуждении социальной политики: пожилые люди – это социальный балласт общества, тормозящий реформы.

Интересное исследование, выявляющее образ пожилого человека в представлении современных россиян и степень одобрения ими направлений социальной политики, проведено А.В.Писаревым. «Представлены две группы характеристик, одна из которых соответствует «опекаемому», вторая «социально активному» образу пожилых. В целом можно констатировать, что черты «опекаемого» образа преобладают в представлениях опрошенных. Это относится к оценке состояния здоровья, степени профессиональной адаптации, …удовлетворенности жизнью в целом. В основе социально активного образа пожилых лежит оценка уровня образования этой группы. Значительная доля опрошенных воспринимает пожилое население как неоднородную когорту, судить о которой в целом практически невозможно».[[30]](#footnote-30)

Первому подходу «Пожилые люди – это обездоленные люди» соответствуют социальные теории старения:

1) Теория наименования и маргинальности. Она представляет старость как состояние девиантности. «Молодые члены общества считают представителей старшего поколения бесполезными, маргинальными, утратившими прежние способности, уверенность в себе и чувство социальной и психологической независимости. Основной характерной чертой старости является пассивность. Поэтому трудоспособная и активная часть общества должна разрабатывать социальные программы для улучшения жизни пассивных старых людей».[[31]](#footnote-31)

2) теория возрастной стратификации. Сторонники этой теории рассматривают общество как совокупность возрастных групп, которые имеют обусловленные возрастом различия в способностях, ролевых функциях, правах и привилегиях. «Социально-геронтологический анализ определяет место пожилых и старых людей в системе социальной стратификации. Большинство старых людей не участвуют в системе власти и влияния, и, таким образом, не обладают контролем ни над самими собой, ни над другими. Они утрачивают такую характеристику стратификации как престиж, ибо последний обычно ассоциируется с основной сферой занятий, а старость неизбежно связана с увольнением».[[32]](#footnote-32)

Второму подходу, представляющему пожилого человека как «значительный человеческий потенциал» соответствуют следующие теории:

1)Теория активности. Сторонники этой теории считают, что при нормальном старении должны поддерживаться социальные контакты и активность. При наступлении старости личность должна сохранять те же желания и потребности, что и в среднем возрасте. «Старение понимается, как продолжающаяся борьба за сохранение среднего возраста, как новый стиль жизни, побуждающий к постоянной активности, к чувству ответственности за собственную личность и состояние психики».[[33]](#footnote-33)

2) Теория развития и непрерывности жизненного пути. Эта теория предполагает знание жизненного пути пожилого человека, предшествовавшего старости с целью подготовки к обретению и выполнению новых социальных ролей и функций. «Нормальное , «успешное» старение возможно лишь при разносторонней адаптации к новым условиям и сохранении прежнего положения сразу в нескольких областях деятельности».[[34]](#footnote-34)

Третьему подходу «Пожилой человек – это социальный балласт» соответствует теория освобождения, которая утверждает, что старение – это разрушение социальных связей и подготовку к смерти. «Процесс «социального ухода» характеризуется утратой социальных ролей, ограничением социальных контактов, ослаблением приверженности к социальным ценностям, уходом в себя…Эта теория является безнравственной и дает моральные основания для исключения пожилых людей из активной деятельности».[[35]](#footnote-35)

Кроме того, известны теории субкультуры, представляющие старость особой субкультурой. Теория символического интеракционизма Дж. Мида гласит, что «человеческое «Я» изначально социально и формируется в ходе социального взаимодействия»[[36]](#footnote-36). Это означает, что пожилой человек приспосабливается к молодежи, к изменениям общества, к самому состоянию старости. А общество должно приспособиться к старику, как к «собственной старости». И еще неизвестно, кому труднее. Пожилые люди приспосабливаются веками, а общество впервые серьезно столкнулось с этой проблемой. И оказалось к этому не готово.

Наибольшего интереса, по мнению Е.И. Холостовой, заслуживает концепция селективной оптимизации жизнедеятельности пожилых людей с компенсацией социальных амортизаторов.[[37]](#footnote-37) Согласно этой концепции стратегия социальной политики при организации социальной работы с пожилыми людьми складывается из трех элементов: селекции, оптимизации и компенсации. Селекция подразумевает поиск основных составляющих жизнедеятельности пожилого человека, которые были утрачены с возрастом. Оптимизация заключается в том, что пожилой человек при содействии специалиста по социальной работе находит для себя новые резервные возможности, оптимизируя всю свою жизнь. Компенсация заключается в создании дополнительных источников, компенсирующих возрастную ограниченность в адаптивном процессе, в использовании новых современных мнемонических техник и технологий, улучшающих память, компенсирующих потерю слуха и т.д.

Разворачивание практики согласно этой теории может привести к реализации новой модели старости. Подробно эта модель описана в работе Е.И. Холостовой, В.В. Егорова и А.В. Рубцова «Социальная геронтология»[[38]](#footnote-38). Концептуальные взгляды мирового сообщества на новую модель старости, место и роль пожилых людей в обществе выражены в принципах ООН в отношении пожилых людей, которые были приняты Генеральной Ассамблеей ООН в 1991 году (резолюция 46/91) и дополнены в более поздние периоды.

Согласно этой модели, сокращение трудоспособного населения не повлечет до 2020 года «пика коэффициента зависимости». У современного общества достаточно времени, чтобы адаптироваться к переменам в демографической ситуации и найти адекватные проблеме решения. Перемены в возрастной структуре общества – это не самая главная проблема. Гораздо более серьезными являются проблемы экономические, политические, экологические и т.п.

Новая модель старости учитывает неуклонный технический и технологический прогресс. Нельзя просто переносить в будущее нынешний характер труда и трудовых отношений. К моменту значительного постарения общества изменятся технологии и техника труда, изменится сам труд. Пожилым людям будет легче работать.

Необоснованными выглядит и аргумент противников новой модели старости о будущей деградации общества, особенно в социально-экономической сфере. По большому счету, именно молодежь более зависима в политическом, экономическом и социальном отношениях, чем пожилые люди, имеющие устойчивые взгляды на жизнь и реалистичные финансовые запросы.

Новая модель старости отвергает бездоказательную связь экономической активности с энергичностью молодых людей, равно как и связь способности принимать эффективные решения с молодым возрастом.

Новейшие исследования социальных геронтологов показывают, что если умело подойти к проблеме переквалификации пожилых трудящихся, то пожилые не уступят по многим показателям молодым.

Все стереотипы в отношении труда пожилых людей складывались на протяжении многих веков в условиях развития производства. Они нашли свое отражение в современном менеджменте. Работодатели, особенно предприниматели, часто стремятся заменить пожилого работника не потому что он стал хуже работать, а потому что он знает себе цену, претендует на справедливую и своевременную оплату труда, имеет привычку обдумывать приказы и распоряжения начальства.

Нельзя также автоматически переносить опыт экономических неурядиц, безработицы прошедших лет в будущее. Проблема раннего выхода на пенсию или обязательного возрастного ценза, который существует в некоторых странах, будет решена положительно для желающих и могущих трудиться пожилых людей, поскольку сузятся возможности манипулирования на рынке труда.

Медицинские исследования последних лет показывают, что проблема нездоровья пожилых людей сильно преувеличена. Напротив, пожилые люди становятся более здоровыми по сравнению с предыдущими поколениями пожилых людей.

Все вышеизложенное отражает новый взгляд на старость, и свидетельствует о том, что, несмотря на возрастающую пропорцию пожилого населения, общество не будет тяготиться этим бременем.

