# ПЛАН

ВВЕДЕНИЕ 2

СОЦИАЛЬНОЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ИХ РАЗРЕШЕНИИ 13

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ 20

РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ 27

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 45

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 48

# ВВЕДЕНИЕ

Социальная работа в нашей стране как на­правление и содержание деятельности определенной катего­рии лиц в последние 10 лет стала привычным термином. Некоторыми исследователями приоритет в этой области от­водится зарубежным странам. Между тем, России всегда бы­ла присуща социальная поддержка нуждающихся в ней гра­ждан. Известны указы Ивана Грозного, Петра I о помощи "сирым и убогим", которые пользовались кровом и пищей в монастырях и богадельнях. В послереволюционный период в России был узаконен патронаж психически больных, на­ходящихся в семьях. История оказания маломобильному населению соци­альной помощи в России тесно связана с деятельностью Российского Общества Красного Креста. Впервые оно воз­никло в 1867 году как филантропическое Общество попече­ния о раненых, больных воинах и военнопленных. В 1879 году оно было переименовано в Российское Общество Крас­ного Креста (РОКК) и в своей деятельности руководствова­лось принципами и Уставом Международного Красного Креста, согласно которым было призвано оказывать помощь раненым, больным и военнопленным вне зависимости от их гражданства или подданства, а также оказывать помощь ли­цам, пострадавшим в результате стихийных бедствий, эпи­демий, голода и других событий. Общество было самостоятельной, не зависимой от госу­дарства организацией и существовало на пожертвования на­селения, которые поступали не только в виде денежных средств, но и в виде натуральных видов (одежда, продоволь­ствие, белье и другие предметы первой необходимости).

Общество объединяло 94 общины, в которых на обще­ственных началах трудились 2780 сестер милосердия, зани­малось подготовкой младшего медицинского персонала, оказывало правовую помощь раненым и военнопленным. Во время первой мировой войны широкое распространение по­лучило новое направление деятельности Общества - бюро справок о военнопленных и отдел, информирующий населе­ние о раненых, больных и воинах, пропавших без вести После Октябрьской революции в деятельности Красно­го Креста произошли серьезные изменения. С 1918 года де­ятельность РОКК определяется уже не международными принципами, а прежде всего политическими, классовыми задачами государства. Декретом от 6 января 1918 гола все имущество Красного Креста на территории России было объявлено государственной собственностью. С 1919 года, согласно Положения ВЦИК и СНК, РОКК был обязан со­средоточить свою деятельность на " восстановлении здоро­вья раненых бойцов Красной Армии", что предусматривало сугубо классовый подход. Это повлекло изоляцию РОКК от международного сообщества и превратило его в придаток государственной системы здравоохранения. Деятельность РОКК в военные и послевоенные годы свидетельствует о том, что медико-социальное обслужива­ние носило, в основном, характер шефства над лицами, проживающими в домах-интернатах, домах для детей-сирот и пр. В отношении отдельных граждан (в основном, инва­лидов войны 1 группы) это осуществлялось в виде предоста­вления одноразовой материальной помощи, в приобретении путевок на санаторно-курортное лечение. Активная работа проводилась по содействию в усыновлении детей-сирот. Начиная с 1960 года при комитетах обществ Красного Креста было создано "Бюро медицинских сестер по обслу­живанию больных на дому" в целях оказания помощи орга­нам здравоохранения в медицинском обслуживании и уходе за одинокими престарелыми больными, которые нуждаются в постельном режиме, но не госпитализированы в лечебные учреждения. Для такой работы были организованы специ­альные курсы, на которых медицинские сестры в течение 2-4 недель проходили специальную подготовку. К каждой районной поликлинике прикреплялось не менее двух патро­нажных медицинских сестер Красного Креста. Оплата их труда производилась обществом Красного Креста, контроль да их работой осуществлялся старшей медицинской сестрой поликлиники. Задачами патронажных медицинских сестер являлось: выполнение назначений участковых врачей, наблюдение за состоянием здоровья больного, оказание помощи в умыва­нии, приеме пищи, смене белья. Патронажные сестры ока­зывали также социальные услуги: покупали лекарства, про­дукты питания, приготавливали пищу, оплачивали коммунальные услуги и пр. Согласно нормативным документам, рабочий день патронажной медицинской сестры составлял 6,5 часов и за это время она была обязана обслужить 5-6 больных.

Однако социально-бытовое обслуживание, осуществля­емое санитарными активистами на общественных началах, развивалось слабо. В связи с этим в 1969 году была сделана попытка привлечения к этой работе учащихся медицинских училищ и студентов медицинских институтов, которая на какое-то время оказалась полезной. Потребность в надомном обслуживании постоянно рос­ла, ежегодно увеличивалась численность патронажных ме­дицинских сестер и, кроме того, в 1977 году было принято решение о выделении должностей руководителей групп пат­ронажных медицинских сестер, в примерный перечень обя­занностей которых включалось осуществление деловых кон­тактов с соответствующими организациями по решению со­циально-бытовых вопросов (доставка на дом продуктов, го­рячих обедов, белья, пенсионные вопросы, устройство пре­старелых в дома-интернаты, больницы и т.д.). Кроме того, руководители групп непосредственно обслуживали на дому четырех человек, а обязанности активистов Красного Креста были возложены на так называемых младших медицинских сестер, должности которых были введены в штат обществ Красного Креста. В этот период произошло важное событие в системе го­сударственного социального обеспечения. В середине 70-х годов в порядке эксперимента впервые организуется надом­ное обслуживание пенсионеров в ряде областей силами ра­ботников домов-интернатов для престарелых и инвалидов Министерства социального обеспечения (в Свердловской, Ивановской, Куйбышевской областях, Северо-Осетинской АССР). Эта деятельность регламентировалась «Временным положением о порядке организации надомного обслужива­ния пенсионеров домами-интернатами».

С этою времени можно говорить о возникновении и развитии новой государственной формы социального обслу­живания, а именно социально-бытового обслуживания не­трудоспособных на дому. Для зачисления на надомное обслуживание требовался ряд документов, в том числе справка лечебного учреждения об отсутствии хронических психических заболеваний в ста­дии выраженного дефекта или глубокой умственной отста­лости; туберкулеза в открытой форме; хронического алкого­лизма; венерических и инфекционных заболеваний, бактерионосительства. Дом-интернат, на который было возложено обслужива­ние граждан на дому, должен был оказывать следующие ви­ды услуг:

* доставку продуктов по предварительно разработанно­му набору один-два раза в неделю (при возможности могла быть организована доставка раз в день горячего обеда и полуфабрикатов на завтрак и ужин);
* стирку и смену постельного белья не реже одного раза в 10 дней, для чего дом-интернат выделял на каждого обслуживаемого три комплекта белья;
* уборку жилого помещения и мест общего пользования;
* доставку медикаментов, оплату коммунальных услуг сдачу вещей в прачечную и химчистку, обувь - в ремонт.

В Положении специально оговаривалось, что "меди­цинское обслуживание граждан, принятых на надомное об­служивание, производится лечебно-профилактическими уч­реждениями в общеустановленном порядке". Кроме того, в Положении определялась дифференциа­ция в оплате стоимости оказываемых услуг: лица получав­шие пенсию до 50 руб., от оплаты освобождались полностью.

Поскольку надомное обслуживание являлось несвойст­венной домам-интернатам функцией, вызвавшей разного рода организационные трудности у этих учреждений, возни­кла необходимость создания самостоятельной службы по оказанию социально-бытовой помощи нетрудоспособным гражданам со специальными структурными подразделения­ми. Такими структурными подразделениями стали отделе­ния социальной помощи на дому одиноким нетрудоспособ­ным гражданам, которые были организованы при районных отделах социального обеспечения. Их деятельность регла­ментировалась "Временным положением об отделении со­циальной помощи на дому одиноким нетрудоспособным гражданам"[[1]](#footnote-1). В положении оговаривалось, что помимо ставших уже традиционными видов социально-бытовой помощи соци­альные работники должны были при необходимости оказы­вать помощь в соблюдении личной гигиены, выполнять просьбы, связанные с почтовыми отправлениями, содейст­вовать в получении необходимой медицинской помощи, принимать меры к погребению умерших одиноких пенсио­неров. Услуги предоставлялись без взимания какой-либо пла­ты. Положение предусматривало тесное взаимодействие с комитетами Красного Креста с целью организации шефства над одинокими пенсионерами, нуждающимися в медицин­ском уходе. Социальный работник, входящий в штат отделения со­циальной помощи, должен был обслуживать на дому 8-10 нетрудоспособных пенсионеров или одиноких инвалидов 1-2 группы. Отделения создавались при наличии не менее 50 нетрудоспособных, нуждающихся в надомном обслужива­нии. В 1987 году новым нормативным актом [[2]](#footnote-2) были вне­сены некоторые изменения в деятельность отделений соци­альной помощи. В основном изменения касались вопросов организации отделений социальной помощи на дому. Более четко был определен контингент лиц, подлежащих надом­ному обслуживанию, а также предусматривалось, что лица, получающие пенсию в максимальных размерах, вносят пла­ту, составляющую 5 процентов пенсии. Зачисление на надомное обслуживание осуществлялось на основании личного заявления и заключения медицин­ского учреждения о нуждаемости в таком обслуживании. Таким образом, сложилась ситуация, когда функции социального обслуживания нетрудоспособных на дому од­новременно выполняли две организации: государственная — отделения социальной помощи, и в меньшей степени об­щественная — служба милосердия Красного Креста. При этом во многом совпадали как виды оказываемых социаль­ных услуг, так и круг лиц, которым эти услуги оказывались одновременно и государственной, и общественной органи­зациями.

