

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ БГУ**

В. К. Милькаманович

СОЦИАЛЬНАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Учебно-методический комплекс

МИНСК
ГИУСТ БГУ
2010

УДК [316.346.32-053.9+613.98](075.8)

ББК 60.54я73

М60

Рекомендовано кафедрой социальной работы
Государственного института управления и социальных технологий БГУ

Автор:

кандидат медицинских наук, доцент **В. К. Милькаманович**

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор **В. П. Сытый;**

доктор медицинских наук, профессор **В. А. Сятковский**

Милькаманович, В. К.

М60 Социальная геронтология : учеб.-метод. комплекс /
В. К. Милькаманович. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2010. – 328 с.

ISBN 978-985-491-027-7.

В учебно-методическом комплексе рассматриваются основные понятия и разделы социальной геронтологии, представлена организация медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста, отмечены особенности их состояния здоровья, излагаются ключевые вопросы социальной защиты пожилых и старых людей, социальной профилактики преждевременного старения, проблем социальной адаптации и реабилитации, гигиены, питания и общего ухода, опеки и попечительства. Большое внимание уделяется формированию целостного представления о пожилых и старых людях и их роли в современном обществе, а также их социальной защите в Республике Беларусь.

Предназначено для студентов высших учебных заведений по специальности «Социальная работа», а также для учащихся медицинских училищ и колледжей, может быть использовано практикующими социальными и медицинскими работниками.

УДК [316.346.32-053.9+613.98](075.8)

ББК 60.54я73

ISBN 978-985-491-027-7

© Милькаманович В. К., 2010

© ГИУСТ БГУ, 2010

Оглавление

Учебная программа по дисциплине «Социальная геронтология»	
Пояснительная записка	4
Тематический план учебной дисциплины	
«Социальная геронтология»	6
Содержание курса «Социальная геронтология»	7
Программа семинарских занятий	10
Тематика заданий для КСР	11
Вопросы к зачету	12
Темы контрольных работ	13
Литература	14
Курс лекций по дисциплине «Социальная геронтология» .	16
Тема 1. Предмет и задачи социальной геронтологии	16
Тема 2. Роль и место старости в онтогенезе человека	42
Тема 3. Постарение населения: демографические, экономические и социальные проблемы.	55
Тема 4. Половые и индивидуальные различия протекания старости	77
Тема 5. Пожилой человек в семье и обществе	97
Тема 6. Образ жизни и здоровье людей пожилого и старческого возраста	122
Тема 7. Медико-социальное обслуживание людей пожилого и старческого возраста	153
Тема 8. Основы геронтогигиены	177
Тема 9. Особенности питания стареющих людей	202
Тема 10. Содержание социальной работы с людьми пожилого и старческого возраста	227
Тема 11. Социальная адаптация и реабилитация людей пожилого и старческого возраста	258
Тема 12. Социальное попечительство над людьми старческого возраста	278
Тема 13. Социальная защита людей пожилого и старческого возраста	289
Тема 14. Современная реформа пенсионного обеспечения в Беларуси.	308

Учебная программа по дисциплине «Социальная геронтология»

Пояснительная записка

Постарение населения — один из важнейших социальных процессов в странах Европы, в том числе Беларуси. Его причины до конца не изучены, а последствия полностью не осознаны.

Большинство людей пожилого и старческого возраста относятся к группе нуждающихся в социальной помощи: социальном обеспечении, социальной защите и социальном обслуживании. Доля людей такого возраста во всем населении постоянно увеличивается. Специалист по социальной работе должен обладать необходимыми теоретическими знаниями и практическими навыками для оказания помощи данной части населения.

Целью учебной дисциплины «Социальная геронтология» является формирование у студентов (будущих социальных работников) первичных знаний в области социальных последствий старения и старости, ознакомление с новейшими технологиями социальной работы с пожилыми и стареющими людьми.

Главные **задачи** преподавания дисциплины:

1. Изучение студентами теоретического материала о социально-геронтологических процессах и явлениях на основе междисциплинарных подходов, различия трактовок, системного видения.
2. Развитие умения использовать социально-геронтологическую информацию в русле ранее полученных знаний.
3. Обучение конструктивным формам мышления и прогнозирования.
4. Развитие потребности к получению новых знаний в области социальной геронтологии.
5. Обучение прогрессивным технологиям социальной работы с пожилыми и стареющими людьми.

В результате изучения дисциплины *студенты должны знать:*

- особенности состояния здоровья лиц пожилого возраста, социальной профилактики старости, проблем адаптации к изменениям условий жизни;
- формы социальной защиты, социального обслуживания, социальной профилактики старения;
- пути и методы включения пожилых людей в социум, активное положение в семье;

должны уметь:

- устанавливать партнерские отношения с пожилыми людьми;
- обеспечивать посредничество между пожилым человеком и его семьей;
- осуществлять медико-социальный патронаж одиноких престарелых лиц;
- обеспечивать разработку и реализацию программ повышения экономической самостоятельности пожилых людей, интеграцию их в общество, семью с использованием опыта пожилых, обеспечивая их достоинство и самореализацию.

Обучение осуществляется в форме лекционных, семинарских и практических занятий. На самостоятельную работу выносятся темы, наиболее интересные в познавательном и прикладном плане специалистам данного профиля.

Важно подчеркнуть, что для изучения учебной дисциплины «Социальная геронтология» необходимы знания социально-гуманитарных и естественнонаучных дисциплин, общепрофессиональных и специальных дисциплин в рамках типового учебного плана направления специальности 1-86 01 01 «Социальная работа» (социо-медико-психологическая деятельность).

Тематический план учебной дисциплины «Социальная геронтология»

№ п/п	Название тем	Кол-во часов		
		Лекции	Семинары	КСР
1.	Предмет и задачи социальной геронтологии	2		
2.	Роль и место старости в онтогенезе человека	2		
3.	Постарение населения: демографические, экономические и социальные проблемы	2		2
4.	Половые и индивидуальные различия протекания старости	2		
5.	Пожилой человек в семье и обществе		2	
6.	Образ жизни и здоровье людей пожилого и старческого возраста	2		
7.	Медико-социальное обслуживание людей пожилого и старческого возраста	2		
8.	Основы геронтогигиены	2		
9.	Особенности питания стареющих людей			2
10.	Содержание социальной работы с людьми старческого и пожилого возраста	2	2	
11.	Социальная адаптация и реабилитация людей старческого и пожилого возраста	2	2	
12.	Социальное попечительство над людьми старческого возраста			2
13.	Социальная защита людей пожилого и старческого возраста	2		
14.	Современная реформа пенсионного обеспечения в Беларуси		2	
	Всего	20	8	6

СОДЕРЖАНИЕ КУРСА

«Социальная геронтология»

Тема 1. Предмет и задачи социальной геронтологии

Содержание общей геронтологии. Старение как биологический процесс. Социальная геронтология — часть общей геронтологии. Предмет социальной геронтологии. Социальные последствия старения. Теории старения. Отношение к долголетию и бессмертию.

Тема 2. Роль и место старости в онтогенезе человека

Понятие возрастных этапов, периодизация жизни человека. Различие точек зрения. Социальные причины, усиливающие процессы старения. Социальные причины увеличения продолжительности жизни.

Тема 3. Постарение населения: демографические, экономические и социальные проблемы

Демография старости. Демографическое постарение населения мира. Постарение населения Беларуси. Понятие возрастно-половой структуры населения, ее динамика. Продолжительность жизни населения в мире и в Беларуси. Возраст выхода на пенсию и необходимость его пересмотра.

Тема 4. Половые и индивидуальные различия протекания старости

Понятие пола и его особенности у человека. Половые особенности протекания старости. Климакс, его особенности протекания у женщин и мужчин. Сроки и фазы наступления физиологических и психологических изменений в связи с наступлением климакса. Социальные последствия старения функций организма у мужчин и женщин.

Тема 5. Пожилой человек в семье и обществе

Ограничение деятельности после выхода на пенсию. Необходимость продолжения общественно полезной работы. Старческое одиночество. Роль семьи для пожилого человека. Опекa и помощь членов семьи.

Тема 6. Образ жизни и здоровье людей пожилого и старческого возраста

Посильный труд как источник долголетия и сохранения здоровья. Свободное время: активный и пассивный отдых, занятие физической культурой. Личность стареющего человека. Разрыв прежних отношений с трудовым коллективом. Необходимость подготовки к выходу на пенсию. Возможность возобновления трудовой деятельности в ином качестве.

Тема 7. Медико-социальное обслуживание людей пожилого и старческого возраста

Понятие гериатрии. Врач-гериатр: особенности работы. Состояние пожилых в зависимости от продолжения трудовой деятельности. Болезни старости: общие принципы лечения. Требования к медицинскому персоналу, обслуживающему пожилых.

Тема 8. Основы геронгиены

Составные части геронгиены: сохранение здоровья, питание, отдых, посильная трудовая деятельность, семейно-бытовые факторы. Увеличение времени и расходов на удовлетворение физиологических потребностей. Жилье для престарелых.

Тема 9. Особенности питания стареющих людей

Роль питания в процессе старения. Современные теории питания пожилых. Влияние количества и качества питания на процессы старения. Вред и польза диетического питания. Роль витаминов и пищевых добавок. Взаимосвязь питания и физической культуры. Возрастное ожирение. Болезни при неправильном питании.