## 1.3. Основные принципы и механизмы социальной защиты и обслуживания пожилого населения

Основные принципы построения новой модели старения собраны в пять групп[[39]](#footnote-39):

* принципы группы «независимость» подразумевают, что пожилые люди должны иметь доступ к основным благам и обслуживанию, возможность работать или заниматься другими видами приносящей доход деятельности, сохранять возможность профессиональной подготовки и т.п.
* принципы группы «участие» отражают вопросы вовлеченности пожилых людей 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 и общины, доступа к медицинскому обслуживанию в целях поддержания или восстановления оптимального уровня физического, психического и эмоционального благосостояния и предупреждения заболеваний. В эту группу входит и возможность пользоваться полным уважением, правами человека, принимать решения в отношении ухода и качества жизни;
* принципы группы «реализация внутреннего потенциала» призывают к тому, чтобы пожилые люди имели возможности для всесторонней реализации своего потенциала;
* принципы группы «достоинство» затрагивают вопросы недопущения эксплуатации, физического или психологического насилия и т.п.

Утверждение этих принципов имеют не только социальные, но и многообразные экономические, медицинские и психологические последствия.

К экономическим последствиям можно отнести предварительное всестороннее изучение и общий курс на использование трудового потенциала пожилых людей. «Использование потенциала пожилых людей является определенной базой для дальнейшего развития, поскольку у общества в результате появляются дополнительные ресурсы, а у пожилых людей – возможность самореализации. Важно, чтобы при разработке управленческих решений за их основу была взята гипотеза, учитывающая мотивацию пожилых людей, связанную с желанием работать и созданием условий для возможного применения их потенциала».[[40]](#footnote-40)

К медицинским последствиям можно отнести общий курс на профилактику старения медицинскими средствами и медико-социальную реабилитацию. Имеет значение не столько лечение старческих заболеваний, сколько комплекс мероприятий, направленных на сохранение психической и физической активности и долголетия. При этом пожилой человек сам отвечает за пути своего старения. «Каждый человек сам выбирает и вырабатывает свой собственный способ старения».[[41]](#footnote-41)

К психологическим последствиям отнесем детальное исследование и учет в социальном взаимодействии индивидуально-психологических и социально-психологических особенностей пожилых людей. Очевидно, что дементные процессы изменяют психику пожилого человека и необходимо всеми средствами их тормозить. Например, «в интеллектуальной сфере – появление трудностей с приобретением новых представлений и приспособлении к непредвиденным обстоятельствам. В эмоциональной сфере – постепенное ослабление контролирующей и тормозной функции коры головного мозга, что влечет за собой проявление некоторых черт характера и темперамента, которые в молодые годы в какой-то мере держались «в узде» и маскировались, а к старости стали более заметными».[[42]](#footnote-42)Очевидно, что необходимо бороться с одиночеством пожилого человека и суицидальными наклонностями, как с психологическими проблемами. К социально-психологическим последствиям необходимо отнести тенденцию к гуманизации отношения общества к старым людям через установление новых норм социальных взаимоотношений с ними. Например, серьезной проблемой все еще остается проблема геронтологического насилия. «Важной первопричиной того, что значительная часть пожилых, престарелых оказывается в положении изгоев, не нужных ни семье, ни обществу, и до которых нет дела государству, партиям, церкви, различного рода попечителям и благотворителям, другим атрибутам так называемого гражданского общества, является широко распространенная дегуманизация общества, в той или иной степени захватившая все социальные слои; падение нравственности, аморальность. Выражаясь фигурально, ослаб ген человечности».[[43]](#footnote-43)

Механизмы социальной помощи на современном этапе характеризуются адресностью (социальная помощь предоставляется конкретно нуждающимся гражданам) и гарантированностью (обязательностью оказания помощи пожилым людям). Самой распространенной формой является «бригадная форма помощи – это комплексное обслуживание с предоставлением социальных и медицинских услуг».[[44]](#footnote-44)

Социально-бытовая помощь и морально-психологическая поддержка оказывается в рамках социального обслуживания. Социальное обслуживание регулируется Законом «О социальном обслуживании граждан, пожилого населения и инвалидов»[[45]](#footnote-45). Социальное обслуживание пожилых людей производится

* в нестационарных формах (на дому);
* в полустационарных формах (отделения дневного и ночного пребывания, реабилитационные центры, медико-социальные отделения);
* в стационарных формах (пансионаты, дома-интернаты, геронтологические центры, специальные жилые дома для пожилых людей).

В социальной практике хорошо зарекомендовали себя Комплексные Центры социального обслуживания населения, дома-интернаты и геронтологические центры. Современная тенденция выражается в том, что «параллельно и одновременно с надомной службой открываются стационары малой вместимости для одиноких пожилых людей и инвалидов – Дома пожилого человека».[[46]](#footnote-46) Например, в настоящий момент в Нижегородской области насчитывается «60 специализированных заведений для престарелых: 9 психоневрологических интернатов, 50 домов-интернатов общего типа и один дом для ветеранов войны и труда».[[47]](#footnote-47)Специальные жилые дома с усиленным социальным и медицинским обслуживанием также являются выражением продуктивной современной тенденции в социальном обслуживании. «Они состоят из одно-двухкомнатных квартир и включают в себя комплекс служб социально-бытового назначения, медицинский кабинет, библиотеку, столовую, прачечную или химчистку, помещения для проведения культурного досуга и для трудовой деятельности».[[48]](#footnote-48)

Очень интересным и современным быстро развивающимся направлением работы с пожилым населением является создание сети общественных клубов пожилых людей. «Как показывает многолетняя практика, много интересного и полезного приносит пожилым людям участие в клубах общения, кружках по интересам. Для многих пожилых людей, желающих плодотворно проводить свое свободное время, это своеобразное «окно в мир».[[49]](#footnote-49)Задачей клубов является удовлетворение различных духовных потребностей людей пожилого возраста.

Геронтологические центры осуществляют социальное обслуживание пожилого населения, в основном, в стационарной форме. «Геронтологические центры – это новые типы учреждений социального обслуживания для граждан пожилого возраста, предоставляющие гериатрическую помощь, появление которых обусловлено ростом численности граждан престарелого возраста и долгожителей, нуждающихся в усиленном медицинском уходе».[[50]](#footnote-50) Геронтологический центр системы социальной защиты населения Волгоградской области создан «с целью продления активного долголетия и сохранения удовлетворительного жизненного потенциала»[[51]](#footnote-51) пожилых людей. В Геронтологическом центре создаются отделения: функциональной диагностики, медико-социальной реабилитации, отделение постоянного проживания, отделение временного проживания, отделение милосердия, организационно-методическое отделение. Основной стратегией любого геронтологического центра, и Волгоградского. В том числе, является сохранение жизненных сил и долголетия через комплексную реабилитацию. «Под гериатрической реабилитацией понимается часть реабилитологии, которая направлена на сохранение, поддержание, восстановление функционирования пожилых и старых людей и стремится к достижению их независимости, улучшению качества жизни и эмоциональному благополучию».[[52]](#footnote-52) Гериатрическая реабилитация неотделима от социальной и психологической. Иногда выделяют отдельно компонент социальной реабилитации, понимая под этим активное включение пожилого человека в социальную жизнь, иногда говорят о медико-социальной реабилитации, подчеркивая тем самым единство медицинского и социального подходов, часто используют термины «психологическая реабилитация» и «медико-психологическая реабилитация», подчеркивая психологическую составляющую восстановительного процесса. Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует рассматривать пять основных аспектов оценки функционального состояния пожилых: повседневная деятельность, психическое и физическое здоровье, социальный и экономический статус. Именно функциональное состояние, а не множество медицинских диагнозов определяют независимость и достойную жизнь пожилого человека.

Еще в 1973 году резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 3137 от 14 декабря обращала внимание государств на необходимость разработки программ реабилитации престарелых. С 1973 года усиленно исследуются возможности для медико-социальной реабилитации, так как для нее имеются реальные предпосылки. «Говоря о предпосылках к реабилитации, отмечается высокая степень одиночества, тоски и изоляции у престарелых. В то же время они способны не только работать, но и учиться и приспосабливаться к новым условиям».[[53]](#footnote-53)

Реабилитационная концепция является основной для геронтологических центров. «Организационные принципы ее включают:

* человек – это психосоматосоциальное единство;
* реабилитация есть методический комплекс, ориентированный на проблемы человека;
* «целостное» действие на организм;
* Использование апробированных методов из естественннаучных и гуманитарных областей знания;
* Бригадный метод работы в социально-медицинской реабилитации с активным участием самого пожилого человека».[[54]](#footnote-54)

Кратко обобщая все вышеизложенное, мы можем сделать выводы по Главе 1:

* В историческом аспекте развитие социальной защиты и социальной помощи прошло этапы общинно-родовых форм, церковных форм, государственных форм, развитых государственных систем;
* На современном этапе существует три типа научно обоснованных подхода к проблемам пожилых людей:

1)Пожилые – это обездоленные люди, нуждающиеся в социальном обеспечении;

2)Пожилые люди – это значительный человеческий потенциал, который может и должен быть вовлечен в социально активную жизнь;

3)Пожилые люди – это социальный балласт общества, тормозящий реформы.