Таким образом, исторически складывалось, что общест­венные организации осуществляли те виды деятельности, которые государство в силу отсутствия экономических, ма­териально-технических и организационных причин не име­ло возможности выполнять. Об этом свидетельствует исто­рия развития службы медико-социальной помощи нетрудо­способным гражданам: в послевоенные годы, когда у госу­дарства не было сил и средств для развития службы надом­ного обслуживания, оно развивало систему домов-интерна­тов для престарелых и инвалидов. В значительной степени развитие индивидуального надомного обслуживания сдер­живалось порочными идеологическими установками, согла­сно которым отдавалось предпочтение развитию коллектив­ных форм предоставления социального обслуживания. Удо­влетворение потребности населения в надомном обслужива­нии частично взяло на себя общество Красного Креста.

Безусловно, служба милосердия снимала остроту проб­лемы, однако, не решала ее полностью. С годами в резуль­тате увеличения абсолютного числа и относительной численности престарелых в обществе, потребность в социаль­но-бытовой помощи этой категории граждан приобрела зна­чительные масштабы: дома-интернаты не могут вместить всех нуждающихся; возрастает число нетрудоспособных, проживающих отдельно от своих родственников; демогра­фические перспективы предполагают дальнейшее увеличе­ние доли лиц старческого возраста в населении — все это обусловило решение задач социального обслуживания не­трудоспособных на государственном уровне, создания госу­дарственной системы, государственной службы, непосредст­венно занятой предоставлением медико-социальных и быто­вых услуг на дому.

Социальная работа в России также основана на ряде нормативных актов, регламентирующих порядок работы, объем и виды услуг, нормативы штатов и времени по оказа­нию услуг[[3]](#footnote-3). Кроме того, в связи с обострением социально-экономической ситуации в стране, ухудшением материального положения малоимущих граждан был издан Указ Президента Российской Федерации от 26 декабря 1991 года "О дополнительных мерах по социальной поддержке населения в 1992 году", согласно которому были образованы республиканский и территориальные фонды социальной поддержки населения, определен порядок адресного напра­вления гуманитарной помощи и создание территориальных служб срочной социальной помощи[[4]](#footnote-4). В соответствии с данным Указом приказом Министра социальной защиты населения Российской Федерации от 04.02.1992 г. за № 21 было утверждено "Положение о тер­риториальной службе срочной социальной помощи"[[5]](#footnote-5). Этим документом определялось содержание работы данной службы, которая предназначалась для оказания безотлага­тельных мер, направленных на временное поддержание жиз­недеятельности граждан, остро нуждающихся в социальной поддержке, путем предоставления им различных видов по­мощи, включающей обеспечение питанием, медикаментами, одеждой, временным жильем и другими видами помощи. К лицам, могущим воспользоваться службой срочной социальной помощи, были отнесены: одинокие граждане, утратившие средства к существованию, одинокие инвалиды и престарелые, несовершеннолетние дети, оставшиеся без надзора и попечения родителей или лиц, их заменяющих, многодетные и неполные семьи и др. В России подготовлены проекты двух законов: "О соци­альной защите инвалидов" и "О социальном обслуживании лиц пожилого возраста и инвалидов". С принятием этих за­конов будет обеспечена законодательная база в отношении нетрудоспособных категорий населения. Таким образом, в каждой стране существует ряд норма­тивных документов, согласно которым осуществляется со­2циальная помощь инвалидам и лицам пожилого возраста. В указанных документах излагаются льготы для пожилых лю­дей и инвалидов при получении социальной поддержки, обозначены права пожилых граждан на получение этих льгот, указаны пути их реализации.

Задача социальных ра­ботников состоит в том, чтобы овладеть этой информацией, довести ее до сведения лиц, которых они обслуживают и, при необходимости помочь им воспользоваться теми льгота­ми, которые им положены по закону. В известной степени, социальные работники должны освоить основы правовой, системы в отношении инвалидов и пожилых граждан. Таким образом, как показывает анализ развития соци­альной помощи в России, социальную работу в современ­ном ее понимании отождествляли с социальным обслужива­нием пожилых людей и инвалидов, нуждающихся в поддер­жке. Со временем выявились новые объекты деятельности работников социальной службы (семья, трудные подростки и др.), что отразилось не только на расширении круга задач социальной работы, но и на введении новых направлений.

Теперь уже недостаточно, да и неправомерно говорить толь­ко о социальном обслуживании тех или иных категорий на­селения. Социальная работа вобрала в себя методы и прие­мы, используемые психологами, психотерапевтами, педаго­гами и другими специалистами, соприкасающимися с судь­бами людей, их социальным положением, экономическим благосостоянием, морально-психологическим статусом.

С теоретических позиций социальная работа может рассматриваться как проникновение в потребностную сферу человека (семьи, коллектива, общества и т.д.) и попытка ее удовлетворения.

Между тем высказываются соображения о более широ­ких задачах социальной работы по взаимодействию социального работника с окружающей средой. При этом соци­альному работнику отводится роль способствовать расшире­нию компетенции людей, а также развитию их способно­стей в плане решения жизненных проблем; помогать людям получить доступ к ресурсам; побуждать организации внима­тельно относиться к людям; способствовать взаимодействию между отдельными людьми и теми, кто их окружает; доби­ваться взаимосвязи между организациями и учреждениями, оказывающими социальную помощь и поддержку; оказы­вать влияние на социальную политику и политику в области окружающей среды.

# СОЦИАЛЬНОЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ИХ РАЗРЕШЕНИИ

В современном мире растет доля людей пожилого возраста в на­селении большинства стран Это связано с увеличением средней продолжительности жизни. В целом в экономически развитых стра­нах доля лиц старше 60 лет составляет 12—22% общей численности населения, в нашей стране (в конце 80-х годов) — более 14%. По­этому проблемы их общественного, социального положения, роли и места в семье, медико-социальной реабилитации, социального об­служивания и обеспечения, социального попечительства над пожи­лыми людьми имеют исключительно важную теоретическую и еще в большей мере практическую значимость

По классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), население в возрасте от 60 до 74 лет отнесено к пожилому, от 75 до 89 лет — к старшему, а от 90 лет и старше — к долгожителям.

Эта классификация учитывает нужды, потребности, биологические и социальные возможности пожилых людей

Старение населения объясняется в первую очередь улучшением материальных условий и достижениями медицины Однако в этом процессе весьма заметны различия по странам и регионам Удельный вес пожилых людей более высок, как правило, в развитых стра­нах, в крупных и крупнейших городах, в сельской местности

При соответствующем отношении к пожилым людям со стороны государства, общественных и других объединений и организаций, общества в 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.

Среди пожилых людей выделяются самые разные группы бодрые, физически здоровые, больные, живущие в семьях, одинокие, довольные уходом на пенсию; еще работающие, но тяготящиеся ра­ботой, несчастные, отчаявшиеся в жизни, малоподвижные, домо­седы, проводящие интенсивно, разнообразно свой досуг (ходят в гости, встречаются с друзьями, посещают клубы и т.д.)

Для того чтобы работать с пожилыми людьми, 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.

Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что калорийность пищи у людей б 1 —70 лет должна быть на уровне 79% суточного рациона лю­дей в возрасте от 20 до 30 лет Специалистами подсчитано, что при рациональном потреблении затраты на одежду и обувь у пенсионе­ров уменьшаются по сравнению с аналогичными потребностями людей в трудоспособном возрасте на 29, 5%. Однако уменьшение объема материальных благ для пожилых сопровождается (должно сопровождаться) необходимостью предоставления таких благ и ус­луг, которые бы соответствовали именно такому возрасту.