Тема 10. Содержание социальной работы с людьми пожилого и старческого возраста

Формы и методы социальной работы с пожилыми. Социальное обслуживание на дому. Адресная социальная помощь пожилым. Дома-интернаты и центры дневного пребывания. Наиболее прогрессивные технологии социальной работы с пожилыми. Зарубежный опыт.

Тема 11. Социальная адаптация и реабилитация людей пожилого и старческого возраста

Типы социальной адаптации к старости: физиологическая, социально-экономическая, социально-педагогическая, социально-психологическая и профессиональная. Гериатрическая реабилитация: медицинская, психологическая, просветительная, экономическая, профессиональная, геронтологический уход и ресоциализация. Социальная реабилитация инвалидов пожилого возраста.

Тема 12. Социальное попечительство над людьми старческого возраста

Попечительство как правовая защита личных и имущественных прав и интересов. Основная форма попечительства пожилых. Содержание пожилых в домах-интернатах. Комплекс реабилитационных мероприятий в домах-интернатах. Надомные услуги пожилым.

Тема 13. Социальная защита людей пожилого и старческого возраста

Особенности социальной защиты пожилых и старых людей. Принципы и механизмы социальной защиты пожилых. Мотивация продолжения трудовой деятельности. Требования к профессиональным качествам социальных работников. Современные технологии социальной защиты пожилых.

Тема 14. Современная реформа пенсионного обеспечения в Беларуси

Сущность реформы пенсионного обеспечения. Переход к накопительно-распределительной системе государственного пенсионного страхования. Значение и роль персонифицированного учета.

ПРОГРАММА СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

Занятие 1. Пожилой человек в семье и обществе

Форма занятия: «круглый стол».

Вопросы для обсуждения

1. Продолжение профессиональной и трудовой деятельности после выхода на пенсию: причины, условия, положительные и отрицательные последствия.
2. Семья в жизни человека преклонного возраста.
3. Старческое одиночество. Социальный работник – помощник и защитник интересов одинокого человека преклонного возраста.

Занятие 2. Содержание социальной работы с людьми пожилого и старческого возраста

Форма занятия: дискуссия.

Вопросы для обсуждения

1. Современные формы и методы социальной работы с пожилыми.
2. Адресная социальная помощь пожилым в Беларуси.
3. Инновационные методы обслуживания пожилых.

Занятие 3. Социальная адаптация и реабилитация людей пожилого и старческого возраста

Форма занятия: «круглый стол».

Вопросы для обсуждения

1. Типы социальной адаптации к старости: физиологическая, социально-экономическая, социально-педагогическая, социально-психологическая, профессиональная адаптация.
2. Гериатрическая реабилитация — медицинская, психологическая, просветительная, экономическая, профессиональная реабилитация, геронтологический уход и ресоциализация.
3. Социальная реабилитация инвалидов пожилого возраста.

Занятие 4. Социальная реформа пенсионного обеспечения в Беларуси

Форма занятия: «круглый стол».

Вопросы для обсуждения

1. Причины, вызвавшие необходимость реформы пенсионного обеспечения в Беларуси.
2. Социальное обеспечение и социальное страхование пожилых.
3. Опыт реформирования пенсионного обеспечения за рубежом, возможности использования.

Тематика заданий для КСР

Форма проведения: написание научных эссе, их защита и обсуждение.

Темы научных эссе:

1. Постарение населения: демографические, экономические и социальные проблемы

Демография старости. Демографическое постарение населения мира. Постарение населения Беларуси. Понятие возрастно-половой структуры населения, ее динамика. Продолжительность жизни населения в мире и в Беларуси. Возраст выхода на пенсию и необходимость его пересмотра.

2. Особенности питания стареющих людей

Роль питания в процессе старения. Современные теории пожилых. Влияние количества и качества питания на процессы старения. Вред и польза диетического питания. Роль витаминов и пищевых добавок. Взаимосвязь питания и физической культуры. Возрастное ожирение. Болезни при неправильном питании.

3. Социальное попечительство над людьми старческого возраста

Попечительство как правовая защита личных и имущественных прав и интересов. Основная форма попечительства пожилых. Содержание пожилых в домах-интернатах. Комплекс реабилитационных мероприятий в домах-интернатах. Надомные услуги пожилым.

Вопросы к зачету

1. История развития геронтологии как науки.
2. Понятие социальной геронтологии.
3. Предмет и задачи социальной геронтологии.
4. Современные теории старения.
5. Роль и место старости в онтогенезе человека.
6. Демографические проблемы старения населения.
7. Постарение населения как экономическая проблема.
8. Постарение населения как социальная проблема.
9. Половые различия протекания старости.
10. Индивидуальные различия протекания старости.
11. Образ жизни людей пожилого и старческого возраста.
12. Здоровье людей пожилого и старческого возраста.
13. Медико-социальное обслуживание людей пожилого и старческого возраста.
14. Основы геронгигиены.
15. Социальная профилактика старения.
16. Пожилой человек в семье.
17. Пожилой человек в обществе.
18. Особенности трудовой деятельности пожилых людей.
19. Содержание социальной работы с людьми пожилого и старческого возраста.
20. Социальное попечительство над людьми старческого возраста.
21. Особенности питания стареющих людей.
22. Социальное обслуживание людей пожилого и старческого возраста.
23. Социальная адаптация людей пожилого и старческого возраста.
24. Социальная реабилитация людей пожилого и старческого возраста.
25. Социальная защита людей пожилого и старческого возраста.
26. Дома-интернаты для людей старческого возраста.
27. Деонтология в социальной работе с людьми пожилого и старческого возраста.
28. Новые формы социальной работы с пожилыми и старыми людьми в Беларуси.
29. Особенности трудовой деятельности в пенсионный период. Оказание помощи в трудоустройстве.
30. Современная реформа пенсионного обеспечения в Беларуси.

ТЕМЫ КОНТРОЛЬНЫХ РАБОТ

1. Старение как биологический процесс.
2. Социальные последствия старения.
3. Теории старения.
4. Отношение к долголетию и бессмертию.
5. Социальные причины, усиливающие процессы старения.
6. Социальные причины увеличения продолжительности жизни.
7. Демография старости. Демографическое постарение населения мира. Постарение населения Беларуси.
8. Продолжительность жизни населения в мире и в Беларуси. Возраст выхода на пенсию и необходимость его пересмотра.
9. Половые особенности протекания старости.
10. Климакс, его особенности протекания у женщин и мужчин.
11. Социальные последствия старения функций организма у мужчин и женщин.
12. Ограничение деятельности после выхода на пенсию. Необходимость продолжения общественно полезной работы.
13. Старческое одиночество.
14. Роль семьи для пожилого человека. Опека и помощь членов семьи.
15. Посильный труд как источник долголетия и сохранения здоровья.
16. Свободное время пожилого человека: активный и пассивный отдых, занятие физической культурой.
17. Личность стареющего человека.
18. Социальная адаптация пожилого человека к выходу на пенсию, возобновление трудовой деятельности в ином качестве.
19. Понятие гериатрии. Врач-гериатр: особенности работы. Требования к медицинскому персоналу, обслуживающему пожилых и престарелых людей.
20. Болезни старости, общие принципы лечения и ухода.
21. Составные части герогиигиены: сохранение здоровья, питание, отдых, посильная трудовая деятельность, семейно-бытовые факторы.
22. Жилье для престарелых людей.
23. Роль питания в процессе старения. Современные теории питания пожилых людей.
24. Вред и польза диетического питания. Роль витаминов и пищевых добавок.

25. Возрастное ожирение. Болезни при неправильном питании.
26. Социальное обслуживание на дому.
27. Адресная социальная помощь пожилым.
28. Инновационные технологии социальной работы с пожилыми.
29. Гериатрическая реабилитация — медицинская, психологическая, просветительная, экономическая, профессиональная гериатрическая реабилитация, геронтологический уход и ресоциализация.
30. Социальная реабилитация инвалидов пожилого возраста.
31. Социальное попечительство над людьми старческого возраста.
32. Особенности социальной защиты пожилых и старых людей.
33. Современные технологии социальной защиты пожилых.
34. Современная реформа пенсионного обеспечения в Беларуси.
35. Уход из жизни. Хосписы.

Литература

О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь: Закон Респ. Беларусь от 11 нояб. 1991 г. № 1224-XII: с изм. и доп. по сост. на 17 июля 2009 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2000. № 69. 2/193; 2009. № 173. 2/1600.

О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов: Закон Респ. Беларусь от 23 июля 2008 г. № 422-З // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2008. № 184. 2/1519.

О занятости населения Республики Беларусь: Закон Респ. Беларусь от 15 июня 2006 г. № 125-З: с изм. и доп. по сост. на 6 янв. 2009 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2006. № 94. 2/1222; 2009. № 16. 2/1558.

Альперович, В.Д. Социальная геронтология: учеб. пособие / В.Д. Альперович. Ростов н/Д: Феникс, 1997. 576 с.

Альперович, В.Д. Проблемы старения: демография, психология, социология / В.Д. Альперович. М.: АСТ: Астрель, 2004. 349 с.

Амосов, Н.М. Эксперимент по преодолению старости / Н.М. Амосов. М.: АСТ; Донецк: Сталкер, 2003. 123 с.

Дыскин, А.А. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан / А.А. Дыскин, Э.И. Танюхина. М.: Логос, 1996.