* Ключевой момент новой модели старости – это продление жизни и поддержание социальной и экономической активности пожилых людей;
* Взаимоотношения пожилого человека с социумом разворачивается, в основном, в плоскостях социальной защиты, социальной помощи, социальное обслуживания. Они являются основными механизмами реализации государственной социальной политики в отношении пожилых людей;
* В работе с пожилыми людьми используется комплексный метод - медико-социальная реабилитация.

**2.Управление процессами социальной защиты и обслуживания пожилых людей (на примере г.Волгограда)**

## 2.1.Система управления социальной защитой и обслуживанием пожилых людей

Социальная политика в отношении пожилых людей базируется на трех направлениях: социальной защите, социальной помощи и социальном обслуживании. Социальная защита – это комплекс экономических, социальных и правовых гарантий для граждан пожилого и старческого возраста. Например, социальная защита инвалидов, среди которых большинство граждан пожилого и старческого возраста определяется, как «система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества».[[55]](#footnote-55) «Социальная помощь – это обеспечение в денежной или натуральной форме, в виде услуг или льгот, предоставляемых с учетом законодательно установленных государством социальных гарантий по социальному обеспечению».[[56]](#footnote-56) Социальное обслуживание – это совокупность социальных услуг, которые предоставляются гражданам пожилого и старческого возраста в домашних условиях или специализированных государственных или муниципальных учреждениях. «Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов представляет собой деятельность по удовлетворению потребностей указанных граждан в социальных услугах»[[57]](#footnote-57).

Социальная защита реализуется через профилактику и реабилитацию, имеющие своей целью сохранить благосостояние старого человека, уменьшив факторы риска; через поддержку, представляющую собой помощь, необходимую старым людям для сохранения максимально возможного уровня самостоятельности; и через представительство, т.е. защиту интересов старых людей, признанных недееспособными, от их имени для оказания необходимой помощи. Социальная защита стратегического уровня – это направления государственной социальной политики в отношении пожилых людей. Особенностью ее на современном этапе является перенос центра тяжести непосредственно на места (адресность, «участковый принцип»[[58]](#footnote-58)). Это могут быть как учреждения социальной защиты и социального обслуживания, так и семья пожилого человека. Принято положение о территориальной социальной службе, которая предназначается для оказания безотлагательных мер, направленных на временное поддержание жизнедеятельности пожилых и старых граждан, остро нуждающихся в социальной защите.

Социальная защита и социальное обслуживание реализуется на государственном, муниципальном уровнях и в секторе негосударственного социального обслуживания.

Государственный сектор состоит из органов управления социальной защитой и социальным обслуживанием РФ, органов субъектов РФ, а также учреждений социальной защиты и социального обслуживания, находящихся в федеральной собственности и собственности субъектов РФ. К ним можно отнести Министерство Труда и социального развития РФ, Министерства субъектов Федерации, Областные управления социальной защиты населения и т.п. Волгоградский Областной геронтологический центр имеет федеральное подчинение и относится к государственному сектору социальной защиты и социального обслуживания.

Муниципальный сектор социальной защиты и социального обслуживания включает органы управления социальной защитой и социальным обслуживанием и учреждения муниципального подчинения, предоставляющие социальные услуги. Например, муниципальные центры социального обслуживания, дома-интернаты для граждан пожилого возраста и инвалидов муниципального подчинения и т.п.

Негосударственный сектор социального обслуживания объединяет учреждения по форме собственности не относящиеся ни к государственным, ни к муниципальным, «а также лиц, осуществляющих частную деятельность в сфере социального обслуживания».[[59]](#footnote-59) К данному сектору относятся, например, общественные ассоциации, профессиональные объединения, благотворительные и религиозные организации.

Качественное обслуживание пожилых людей невозможно без эффективной системы социального управления, построенного по велению времени. «Время настоятельно поставило вопрос о преодолении технократизма в управлении. Это в равной степени относится и к управлению экономикой, и к управлению социальной, политической, духовными сферами. Сама жизнь потребовала «очеловечивания» управления».[[60]](#footnote-60) Мировая практика отдает предпочтение в работе с пожилыми людьми системе социального менеджмента. В России социальный менеджмент только начинает разворачиваться. Для успешного осуществления управления необходимы специальные кадры – менеджеры в социальной сфере. Необходимость социального менеджмента связана с эффективностью реализации функций управления, которые заключаются «в целенаправленном воздействии на связи и отношения людей в процессе жизнедеятельности общества и управления ими».[[61]](#footnote-61) Функции социального менеджмента много исследовались разными учеными и практиками, начиная от Тейлора и М. Вебера, заканчивая современными исследователями этой бурно развивающейся в России области управления.

Фролов С.С. приводит следующую информацию о функциях управленческого органа в системе А. Файоля:[[62]](#footnote-62)

1. Планирование, предполагающее формирование целей, создание образцов и эталонов;
2. Организовывание, предполагающее создание самой управленческой структуры организации, обеспечивающей реализацию властных отношений;
3. Распоряжение, предполагающее предъявление руководителями требований к подчиненным, распределение ответственности;
4. Контроль, как конечный итог управленческой деятельности.

Со времен А. Файоля исследователи дополняли этот список. Например, по мнению М.В. Удальцовой, в настоящее время очень большое внимание отводится стимулированию и мотивированию социальных работников и опекаемых в социальном учреждении[[63]](#footnote-63). Существенное место занимает непрерывное или периодическое обучение. Никакое управление немыслимо сейчас без процесса координирования, регулирования в социальной сфере. На низших уровнях руководства функция координации наряду с мотивированием, является основной. Кроме официальных структур, в любой организации существует система взаимоотношений, которая характеризуется неформальной организационной структурой, состоящей из целой сети взаимосвязей, возникающих между работниками в неформальных группах, на межличностном уровне. «Это объект особого внимания социальных менеджеров, которые являются как бы специалистами в области социального проектирования, создания оптимальных вариантов формальных и неформальных структур»[[64]](#footnote-64).

Особенностями социального менеджмента в работе с пожилыми людьми являются

* комплексность подхода к труду и досугу пожилого человека, предполагающая организацию тесного взаимодействия разных специалистов;
* учет возрастно-психологических особенностей и социального положения пожилого человека;
* реализации миссии учреждения как помощи в реабилитации, в поддержании социальной активности, продлении жизни пожилого человека;
* организация усилий каждого специалиста учреждения как элемента в целостной системе социальной помощи;
* специфическая мотивация милосердия для каждого работника социального учреждения для пожилых людей, независимо от статуса и занимаемой должности.