Переход человека в группу пожилых существенно 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 сказывается в ряде случаев на состоянии здоровья, жизненном тонусе, психике людей И это естественно, поскольку Труд (посильный, конечно) является источником долголетия, одним из важнейших условий сохранения хорошего здоровья

Образ жизни людей во многом определяется тем, как они проводят свободное время, какие возможности для этого создает об­щество Активно занимаясь общественной деятельностью, пожилые люди делают свою жизнь более полнокровной 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 многих странах значительная часть населения является верующей. Это — во-первых. Во-вторых, пожилые люди заканчивают жизнь и встает вопрос: Что же будет дальше, после смерти? В-третьих, для многих пожилых людей (во многих странах) религий выступает своеобразной основой устойчивого состояния. Это чрезвычайно важно в кризисные периоды развития общества. Не случайно поэтому в нашей стране в 90-е годы наблюдается тяга к религии И это необходимо учитывать в работе с пожилыми людьми.

## Пожилой человек в семье

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.

Как правило, живущие в семье пенсионеры занимаются домашним хозяйством. Они раньше всех встают. Готовят завтрак для работающих членов семьи. Кормят их детей, помогают им одеваться, отправляют их в школу. Потом идут в магазин или на рынок, стараясь там купить продукты получше и посвежее. После этого убирают квартиру. Если есть возможность, заглядывают к соседке (соседу) чтобы поделиться свежими новостями. Читают получаемые семьей газеты и журналы. Гуляют с маленьким ребенком (если он есть) Встречают маленьких школьников около школы. Готовят обед ужин. Моют посуду. Гуляют с внуками перед сном. Таков типичный день «отдыха» многих пенсионеров.

Самочувствие пожилых людей в значительной мере определяется сложившейся **атмосферой в семье** —доброжелательной или недоброжелательной, нормальной или ненормальной, тем, как распределяются обязанности в семье между дедушками (бабушками), детьми и внуками.

Возникают и другие проблемы. Далеко не все выходящие на пенсию в 45—50 лет женщины готовы превратиться в няньку в своей семье

Изменение положения пожилых людей в семьях ныне во мно­гом предопределяется изменениями в мире. В современных услови­ях, когда происходит НТР, накопленный опыт старшего поколения не имеет прежней практической значимости. Более образованная молодежь иначе смотрит на старшее поколение, не проявляя преж­него почтения. Однако чуткость, внимание к старшим, взаимное ува­жение в семье определяются прежде всего общей культурой членов семьи, той атмосферой, которая складывается в обществе на различ­ных этапах его функционирования.

Все это сказывается на желании пожилых людей жить вместе с детьми и внуками или отдельно. Проведенные в разных странах ис­следования свидетельствуют, что часть пожилых и старых людей предпочла бы жить отдельно от своих детей и внуков, другая — вме­сте. Это должно учитываться, в частности, при градостроительстве, распределении квартир. Должна быть предусмотрена возможность обмена квартирами и т. д.

Самочувствие пожилого человека в большой мере определяется его **брачным состоянием.**

Значение брака и семьи неодинаково на разных этапах жизни человека. Пожилой человек нуждается в семье прежде всего в связи с потребностью в общении, взаимопомощи, в связи с необходимос­тью организации и поддержания жизни. Это объясняется тем, что пожилой человек уже не имеет прежних сил, прежней энергии, не может переносить нагрузки, часто болеет, нуждается в особом пи­тании, в уходе за собой.

Когда речь идет о пожилых людях, основной мотив заключения браков — сходство взглядов и характеров, взаимные интересы, стремление избавиться от одиночества (1/3 одиночек в нашей стране составляют люди старше 60 лет). Хотя, конечно, и в этом возрасте эмоции и симпатии также играют немаловажную роль.

По материалам переписи населения 1989 г., в Российской Федера­ции мужчин, вступивших в брак, было значительно больше (71, 8%) по сравнению с женщинами (59, 7%). При этом если доля мужчин в возрасте 50—59 лет, состоящих в браке, составляла 87%, то доля жен­щин этого возраста — только 67, 3%. Мужчин в возрасте 60—69 лет состояло в браке 87, 3% от их общей численности, а жен­щин—48, 1%, в возрасте 70 лет и старше соответственно 74, 5% и 16, 2%.

Как свидетельствуют данные государственной статистики, рост числа поздних браков предопределяется в основном высокими показателями разводов, что прежде всего характерно для городских жителей

Как правило, это повторные браки В решении проблемы оди­ночества пожилых людей за счет заключения повторных браков немалую роль могут сыграть социальные работники, организуя службы знакомств для людей среднего и пожилого возраста

Пожилые мужчины значительно чаще вступают в брак, чем по­жилые женщины.

Чем это объясняется? В первую очередь возрастно-половыми диспропорциями, значительным количественным преобладанием женщин над мужчинами не только вследствие более высокой смертности последних, но и вследствие военных потерь (в нашей стране, в частности, в Великой Отечественной войне 1941—1945гг.)

Следующая причина состоит в том, что мужчины в большинства случаев берут в жены более молодых женщин Это объясняется главным образом психофизиологическими особенностями мужского и женского организма

Брачный состав пожилых людей очень важен для анализа проблемы одиночества Однако и не состоящий в браке пожилой человек может иметь семью

Каков же состав семей, в которых проживают пожилые люди?

Как показывают данные переписей, большинство пожилых супружеских пар проживает отдельной от детей семьей Значительна часть овдовевших и разведенных отцов (матерей) проживает в составе семей своих детей При этом доля проживающих совместно (отцов и матерей) в семьях своих детей на селе больше, чем в горoде. Вместе с тем тенденция разделения сложных семей укрепляется как в городе, так и в деревне.

Пора решить вопросы расселения пожилых людей вблизи проживания их взрослых детей, что во многом бы скрашивало их одиночество, позволяло бы им чаще общаться с детьми и внуками Необходима также организация специализированных учреждений, отдыха пожилых людей в местах постоянного их жительства

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

В социальной работе с пожилыми людьми используются разно образные формы и методы Это и социальное обслуживание на дому, и срочная социальная помощь, и адресная социальная защита и т.д. В этой системе функционируют различные учреждения, в частнос­ти центры социального обслуживания, отделения дневного пребы­вания, стационарные учреждения и специальные жилые дома для пожилых людей.

Особенно важное значение для пожилых приобретает их меди­ко-социальная реабилитация

Принято считать, что инвалидные коляски, палки, кашель — это атрибуты старости, что старение и болезнь — это одно и то же Мно­гочисленные исследования в США показали, однако, что это не так И старые могут быть активными и бодрыми

Конечно, с возрастом потребность в медицинской помощи уве­личивается В силу естественного старения организма проявляется ряд хронических заболеваний, растет удельный вес лиц, нуждаю­щихся в постоянном медицинском наблюдении, в помощи кардио­логов, невропатологов, геронтологов, гериатров Цивилизованность общества определяется, в частности, и тем, насколько широка сеть специальных поликлиник, больниц, домов отдыха и санаториев для пожилых людей

Среди болезней, которым подвержены пожилые люди, напри­мер, старческий маразм Это угасание жизнедеятельности организ­ма вследствие атрофирования коры головного мозга Эта болезнь сопровождается крайним истощением, упадком сил, почти полным прекращением психической деятельности; развивается в глубокой старости или вследствие длительной болезни

Нередко эта болезнь вызывается потерями пожилых людей (по­терей семьи, друзей, роли в обществе, в связи с чем проявляется чув­ство ненужности, бесполезности) Иногда это порождает умствен­ное расстройство, заболевание Худший исход — самоубийство Для предотвращения самоубийств используется «телефон доверия» (связь двусторонняя звонят и престарелые, и престарелым) Созда­ются также центры для пожилых, для их общения

Изучение (в частности, в США) показало, что процесс потери памяти можно замедлить Как выяснилось, многое зависит от от­ношения к пожилым людям (как к дряхлым или как к бодрым, ак­тивным)

Другая болезнь пожилых людей — старческий алкоголизм Ал­коголизм — болезнь всех возрастов, но для пожилых это особенно трудная проблема

По-прежнему остается сложным положение пожилых инвалидов.

Большой проблемой является потеря зрения и слуха у пожилых людей. Как отмечалось на международной конференции в марте 1992 г., США за последние 10 лет приложили много усилий для раз­работки удобных слуховых аппаратов, и проблема была в основном решена, чего, к сожалению, нельзя сказать о нашей стране.

От чего зависит состояние здоровья пожилых людей, их само­чувствие?

Прежде всего от условий жизни, питания, жизнедеятельности, социальных связей. Многие болезни пожилых людей являются результатом их образа жизни, привычек, питания. Если с молодых лет человек правильно питается, активно двигается, то у него нет многих болезней.

Так, соотношение между основными пищевыми элементами (белками, жирами, углеводами) в рационе питания пожилых людей (да и не только пожилых) в нашей стране составляет 1:0,74:5,4, а должно быть иным (1:0,7:3). Преобладают углеводы за счет употребления белого хлеба, макаронных изделий, сахара. Принцип здорового питания — больше овощей, фруктов и ягод, меньше мяса. Разумеется, это возможно в нормальных общественно-экономических условиях.