Зборовский, К.Э. Медицинская подготовка социального работника: Уход за одинокими престарелыми и нетрудоспособными гражданами: учеб. пособие / К.Э. Зборовский. Минск: РИПО, 2008. 186 с.

Краснова, О.В. Социальная психология старения: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. М.: Академия, 2002. 288 с.

Кунгурова, Н.И. Социальная работа / Н.И. Кунгурова, В.К. Терехов. Минск: МФЦП, 2007. 448 с.

Милькаманович, В.К. Терапия: учеб. пособие / В.К. Милькаманович. Минск: Выш. шк., 2005. 608 с.

Милькаманович, В.К. Атлас клинического исследования: учеб. пособие / В.К. Милькаманович. Минск: Выш. шк., 2006. 288 с.

Прощаев, К.Н. Избранные лекции по гериатрии / К.Н. Прощаев, А.Н. Ильницкий, С.С. Коновалов; под ред. чл.-кор. РАМН В.Х. Хавинсона. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. 778 с.

Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. Минск: Юникап, 2005. 420 с.

Снытко, Н.И. Социальные проблемы демографического старения / Н.И. Снытко. Минск: Право и экономика, 2001. 205 с.

Холостова, Е.И. Социальная геронтология: учеб. пособие / Е.И. Холостова, В.В. Егоров, А.В. Рубцов. М.: Дашков и К, 2005. 296 с.

Холостова, Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: учеб. пособие / Е.И. Холостова. М.: Дашков и К, 2007. 348 с.

Хрисанфова, Е.Н. Основы геронтологии (Антропологические аспекты): учебник для студ. высш. учеб. заведений / Е.Н. Хрисанфова. М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 1999. 160 с.

Яцемирская, Р.С. Социальная геронтология: учеб. пособие для студ. вузов / Р.С. Яцемирская. М.: Академический проект, 2006. 316 с.

Курс лекций по дисциплине «Социальная геронтология»

Тема 1. Предмет и задачи социальной геронтологии

Геронтология (в переводе с греч. *геронтос* — старик и *логос* — наука) — это наука о старости и старении человека.

Решение практических, а затем и теоретических вопросов положения пожилых и старых людей в обществе вызвало появление новой отрасли геронтологического знания — социальной геронтологии.

Родиной социальной геронтологии считаются Соединенные Штаты Америки, которые первыми столкнулись с экономическими проблемами старых людей. Потрясения, вызванные «большой депрессией», и массовые движения старых людей в тридцатые годы XX столетия впервые показали, что их социально-психологические трудности представляют собой острую социальную проблему. В 1928 г. была организована американская ассоциация защиты старости, а в середине шестидесятых годов в Мичиганском университете была разработана программа новой учебной дисциплины — социальной геронтологии.

Социальная геронтология — это область геронтологии, изучающая демографические, социально-экономические, социально-гигиенические, социально-психологические и социально-этические проблемы пожилых людей: образ жизни пожилых людей, способы их социальной адаптации к новым условиям в связи с выходом на пенсию, перемены в их социальном статусе и престиже, материальном и семейном положении, социальной роли и т. д.

Социальная геронтология, являясь общественной дисциплиной, изучает биологические процессы старения человека с целью

найти социальные меры и возможности сохранить телесную и духовную значимость, свойственную пожилому и старческому возрасту. Социальные проблемы условий существования и образ жизни стареющего человека выходят здесь на первый план. Поэтому социальная геронтология неотделима от широких проблем социологии, социальной психологии, философии, статистики, индустрии, экономики, социальной и индивидуальной гигиены. Социальная геронтология тесно связана с вопросами общей культуры, являясь в определенной степени ее мерилom, если иметь в виду степень заботы государства, общества и семьи о старом человеке, его физическом и психическом благополучии.

В центре внимания социальной геронтологии находятся:

- причины раннего профессионального старения;
- предпенсионный и пенсионный периоды жизни;
- трудоспособность, профессиональная и социальная активность пожилых и старых людей;
- место и положение стареющих людей в обществе;
- переживания стареющих людей;
- социальная политика в отношении стареющих людей.

Таким образом, основное направление развития современной геронтологии — исследование социальных причин старения, особенностей образа жизни людей пожилого и старческого возраста, возможность использования их труда на основе максимального приспособления производства к их функциональным возможностям.

Функции социальной геронтологии — это основные социальные роли, которые она выполняет при решении своих основных задач:

- изучение закономерностей демографических сдвигов в стране;
- выявление и анализ социальных и экономических последствий старения населения, причин относительно низкой продолжительности жизни и высокой смертности людей предпенсионного и пенсионного возраста;
- решение проблем повышения качества жизни старых людей, распределения части национального дохода в их пользу, развития для них служб здоровья, изменения пенсионного законодательства, предоставления пенсионерам возможности трудиться;
- создание оптимального уклада семейной и общественной жизни, чтобы в нем нашлось достойное место для старых людей.

В развитии современной социальной науки о старости выделяют три основных направления: 1) изучение старости как процесса в его биологическом и психологическом измерениях; 2) изучение

проблем социально-экономического статуса и социальных ролей престарелых; 3) сопоставление различных представлений о старости, их историко-культурологический анализ.

Среди прикладных исследований большое внимание уделяется разнообразным вопросам труда пожилых людей, планирования выхода на пенсию, их политической активности. Значительное место уделяется вопросам социальной защиты (включая бытовые, экономические, моральные и юридические аспекты) и социальному прогнозированию.

Основные категории и понятия

Старость — естественный и закономерный период индивидуального возрастного биопсихосоциального развития, характеризующий последнюю (завершающую) фазу человеческой жизни. Старость, являясь заключительным этапом старения, обусловлена преимущественно нарастающей функциональной недостаточностью вследствие внутренних и внешних воздействий, которым человек подвергался в процессе своего развития и последующей жизни. Старость, прежде всего, — это биологический феномен, который сопровождается серьезными психологическими и социальными изменениями. Многие исследователи рассматривают ее как совокупность потерь или утрат — экономических, социальных, индивидуальных, которые могут означать потерю автономии в этот период жизни. В то же время отмечается, что это своего рода кульминационный момент аккумуляции опыта и знаний, интеллекта и личностного потенциала пожилых людей, позволяющего приспособиться к возрастным изменениям.

Старение — многозвеньевой постоянно развивающийся (беспрерывный), нарастающий во времени, поступательный (необратимый) разрушительный процесс, который приводит к сокращению приспособительных возможностей организма и увеличению вероятности смерти. Исследование процесса старения показывает, что в течение жизни в результате нарастающего с возрастом повреждающего действия различных внешних и внутренних факторов наступает определенный момент, в котором процесс развития, то есть обогащения и усложнения функционирования внутренних органов, замедляется, а впоследствии переходит в стадию инволюции. Сам по себе процесс старения начинается с момента становления и развития человека. Процесс старения заложен в генети-

ческую программу и обуславливает использование как энергетического, так и психологического запаса человека. В самом общем виде под старением понимают динамические явления, связанные с преобладанием темпов деструктивных процессов над реконструктивными, а старость — достижение некоторого предела этих изменений.

Понятия о сущности, причинах и механизмах старения со временем менялись. Это связывалось не только с развитием научных знаний, но и с изменением особенностей старения в обществе. Росла, прежде всего, средняя продолжительность жизни, которая определяла изменения условий жизни и социального строя, успехи медицины и другие преимущества прогресса и цивилизации.

С древних времен процесс старения считался болезненным, то есть патологическим. Ответы на этот вопрос были самыми разными: «старость есть болезнь», «старость — это неизлечимая болезнь», «старость — это не болезнь, а особое состояние организма и в то же время это не здоровье, характерное для молодости», «старость представляет собой болезнь и ее надо лечить» и т. п.

Существующая в современной геронтологии и гериатрии проблема физиологического и патологического старения состоит не столько в выявлении специфических признаков этих процессов, сколько в определении этапов их развития, динамики течения, общности и различий в их генезисе (развитии).

Обусловленные старением изменения — это физиологические процессы, которые, по мнению многих ученых, первично не являются заболеваниями, но все же приводят к ограничению функциональных возможностей организма и снижению его устойчивости к вредным различным влияниям. Нужно разграничивать старение как длительный неравномерный процесс и старость — как его заключительную фазу, характер и время наступления которой определяются скоростью и интенсивностью физиологического старения, зависящими, в свою очередь, от многих причин.

В современной психологии все большее признание получает научный подход, в соответствии с которым старение рассматривается не как угасание жизненных и интеллектуальных сил, а скорее как продолжающееся становление человека, что обеспечивается «включением» приспособительных и компенсаторных механизмов: люди «позднего возраста» находят внутренние психологические резервы, позволяющие им адаптироваться не только к новой ситуации вове, но и адекватно реагировать на изменения в самих

себе. Изучение и разработка психологии старения является главной составляющей социальной геронтологии. Построение концепции психического развития в пожилом возрасте позволяет формировать образ «позитивного старения».

К сожалению, пока еще мало известно о психологических механизмах старения и способах нейтрализации отрицательных проявлений этого процесса. Пожилой возраст, как и всякий другой, имеет свои положительные и отрицательные стороны, связан с потерями, но имеет и приобретения, предоставляет человеку возможность прожить этот период своей жизни активнее, реализуя интересы, склонности в тех границах, которые оптимальны с точки зрения возможностей и потребностей пожилого человека.