Учет этих особенностей позволяет стремиться к управлению по результатам. Этот современный тип управления основан на понимании того, что «Основная задача руководителя – добиваться результатов. Их достижение предполагает непрекращающееся повторение основных элементов процесса управления – планирования, осуществления планов и контроля. Основными этапами процесса управления по результатам являются процесс определения результатов, процесс управления по ситуации и процесс контроля за результатами».[[65]](#footnote-65)

Состояние социальной работы в России ставит вопрос о соответствии профессиональных социальных работников занимаемым должностям. Так, например, исследование, выполненное И.Ф. Албеговой, выявило «рассогласование сущего и должного: социальные работники в своих клиентах и в самой работе видят средство для реализации своих проблем, в то время как центром профессиональной мотивации должен быть клиент».[[66]](#footnote-66) Поэтому для менеджера становится особенно важными процессы обучения и подбора персонала для выполнения тех или иных программ или проектов. «В информационно-коммуникативной стороне социальной работы важно соблюдать один из главных принципов – позитивная направленность. В работе с клиентами и подопечными необходимо усилить акцент на том положительном, что есть в их жизненной ситуации и что может принести сотрудничество с социальной службой».[[67]](#footnote-67) Кроме позитивного взгляда на пожилого человека, необходимо развивать у персонала творческий подход к делу, творческое мышление. Это вызвано, прежде всего, новизной решаемых профессиональных задач, как составляющей социального труда. «Обучение процессам творческого мышления и решения проблем, устранения помех, развития воображения, тренировка в индивидуальном и коллективном решении проблем помогают развивать творческие способности участников обучения, или, по крайней мере научить их, как лучше использовать свои потенциальные способности».[[68]](#footnote-68)

## 2.2.Основные причины и социальные последствия обращения пожилых людей в геронтологический центр (опыт реабилитации в Волгоградском областном геронтологическом центре)

Пожилой человек имеет много проблем, которые появились вместе с возрастом. Главной проблемой пожилого человека можно назвать здоровье. Известно, что «уровень заболеваемости среди пожилых людей в 2 раза, а в старческом возрасте – в 6 раз выше, чем у молодых. Это хронические заболевания (суставные, сердечнососудистые и т.д.), понижение слуха, зрения, ортопедические проблемы. Стоимость лечения пожилых в 1,5 – 1,7 раза больше, чем молодого контингента».[[69]](#footnote-69) Часто заболевания пожилого человека столь серьезны, что он уже не может обслуживать себя самостоятельно и круглосуточно нуждается в медицинской помощи.

Важной проблемой является одиночество, характеризующееся узостью, или даже отсутствием социальных контактов. В пожилом возрасте подобная эмоциональная невовлеченность появляется по трагическим причинам: смерть супруга, длительная болезнь, прекращение профессиональной и общественной деятельности.

Материальная обеспеченность, точнее необеспеченность составляет основу для постоянной тревоги старого человека. Часто уже не под силу планирование расходов, «выкраивание» средств на самое необходимое, мысли о финансовом обеспечении собственных похорон.

«Характерной особенностью психологического состояния старости является постоянно присутствующее подсознательное предчувствие близкой кончины».[[70]](#footnote-70) В связи с этим встает несколько проблем, связанных с уходом из жизни. Люди пожилого возраста попадают в группу риска по суицидальным намерениям. «Наклонность к самоубийству приходит к своей кульминационной точке только в самом преклонном возрасте. Даже снижение числа самоубийств, отмечаемое довольно часто в возрасте 80 лет, помимо того, что очень незначительно и совсем не носит общего характера, имеет только относительное значение, так как 90-летние старики лишают себя жизни не менее часто, а иногда и чаще, чем 70-летние».[[71]](#footnote-71) Многих из них интересуют проблемы эвтаназии. Это не может не сказаться на профессиональной деятельности работников социальной сферы. В обществе складывается определенное отношение к эвтаназии. Например, в республике Казахстан, несущей существенный отпечаток русской культуры, «анонимные опросы медицинских работников свидетельствуют о том, что существует множество примеров применения эвтаназии в практической деятельности медиков при отсутствии какого-либо наказания».[[72]](#footnote-72) Причины, по которым пожилые люди стремятся уйти из жизни, в общем-то, сводимы к их возрастным, психологическим, социальным и материальным проблемам.

Волгоградский областной геронтологический центр был создан специально для работы с пожилыми людьми на базе бывшего санатория-профилактория завода «красный Октябрь» в 1999 году. На территории Центра расположены главный корпус, овощехранилище, гараж, прачечная, баня и реабилитационный центр. Центр начинал свою работу с группой проживающих из 20 человек. В настоящий момент их 100 человек. Штат Центра полностью укомплектован специалистами-медиками и специалистами по социальной работе.

Специалисты Центра работают с опекаемыми, учитывая их возрастные физические и психологические особенности пациентов, среди которых наиважнейшими являются: общее снижение физических сил, затрудненный слух и зрение, плохая адаптация к изменяющимся условиям, плохая память, часто высокая замкнутость и подозрительность, капризность и раздражительность. Кроме того с возрастом проявляются черты эмоционального застревания. «Оскорбление личных интересов, как правило, никогда не забывается застревающими личностями, поэтому их часто характеризуют как злопамятных и мстительных людей. Кроме того, их называют чувствительными, болезненно обидчивыми, легкоуязвимыми людьми».[[73]](#footnote-73)Трудности ухода за пожилыми людьми напрямую связаны с особенностями психики, вызывающими определенное поведение. «Пожилые люди в стационаре часто страдают депрессией… страдают расстройством кратковременной памяти…»[[74]](#footnote-74). Кроме того, многие проживающие пожилого возраста приобретают детские черты личности и поведения. «Люди преклонного возраста очень ревниво относятся к знакам внимания со стороны медицинского персонала»[[75]](#footnote-75). Часто пожилые люди страдают синдромом дезориентации, выражающемся в том, что пациент неверно оценивает время или место, в котором находится. Эта особенность пожилых больных также требует от медицинских и социальных работников определенной линии поведения и большой изобретательности.

Геронтологический центр, являясь учреждением постоянного (или временного) проживания, хранит в своих архивах историю жизни каждого пожилого человека, поселившегося здесь. У каждого человека есть свои причины, по которым он живет не дома, а в социальном учреждении. В 2005 году мы провели медико-социальное исследование, одной из главных целей которого было выявление и классификация причин проживания в Волгоградском областном геронтологическом центре. Важным аспектом исследования являлось выявление взаимосвязи проживания в геронтологическом центре и снижения способности к самообслуживанию.

Исследование проводилось методами тестирования (по Кацу) и индивидуального консультирования.

Тестирование предполагало:

* Выявить способность к самообслуживанию, отражающюю сохранение первостепенных индивидуальных функций повседневной активности, таких, как передвижение, одевание, гигиена и питание;
* Оценить второстепенные функции повседневной активности, к которым относятся социально-бытовые функции: доставка продуктов питания, уборка помещения, стирка белья и т.д.;
* Определить деменцию по Кацу.

Результаты представлены на графике 1.

1 степень ограничения

**36,8%**

2 степень ограничения

**20,3%**

3 степень ограничения

**16,6%**

4 степень ограничения

**11%**

График 1. Снижение способности к самообслуживанию у подопечных Волгоградского областного геронтологического центра (2005 г.)

### На графике 1 видно, что первая степень ограничения с частично сниженными второстепенными функциями повседневной деятельности характерна для 36,8 % проживающих в геронтологическом центре. Вторая степень ограничения частично сниженными первостепенными функциями повседневной деятельности наблюдается у 20,3 % проживающих. Третья степень ограничения со значительно сниженными первостепенными функциями повседневной деятельности выявлена у 16,6 % подопечных. Четвертая степень ограничения с резко выраженными способностями к самообслуживанию и полная зависимость от других лиц диагностируется у 11 % обследованных пожилых людей.

Анализ результатов показал, что у 27% проживающих снижена активность жизнедеятельности, что соответствует норме с учетом общего количества проживающих и возрастных изменений.

Обращение к графику 2 поможет лучше понять причины, по которым пожилые люди оказались в социальном учреждении.

Потеря возможности самообслуживания

**36,8%**

Отсутствие жилья

**16,6%**

одиночество

**13,8%**

Конфликты в семье

**12%**

По собственному желанию

**4,6%**

График 2. Причины проживания в Волгоградском областном геронтологическом центре

Очевидно, что причины проживания в геронтологическом центре по собственной оценке подопечных, заключаются в отсутствии жилья у16,6% пожилых проживающих; в потере возможности самообслуживания у 36,8% подопечных; в одиночестве у 13,8% стариков; в затяжных конфликтах в семье у 12% пожилых людей. Собственным выбором руководствовались 4,6% проживающих.