Социальные службы должны заботиться о физическом здоровье, пожилых людей, призывать их (и способствовать созданию условий) заниматься физической зарядкой. Практика показывает, что благо­приятно сказывается на здоровье всех, в том числе и пожилых людей, участие в соревнованиях, в марафонских забегах, «моржовых» купаниях, лыжных гонках и т.д. При этом важны не результаты,. а само участие.

Однако больному человеку, естественно, не до марафонов. (По данным специальных исследований, проведенных Институтом ге­ронтологии АМН нашей страны, 12% всех пожилых людей и; 25—30% стариков прикованы к постели.) Старение и связанные с ним ухудшение здоровья, болезни предопределяют необходимость оказания постоянной медицинской помощи, обслуживания на дому, помещения престарелых или больных в дома или больницы специализированного профиля. Потребность в строительстве последних обусловливается также дроблением семей, увеличением численно­сти и доли одиноких в населении страны.

В сохранении здоровья пожилых людей немалую роль могут сы­грать градостроительная политика государства, создание условий для поселения их в пригородных зонах, на окраинах городов, на нижних этажах высотных зданий, возможности обмена квартира­ми. Как показывают исследования, пожилые люди реже обращают­ся к врачам по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы (в 1,4 раза), если проживают на первых этажах. На 25% снижается заболеваемость, если в 2 раза увеличивается объем воздуха в поме­щении, приходящийся на одного человека.

Исключительно сложными и в то же время деликатными явля­ются проблема безнадежно больных людей и вопрос об искусствен­ном прерывании жизни таких людей. Случаи умерщвления паци­ентов по их просьбе с целью избавления от мучительных болей оцениваются по-разному, неоднозначно. И это, действительно, не­простая проблема. Здесь имеются не только медицинские, но и со­циальные, гуманистические аспекты.

В заключение коротко о проблеме долголетия.

Многочисленные исследования во многих странах показали, что достижению глубокой старости содействуют активный образ жиз­ни, и особенно труд, питание, социально-бытовые условия, а также наследственные факторы.

Установлено также, что в настоящее время подавляющее число людей умирает под влиянием различных патологических процес­сов задолго до исчерпания генетически заложенных в человеке по­тенциальных жизненных сил. Наукой доказано, что продолжитель­ность жизни человека как биологического вида должна составлять 90—100 лет. Некоторые ученые исчисляют этот срок даже 110—120 годами. И наличие долгожителей в разных странах, осо­бенно в отдельных регионах, подкрепляет обоснованность таких высказываний.

Отмечу также, что с ростом цивилизованных форм жизни ее средняя продолжительность постепенно возрастает. Однако в от­дельные периоды (войны, эпидемии, кризисы и т.д.) может наблю­даться и обратный процесс. В нашей стране, к примеру, средняя про­должительность жизни составляла в 30-е годы XX в. 45 лет, в конце 80-х годов — более 73 лет, ныне (в России) — 58 лет (мужчины) и 71 год (женщины).

Социальное обслуживание и обеспечение людей пожилого воз­раста предоставляет огромное поле деятельности для социального работника

Имея знания и опыт, соответствующие душевные качества, они в значительной мере могут содействовать улучшению образа жизни пожилых людей, обеспечению их независимости, достоинства, по­мочь им занять подобающее место в обществе. Арсенал таких воз­можностей у социономов достаточно широк. Главное —реализовать их.

Социальная работа как важнейший раздел деятельности в области обслуживания пожилых людей и ин­валидов в последние годы приобретает все большую акту­альность. Хотя социальная забота государства и общества по отношению к инвалидам и старым больным людям в России проявлялась всегда, никогда ранее не обсуждался и не ре­шался вопрос о специалистах, которые осуществляли бы эту деятельность.

Социальная работа (в широком смысле этого слова) с такими категориями лиц, как инвалиды и пожилые люди, проводилась систематически в органах и учреждениях соци­ального обеспечения (социальной защиты). В числе осуще­ствляющих эту деятельность были работники домов-интер­натов, Центров социального обслуживания, муниципальных и территориальных органов управления.

Социальным работникам со времени введения этих должностей отводится специфическая роль, которая опреде­ляется и типом учреждения, и характером оказываемых ус­луг, и целями (задачами), и ожидаемыми результатами.

Место деятельности социального работника в связи с указанными обстоятельствами как бы перемещается, оно динамично. Вместе с тем, по мере внедрения в систему со­циальной защиты работников данной категории расширя­ются их функции. Деятельность социальных работников распространяется на все категории инвалидов и пожилых людей, находящихся и в населении (в том числе и в семь­ях), и в домах-интернатах. При этом особенно вырисовыва­ется специфика деятельности социальных работников. В од­них случаях она носит характер организации помощи разли­чных служб (медицинской помощи, юридических консуль­таций и т.д.), в других она приобретает морально-психоло­гический аспект, в третьих — характер коррекционно-педа­гогической деятельности и т.д.

Необходимо подчеркнуть, что помимо непосредственных «потребителей» (инвалидов, пожилых людей) сфера деятельности социальных работников распространяется и на обслуживающий персонал, например, в домах-интернатах, с которым социальным работникам приходится взаимодейст­вовать. В этой связи приобретает особую значимость уро­вень образования социальных работников, их профессиона­лизм, знание психологических особенностей инвалидов и пожилых людей.

В связи с широкими и разнообразными функциями со­циальных работников в обслуживании пожилых людей, воз­никает потребность в этих специалистах с различным уров­нем образования. Для той категории инвалидов и пожилых людей, которые находятся в населении, диапазон деятельно­сти социальных работников охватывает большой круг задач, начиная от оказания социально-бытовой помощи и кончая психолого-педагогической коррекцией и морально-психоло­гической поддержкой. Для инвалидов и пожилых людей, на­ходящихся в стационарных учреждениях, деятельность со­циальных работников также имеет широкий диапазон, на­чиная от социально-бытовой адаптации в домах-интернатах и кончая интеграцией инвалидов в общество.

# РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ

Пожилые люди и инвалиды в Российской Федерации обла­дают всей полнотой социально-экономических и личных прав и свобод, закрепленных Конституцией РФ, конституциями респуб­лик, входящих в ее состав, другими законодательными актами. Однако изменение социального статуса человека в старости и инвалида, связанное с прекращением или ограничением трудовой и общественной деятельности; трансформацией ценностных ориентиров, образа жизни и общения; испытанием затруднений в социально-бытовой и психологической адаптации к новым усло­виям, порождает серьезные социальные проблемы.

Наиболее острой проблемой является ограничение жизне­деятельности пожилых людей и инвалидов. Под ограничением жизнедеятельности понимается полное или частичное отсутствие у человека способности или возможности осуществлять самооб­служивание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

В решении этой проблемы первостепенное значение приоб­ретает совершенствование системы социальной реабилитации и социальной помощи престарелым и инвалидам.

Социальная реабилитация представляет собой комплекс со­циально-экономических, медицинских, юридических, професси­ональных и других мер, направленных на обеспечение необхо­димых условий и возвращение этих групп населения к полнок­ровной жизни в обществе.

Составным элементом социальной защиты пожилых людей и инвалидов на современном этапе является оказание ***социальной помощи*** т.е. обеспечение в денежной и нату­ральной форме, в виде услуг или льгот, предоставляемое с учетом законодательно установленных государством социальных га­рантий по социальному обеспечению. Она носит, как правило, характер периодических и единовременных доплат к пенсиям и пособиям, натуральных выдач и услуг в целях оказания адресной, дифференцированной социальной поддержки этих категорий, ликвидации или нейтрализации критических жизненных ситуаций, вызываемых неблагоприятными социально-экономи­ческими условиями.

Таким образом, наряду с предоставлением традиционных форм социального обеспечения: денежных выплат (пенсий, по­собий); натурального обеспечения; услуг и льгот; стационарных и нестационарных видов обслуживания, - важное значение при­дается новым формам экстренной социальной помощи нетрудо­способным, остронуждающимся гражданам Российской Федера­ции.

Социальное обслуживание и обеспечение пожилых людей включает в себя пенсии и различные пособия; содержание и обслужива­ние престарелых и инвалидов в специальных учреждениях органов социальной защиты населения; протезирование; льготы инвалидам; оказание помощи бездомным.

Социальное обеспечение осуществляется государственными органами, предприятиями, частными лицами, за счет взносов (вычетов из заработной платы) трудящихся. В последнем случае вы­плата из фондов определяется не трудовым вкладом и стажем, а размерами взносов. Такая практика очень распространена в за- ладных странах.