Основные вопросы, которые представляют собой предмет социальной психологии старения, — социальные установки и поведение старых людей, отношение к ним в обществе, ролевые аспекты пожилых и старых людей, контакты и активность, установки и функции старших в семье, роль профессиональной деятельности в жизни пожилых и другие.

Психологические проблемы у людей пожилого возраста возникают при разрыве привычного образа жизни и общения в связи с выходом на пенсию, при наступлении одиночества в результате потери супруга, при заострении характерологических особенностей в результате развития склеротического процесса. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения. Снижение жизненного тонуса, лежащего в основе всевозможных недугов, в значительной степени объясняется пессимистической оценкой будущего и бесперспективным существованием. Страдания, грусть, пессимизм стареющего человека чаще всего являются следствием безжалостного и назойливого постороннего внушения о тяжести жизни в преклонном возрасте. Чем глубже проникают в душу человека эти парализующие ощущения тоски и страха, тем тяжелее встретит он старость, тем короче будет его жизнь.

Основная психологическая задача пожилого человека — осознание и принятие прожитой жизни и людей, с которыми она тебя свела. Необходимо осознать то, что жизнь состоялась и в ней уже ничего нельзя изменить. Мудрость состоит в принятии собственной жизни целиком, со всеми ее взлетами и падениями, в отсутствии горечи по поводу неправильно прожитой жизни и невозможности начать все сначала.

Ритм старения существенно зависит от образа жизни пожилых людей (как правило, пенсионеров), их положения в семье, уровня жизни, условий труда, социальных и психологических факторов. Старость вбирает в себя многие коренные проблемы как биолого-медицинской сферы, так и вопросы социального и личного быта общества и каждой индивидуальности. В этот период перед пожилыми людьми возникает много проблем, поскольку пожилые люди относятся к категории «маломобильного» населения и являются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества. Это может быть связано с дефектами физического состояния, вызванного заболеваниями с пониженной двигательной активностью. Кроме этого социальная незащищенность пожилых людей связана с возможными психическими расстройствами, формирующими их отношение к обществу и затрудняющими адекватный контакт с ним.

Повышенная социальная уязвимость пожилых граждан связана также и с экономическими факторами: небольшими размерами получаемых пенсий и низкой возможностью трудоустройства как на предприятиях, так и в получении работы на дому.

Важной социальной проблемой пожилых людей является постепенное разрушение традиционных семейных устоев, что привело к тому, что старшее поколение не занимает почетное главенствующее положение. Очень часто пожилые люди вообще живут отдельно от семей, поэтому им бывает сложно справиться со своими недомоганиями и одиночеством. Если раньше основная ответственность за пожилых лежала на семье, то сейчас ее все чаще берут на себя государственные и местные органы, учреждения социальной защиты. Совместное проживание с детьми, родственная помощь играют существенную роль в выживании стариков. В этой связи семейное положение является еще одним важнейшим индикатором положения пожилого человека в обществе. Уровень его социально-бытовых потребностей, степень и формы их удовлетворения в значительной мере зависят от того, проживает ли пожилой человек совместно с детьми, делит старческие радости и заботы со спутником жизни или его удел на старости лет — одиночество. 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), их детьми и внуками.

Состояние пожилых людей прежде всего зависит от условий жизни, питания, жизнедеятельности, социальных связей. Многие

болезни пожилых людей являются результатом их образа жизни, привычек. В сохранении здоровья пожилых людей немалую роль может сыграть градостроительная политика государства: создание жилищных комплексов для пожилых в природных зонах, на окраинах городов, на нижних этажах высотных зданий, создание возможности обмена квартирами. Как показывают исследования, пожилые люди реже обращаются к врачам по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы, если проживают на первых этажах.

Современные представления о старении базируются на следующих положениях:

- старение и старость являются закономерным процессом возрастных изменений, происходящих в ходе онтогенетического развития на всех уровнях жизнедеятельности;
- старение клеток, органов, функциональных систем и психических процессов происходит неравномерно (индивиды созревают и развиваются неравномерно, а разные аспекты и критерии зрелости имеют для них неодинаковое значение);
- процесс старения сопровождается ослаблением обмена веществ и одновременно приспособлением всех систем организма к новому уровню жизнедеятельности.

Естественное (физиологическое, нормальное) старение протекает в физиологически нормальном темпе и соответствует средним (типичным) характеристикам последовательности возрастных изменений и биологическим, адаптационно-регуляторным возможностям конкретной человеческой популяции.

Замедленное (ретардированное) старение отличается более медленным, чем у всей популяции, темпом возрастных изменений, а предельным проявлением этого типа старения является феномен долголетия.

Долголетие (долгожительство) — биологический и социальный феномен доживания человека до высоких возрастных рубежей. В основе его лежит изменчивость нормальной продолжительности человеческой жизни, зависящая от многих факторов.

Основными факторами долголетия являются биологические предпосылки — наследственность, тип высшей нервной деятельности, изменения в результате перенесенных заболеваний; социально-экономические условия, природно-географическая среда и др.

Имеется научное предположение о существовании наследственной «продленной программы» жизни, или наследственного комп-

лекса морфофункциональных показателей, способствующих потенциально хорошему здоровью.

Большое значение придается роли благоприятной природной среды (климата, почвы, воды, флоры, фауны), что является весьма актуальным в условиях современной технократической цивилизации и все усиливающегося влияния антропогенных факторов. Как известно, сочетание благоприятных экологических факторов способствует долголетию и даже несколько сглаживает значение наследственных основ.

Очень важно для долголетия традиционное и рациональное питание. Оно обычно высоко витаминизировано, имеет оптимальное соотношение микроэлементов, пониженную калорийность, сбалансировано почти по всем основным компонентам питания. Такой тип диеты складывается, как правило, в раннем детстве и сохраняется в дальнейшем. Характерны умеренность в еде, неторопливость, определенные ритуалы.

На социальном и индивидуальном уровнях долголетию способствуют сохранение традиционной национальной культуры, создание особого психологического климата, когда обеспечивается высокое уважение к старикам-долгожителям.

Для долгожителей типично раннее начало и позднее окончание трудовой деятельности. Их работа характеризуется постоянством и умеренностью физических и нервно-психических нагрузок. В определенной степени долгожительство может рассматриваться в качестве модели, наиболее приближающейся к естественному старению.

Перед современной наукой стоит глобальная стратегическая задача — последовательное отдаление видовой продолжительности жизни, что обусловило бы качественный скачок в эволюции человека как вида. Пути такого отдаления видовых сроков старости многие ученые видят в экспериментальной разработке факторов, воздействующих на сам генотип, так как именно с ним связаны первичные механизмы старения. Это поиск и испытание химических и физических веществ, которые могли бы повлиять на темпы развертывания биологической программы, на регулирование генетического аппарата; применение средств защиты генома от возможного «изнашивания». Это и стимуляция процессов восстановления уже случившихся повреждений, активное вмешательство в структуру генома, включение в молекулы ДНК новых генов и их комплексов, то есть включение в биологическую программу возрастного разви-

тия новых признаков, удлиняющих жизнь. О возможных перспективах «генной инженерии» старости свидетельствуют и данные об открытии участков ДНК, уменьшающихся при старении, и хромосомного фермента, стимулирующего неограниченное омоложение клеток, а также опыты с пересадкой эмбрионального гипоталамуса, что показывает принципиальную возможность восстановления программы развития.

Уже сейчас наука располагает достоверными данными, полученными в разных лабораториях мира, о продлении жизни животных на 25–40 %. Но пока неясно, насколько этот подход применим к человеку.

В последнее время активизируется и новое перспективное направление исследований проблемы старения — *ювенология* (продление видовых границ продолжительности жизни человека не за счет старости, а молодости). Дальнейший рост продолжительности жизни возможен, прежде всего, для развивающихся стран преимущественно как следствие уменьшения смертности детей до года и старше. Что касается развитых государств, то предполагается возможность некоторого снижения смертности детей до года, а также молодых людей от опухолевых процессов и сердечно-сосудистых заболеваний в связи с ранней диагностикой и профилактикой.

Преждевременное (патологическое, ускоренное) старение характеризуется преждевременным (досрочным) развитием возрастных изменений или более ярким их проявлением в тот или иной возрастной период. Преждевременное старение — любое частичное или более общее ускорение темпа старения, приводящее к тому, что данное лицо опережает средний уровень старения своей возрастной группы. Основным методом диагностики синдрома преждевременного старения является определение биологического возраста.

Преждевременное старение, в отличие от физиологического (естественного) старения, — весьма распространенное явление. Для большинства пожилых и старых людей характерны разные степени преждевременной старости.

Преждевременное старение может зависеть от многих причин — как внутренних, так и внешних факторов. Преждевременному старению могут способствовать болезни, которые развиваются быстро, приводят к одряхлению и инвалидности. Например, атеросклероз является одним из основных факторов, определяющих характер старения и его темп. Обычно биологический возраст людей,

страдающих атеросклерозом, более продвинут сравнительно с их возрастной «нормой» на 10–15 лет.

При преждевременном старении функциональное состояние сердечно-сосудистой системы ухудшается в большей степени, чем при физиологическом («нормальном») старении. Прогрессирующий склероз сосудов мозга по своим симптомам во многом напоминает старческое одряхление. Изменения в позвоночнике приводят к нарушению осанки. У мужчин 45–55 лет с явлениями преждевременного старения понижено выделение мужских половых гормонов и повышено преобладание женских, ослаблена общая иммунологическая реактивность, в крови увеличено содержание холестерина.