Взаимосвязь между способностью к самообслуживанию и проживанием в Геронтологическом центре самая прямая: 100% подопечных, имеющих самую низкую способность к самообслуживанию, считают ее причиной проживания в геронтологическом центре, а не дома.

В связи с выявленными причинами проживания в геронтологическом центре, можно прогнозировать ожидания пожилых людей к медицинским и социальным работникам. Желание прожить подольше и при этом не быть обузой, оставаться, по возможности, социально активными, приводит к появлению основного компонента медико-социальной реабилитации пожилых людей – их мотивации, их собственному желанию вести социально активный образ жизни. Реабилитация невозможна без субъекта реабилитации. Усилия медиков и социальных работников будут бесполезными, если пожилой человек не хочет восстанавливать жизненные и социальные функции.

В волгоградском областном геронтологическом центре накоплен большой опыт реабилитации, реадаптации и ресоциализации пожилых людей.

Важное место в комплексной реабилитации отводится:

* медицинской реабилитации под руководством целого штата медицинских работников, в том числе и квалифицированных врачей-реабилитологов;
* библиотерапии, восстановлению и поддержанию интеллектуальных и духовных функций под руководством библиотекаря;
* трудовой восстановительной терапии под руководством специалиста по трудотерапии;
* реабилитации средствами культуры (пение, танцы, театральные постановки и т.п.);
* психологической реабилитации под руководством клинического психолога в специальной сенсорной комнате с обилием оборудования для восстановления и тренировки функций психики;
* восстановлению физических функций при помощи массажа, проводимого квалифицированным массажистом;
* поддержанию жизненного тонуса при помощи фиточая (различные сборы, способствующие укреплению здоровья, профилактике заболеваний).

Одним из самых важных положений при подходе к вопросам реабилитации «является необходимость дифференциации контингента, в основу которого положена способность к социальной активности».[[76]](#footnote-76)

Деятельностью всех этих специалистов необходимо управлять. Необходимо координировать ее с главной целью достижения эффективной медико-социальной реабилитации.

Важным звеном в работе руководителей медицинской и социальной служб в геронтологическом центре является профилактическая работа, как с престарелыми подопечными, так и с работниками в целях избежания последствий профессионального эмоционального выгорания, который является главным риском в работе персонала геронтологического центра. По данному показателю медики (особенно медицинские сестры) и социальные работники образуют «группу риска». «Ответственная работа медика с большим количеством нездоровых людей может привести к возникновению своеобразного расстройства – «отравления людьми». Для него характерны такие симптомы, как раздражительность, вспыльчивость (часто без всякой видимой причины), холодность и равнодушие как защитное поведение».[[77]](#footnote-77) «Причинами возникновения синдрома сгорания являетются:

1)внутриличностный конфликт

2)острый психологический стресс

3)острая или хроническая фрустрация.

Специалист фрустрируется, если его желание достичь цели, помочь клиенту сталкивается с преградой, барьером».[[78]](#footnote-78) С целью профилактики в Волгоградском областном геронтологическом центре организована специальная сенсорная комната, оборудование которой позволяет снизить напряжение от работы с дементными проживающими, расслабиться, отдохнуть (Приложение 1. «Релаксационно-коррекционный сеанс психологической разгрузки для медицинских сестер»). Проживающим такие медико-психологические мероприятия позволяют восстанавливать интеллектуальные функции и эмоциональность.

Руководство персоналом подразумевает учет психологических рисков и вооружение работников методами их преодоления.

Одной из несомненных причин появления этого синдрома эмоционального выгорания является профессиональный стресс. Он проявляется сразу на нескольких уровнях, выводя работника из «строя»: на психологическом уровне, физиологическом, эндокринном, метаболическом.[[79]](#footnote-79) При работе с пожилыми людьми, ежедневный стресс возникает, прежде всего, из-за затрудненности контакта.

Для того чтобы проиллюстрировать, чем бывает вызван профессиональный стресс, мы приведем такой пример:

Проживающий И.И. на фоне деменции отказывался вступать в контакт с медицинским персоналом, отказывался от пищи,, от приема лекарств. С медицинской сестрой было проведено обучение, даны психологические рекомендации по налаживанию продуктивного контакта с этим проживающим. В данном случае больному помогли аргументы, найденные медицинской сестрой. По большому счету, она нашла подход к дальнейшему общению с этим больным.

Нами совместно с психологами Геронтологического центра разработана специальная программа «Снижение психологических рисков» в среде медицинских и социальных работников. Она включает:

* Специальные профилактические мероприятия до, и после дежурства: диагностика до и после заступления на дежурство с целью выявления нервно-психической устойчивости (Приложение 2 «Снижение нервно-психического напряжения после проведенных коррекционно-профилактических мероприятий с медицинскими сестрами»);
* Специальные коррекционные мероприятия;
* Психологические тренинги;
* Обучающие семинары;
* Упражнения для снятия психического напряжения;
* Релаксационные мероприятия.

Изменение отношения к персоналу, забота о его нервно-психическом здоровье, приводящая к повышению эффективности его работы, положительно сказалась, прежде всего, на процессе реабилитации подопечных. Теперь сотрудники Центра могут больше времени проводить в непосредственном контакте с проживающими, быть более участливыми, внимательными, легче находить выход из затруднительных ситуаций, и, главное, всегда «удерживать» цель своей повседневной работы: не позволять пожилым людям впасть в депрессию, понижать социальный тонус. Труд работников Геронтологического центра с внедрением каждого нового метода работы, дает все большую и большую отдачу и приносит много радости пожилым людям. Центр не может заменить пожилому человеку родной дом, но он помогает старику почувствовать себя нужным, незаменимым и достаточно активным.

## 2.3. Пути совершенствования социальной защиты пожилого населения

Социальная защита в России постоянно развивается и совершенствуется. Социальная политика государства с каждым годом становится все более гибкой. Это видно на примере многочисленных поправок, вносимых в законы, регулирующие социальную защиту и социальное обслуживание. Например, Федеральный закон от 2 августа 1995г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" подвергался изменениям и дополнениям дважды: 10 января 2003г. и 22 августа 2004 г. Федеральный закон от 17 декабря 2001г. N 173-ФЗ "О трудовых пенсиях в Российской Федерации" был усовершенствован за последние четыре года пять раз: 25 июля, 31 декабря 2002г., 29 ноября 2003г., 29 июня, 22 августа 2004 г.

#### Федеральный закон от 24 ноября 1995г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" изменялся с 1998г. одиннадцать раз: 24 июля 1998г., 4 января, 17 июля 1999г., 27 мая 2000г., 9 июня, 8 августа, 29, 30 декабря 2001г., 29 мая 2002г., 10 января, 23 октября 2003г., 22 августа 2004г.

Постоянное внедрение новых организационных форм и методов работы, как на федеральном, так и на муниципальном уровне, увеличение числа частных благотворителей и общественных организаций, занимающихся проблемами пожилых людей – все это способствует тому, чтобы граждане нашего государства проживали достойную старость. Например, в последние пять лет, очень активно внедряются разнообразные формы работы в центрах социального обеспечения: предусмотрено и дневное пребывание пожилых людей, и клубная работа с ними, и доставка продуктов и других видов помощи на дом, и бытовое обслуживание. Большинство центров для пожилых людей имеют как стационарные отделения, так и отделения временного проживания. Делается все для того, чтобы облегчить пожилому человеку его быт, снизить тревогу за здоровье и материальное положение, способствовать разрешению его семейных и духовных проблем. Общее направление социальной политики таково, что пожилой человек может перестать себя чувствовать только объектом медицины. Все социальные изменения призваны создавать ему условия жизни, приближенные к санаторным, в которых он может продолжать трудиться, пока ему хватит сил и желания.

Дальнейшее совершенствование социальной защиты и социального обслуживания идет по пути изменения, прежде всего, отношения к пожилым людям в их конкретном окружении. Волгоградский Областной геронтологический центр, являясь передовым учреждением социального обслуживания, быстро внедряет последние достижения науки и социальной практики в свою деятельность. С момента открытия центра коллектив добивается подхода к пожилым, проживающим не только с медицинской меркой, но и с социальной. Поэтому основной задачей работы Геронтологического центра является интеграция медицинского и социального направления в работе с целью наиболее эффективной комплексной реабилитации пожилых людей, доверивших свою жизнь и здоровье учреждению социального обслуживания. Положение о геронтологическом Центре позволяет гибко использовать средства, отпущенные на социальное обслуживание и создавать новые рабочие структуры, в которых возникает необходимость при обслуживании пожилых людей.