В 1995 г. в системе социальной защиты нашей страны функцио­нировало 959 стационарных учреждений для лиц пожилого возрас­та и инвалидов, более 700 центров социального обслуживания, 900 отделений социальной помощи на дому, а также ряд других учреждений социальной помощи (психолого-педагогической, экстренной психологической помощи и т.д.).

Наиболее развитая сеть социального обслуживания в Челябин­ской, Самарской, Ростовской, Владимирской и ряде других облас­тей.

Рассмотрим содержание работы Центра социального обслуживания (для граждан пожилого возраста и инвалидов). В него, как правило, входит несколько отделений. В ***отделении дневного пребы­вания*** (рассчитанного на содержание не менее 30 пенсионеров и инвалидов) организуется питание, медицинское и культурное об­служивание. Предусмотрено участие в посильной трудовой деятель­ности в спецмастерских или подсобных хозяйствах.

***Отделение временного пребывания*** (рассчитано на содержание не менее 15 человек) осуществляет лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, культурное и бытовое обслуживание, питание в условиях круглосуточного содержания.

**В *отделении социальной помощи на дому*** (оно обслуживает в горо­де 120 человек, в сельской местности — 60 человек) осуществляется постоянное или временное (до 6 месяцев) социально-бытовое об­служивание на дому пенсионеров и инвалидов, нуждающихся в по­сторонней помощи (бесплатно или на платной основе).

Одной из первостепенных задач деятельно­сти отделений социальной помощи на дому является актив­ное выявление нетрудоспособных граждан, нуждающихся в надомном обслуживании. Исследования, проводившиеся в этом направлении Центральным НИИ экспертизы трудо­способности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН) показали, что среди нетрудоспособных граждан (пенсионе­ров и инвалидов трудоспособного возраста) 22,2% нуждают­ся в надомном обслуживании.

Изучение сотрудниками ЦИЭТИНа контингента лиц, принятых на надомное обслуживание в 10 административ­ных территориях России, показало, что подавляющее боль­шинство (80,8%) из них — женщины; мужчины, соответст­венно, составили всего 19,2%.

По возрастному признаку 2/3 обслуживаемых находи­лось в возрасте 75 лет и старше (66,1%), Причем, на долю лиц в возрасте 85 — 89 лет приходилось 14,6%, а долгожите­лей — 3,6%. Лица в возрасте моложе 60 лет составили всего 6,8% среди обслуживаемых, примерно такое же число и 65 — 69-летних — 7,5%. В то же время обслуживаемых в воз­растном диапазоне 70 — 74 года уже было 19,6%.

По степени самообслуживания все обследованные рас­пределились следующим образом: 46,7% при условии дос­тавки им на дом продуктов питания могли себя обслуживать полностью, при этом 90% из них либо вообще не пользова­лись вспомогательными средствами для передвижения, либо использовали трость.

Частично обслуживали себя примерно такое же число обследованных — 46,2%; полностью не могли обслуживать себя 7,1%. Среди указанных 53,3% инвалидов и престарелых 6,0% постоянно находились на постельном режиме, а 30,0% с трудом передвигались только в пределах жилого помеще­ния. 35% лиц из этой объединенной группы не пользова­лись при передвижении вспомогательными средствами, про­чие — либо костылями или тростью (50%), либо кресло-ко­ляской (15%).

Была проанализирована нуждаемость обслуживаемых одиноких нетрудоспособных граждан в различных видах со­циально-бытовых услуг и степень ее удовлетворенности[[6]](#footnote-6).

Так же в дополнение к перечню услуг, оказываемых обычны­ми отделениями социальной помощи на дому, работники специализированных отделений содействуют в приготовле­нии горячей пищи обслуживаемым ими лицам, производят кормление ослабленных пенсионеров и инвалидов, осущест­вляют влажную уборку жилых помещений, оказывают санитарно-гигиеническую помощь (обтирание, обмывание, гиги­енические ванны, стрижка ногтей, причесывание), а также проведение различных медицинских процедур, оказание экстренной доврачебной помощи, проведение санитарно-просветительной работы с обслуживаемыми и их родствен­никами. В приложении 2 приведены перечни услуг, предусмот­ренные различными нормативными документами для обычных и специализированных отделений социальной помощи на дому.

***Служба срочной социальной помощи*** Центра социального обслу­живания предусматривает широкий перечень услуг: разовое обес­печение остро нуждающихся бесплатным горячим питанием или продуктовыми наборами; обеспечение одеждой, обувью и предме­тами первой необходимости; разовое оказание материальной помо­щи; содействие в получении временного жилья; оказание экстрен­ной психологической помощи, в том числе по «телефону доверия»:

оказание юридической помощи в пределах своей компетенции; ока­зание других видов и форм помощи, обусловленных региональны­ми и иными особенностями.

Существенное значение в условиях кризисной обстановки в Рос­сии имеет ***адресная социальная защита*** пожилых людей. Она оказы­вается в первую очередь наиболее нуждающимся: одиноким пенси­онерам, инвалидам, престарелым старше 80 лет.

Социологические исследования в нашей стране показали, что основными направлениями обеспечения благосостояния престаре­лых (по их мнению) являются: повышение пенсий, совершенство­вание пенсионного обеспечения, развитие услуг по уходу за ними на дому, увеличение числа домов для престарелых и улучшение ус­ловий жизни проживания в них.

Совершенствование пенсионного обеспечения является одним из важнейших направлений социального обеспечения в современ­ных государствах. Решается эта задача по-разному.

В одних странах пенсионеры получают пенсию и заработную плату полностью независимо от ее величины и в любой отрасли на­родного хозяйства. В других странах широко распространены так называемые отложенные пенсии, т.е. увеличение пенсий на опре­деленный процент в зависимости от числа трудовых лет после пен­сионного возраста. Практиковалось и практикуется это и в нашей стране. Имеет перспективу и добровольное страхование по старо­сти (право на дополнительную пенсию). К сожалению, в 90-е годы пенсионное обеспечение в России является крайне недостаточным. Размер пенсии намного меньше прожиточного минимума, к тому же она нередко выплачивается не вовремя.

В ряде регионов страны значительную помощь пожилым людям оказывают местные органы власти: увеличиваются дифференциро­ванные доплаты неработающим пенсионерам; различным категори­ям престарелых устанавливаются льготы по оплате жилья, телефона, бесплатно отпускаются лекарства по рецептам врачей и т.д.

Необходимо обратить внимание на социально-бытовое обслужи­вание престарелых. Здесь важно предусмотреть, с учетом потери способности к самообслуживанию, обеспечение специальной удоб­ной обувью, одеждой, различного рода приборами и приспособле­ниями, которые бы облегчили старым людям передвижение по ули­це, ведение домашнего хозяйства, выполнение некоторых гигиенических процедур

Для решения этих проблем архитекторами, дизайнерами, геронтологами уже давно определены перспективные направления раз­работки и выпуска соответствующей бытовой техники. Эти предло­жения сводятся к созданию:

* автоматизированных кухонных комплексов, позволяющих программировать операции по приготовлению пищи,
* системы подъемников для ухода за лежачими больными и ока­зания им санитарно-гигиенической помощи,
* специальной мебели и механизмов для уборки помещений с учетом возрастной специфики престарелых и т п , а также ряда про­стых, но очень нужных устройств и приспособлений, создающих удобства людям преклонного возраста и повышающих безопасность бытовых операций;
* системы поручней и опорных скоб для принятия старым чело­веком ванны;
* специальных подставок, облегчающих надевание обуви;
* пологих пандусов вместо порогов и т. п.

Предложения хорошие, однако, к сожалению, в нашей стране они реализуются крайне неудовлетворительно

С 1986 года в нашей стране начали создаваться так называемые Центры социального обслуживания пенсио­неров, в состав которых помимо отделений социальной по­мощи на дому вошли совершенно новые структурные под­разделения — отделения дневного пребывания.

Целью организации таких отделений было создание своеобразных центров досуга для пожилых людей, независи­мо от того, проживают они в семьях или одиноки. Преду­сматривалось, что в такие отделения люди будут приходить утром, а вечером возвращаться домой; в течение дня они бу­дут иметь возможность находиться в уютной обстановке, об­щаться, содержательно проводить время, участвовать в раз­личных культурно-массовых мероприятиях, получать одно­разовое горячее питание и при необходимости доврачебную медицинскую помощь.

Основной задачей деятельности таких отделений явля­ется помощь пожилым людям в преодолении одиночества, замкнутого образа жизни, наполнение существования но­вым смыслом, формирование активного образа жизни, час­тично утраченного в связи с выходом на пенсию.

Первоначально такие Центры создавались при домах-интернатах для престарелых, поскольку эти учреждения имеют такую материально-техническую базу, которая могла обеспечить для отделения соответствующую площадь, ее оборудование, обеспечить посетителей горячим питанием.