Признаки преждевременного старения замечены и при таких хронических заболеваниях, как туберкулез, язвенная болезнь, сахарный диабет взрослых, психические травмы, иммунная недостаточность и др.

Большую роль в преждевременном старении играют психический и эмоциональный стрессы, недоедание, ионизирующая радиация. Особое место по раннему проявлению занимают синдромы преждевременного старения наследственной природы — прогерии (от греч. преждевременно состарившийся) детей и взрослых. В раннем детстве развитие ребенка протекает нормально, но затем наступает резкое замедление роста и физического развития и развивается карликовость. Ребенок приобретает старческий облик. Средняя продолжительность жизни таких больных составляет 13 лет, смерть обычно наступает до 30 лет от коронарной болезни. Прогерия у взрослых наступает позже, обычно в 30–40 лет, чаще у мужчин.

К числу болезней человека наследственной природы с признаками ускоренного старения относятся и синдромы Тернера и Дауна, при которых может быть даже больше признаков старения, чем при других заболеваниях.

В литературе описаны также случаи «внезапного старения» у взрослых людей. Они встречаются редко и (как полагают) представляют собой нейроэндокринную реакцию на тяжелый эмоциональный шок (испуг, страх) или несчастный случай. Эти проявления могут быть обратимыми. Так, волосы могут выпасть за сутки, а на их месте вырастают седые.

Неизбежным исходом старения является смерть, которая наступает в результате несовместимых с жизнью тяжелых нарушений физиологических функций организма.

Философское осмысление старости. Проблема старения давно стала предметом не только споров о конкретных механизмах этого процесса, но и широких философских дискуссий о сущности *жизни и смерти*. Основной вопрос о природе старения был поставлен еще знаменитым философом древности Аристотелем: является ли старение естественным процессом или болезнью? Древнегреческий ученый ответил на него так: «Болезнь есть преждевременно приобретенная старость. Старость — естественная болезнь». Это определение не потеряло своего значения и в наше время. К числу наиболее ранних гипотез относится представление о старении как прогрессивном «изнашивании» организма и «растрате» (истощении) заданной жизненной энергии и силы.

В настоящее время наряду с материалистическими подходами к анализу механизмов старения развиваются, с одной стороны, вульгарно-материалистические (например, идентифицирующие сущность старения организма, являющегося сложным биологическим процессом, с разрушением предметов неживой природы), и с другой — идеалистические подходы (например, о существовании непознаваемого начала, истощение которого ведет к старению).

Принципиальное значение для понимания сущности старения имеет известное положение диалектического материализма о том, что жизнь — внутренне противоречивый процесс и ее отрицание заложено в ней самой, что приводит в конце концов к гибели организма. Рассмотрение возрастного развития как взаимодействия процесса старения и процесса, направленного на сохранение жизнеспособности организма, является дальнейшим развитием этого положения.

Вклад науки в развитие проблемы старения тесно связан с выдающимися трудами научных школ *И.И. Мечникова, С.П. Боткина, Л.А. Богомольца, И.И. Павлова и др.*

И.И. Мечников открыл человечеству одну из важнейших причин старения — аутоинтоксикацию, то есть самоотравление организма гнилостными бактериями, паразитирующими в толстых кишках.

Ученый и врач *С.П. Боткин* выдвинул идею о разграничении старости на физиологическую и патологическую (преждевременную), то есть возможности продления жизни при определенных внешних условиях и образе жизни до видового предела — 100 или более лет.

С именем *А.А. Богомольца* связана разработка программы профилактики преждевременного старения.

Неоценимо значение работ школы *И.П. Павлова* в развитии исследований и возрастных изменений, создании ученым и его учениками современных представлений о высшей нервной деятельности, об адаптационных возможностях организма.

Учения Гиппократ, Галена, Авиценны, Цицерона, Сенеки, Спинозы, Леонардо да Винчи, представителей Салермской школы, Френсиса Бэкона. Возникновение медицины, которое неразрывно связано с именем древнегреческого врача *Гиппократ*, положило начало учению о старости. В трудах Гиппократ, ставших основой дальнейшего развития клинической медицины, были обнаружены первые описания признаков старения и болезней у старых людей — специфические симптомы болезней почек и желчных путей в старости, старческое удушье и кашель, боли в суставах, головокружение, бессонница, ослабление слуха, катаракта и др. По мнению Гиппократ, течение заболеваний зависит от возраста, для каждого возрастного периода имеются свои специфически предрасполагающие моменты. При этом очень большое значение придавалось конституции человека, т. е. характеру и общему телосложению. Считалось, что флегматики особенно подвержены болезням старости, а холерики в старческом возрасте болеют мало. Тогда же было отмечено, что старые люди чувствуют себя лучше летом и в начале осени.

Для старых людей была разработана схема гигиенического режима. В его основу был положен принцип «умеренности во всем» — прогрессивное уменьшение количества принимаемой пищи, сохранение привычных навыков и постепенное прекращение активной трудовой деятельности.

Хронологический возраст человека был разделен на четыре этапа: до 14 лет — *детство*; от 15 до 42 лет — *зрелость*; от 43 до 63 лет — *старость*; от 63 лет и старше — *долголетие*.

Марк Тулий Цицерон в философском трактате о старости обрисовал преимущества старости. Он назвал интересы ума и достоинства характера лучшим оружием против старости. Человек, всю жизнь оттачивающий такое оружие, собирает в старости чудесный урожай в форме нравственных постоянных ценностей на всю жизнь. Его всегда согревает сознание интересно прожитой жизни и память о добрых свершениях. Цицерон не соглашается и резко критикует бытующие в те далекie времена «обвинения» против старости: первое — что она препятствует деятельности; второе — она ослабляет тело; третье — она лишает человека всех наслаждений; четвертое — она приближает человека к смерти.

Ярким представителем древнегреческой медицины был врач и ученый *Гален*. Он изучал старение и старость, исходя из представления о сущности жизни как равновесии между теплом, холодом, влажностью и сухостью. Феномен старости, по его мнению, состоит в потере теплоты и влажности тканей и нарастающей сухости человеческого тела. В школе Галена уже различали болезненное старение, в связи с которым большое значение придавалось профилактике старости и поддержанию гармонического равновесия здоровья старого человека. Впервые в медицине тех лет было оформлено новое самостоятельное направление — *учение о старости*, основное место в котором было отведено рекомендациям по соблюдению целесообразного гигиенического режима старыми людьми. Были разработаны правила личной гигиены, которые включали периодические бани, массажи, активный образ жизни. Полное обездвижение расценивалось как катастрофа с тяжелыми последствиями.

В профилактике старости главную роль отводили *диете и питанию*. В пищу стареющим людям предлагались нежирное мясо, рыба, растительные масла, сухофрукты. Старым людям советовали жить только в кругу своего семейства, поскольку одиночество считалось одной из основных причин старения.

Абсолютным и непререкаемым авторитетом арабской медицины был *Авиценна*. Он предписывал старым людям преимущественно молочно-растительную пищу, небольшое количество красного вина, прогулки, массаж, верховую езду и слабительные средства.

Древнеримский философ *Сенека* считал, что умение продлить жизнь состоит в умении не сокращать ее. Он подчеркивал, что старость есть «неизлечимая болезнь».

В эпоху средневековья большой вклад в развитие учения о старении внесли *врачи итальянской (салермской) медицинской школы*. Все правила режима для старых людей были обобщены ими в книге «*Салермские правила о здоровье*». С помощью этих правил и лекарского искусства человек мог сделать все возможное, чтобы достигнуть отведенной ему максимальной границы жизни. Для достижения долголетия, по мнению представителей салермской школы, следует уже в активном возрасте вести «*умеренный образ жизни*», пребывать в «*радостном настроении*» и иметь полноценный «*отдых*».

Английский философ и ученый XVI века *Френсис Бэкон* заложил *научную основу* в развитие геронтологии, полагая, что

путем систематического исследования процессов старения можно открыть *причины старости*. Он утверждал, что старость представляет собой болезнь и ее надо лечить. Ф. Бэкон доказал, что самое большое влияние на процесс старения оказывают вредные привычки.

Изыскания в области бессмертия, вечной молодости. Люди испокон веков мечтали изобрести способ или «эликсир жизни», с помощью которого можно было бы вернуть молодость, остановить процессы старения. Например, в древности пробовали проводить омоложение с помощью переливания крови, в том числе и от баранов; купания в крови убиенных младенцев, считая, что это продлит молодость; использовали в пищу отдельные органы животных, обладающих якобы «целительной жизненной силой»; вспыскивали экстракт спермы, делали перетяжку семявыносящих канальцев, пересаживали семенники, принимали содовые ванны; старцы дышали выдыхаемым воздухом девственниц и т. п. Иллюзорность этих методов доказана современной наукой.

Тем не менее попытки найти такое средство, которое излечивало бы от старости, не прекращаются и поныне. Сенсации о создании эликсира молодости по-прежнему появляются с завидным постоянством. Но, как правило, интерес к ним угасает быстро: ни одна из высказанных гипотез пока не нашла мало-мальски серьезного подтверждения.