Кроме того, учреждения социальной защиты и социального обслуживания постоянно разрабатывают и проводят в жизнь новые проекты, улучшающие жизнь пожилых людей. Уже типовым стал проект, позволяющий инициировать общение старых людей и сирот из детских домов. Идея проста: организовать такое общение, от которого станет тепло обеим сторонам. Дети смогут получить заботу и ласку взрослого, а пожилой человек – заботу и ласку ребенка. Мероприятия проекта «Клуб пожилых людей» проводятся в Волгоградском областном геронтологическом центре регулярно. На заседаниях клуба пожилые люди могут пообщаться, найти единомышленников, поговорить о насущных проблемах и потребностях, послушать специалистов: психолога, священнослужителя, юриста и т.д.

Один из важных путей совершенствования социальной защиты и социального обслуживания – это внедрение новых технологий и методов социальной работы, в том числе и совершенствование системы социального управления учреждением. «Через призму технологий можно рассмотреть всю совокупность используемых обществом средств эффективного функционирования высших органов власти до специфических социальных институтов».[[80]](#footnote-80) Важным является перемещение центра внимания с управляющей системы на собственно процесс управления. Это привело к тому, что управление стало рассматриваться как социальная (гуманитарная[[81]](#footnote-81)) технология. В отличие от управленческих технологий, вызванных к жизни технологическими процессами, применяемыми в организации, гуманитарные технологии имеют в виду, прежде всего, человека, как главный и весьма непредсказуемый ресурс организации. Главной функцией управления как гуманитарной технологии признается конструирование трудового коллектива, а основными элементами следующие действия:

* кадровая политика;
* обеспечение роста квалификации и социальной мобильности сотрудников;
* мотивация работников;
* стимулирование работников;
* развитие коммуникаций и обратной связи;
* управление конфликтами.

Руководитель социальной структуры должен иметь необходимые личностные черты и качества: «1)организаторское чутье 2)эмоционально-волевую воздейственность 3)склонность к организаторской деятельности».[[82]](#footnote-82) В противном случае, никакие знания руководителю не помогут. Должна быть изначальная личностная настроенность на работу с людьми.

При работе с пожилыми людьми важной является мотивация социальных работников. Необходимо, чтобы случайные люди не попадали в эту сферу обслуживания. Альтруистическая, милосердная мотивация – это главное, что делает работника особо ценным. В связи с этим встает вопрос о совершенствовании нового типа этики и деонтологии социально-медицинского работника. «Морально-этический облик и поведенческий стереотип социально-медицинского работника совмещают в себе элементы и социального, и медицинского работников».[[83]](#footnote-83) Развитие этики социально-медицинского работника должно идти по путям учета национальных традиций, культурных норм и особенностей. Но превостепенную роль играет изучение профессиональной этики как социальных, так и медицинских профессий и специальностей. Очевидно, что едины основанием будет понимание того, что «человек – высшая ценность из всех ценностей мира – таков принцип гуманизма, важнейший принцип медицинской деонтологии, который объединяет документы, формулирующие основы медицинской деонтологии. В системе ценностей личности социального работника также представление об абсолютной ценности каждого человеческого существа переходит здесь из разряда философского понятия в категорию базисного психологического убеждения».[[84]](#footnote-84)

Кратко обобщая материал второй главы, можно сделать следующие выводы:

* Социальная защита реализуется через профилактику и реабилитацию, имеющие своей целью сохранить благосостояние старого человека, уменьшив факторы риска;
* Качественное обслуживание пожилых людей невозможно без эффективной системы управления. Мировая практика отдает предпочтение в работе с пожилыми людьми системе социального менеджмента;
* Наиболее частой причиной проживания в геронтологическом центре является потеря возможности самообслуживания;
* Важным звеном в работе руководителей медицинской и социальной служб является профилактическая работа с персоналом в целях избежания последствий профессионального эмоционального выгорания, которое является главным риском в работе персонала геронтологического центра;
* Эффективное управление системой социальной защиты способствует положительным результатам комплексной реабилитации пожилого человека, повышению его социальной активности.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выход на пенсию, частичная потеря трудоспособности, физическая слабость, сужение круга общения – все это вызывает у пожилого человека коренное изменение ритма жизни. Но очевидно, что пожилые и старые люди тоже разные. Достаточно много пожилых людей, сохранивших не только здоровье и бодрость, но и свежий взгляд на жизнь, желание общаться, приносить пользу обществу, учиться и зарабатывать.

Государственная система социальной защиты «настроена» в настоящий момент, на продление жизни пожилого человека. Новая модель старости, принимаемая мировым сообществом, расценивает пожилого человека, как значительный человеческий потенциал, который может и должен быть вовлечен в социально активную жизнь. Совершенно неприемлемым является взгляд на пожилого человека, как на балласт общества.

Наше медико-социальное исследование показало, что причиной первостепенной значимости проживания в геронтологическом центре является снижение способности к самообслуживанию. Это говорит о большой значимости медицинской и социальной работы геронтологического центра, так как более трети пожилых людей не могут обойтись без постоянного медицинского ухода и социального обслуживания.

На втором месте – отсутствие своего жилья. Это означает, что пожилые люди хотят видеть в геронтологическом центре родной дом, наполненный заботой близких людей.

На третьем месте – проблема одиночества пожилого человека. Это свидетельствует о том, что старики нуждаются в общении, ищут его, стараются организовать свои социальные контакты.

В работе с пожилыми людьми используется комплексный метод - медико-социальная реабилитация. Она предполагает реализацию системы конкретных медико-социальных мероприятий, применения новейших достижений психологии, реабилитологии, геронтологии, социальной работы. Комплексная реабилитация осуществляется путем различных видов медицинской терапии, психотерапии, библиотерапии, трудотерапии, массажа, лечебной гимнастики. Главными двигателями процесса реабилитации можно назвать активную позицию пожилого человека в отношении собственной реабилитации и заинтересованность персонала социального учреждения в ее результатах.

Чрезвычайно важно применение в работе как с проживающими, так и с персоналом гуманитарных технологий, способствующих развитию необходимой мотивации труда и общения. А также помогающих избежать стрессов и профессионального выгорания, сохранить положительное отношение к процессу и результату общения. Ежедневная практика профилактики эмоционального выгорания у медицинских и социальных работников показывает, что при применении специальных программ и использовании специального сенсорного оборудования, нарушенный внутренний баланс специалистов быстро восстанавливается.