Отделения были рассчитаны на 25-50 посетителей в день. Срок посещения в первое время функционирования отделений не ограничивался. Оплата за питание взималась с посетителей отделения дифференцирование, в зависимости от размера получаемой пенсии. Предусматривалось, что с посетителями отделения будет работать на 0,5 ставки культ­работник дома-интерната. Согласно соответствующего "Положения", посетители отделения имели право пользоваться лечебно-диагностическими и процедурными кабинетами, трудовыми мастерскими, а также обеспечиваться медика­ментами наравне с проживающими в доме-интернате.

Изучение ЦИЭТИНом отзывов посетителей отделения о факте создания такой службы показало, что все посещаю­щие отделение относятся к этому положительно. Вместе с тем, изучение отношения посещающих отделение дневного пребывания к факту нахождения его при доме-интернате показало следующее: 47% относятся безразлично ~ это пре­имущественно те, у кого контакты с проживающими в до­ме-интернате минимальны или отсутствуют; 28,5% относят­ся положительно — это те лица, которые активно ищут кон­тактов с персоналом дома-интерната, бесплатно получают лекарственные препараты и процедуры, а также те, которые охотно контактируют с проживающими в этом учреждении, оказывают им какую-то помощь и понимают, что будучи одинокими, и сами через какое-то время вынуждены будут перейти на постоянное проживание в дом-интернат, но от­носятся к такой перспективе спокойно, не рассматривая ее как жизненную катастрофу. У 25,5% посетителей отношение крайне отрицательное. Это те люди, которые, осознавая для себя возможную перспективу в конце концов оказаться на постоянном проживании в доме-интернате, не могут сми­риться с мыслью о таком исходе; это также те граждане, кто столкнулся с негативным отношением к себе со стороны на­ходящихся в стационаре.

Изучение мнения директоров домов-интернатов, на ба­зе которых образованы центры социального обслуживания, о целесообразности такого симбиоза показало, что все опро­шенные считают это не лучшим вариантом, приводя следу­ющие аргументы:

* за редким исключением дома-интернаты для преста­релых и инвалидов расположены в значительном удалении от жилых массивов, имеют плохое транспортное сообщение, что создает серьезные препятствия пожилым людям для ежедневного посещения отделения дневного пребывания;
* нарушаются санитарно-гигиенические требования, предъявляемые к дому-интернату как к закрытому учрежде­нию: лица, посещающие отделение дневного пребывания, не обследованы всесторонне, как постоянно проживающие;
* контактируя с последними, пользуясь общей столовой, биб­лиотекой, кинозалом они создают опасность заноса инфек­ций в дом-интернат;
* ухудшаются жилищные условия постоянно прожива­ющих за счет уплотнения их для выделения площадей под отделение дневного пребывания. Кроме того, не выделяются дополнительные бюджетные средства на содержание отделе­ния, что косвенно отражается на материальном благополу­чии проживающих в учреждении;
* ухудшается морально-психологический климат среди постоянно проживающих, многие из которых протестуют против того, что посещающие отделение дневного пребыва­ния бесплатно пользуются всеми благами дома-интерната (мебелью, библиотекой, кинозалом, медикаментами, полу­чают медицинское обслуживание, а также бесплатное или льготное питание) и при этом у них пенсия сохраняется в полном объеме, в то время как проживающие в доме-интер­нате получают на руки лишь 10% от пенсии, остальная часть которой идет в доход государства.

В связи с этим во многих административных террито­риях центры социального обслуживания стали создаваться как автономные учреждения, ни территориально, ни функ­ционально не связанные с домами-интернатами. Вместе с тем, 56 центров до настоящего времени остаются "привязан­ными" к домам-интернатам.

При создании первых центров еще не была предусмот­рена ротация посетителей отделений дневного пребывания через определенное время. Однако положительный опыт ра­боты этих учреждений сделал их популярными у населения пенсионного возраста, обнаружил большое число желающих пользоваться услугами отделения дневного пребывания. В связи с этим с учетом численности пенсионеров, проживаю­щих в зоне обслуживания Центра и числа подавших заявле­ния на посещение отделения, во многих территориях были просчитаны сроки, на которые должна набираться одна группа, с тем, чтобы в течение года все желающие могли посещать центр два и более раз. Так сделана в г.г. Челябин­ске, Шахты Ростовской области, в отдельных Центрах г. Москвы. Сроки посещения Центров в разных территориях различны: от 2-3 месяцев до 2 недель (в г. Москве). Вместе с тем, как показали результаты опроса посещающих отделе­ние, 2-недельный срок не удовлетворяет большинство по­жилых людей, т.к. за это время люди не успевают хорошо познакомиться, не успевают сложиться микро коллективы и группы по интересам, которые помогают избавиться от чув­ства одиночества и сохранить сложившиеся связи и после окончания срока посещения отделения. Культурно-массо­вые мероприятия при 2-недельной "смене" сводятся, как правило, к проведению одного концерта силами местных артистов, а также одной лекции или беседы, а организация досуговой деятельности (кружковой работы, художественной самодеятельности, вечеров отдыха в дневное время с танца­ми, хоровым пением и т.д.) по сути не имеет места. В ре­зультате большинство посетителей приходят в отделение лишь на время обеда для получения бесплатного горячего питания.

В отделение зачисляются пенсионеры и инвалиды неза­висимо от их семейного положения, сохранившие способ­ность к самообслуживанию и активному передвижению, на основании личного заявления и справки из медицинского учреждения об отсутствии противопоказаний к принятию в отделение.

В отделении выделяются помещения для кабинета доврачебной медицинской помощи, клубной работы, библиоте­ки, мастерских и др.

Питание может осуществляться как в специально обо­рудованном помещении отделения, так и в близлежащих предприятиях общественного питания. Для организации от­дыха обслуживаемых в отделении оборудуются спальные по­мещения ( из расчета не менее 2 коек на 10 посетителей) с обеспечением индивидуальными постельными принадлеж­ностями.

Обслуживаемые лица могут при их добровольном сог­ласии участвовать в посильной трудовой деятельности в специально оборудованных мастерских или на подсобных хозяйствах. Продукция подсобного хозяйства направляется на обеспечение питания обслуживаемых лиц, а излишки мо­гут быть реализованы с последующим зачислением доходов на счет Центра.

Пенсионеры и инвалиды обслуживаются отделением бесплатно. Питание обслуживаемых может быть бесплатным или за плату, размер которой устанавливается руководством Центра по согласованию с местной администрацией.

По решению руководства Центра и местной админист­рации отдельные услуги в отделении могут предоставляться за плату (массаж, мануальная терапия, посещение культур­но-зрелищных мероприятий и т.д.). Денежные средства, взимаемые за отдельные виды услуг, зачисляются на счет Центра и направляются на его развитие.

Согласно штатному расписанию, отделение дневного пребывания возглавляет заведующий отделением. Кроме то­го, в нем предусмотрены должности медицинской сестры, культорганизатора, сестры-хозяйки, санитарки, гардеробщи­ка, а при организации питания в самом отделении — еще и буфетчицы и официантки. При наличии мастерских или подсобного хозяйства вводится должность инструктора по трудовой терапии.

Изучение контингента лиц, посещавших отделения дневного пребывания в 24 Центрах социального обслужива­ния (300 человек), показало следующее: 80,7% составили женщины, 19,3% — мужчины. По возрастным градациям преобладали лица пожилого (60 — 74 лет) возраста — 48,6% и старческого (75-89 лет) возраста — 46%.

Анализ семейного положения обследованных показал, что эти отделения посещают преимущественно одинокие и одиноко проживающие граждане — 65,7%; 12% составляют одинокие супружеские пары. 22,3% посещающих отделение проживают с родственниками разной степени родства, одна­ко 15,7% не получают от своих родственников никакой ма­териальной и бытовой помощи и взаимоотношения с ними у пожилых людей преимущественно натянутые или откро­венно враждебные.

Посетители отделения дневного пребывания имеют разный образовательный уровень: 22,4% граждан имеют на­чальное образование, либо неграмотны; у 40,3% лиц непол­ное среднее и среднее образование; 38,8% посетителей име­ют специальное среднее или высшее образование.

Большинство посетителей отделения (58%) обслужива­ют себя полностью, 42% осуществляют самообслуживание с частичной помощью социальных работников, родственни­ков и других лиц. 58,6% из них не пользовались никакими вспомогательными средствами для передвижения, остальные пользовались тростями (большинство в зависимости от вре­мени года) и лишь 2 человека из 300 обследованных пере­двигались с помощью костылей.