Например, на конференции, посвященной вопросам продолжительности жизни и геронтологии, которая прошла в университете Оксфорда в начале XXI века, прозвучало утверждение, что на Земле уже родились люди, которые смогут прожить более 150 лет. По мнению Обри де Грея, геронтолога из университета Кембриджа, все, что необходимо для достижения такого преклонного возраста, — это регулярный «техосмотр» организма и замена отработавших органов. Генная терапия, лечение стволовыми клетками и другие биотехнологии, по мнению ученого, будут отодвигать неизбежную смерть на 30–40 лет каждый раз. За это время наука будет продвигаться настолько, что сможет обеспечивать человеку еще одну отсрочку. Конечно, утверждения де Грея относятся, скорее, к разряду футуристических.

Один из выступавших на конференции в Оксфорде исследователь Ричард Миллер из университета Мичигана уверен, что средняя продолжительность жизни человека может быть увеличена, как минимум, на 40 %. К такому выводу он пришел, проведя ряд

экспериментов на мышах и крысах, генетический код которых схож с человеческим. Просто ограничив мышей в потреблении калорий, Миллер смог добиться значительного увеличения их продолжительности жизни. Если те же биологические закономерности будут действовать и для человека, то в среднем он сможет жить до 112 лет. Подобной точки зрения придерживаются многие известные ученые. Они высказывают гипотезу о том, что через 50 лет появятся сохранившие молодость люди, которым без труда удастся перешагнуть 100-летний жизненный рубеж. Новое поколение откажется от мяса, перейдя на овощи, фрукты и другую растительную пищу.

Некоторые современные ученые стремятся создать «таблетку молодости». Так, благодаря развитию электронной промышленности была изготовлена «электронная таблетка» — микропроцессор, который имитирует сигналы, посылаемые из гипоталамуса во все внутренние органы. В результате заметно улучшается кровообращение, увеличивается иммунитет, нормализуется работа желудка, печени, почек, предстательной железы, уменьшается прогрессирование атеросклероза.

Возможно ли в ближайшие десятилетия появление эликсира молодости и сбудутся ли прогнозы ученых о жизни человека длинной в 1000 лет?

История человеческой цивилизации показывает, что очень многие изобретения, которые пытались применять на практике, имели негативные последствия. Сейчас ведется много научных споров вокруг использования стволовых клеток. Их применение преподносится чуть ли не как панацея от старения и многих болезней. Но как они себя поведут в отдаленном будущем, науке неизвестно. Известный белорусский ученый, доктор медицинских наук, профессор Н.Ф. Сорока убежден, что эликсир молодости не будет найден никогда. Это противоречило бы законам биологии и природе живого организма. Эликсир молодости для каждого человека — это, прежде всего, он сам. Только ограничивая себя от повседневных соблазнов, прилагая большие усилия для поддержания физического здоровья, избегая серьезных стрессов, человек может оставаться молодым. Ведь, как известно, на 50 % здоровье каждого из нас зависит от образа жизни. Даже самый необыкновенный эликсир не сделает человека долгожителем, если он будет «разрушать» собственный организм, лежать на диване, переедать. За собственное здоровье нужно бороться самому.

Сравнительная характеристика взглядов на проблему старения

В настоящее время существует около 300 различных теорий (гипотез), каждая из которых имеет свои достоинства, но среди них нет ни одной совершенно бесспорной. Многие теории старения оказались несостоятельными и в основном представляют только исторический интерес.

1. *Теории изнашивания (стохастические теории).* Основой всех этих теорий является примитивное механистическое заключение о том, что старение есть простое изнашивание клеток и тканей. Согласно стохастическим теориям старения, организм стареет в результате случайных повреждений, вызываемых происходящими в нем процессами, а также и наносимых окружающей средой. Считается, что фактическая граница продолжительности жизни человека определяется его индивидуальным темпом изнашивания, при этом зависит от средней величины израсходованной энергии на килограмм веса индивида. В соответствии с этими теориями существует обратная зависимость между интенсивностью обмена, энергией и продолжительностью жизни. Для продления своей жизни человеку было рекомендовано проявлять минимальную активность, что в действительности абсолютно неверно, поскольку пассивный образ жизни, как было доказано, сокращает ее срок.

2. *Теория израсходования «жизненной» материи («Х-энергии, или энтелехии») в клетках.* По мнению сторонников данной теории старения, каждый организм получает в наследство определенное количество «жизненной» материи, которая со временем истрачивается, что приближает организм к смерти.

3. *Теория математической модели старения.* С точки зрения ее представителей, старение есть закономерное, математически измеримое явление, протекающее с постепенным возрастанием болезненности и вероятности смерти. Другими словами, старение и связанная с ним индивидуальная продолжительность жизни каждого человека «записана» в его личной математической формуле.

4. *Теория старческой дисгармонии физиологических отклонений организма.* В соответствии с этой теорией особо важная роль в процессах старения отводилась соединительной ткани: «организм имеет возраст своей соединительной ткани».

5. *Теории изменений в составе и структуре коллоидных растворов в клетках.* По версии ученых, разработавших эти теории,

жизнь представляет собой постоянно изменяющееся состояние клеточных коллоидов. Каждая отдельная клеточка живой ткани человека при естественном и закономерном нарушении состояния ее коллоидов стареет и погибает. Поэтому старение и смерть клетки неизбежны, а ее размножение есть единственный биологический способ омоложения.

По мнению некоторых ученых данной теории, постоянно изменяющееся состояние клеточных коллоидов вызвано нарушениями белкового синтеза из-за «ошибки» в коде ДНК (дезоксирибонуклеиновой) и РНК (рибонуклеиновой) кислот. Они доказали, что клеточные культуры дольше сохраняют свою жизнеспособность, если в питательную среду добавить экстракт эмбриона или комплексы ДНК и РНК.

6. *Инттоксикационные теории старения.* Сторонники этого направления считают, что старение представляет собой процесс самоинтоксикации в результате нарастающего уровня токсинов в клетке. Установлено, что некоторые микроорганизмы прекращают свой рост и умирают значительно раньше в случае затруднительного выделения токсических продуктов их обмена. Так, например, скопление токсинов и гнилостная ферментация в кишечном тракте ведет к самоотравлению организма и как результат — старению и смерти.

7. *Теории «дисгармонии и внутренних противоречий».* Их приверженцы предполагают, что у человека от уровня целого организма и далее последовательно до уровня клетки имеется четкая координация обмена веществ, функций и т. д. При возникновении дисгармонии в координации функций и трофики, нарушениях возможности восстановления клетки и т. п. наступают старческие изменения организма.

8. *Теории воздействия биофизических факторов на генетический аппарат клетки и накопления радиоактивных веществ.* Данные теории базируются на экспериментах с животными, подвергшихся интенсивному облучению. У этих животных наблюдалось быстрое старение, они имели меньшую продолжительность жизни. Было установлено, что высокая концентрация радиоактивных элементов нарушает у животных обменные процессы и вызывает процессы старения в клетке.

9. *Теории первичных изменений генетического аппарата клетки (молекулярно-генетические теории).* Если возрастные изменения генетического аппарата клеток рассматриваются как на-

следственно запрограммированные, то старение является запрограммированным закономерным процессом, логическим следствием роста и созревания. Тогда при «растягивании» программы развития замедляется работа «биологических часов», задающих темп программе старения. Если возрастные изменения генетического аппарата клеток рассматриваются как случайные, то старение есть результат накопления случайных ошибок в системе хранения и передачи генетической информации.

10. Теория первичных изменений в регуляторных генах (геннорегуляторная теория). Предполагается, что эти гены могут определять темп и последовательность включения и выключения структурных генов, от которых зависят возрастные изменения в структуре и функции клеток. Высказывается предположение о связи старения с участками ДНК, которые при старении сокращаются в размерах.

11. Теория генетических ошибок. Она основывается на предположении, что основной причиной старения является накопление с возрастом генетических повреждений в результате мутаций, которые могут быть как случайными (спонтанными), так и вызванными различными повреждающими факторами (ионизирующая радиация, стрессы, ультрафиолетовые лучи, вирусы, накопление в организме побочных продуктов химических реакций и другие).

12. Теория накопления с возрастом в тканях организма «свободных радикалов» — высокоактивных химических частиц. В силу своей активности они могут в конечном итоге ухудшать работу клеток и повреждать ДНК. Эта гипотеза обосновывает активное применение веществ, связывающих свободные радикалы, прежде всего так называемых антиоксидантов (метионин, витамин Е и другие).

В организме существует специальная система репарации (восстановления), обеспечивающая относительную прочность структуры ДНК и надежность в системе передачи наследственной информации. Опытным путем доказана связь между активностью систем репарации ДНК и продолжительностью жизни. Предполагается ее возрастное ослабление при старении. Роль репарации отчетливо выступает во многих случаях преждевременного старения и резко-го укорочения длительности жизни. Это относится, прежде всего, к наследственным болезням репарации (прогерия, синдром Тернера, некоторые формы болезни Дауна и другие).

13. Теории первичных сдвигов в нейроэндокринной системе (нейроэндокринные теории). Нейроэндокринная система человека

является основным регулятором его жизненных функций. Поэтому с самого начала в геронтологии активно разрабатывались гипотезы, связывающие ведущие механизмы старения на уровне организма с первичными сдвигами в нейроэндокринной системе. Эти сдвиги могут привести к вторичным изменениям в тканях. Наиболее ранние теории придают значение изменениям деятельности той или иной конкретной железы (гипофиза, щитовидной или, особенно, половых желез и т. д.), другие (более современные) — изменению функции не одной какой-либо железы, а всей нейроэндокринной системы организма.