Работники учреждения социального обслуживания никогда не должны забывать, что миссия учреждения такого типа заключается в реабилитации, в поддержании социальной активности, продлении жизни пожилого человека и всячески этому способствовать. Эффективное управление системой социальной защиты, выстраивание новых руководящих отношений в учреждении социального обслуживания способствует полноценной реабилитации.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации. www.constitution.ru
2. Пожилые люди в Российской Федерации: положение, проблемы, перспективы.Национальный доклад. М., 2002
3. Федеральный закон от 2 августа 1995г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" (с изменениями от 10 января 2003г., 22 августа 2004г.)
4. Федеральный закон от 24 ноября 1995г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (с изменениями от 24 июля 1998г., 4 января, 17 июля 1999г., 27 мая 2000г., 9 июня, 8 августа, 29, 30 декабря 2001г., 29 мая 2002г., 10 января, 23 октября 2003г., 22 августа 2004г.)
5. Федеральный закон от 17 декабря 2001г. N 173-ФЗ "О трудовых пенсиях в Российской Федерации" (с изменениями от 25 июля, 31 декабря 2002г., 29 ноября 2003г., 29 июня, 22 августа 2004г.)
6. Федеральный закон от 12 января 1995г. N 5-ФЗ "О ветеранах" (с изменениями от 18 ноября 1998г., 2 января, 4 мая, 27 декабря 2000г., 8 августа, 30 декабря 2001г., 25 июля, 27 ноября, 24 декабря 2002г., 6 мая, 23 декабря 2003г., 9 мая, 19, 29 июня, 22 августа 2004 г.)
7. Федеральный закон «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» от 15 декабря 2001 г. № 166-ФЗ;
8. Международный (Венский) план действий по проблемам старения. www.un.org/russian/topics/socdev/elderly/oldactio.htm.
9. Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 14 ноября 2003 г. «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственных и муниципальных учреждений социального обслуживания населения «Геронтологический Центр»;
10. Постановление Главы Администрации Волгоградской области от 4 ноября 2004 г. № 1057
11. Дюркгейм Э. Самоубийство Санкт-Петербург, 1998
12. Кузнецова М.А., Новак Е.С. Теория социальной работы. Волгоград, 2004
13. Лебедев В.И. Психология и управление, М., 1990
14. Леонгард К. Акцентуированные личности. Ростов-на-Дону., 1997
15. Лозовская Е.Г., Новак Е.С., .Краснова В.Г.. История социальной работы в России. Волгоград.,2001
16. Перлаки И. Нововведения в организациях, М., 1980
17. Тощенко Ж.Т. Социология. М., 2003, с.422.
18. Удальцова М.В. Социология управления.М., Новосибирск., 2000
19. Фролов С.С. Социология организаций. М., 2001
20. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми. М., 2004
21. Холостова Е.И., Егоров В.В., Рубцов А.В. Социальная геронтология. М., 2004
22. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М., 2003.
23. Васильчиков В.М. Структура и основные направления развития системы социальной защиты пожилых людей в российской федерации. www.globalaging.org/elderrights/world/2005/federation2.htm
24. Организация медико-социальной работы с пожилыми и старыми людьми./ сост. Д.Иванов, Э.Карюхин. www.dobroedelo.ru
25. Социальный менеджмент/под ред.В.Н.Иванова и В.И.Патрушева. М., 2001
26. Теоретические и организационные вопросы социально-трудовой реабилитации инвалидов и престарелых в стационарных учреждениях социального обеспечения/под ред. В.П.Белова., М., 1976
27. Управление по результатам/ под ред. Лейман А.Я., М., 1993
28. Албегова И.Ф. Исследование мотивации социальных работников//СОЦИС, 2005, №1
29. Аракелов Г.Г. Стресс и его механизмы//Вестник МГУ, сер 14, Психология, 1995, №4
30. Бакулина Е.Л., Кокуев Т.В. Образование старших//Социальная работа. М., 2001.№3
31. Владимиров Д.Г. Старшее поколение как фактор экономического развития.// СОЦИС, 2004, №4
32. Донская И.Д. Практика деятельности комплексного центра социального обслуживания//Работник социальной службы, М., 2005,, №3
33. Карп Л.Л., Потапчук Т.Б. Проблема эвтаназии: «за» и «против» //СОЦИС, 2004, №2
34. Ковалева Н.Г. Пожилые люди: социальное самочувствие//СОЦИС, М., 2001, №7
35. Писарев А.В. Образ пожилых в современной России // СОЦИС., М.,2004, №4
36. Психологический словарь. М., 1990
37. Пучков П.В. Вы чье, старичье? //СОЦИС, 2005, №10
38. Смирнова И., Федотова Т., Как живете? //Социальное обеспечение. 2005, №21
39. Шарин В. Социальная помощь в средние века//Социальное обеспечение. 2005, №9
40. Щербина В.В. Проблемы технологизации социальной деятельности//СОЦИС, 1996, №8
41. Феклюнина С.С. Комплексная программа повышения профессионального мастерства социальных и медицинских работников центра социального обслуживания//Работник социальной службы, 2005, №2
42. Флинт А. Особенности ухода за пожилыми людьми в стационаре// Сестринское дело. 1997. № 1
43. Юдакова С.В. Творческий аспект в профилактике синдрома эмоционального сгорания//Работник социальной службы, 2005, №1
44. Через клубы – к активной жизни//Социальное обеспечение. 2005, №18
45. Для пожилых и инвалидов// Социальное обеспечение, 2002, №10
46. Может ли медсестра «не гореть» на работе?// Сестринское дело. 2004. № 4-5
47. Антошкин В.Н. Оптимизация управления системой коммуникативной деятельности в социальной работе. Автореферат на соиск. Ученой степени доктора социологических наук, Волгоград, 2004
1. Конституция Российской Федерации. Ст.39.1. www.constitution.ru [↑](#footnote-ref-1)
2. Пожилые люди в Российской Федерации: положение, проблемы, перспективы. Национальный доклад. М., 2002 [↑](#footnote-ref-2)
3. Феклюнина С.С. Комплексная программа повышения профессионального мастерства социальных и медицинских работников центра социального обслуживания//Работник социальной службы, 2005, №2, с.67. [↑](#footnote-ref-3)
4. Международный (Венский) план действий по проблемам старения. http://www.un.org/russian/topics/socdev/elderly/oldactio.htm. [↑](#footnote-ref-4)
5. Дюркгейм Э. Самоубийство Санкт-Петербург, 1998 [↑](#footnote-ref-5)
6. Тощенко Ж.Т. Социология. М., 2003, с.422. [↑](#footnote-ref-6)
7. Удальцова М.В. Социология управления.М., Новосибирск., 2000 [↑](#footnote-ref-7)
8. Леонгард К. Акцентуированные личности. Ростов-на-Дону., 1997 [↑](#footnote-ref-8)
9. Аракелов Г.Г. Стресс и его механизмы//Вестник МГУ, сер 14, Психология, 1995, №4 [↑](#footnote-ref-9)
10. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми. М., 2004 [↑](#footnote-ref-10)
11. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М., 2003. [↑](#footnote-ref-11)
12. Васильчиков В.М. Структура и основные направления развития системы социальной защиты пожилых людей в российской федерации. www.globalaging.org/elderrights/world/2005/federation2.htm [↑](#footnote-ref-12)
13. Кузнецова М.А., Новак Е.С. Теория социальной работы. Волгоград, 2004 [↑](#footnote-ref-13)
14. Лозовская Е.Г., Новак Е.С., .Краснова В.Г.. История социальной работы в России. Волгоград.,2001 [↑](#footnote-ref-14)
15. Лозовская Е.Г., Новак Е.С., .Краснова В.Г.. История социальной работы в России. Волгоград., 2001. ,С.12. [↑](#footnote-ref-15)
16. Шарин В. Социальная помощь в средние века//Социальное обеспечение. 2005, №9, с.21 [↑](#footnote-ref-16)
17. Там же. С18. [↑](#footnote-ref-17)
18. Шарин В. Социальная помощь в средние века//Социальное обеспечение. 2005, №9, с.19 [↑](#footnote-ref-18)
19. Лозовская Е.Г., Новак Е.С., Краснова В.Г. История социальной работы в России. Волгоград., 2001. ,С.25 [↑](#footnote-ref-19)
20. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми. М., 2004, с.31. [↑](#footnote-ref-20)
21. Васильчиков В.М. Структура и основные направления развития системы социальной защиты пожилых людей