Исследование мотивов посещения отделения дневного пребывания показало, что ведущим для подавляющего боль­шинства лиц является желание общаться (76,3%), вторым по значимости является возможность получения бесплатного или по льготной стоимости обеда (61,3%); третьим в иерар­хии мотивов является желание содержательно проводить свой досуг (47%). Такие мотивы, как стремление избавить себя от процесса приготовления пищи (29%) и неудовлетво­рительная материальная обеспеченность (18%) не занимают ведущего положения у основного контингента посещающих отделение. В то же время почти у половины граждан (46,7%) имеются еще и другие мотивы, привлекающие их в отделение дневного пребывания. Так, ежедневное посеще­ние заставляет их "быть в тонусе", "дисциплинирует", "напо­лняет жизнь новым смыслом", "позволяет расслабиться". У отдельных граждан длительное посещение отделения спо­собствовало существенному улучшению состояния здоровья (урежение приступов бронхиальной астмы, сосудистых кри­зов и др.). Положительное воздействие на эмоциональную сферу оказывает уютная обстановка, доброжелательность ра­ботников отделения, а также возможность в любой момент получить медицинскую помощь, заниматься лечебной физ­культурой.

Иерархия мотивов посещения отделения дневного пре­бывания в значительной степени связана как с возрастом обследованных, так и с образовательным уровнем. Это об­стоятельство следует учитывать при формировании контин­гента каждой "смены" и при разработке плана досуговых и других мероприятий для каждой такой "смены".

В настоящее время в штатном расписании отделений дневного пребывания не предусмотрена должность социаль­ного работника, его должностные обязанности выполняют частично заведующий отделением, частично культработник. Вместе с тем, вопросами комплектования контингента отде­ления, формированием микроколлективов среди посетите­лей отделения, оказанием психологической помощи, в оп­ределенной степени организацией досуговых мероприятий и другими должен заниматься специально подготовленный че­ловек — социальный работник. Можно предположить, что в перспективе такая должность появится в штате отделений дневного пребывания.

В последние годы в ряде Центров социального обслу­живания появилось новое структурное подразделение — Служба срочной социальной помощи. Она предназначена для оказания неотложной помощи разового характера, на­правленной на поддержание жизнедеятельности граждан, остро нуждающихся в социальной поддержке. Организация такой службы была вызвана изменением социально-эконо­мической и политической ситуации в стране, появлением большого числа беженцев из горячих точек бывшего Совет­ского Союза, бомжей, а также необходимостью оказывать срочную социальную помощь гражданам, оказавшимся в экстремальных ситуациях в связи с природными катаклиз­мами и т.д.

В соответствии с нормативным документом[[7]](#footnote-7), Служ­ба срочной социальной помощи должна размещаться в спе­циально отведенном помещении, имеющем все виды ком­мунального благоустройства, складские помещения для хра­нения предметов натуральной помощи (одежды, обуви, по­стельного белья, набора лекарственных препаратов и пере­вязочных средств для оказания срочной доврачебной помо­щи и др.),иметь телефонную связь.

Основными направлениями деятельности Службы явля­ются:

* предоставление необходимой информации и кон­сультаций по вопросам социальной помощи;
* обеспечение бесплатным горячим питанием или про­дуктовыми наборами (по талонам в закрепленном предпри­ятии общественного питания; талоны могут выдаваться на одно посещение столовой либо, после обследования соци­ально-бытовых условий потерпевшего сроком на месяц);
* предоставление одежды, обуви и других предметов первой необходимости;
* оказание материальной помощи;
* содействие в получении временного жилья (в ряде случаев совместно с иммиграционной службой);
* направление граждан в соответствующие органы и службы для квалифицированного и полного разрешения их вопросов;
* оказание экстренной психологической помощи, в том числе, по "телефону доверия";
* оказание других видов помощи, обусловленных реги­ональными особенностями (в том числе, срочной юридичес­кой помощи инвалидам и лицам старших возрастов, не име­ющих возможности получить услуги государственной юри­дической службы).

Штатное расписание Службы срочной социальной по­мощи предусматривает следующие должности: заведующий службой, психолог (на 0,5 ставки), юрист (на 0,5 ставки), специалисты по социальной работе (2 должности), социаль­ный работник.

В связи с тем, что Служба срочной социальной помощи находится на начальном этапе своего развития, она претер­певает изменения, постоянно совершенствуясь, внедряя все новые формы социального обслуживания граждан, а вместе с ней совершенствуется вся служба социальной помощи не­трудоспособным гражданам. Так в ряде административных территорий в рамках Центров социальной помощи стали появляться новые структурные подразделения — отделения временного пребывания (от 4 недель до 3 месяцев) для лиц старших возрастов и инвалидов (например, в Новосибир­ской и Самарской областях). Размещаются они, как прави­ло, в зданиях бывших профсоюзных здравниц (домов отды­ха, пионерских лагерей), а также, сельских участковых боль­ниц, от которых отказались органы здравоохранения, мед­санчастей промышленных предприятий на долевой основе и т.д.). Отбор нетрудоспособных граждан в эти отделения про­водится с помощью социальных работников, ветеранских организаций, по личному обращению нетрудоспособных граждан. В ряде территорий (например, в Архангельской об­ласти) такие отделения функционируют только в осенне-зимний период, когда в них собираются одинокие старушки из близлежащих деревень, чтобы провести зиму в тепле и сытости, а весной вернуться к своим огородам. В таких от­делениях может быть предусмотрено оказание доврачебной и врачебной медицинской помощи, организация содержа­тельного досуга, психологическая помощь. Эта форма соци­ального обслуживания еще не получила широкого распро­странения, однако положительный опыт функционирования таких отделений говорит о том, что они нужны и их даль­нейшее развитие имеет перспективу.

Таким образом, рассмотренные вопросы создания и развития в России службы социальной помощи нетрудоспо­собным гражданам дают основание прогнозировать дальней­шее их совершенствование, в котором действенное участие будут принимать новые кадры специалистов по социальной работе, подготовке которых в настоящее время уделяется са­мое серьезное внимание.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социальная работа как важнейший раздел деятельности в области обслуживания пожилых людей и ин­валидов в последние годы приобретает все большую акту­альность. Хотя социальная забота государства и общества по отношению к инвалидам и старым больным людям в России проявлялась всегда, никогда ранее не обсуждался и не ре­шался вопрос о специалистах, которые осуществляли бы эту деятельность.

Социальная работа (в широком смысле этого слова) с такими категориями лиц, как инвалиды и пожилые люди, проводилась систематически в органах и учреждениях соци­ального обеспечения (социальной защиты). В числе осуще­ствляющих эту деятельность были работники домов-интер­натов, Центров социального обслуживания, муниципальных и территориальных органов управления.

Социальным работникам со времени введения этих должностей отводится специфическая роль, которая опреде­ляется и типом учреждения, и характером оказываемых ус­луг, и целями (задачами), и ожидаемыми результатами.

Место деятельности социального работника в связи с указанными обстоятельствами как бы перемещается, оно динамично. Вместе с тем, по мере внедрения в систему со­циальной защиты работников данной категории расширя­ются их функции. Деятельность социальных работников распространяется на все категории инвалидов и пожилых людей, находящихся и в населении (в том числе и в семь­ях), и в домах-интернатах. При этом особенно вырисовыва­ется специфика деятельности социальных работников. В од­них случаях она носит характер организации помощи разли­чных служб (медицинской помощи, юридических консуль­таций и т.д.), в других она приобретает морально-психоло­гический аспект, в третьих — характер коррекционно-педа­гогической деятельности и т.д.

Необходимо подчеркнуть, что помимо непосредственных «потребителей» (инвалидов, пожилых людей) сфера деятельности социальных работников распространяется и на обслуживающий персонал, например, в домах-интернатах, с которым социальным работникам приходится взаимодейст­вовать. В этой связи приобретает особую значимость уро­вень образования социальных работников, их профессиона­лизм, знание психологических особенностей инвалидов и пожилых людей.

В связи с широкими и разнообразными функциями со­циальных работников в обслуживании пожилых людей, воз­никает потребность в этих специалистах с различным уров­нем образования. Для той категории инвалидов и пожилых людей, которые - находятся в населении, диапазон деятельно­сти социальных работников охватывает большой круг задач, начиная от оказания социально-бытовой помощи и кончая психолого-педагогической коррекцией и морально-психоло­гической поддержкой. Для инвалидов и пожилых людей, на­ходящихся в стационарных учреждениях, деятельность со­циальных работников также имеет широкий диапазон, на­чиная от социально-бытовой адаптации в домах-интернатах и кончая интеграцией инвалидов в общество.

В нашей стране, как и во всем мире, в последнее десятилетие наблюдается значительное увеличение численности пожилых людей и инвалидов. Удельный вес пенсионеров в структуре на­селения России составляет более 23%. Тенденция к росту чис­ленности престарелых и инвалидов требует коренного изменения социальной политики в отношении этой, наиболее социально незащищенной категории общества.