14. Адаптационно-регуляторная теория отражает общепсихологическую комплексную теорию старения целостного организма. Она опирается на общее представление об изменениях саморегуляции организма на разных уровнях его организации как причинах старения. Следствием этих процессов являются сдвиги в адаптивных возможностях. Благодаря неравномерному характеру возрастных изменений приспособительные механизмы развиваются на разных уровнях жизнедеятельности, начиная с регуляторных генов. Ведущее значение в механизмах старения целостного организма придается изменениям нейрогуморальной регуляции, затрагивающим и сферу психики, эмоций, и мышечную работоспособность, и реакции в системах кровообращения, дыхания и т. д. Вместе с генорегуляторной концепцией эти положения и составляют основу адаптационно-регуляторной теории, рассматривающей старение как сложный, внутренне противоречивый процесс. Следовательно, можно предположить связь возрастной патологии с генорегуляторными механизмами старения.

15. Иммунные теории старения основаны на тесной связи иммунной системы с адаптацией, приспособлением организма к стрессу, вызываемому изменениями окружающей среды. У пожилых людей процент различных аутоантител, вырабатывающихся против собственных белков, значительно повышен. В период от 40 до 80 лет он может увеличиться в 6–8 раз. Все это ведет к саморазрушению и старению организма, его «иммунологическому разоружению».

16. «Лимфоидная теория» является новым вариантом иммунной теории старения, который основывается на представлении о старении как возрастном снижении интенсивности самообновления организма и утрате его сопротивляемости. Предполагается, что причиной рано наступающего снижения иммунных функций явля-

ется необходимость ограничения роста, причем лимфоцитам приписывается контроль над процессами деления самых различных типов клеток, а следовательно, участия в ключевых механизмах реализации программы роста. Ослабление этой функции лимфоцитов может предопределить и снижение потенциальной способности клеток к делению в старости. Морфологическим субстратом старения, по мнению авторов гипотезы, является гипоталамус, оказывающий первичное регулирующее влияние на иммунную систему.

Современные биологические теории старения

1. Общая математическая модель старения Б. Гомперца. Первая четкая математическая модель старения в основе своей имела древнее представление о потере в течение жизни общей жизнеспособности организма — учение о «жизненной силе» («энтелехии» Аристотеля), которая имеет тенденцию только растрачиваться со временем для любого родившегося организма. В реальном времени жизнеспособность в каждый момент снижается пропорционально ей самой. Математическая формула старения представляет собой элементарное дифференциальное уравнение, которое описывает сложные и простые вероятностные процессы. Сущность описанного процесса в том, что в каждый момент времени изменение состояния не зависит от предыстории, а только от настоящего состояния системы. До настоящего времени формула Б. Гомперца остается наилучшей для описания смертности, связанной со старением, для самых различных видов, включая человека.

Полученная кривая изменения жизнеспособности, однако, все же отличается от реальной в ее начальной и конечной части и отражает изменение уже сформировавшегося организма, прекратившего процессы роста и развития. Кроме того, указанный механизм по существу игнорирует качественное отличие живого и неживого вещества — способность первого из них к самообновлению (путем самокопирования) и самоорганизации.

2. Регуляторная модель старения. Основой жизни является процесс постоянного самообновления всех составных частей организма. Уровень самообновления определяет и уровень жизнеспособности. С точки зрения современных теорий самоорганизации и кибернетики, биохимические процессы и клеточное самообновление — это саморегулирующиеся и самостабилизирующиеся системы. Для осуществления долговременных процессов развития орга-

низм человека использует специальные (уже чисто регуляторные) механизмы жизнедеятельности, функционирующие на уровне целостного организма. В ряде случаев осуществление таких регуляторных программ может приводить к снижению самообновления, а значит, и к старению. Регуляторная теория старения оказывается достаточно простой и эффективной при качественном и количественном описании процессов старения реальных систем.

3. *Новая иммунная (лимфоидная) теория старения.* В современном многоклеточном организме существует специальная иммунная система регуляции клеточного роста любых его жизнедеятельных клеток, представленная в частности Т-лимфоцитами. Эта система непосредственно связана и с регуляцией роста целостного организма, и с процессами восстановления и развития, опухолевого роста, и со снижением уровня клеточного самообновления в старости, когда снижается скорость клеточного деления самых различных типов клеток. Новая иммунная (лимфоидная) теория старения связывает возрастное снижение клеточного роста и самообновления с изменениями в Т-лимфоидной системе иммунитета, которая регулирует клеточный рост клеток организма. В результате в организме возникает и постоянно нарастает число необновляющихся на своем иерархическом уровне элементов, стареющих необратимо по механизму простой утраты клеток. Вклад данного механизма в старение достаточно высок. Так, например, человек к концу жизни теряет более половины нефронов в почках, альвеол в легких, более 70 % клеток некоторых регуляторных центров гипоталамуса и т. д. Поэтому все методы биостимуляции, как правило, не приводят к выраженному повышению продолжительности жизни — старый организм не способен поддерживать высокий уровень самообновления и функционирования.

4. *Старение как спонтанная потеря и изменение информации.* Существуют еще два дополнительных механизма старения, вносящих свой вклад в старение целостного организма. Это, во-первых, изменение качества и интенсивности обмена веществ, энергии и информации с внешней средой; во-вторых, «разрегулирование» целостной системы организма. Оба механизма определяют процессы спонтанной утраты информации в системе, после чего следует ее материальная и энергетическая деградация. Информация выступает как регулирующий, управляющий и самоорганизующий фактор. Появление большого количества «чужой» информации перегружает системы организма, ответственные за распознавание и удаление

ее. Поскольку новые структуры лишь немного отличаются от предыдущих структур, то возникает реакция как против «чужого», так и против «своего». Это известно на примере повышения уровня аутоантител против собственных структур организма с возрастом (результат реакции иммунной системы на «изменившееся свое»). Организм со временем выходит на разумный баланс между аутоиммунным саморазрушением и неконтролируемым опухолевым ростом, причем оба процесса в конечном счете разрушительны.

5. Биохимические и термодинамические модели старения. С точки зрения биохимии и термодинамики, жизнь определяется как степень отклонения от максимально устойчивого состояния — от равновесия, как «неравновесный поток». При таком рассмотрении уровень жизнеспособности можно представить как степень отклонения от состояния равновесия. В соответствии с данной моделью старения для поддержания жизнеспособности в любой части любой живой системы необходима постоянная затрата энергии, так как для живых систем характерно снижение энтропии, а согласно второму закону термодинамики это возможно только при постоянном поступлении энергии извне. На практике по степени потребления энергии организмом судят о степени его жизнеспособности. Для этого используют оценку общего обмена для целого организма, скорость потребления кислорода тканями, уровень потребления кислорода при нагрузке («коэффициент полезного действия» и мощность живых процессов), а также максимально возможное потребление кислорода и мощность внешнего развиваемого усилия — объем адаптации организма. Именно энтропия является важнейшим показателем старения, и способы, позволяющие вычислять ее для целостного организма, должны открыть принципиально новые возможности для анализа в биологии старения и для выяснения первичных, сущностных механизмов и первопричины старения.

Основные положения этих вышеперечисленных теорий можно представить в виде следующих выводов:

- Старение есть простое изнашивание клеток и тканей.
- Каждый организм получает в наследство определенное количество «жизненной» материи, которая со временем истрачивается, что приближает организм к смерти.
- Старение есть закономерное, математически измеримое явление, протекающее с постепенным возрастанием болезненности и вероятности смерти.

- Жизнь представляет собой постоянно изменяющееся состояние клеточных коллоидов. Каждая отдельная клеточка живой ткани человека при естественном и закономерном нарушении состояния ее коллоидов стареет и погибает.

- Старение представляет собой процесс самоинтоксикации в результате нарастающего уровня токсинов в клетке. Так, например, скопление токсинов и гнилостная ферментация в кишечном тракте ведут к самоотравлению организма и как результат — к старению и смерти.

- От уровня целого организма человека и далее последовательно до уровня клетки имеется четкая координация обмена веществ, функций и т. д. При возникновении дисгармонии в координации функций и трофики, нарушениях возможности восстановления клетки и т. п. наступают старческие изменения организма.

- Воздействие биофизических факторов на генетический аппарат клетки и накопление радиоактивных веществ нарушает обмен веществ и вызывает процессы старения в клетке.

- Возрастные изменения генетического аппарата клеток наследственно запрограммированы, а значит, старение является закономерным процессом, логическим следствием роста и созревания.

- Регуляторные гены определяют темп и последовательность включения и выключения структурных генов, от которых зависят возрастные изменения в структуре и функции клеток. Старение связано с участками ДНК, которые при старении сокращаются в размерах.

- Причиной старения является накопление с возрастом генетических повреждений в результате мутаций, которые могут быть как случайными (спонтанными), так и вызванными различными повреждающими факторами (ионизирующая радиация, стрессы, ультрафиолетовые лучи, вирусы, накопление в организме побочных продуктов химических реакций и другие).

- С возрастом в тканях организма накапливаются «свободные радикалы» — высокоактивные химические частицы. В силу своей активности они ухудшают работу клеток и повреждают ДНК.