в российской федерации. http://www.globalaging.org/elderrights/world/2005/federation2.htm [↑](#footnote-ref-21)
22. Федеральный закон «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» от 15 декабря 2001 г. №166-ФЗ. [↑](#footnote-ref-22)
23. Федеральный закон от 17 декабря 2001 г. N 173-ФЗ "О трудовых пенсиях в Российской Федерации" (с изменениями от 25 июля, 31 декабря 2002 г., 29 ноября 2003 г., 29 июня, 22 августа 2004 г.) [↑](#footnote-ref-23)
24. Там же. [↑](#footnote-ref-24)
25. Федеральный закон от 12 января 1995 г. N 5-ФЗ "О ветеранах" (с изменениями от 18 ноября 1998 г., 2 января, 4 мая, 27 декабря 2000 г., 8 августа, 30 декабря 2001 г., 25 июля, 27 ноября, 24 декабря 2002 г., 6 мая, 23 декабря 2003 г., 9 мая, 19, 29 июня, 22 августа 2004 г.) [↑](#footnote-ref-25)
26. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М., 2003., с.163. [↑](#footnote-ref-26)
27. Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 14 ноября 2003 г. «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственных и муниципальных учреждений социального обслуживания населения «Геронтологический Центр» [↑](#footnote-ref-27)
28. Например, Ковалева Н.Г. Пожилые люди: социальное самочувствие//СОЦИС, М., 2001, №7 [↑](#footnote-ref-28)
29. Бакулина Е.Л., Кокуев Т.В. Образование старших//Социальная работа. М., 2001.№3 [↑](#footnote-ref-29)
30. .Писарев А.В. Образ пожилых в современной России // СОЦИС., М.,2004, №4, с.53. [↑](#footnote-ref-30)
31. Холостова Е.И., Егоров В.В., Рубцов А.В. Социальная геронтология. М., 2004, с.15. [↑](#footnote-ref-31)
32. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология.М., 2003, с.43. [↑](#footnote-ref-32)
33. Там же. С.42. [↑](#footnote-ref-33)
34. Холостова Е.И., Егоров В.В., Рубцов А.В. Социальная геронтология. М., 2004, с.15. [↑](#footnote-ref-34)
35. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология.М., 2003, с.42. [↑](#footnote-ref-35)
36. Психологический словарь. М., 1990, с.213. [↑](#footnote-ref-36)
37. Е.И.Холостова. Социальная работа с пожилыми людьми. М., 2004, с.41. [↑](#footnote-ref-37)
38. Е.И.Холостова, В.В.Егоров, А.В.Рубцов. Социальная геронтология. М., 2004, с.36-61. [↑](#footnote-ref-38)
39. Международный (Венский) план действий по проблемам старения. http://www.un.org/russian/topics/socdev/elderly/oldactio.htm. [↑](#footnote-ref-39)
40. Владимиров Д.Г. Старшее поколение как фактор экономического развития. СОЦИС, 2004, №4, с.58. [↑](#footnote-ref-40)
41. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М., 2003, с.60. [↑](#footnote-ref-41)
42. Кузнецова М.А., Новак Е.С. Теория социальной работы. Волгоград, 2004, с.76. [↑](#footnote-ref-42)
43. Пучков П.В. Вы чье, старичье? СОЦИС, 2005, №10, с.41. [↑](#footnote-ref-43)
44. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М., 1999, с.165. [↑](#footnote-ref-44)
45. Федеральный закон от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов"(с изменениями от 10 января 2003 г., 22 августа 2004 г.) [↑](#footnote-ref-45)
46. Донская И.Д. Практика деятельности комплексного центра социального обслуживания//Работник социальной службы, М., 2005,, №3, с.17. [↑](#footnote-ref-46)
47. Смирнова И., Федотова Т., Как живете? //Социальное обеспечение. 2005, №21, с.43. [↑](#footnote-ref-47)
48. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми. М., 2004, с.202. [↑](#footnote-ref-48)
49. Через клубы – к активной жизни//Социальное обеспечение. 2005, №18, с.6. [↑](#footnote-ref-49)
50. Для пожилых и инвалидов// Социальное обеспечение, 2002, №10, с.36. [↑](#footnote-ref-50)
51. Постановление Главы Администрации Волгоградской области от 4 ноября 2004 г. № 1057. [↑](#footnote-ref-51)
52. Холостова Е.И., Егоров В.В., Рубцов А.В. Социальная геронтология. М., 2004, с.133. [↑](#footnote-ref-52)
53. Там же. с.141. [↑](#footnote-ref-53)
54. Организация медико-социальной работы с пожилыми и старыми людьми. http://www.dobroedelo.ru [↑](#footnote-ref-54)
55. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (с изменениями от 24 июля 1998 г., 4 января, 17 июля 1999 г., 27 мая 2000 г., 9 июня, 8 августа, 29, 30 декабря 2001 г., 29 мая 2002 г., 10 января, 23 октября 2003 г., 22 августа 2004 г.) [↑](#footnote-ref-55)
56. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М., 1999, с.164. [↑](#footnote-ref-56)
57. Федеральный закон от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов"(с изменениями от 10 января 2003 г., 22 августа 2004 г.) [↑](#footnote-ref-57)
58. Н.Д.Донская. Практика деятельности комплексного центра социального обслуживания// Работник социальной службы. М., 2005, №3, с.17. [↑](#footnote-ref-58)
59. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М., 1999, с.167. [↑](#footnote-ref-59)
60. Ж.Т.Тощенко. Социология. М., 2003, с.422. [↑](#footnote-ref-60)
61. Социальный менеджмент/под ред.В.Н.Иванова и В.И.Патрушева. М., 2001, с.108. [↑](#footnote-ref-61)
62. Фролов С.С. Социология организаций. М., 2001. С. 186. [↑](#footnote-ref-62)
63. Удальцова М.В. Социология управления.М., Новосибирск., 2000, с.75. [↑](#footnote-ref-63)
64. Социальный менеджмент/под ред.В.Н.Иванова и В.И.Патрушева. М., 2001, с.114. [↑](#footnote-ref-64)
65. Управление по результатам/ под ред. Лейман А.Я., М., 1993, с.69. [↑](#footnote-ref-65)
66. Албегова И.Ф. Исследование мотивации социальных работников//СОЦИС, 2005, №1, с.80. [↑](#footnote-ref-66)
67. Антошкин В.Н. Оптимизация управления системой коммуникативной деятельности в социальной работе. Автореферат на соиск. Ученой степени доктора социологических наук, Волгоград, 2004, с.30. [↑](#footnote-ref-67)
68. Перлаки И. Нововведения в организациях, М., 1980, с.65. [↑](#footnote-ref-68)
69. Кузнецова М.А., Новак Е.С. Теория социальной работы. Волгоград., 2004, с.74. [↑](#footnote-ref-69)
70. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология., М., 2003, с.96. [↑](#footnote-ref-70)
71. Дюркгейм Э. Самоубийство Санкт-Петербург, 1998, с.99. [↑](#footnote-ref-71)
72. Карп Л.Л., Потапчук Т.Б. Проблема эвтаназии: «за» и «против». СОЦИС, 2004, №2, с.136. [↑](#footnote-ref-72)
73. Леонгард К. Акцентуированные личности. Ростов-на-Дону., 1997, с.119. [↑](#footnote-ref-73)
74. А.Флинт. Особенности ухода за пожилыми людьми в стационаре // Сестринское дело. 1997. № 1. с.24. [↑](#footnote-ref-74)
75. Там же, с.25. [↑](#footnote-ref-75)
76. Теоретические и организационные вопросы социально-трудовой реабилитации инвалидов и престарелых в стационарных учреждениях социального обеспечения/под ред. В.П.Белова., М., 1976, с.36. [↑](#footnote-ref-76)
77. Может ли медсестра «не гореть» на работе?// Сестринское дело. 2004. № 4-5. С.23. [↑](#footnote-ref-77)
78. Юдакова С.В. Творческий аспект в профилактике синдрома эмоционального сгорания//Работник социальной службы, 2005, №1, с.31. [↑](#footnote-ref-78)
79. Аракелов Г.Г. Стресс и его механизмы//Вестник МГУ, сер 14, Психология, 1995, №4, с.47. [↑](#footnote-ref-79)
80. Щербина В.В. Проблемы технологизации социальной деятельности//СОЦИС, 1996, №8, с.80. [↑](#footnote-ref-80)
81. Удальцова М.В. Социология управления. М., Новосибирск, 2000. [↑](#footnote-ref-81)
82. Лебедев В.И. Психология и управление, М., 1990, с.59. [↑](#footnote-ref-82)
83. Холостова Е.И., Егоров В.В., Рубцов А.В. Социальная геронтология. М., 2004, с.146. [↑](#footnote-ref-83)
84. Там же. с.148. [↑](#footnote-ref-84)