Проблемы их социальной защищенности становятся особенно актуальными в современных условиях, когда старые формы и методы социальной поддержки оказались по существу, непригодными, а новая система социальной защиты, соответствующая требованиям рыночной экономики, еще только создается. Важнейшая задача системы социальной защиты - поддерживание уровня жизни пожилых людей и инвалидов в экстремальных ситуациях, содействие их адаптации к условиям рыночной экономики.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. "Временное положение об отделении социальной по­мощи на дому одиноким нетрудоспособным гражданам". Ут­верждено постановлением Госкомтруда СССР и Секретари­ата ВЦСПС от 3 февраля 1986 г. №28/3-43.
2. Контроль за ходом осуществления международных планов и программ действий. Комиссия социального разви­тия, XXXI 11 сессия. Вена, 8-17 февраля 1993.
3. Приказ Министерства социальной защиты населе­ния Российской Федерации от 20.07.1993 г. №137 "Об утвер­ждении Примерного положения о Центре социального об­служивания".
4. Приказ МСЗ России от 27 декабря 1994 г. №259 "О создании отделений специализированной помощи на дому".
5. Социальное обслуживание населения и социальная работа за рубежом. — М., 1994, 78 с. (Институт социальной работы/ ассоциации работников социальных служб).
6. Указ Президента Российской Федерации от 26.12.1991 г. №328 "О дополнительных мерах по социальной поддержке населения в 1992 году".
7. Указание "О взаимодействии органов социальной защиты населения и службы милосердия Российского Крас­ного Креста в вопросах социальнойзащиты малообеспечен­ных групп населения от 15 мая 1993 г. №1-32-4.
8. *Дементьева Н.Ф., Болтенко В.В., Доценко Н.М. и др.* "Социальное обслуживание и адаптация лиц пожилого воз­раста в домах-интернатах". / Методич. рекоменд. — М., 1985, Збс. (ЦИЭТИН).
9. *Дементьева Н.Ф., Модестов А.А.* Дома-интернаты: от призрения к реабилитации. — Красноярск, 1993, 195 с.
10. *Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В.* Формы и методы ме­дико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. - М., 1991, 135 с. (ЦИЭТИН).
11. *Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю.* Социально-психо­логическая адаптация лиц старших возрастов в начальный период пребывания в домах-интернатах. /Методич. реко­менд. - М., 1992, 18 с. (ЦИЭТИН).
12. *Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю., Соболь А.Я.* Орга­низационно-методические аспекты деятельности социально­го работника. В кн.; Социальная работа в учреждениях здра­воохранения. — М., 1992, (Департамент проблем семьи, женщин и детей МСЗ РФ. Центр общечеловеческих ценно­стей).
13. *Токарь А.В., Вержиковская Н.В.* Организационное обеспечение координации медицинской и социальной по­мощи пожилому населению. В кн.: Медицинские и соци­альные проблемы старения. — Киев, 1987, с.3-7 (Институт геронтологии АМН СССР).
14. *Чеботарев Д. Ф.* Медико-социальные аспекты поста­рения населения. — Ж. Советское здравоохранение., 1977, №6, с.8-13.
15. *Щирина М.Г.* Демографические и клинико-эпидемиологические исследования в геронтопсихиатрии. — МРЖ, р.14, №12.
16. Энциклопедия социальной работы (перевод с анг­лийского). — М., 1993, т.1, 480 с. (Центр общечеловеческих ценностей).

## Приложение 1

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НУЖДАЕМОСТИ ОДИНОКИХ НЕТРУДОСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛУГ НА ДОМУ, %.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды социально-бытовых услуг | Нуждае­мость | Предоста­вление |
| Стирка белья (в т.ч. услуги прачечной) | 90,8 | 19,9 |
| Услуги химчистки | 49,1 | 3,9 |
| Помощь при мытье головы, тела | 57.3 | 5.3 |
| Стрижка волос и ногтей | 35,6 | 1.4 |
| Ремонт обуви | 28.1 | 4,3 |
| Пошив одежды | 7,5 | 3,6 |
| Услуги библиотеки | 5,0 | 1.8 |
| Помощь в чтении газет и др. | 8,2 | 1.1 |
| Доставка продуктов | 94.6 | 94,6 |
| Доставка медикаментов | 92,5 | 86,5 |
| Доставка (приготовление) горячей пищи | 24,2 | 1.0 |
| Доставка хоз. и промтоваров | 69,7 | 37,4 |
| Уборка жилого помещения | 87,5 | 28.5 |
| Оплата коммунальных услуг | 75,3 | 62,9 |
| Доставка топлива, протопка печей | 6.1 | 2.1 |
| Содействие в ремонте жилья | 35.7 | 3.6 |
| Организация досуга | 7.5 | 2.1 |
| Сопровождение на прогулке | 16,0 | 2,5 |
| Обработка приусадебного участка | 11,4 | 4,3 |

## ёПриложение 2.

### ПЕРЕЧЕНЬУСЛУГ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ В ПРИКАЗАХ МИНИСТЕРСТВА (СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РФ) ДЛЯ ОТДЕЛЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуг | приказ №81 24.07.87 | №137 20.07.93 | №259 17.12.94 |
| Доставка на дом продовольствия | + | + | + |
| Доставка на дом промтоваров | + | + | + |
| Доставка медикаментов | + | + | + |
| Доставка воды |  | + | + |
| Сдача и доставка вещей в стирку, химчистку, ремонт | + | + | + |
| Оплата коммунальных услуг | + | + | + |
| Уборка жилых помещений |  |  | + |
| Смена нательного и постельного белья |  |  | + |
| Протопка печей |  | + | + |
| Кормление ослабленных граждан |  |  | + |
| Оказание санитарно-гигиенической помощи (причесывание, обтирание) |  |  | + |
| Написание писем | + | + | + |
| Оказание помощи в поддержании свя­зи с трудовыми коллективами и др. | + |  |  |
| Приготовление горячей пищи |  |  | + |
| Содействие в организации ремонта жилья |  | + | + |
| Содействие в обеспечении топливом |  | + | + |
| Содействие в оказании мед. помощи | + | + |  |
| Содействие в получении протезно — ортопедических изделий |  | + |  |
| Содействие в организации предостав­ления услуг предприятиями торговли, здравоохранения, нотариальных и др: | + | + |  |
| Содействие в обработке приусадеб­ных участков |  | + |  |
| Содействие в оформлении документов на опеку (попечительство) | + | + |  |
| Содействие в оформлении документов для помещения в дом-интернат, ЦСО | + | + |  |
| Содействие в обмене жилья |  | + |  |
| Содействие в предоставлении обслу­живаемым льгот и преимуществ, уста­новленных действующим законода­тельством |  | + |  |
| Оказание экстренной доврачебной по­мощи, вызов врача, сопровождение заболевших в леч.учреждение, посе­щение их в стационаре |  |  | + |
| Проведение медицинских процедур (измерение АД, наложение компрес­сов, обработка пролежней, выполне­ние очистительных клизм) |  |  | + |
| Осуществление подкожных и внутри­мышечных введений лекарственных препаратов |  |  | + |
| Проведение санитарно-просветитель-ной работы среди обслуживаемых и их родственников |  |  | + |
| Содействие в предоставлении риту­альных услуг (в погребении одиноких умерших граждан) |  |  | + |

1. "Временное положение об отделении социальной по­мощи на дому одиноким нетрудоспособным гражданам". Ут­верждено постановлением Госкомтруда СССР и Секретари­ата ВЦСПС от 3 февраля 1986 г. №28/3-43. [↑](#footnote-ref-1)
2. Приказ Минсобеса РСФСР от 24 июля 1987 г. №81 "Об утверждении Положения о территориальном центре со­циального обслуживания пенсионеров, и штатов центров социаль­ного обслуживания пенсионеров. [↑](#footnote-ref-2)
3. Приказ Минсоцзащиты населения РСФСР от 04.02.1992 г. №21 "Об утверждении Положения о территори­альной службе срочной социальной помощи".

   Приказ Министерства социальной защиты населе­ния Российской Федерации от 20.07.1993 г. №137 "Об утвер­ждении Примерного положения о Центре социального об­служивания".

   Приказ МСЗ России от 27 декабря 1994 г. №259 "О создании отделений специализированной помощи на дому". [↑](#footnote-ref-3)
4. Указ Президента Российской Федерации от 26.12.1991 г. №328 "О дополнительных мерах по социальной поддержке населения в 1992 году". [↑](#footnote-ref-4)
5. Приказ Минсоцзащиты населения РСФСР от 04.02.1992 г. №21 "Об утверждении Положения о территори­альной службе срочной социальной помощи". [↑](#footnote-ref-5)
6. См Приложение 1 [↑](#footnote-ref-6)
7. Приказ Минсоцзащиты населения РСФСР от 04.02.1992 г. №21 "Об утверждении Положения о территори­альной службе срочной социальной помощи". [↑](#footnote-ref-7)