- В организме существует специальная система репарации (восстановления), обеспечивающая относительную прочность структуры ДНК и надежность в системе передачи наследственной информации. Имеется связь между возрастной активностью систем репарации ДНК и процессом старения.

- Старение на уровне организма связано с первичными сдвигами во всей нейроэндокринной системе либо в той или иной конкретной железе (гипофиз, щитовидная железа, половые железы и т. д.).

- Старение целостного организма обусловлено изменениями нейрогуморальной регуляции, затрагивающими и сферу психики, эмоций, и мышечную работоспособность, и реакции в системах кровообращения, дыхания и т. д.

- Старение основано на тесной связи иммунной системы с адаптацией организма к стрессу, вызываемому изменениями окружающей среды. В период от 40 до 80 лет процент различных аутоантител, вырабатываемых против собственных белков, может увеличиться в 6–8 раз. Все это ведет к саморазрушению и старению организма, его «иммунологическому разоружению».

- Старение есть возрастное снижение интенсивности самообновления организма (деления самых различных типов клеток) и утрата его сопротивляемости из-за наступающего снижения иммунных функций. Морфологическим субстратом старения является гипоталамус, оказывающий первичное регулирующее влияние на иммунную систему.

С позиций современных взглядов наиболее близки к истине теории и концепции, представляющие старение как биопсихосоциальное явление, на динамику которого оказывают влияние генетические, социальные и экономические факторы.

Все разнообразие рассмотренных биологических механизмов старения живых организмов можно условно объединить в четыре основные направления:

- «загрязнение» систем со временем;
- недостаточность сил отбора для сохранения только «нужных» структур в пределах данной системы;
- снижение количества любых необновляющихся структур в системе;
- регуляторные влияния в сложных системах, вызванные самими различными причинами общего и частного характера.

Социальные теории старения

1. *Теория разъединения, освобождения.* В соответствии с этой теорией старение есть неизбежное разъединение стареющей личности с другими личностями в той же социальной системе. Этот процесс может быть инициирован как самой личностью, так

и другими лицами, вовлеченными в конкретную ситуацию. Процесс «социального ухода» характеризуется утратой социальных ролей, ограничением социальных контактов, ослаблением приверженности к материальным ценностям, уходом в себя. Данная теория является безнравственной, поскольку «позволяет» отстранить людей старшего возраста от активной деятельности.

2. *Теория активности.* Согласно этой теории у людей в среднем возрасте, при нормальном старении, должны поддерживаться социальные контакты и активность. При наступлении старости личность должна сохранять те же потребности и желания, которые были свойственны ей ранее, сопротивляться любым изменениям, намерениям исключить ее из общества. По этой теории 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. Способность находить радости и ценности в жизни не исчерпывается в определенном возрасте, а должна сохраняться до самого конца жизни.

3. *Теория развития и непрерывности жизненного пути.* С позиций данной теории, для адекватного понимания жизни старого человека необходимо знать специфику его жизненных прежних этапов, то есть содержание всего жизненного пути, предшествовавшего старости. Индивидуальный опыт каждого этапа жизни подготавливает личность к обретению и выполнению новых социальных ролей и функций на следующем этапе. Переходя от ступени к ступени, человек стремится сохранить прежние предпочтения и привычки, усвоенные роли и функции. Старость, по мнению сторонников этой теории, должна представлять собой «поле битвы» за сохранение прежнего стиля жизни вопреки неизбежным ролевым изменениям. Нормальное, «успешное» старение возможно лишь при разносторонней адаптации к новым условиям и сохранении прежнего положения сразу в нескольких областях деятельности.

4. *Теория наименования и маргинальности.* Эта теория представляет старость как состояние девиантности. Положение стариков — это положение изгоев, удел которых — низкие доходы и ограниченные возможности. Взгляды молодых и зрелых членов общества на положение старых людей совпадают: они считают представителей старшего поколения бесполезными, маргинальными, утратившими прежние способности, уверенность в себе и чувство социальной и психологической независимости. Харак-

терной основной чертой старости является пассивность. Поэтому, по мнению последователей данной теории, трудоспособная и активная часть общества должна разрабатывать социальные программы для улучшения жизни пассивных старых людей.

5. *Теория возрастной стратификации.* Согласно этой теории общество разделено в хронологическом возрастном и социальном отношении. Общество — это совокупность возрастных групп, которые имеют обусловленные возрастом различия в способностях, ролевых функциях, правах и привилегиях. Эта теория придает особое значение образу жизни и общим особенностям, присущим определенной возрастной категории. Большинство старых людей не участвует в «системе власти и влияния» и, таким образом, не обладает контролем ни над самими собой, ни над другими. По этой теории весьма важной характеристикой старости человека является его социальный статус. Этот показатель определяет принадлежность человека к определенным слоям, характеризует индивидуальные и социально-кастовые ценности личности.

С позиций современных взглядов наиболее близки к истине теории и концепции, представляющие старение как биопсихосоциальное явление, на динамику которого оказывают влияние генетические, социальные и экономические факторы.

Сегодня учеными-геронтологами широко используется так называемая адаптационно-регуляторная теория, в соответствии с которой благодаря деятельности мозга мобилизуются приспособительные механизмы, направленные на увеличение продолжительности жизни и расширение адаптационных возможностей организма. В то же время данным процессам противостоят возрастные нарушения, которые возникают в самих центральных механизмах регуляции, что приводит в конечном счете к сужению адаптационных возможностей и старению организма.

Таким образом, в настоящее время достоверно установлено, что:

- старение — это естественный процесс;
- характерной формой старения является возрастание числа патологических изменений, проявляющихся различной симптоматикой и вызывающих разнообразные жалобы;
- старение человека определяется разными факторами, какой-то единственной универсальной причины старения не существует;
- множество частично взаимосвязанных и независимых механизмов как запрограммированных, так и случайных, составляют комплексный феномен старения.

Тема 2. Роль и место старости в онтогенезе человека

Возраст — это многокомпонентная характеристика жизни организма, в которой выделяют хронологический, биологический, психологический и социальный аспекты.

Возраст *хронологический* (паспортный, или календарный) — это возраст, в котором отражается период времени от момента рождения организма до настоящего или любого другого момента его исчисления. Хронологический возраст имеет четкие градации во времени — день, месяц, год. Хотя это понятие и связано с представлением об «усредненных» признаках биологического состояния организма, биологические особенности конкретного организма при этом не учитываются.

Возраст *биологический* (анатомо-физиологический) характеризует биологическое состояние организма в процессе его биологической эволюции (рост, развитие, созревание и старение).

Категория биологического возраста принята для оценки темпов старения. Биологический (функциональный) возраст — это совокупность индивидуальных морфофункциональных признаков конкретного человека по сравнению с соответствующими признаками большинства практически здоровых людей того же возраста. Биологический возраст может не соответствовать хронологическому возрасту — опережать или отставать от него, поскольку в большей степени зависит от наследственности, условий среды и образа жизни. Поэтому в пожилом возрасте люди одного хронологического возраста могут сильно различаться по биологическому возрасту, то есть быть «моложе или старше своих лет». Моложе своего возраста обычно оказываются те из них, у которых благоприятный повседневный образ жизни сочетается с положительной наследственностью (большой запас жизненных сил и отсутствие факторов риска). Считается, что при физиологическом старении организма его хронологический и биологический возраст должны совпадать. Если биологический возраст человека опережает его хронологический (паспортный) возраст, то говорят о преждевременном, или патологическом старении.

Различают также и *психологический возраст*, под которым понимают основные закономерности психического развития человека, его эмоциональное самочувствие своего места в возрастной структуре. Так, будучи молодым, человек может ощущать себя либо соответственно своему хронологическому возрасту, либо мо-

ложе («ребенком») или старше («пожилым»). Иными словами, психологический возраст — это возраст, который в себе чувствует сам человек. Психологический возраст, как и продолжительность жизни, зависит от различных психологических факторов. К ним можно отнести психологическое и личностное благополучие (позитивная Я-концепция), эмоциональную стабильность и стрессоустойчивость, мировоззрение и направленность личности, формирующие образ жизни человека, показатели социально-психологической адаптации и др. Психологический аспект старения рассматривают применительно к сенсорно-перцептивной и интеллектуальной сферам, к характеристикам личности, динамике творческой продуктивности.

Социальный возраст — это индивидуальные границы социального становления личности, например, социальная зрелость, социальная старость. Социальный возраст начинается со времени становления человека личностью, когда он становится ответственным и сознательным субъектом социальной жизни. Социальная старость начинается в тот момент, когда указанные качества начинают угасать либо утрачиваются. Так, например, социальная старость у многих людей начинается с момента, когда они перестают работать (уходят на пенсию или в отставку), переходят с руководящих должностей на рядовую работу; перестают быть детьми (хоронят своих родителей); теряют здоровье и трудоспособность (им зачастую трудно выполнять даже простую работу по дому); перестают путешествовать (нет сил и желания); смиряются с неизбежностью и близостью смерти и т. п. Социальный возраст, как и психологический, может не совпадать с хронологическим или биологическим (физическим) возрастом. К примеру, пожилой человек, несмотря на физическую слабость или даже немощность, может оставаться личностью и вести активную социальную жизнь. И наоборот, когда кто-то задолго до утраты физических сил перестает быть личностью и ведет лишь биологический образ жизни. В последнем случае нередко говорят о социальной смерти (в русском языке есть выражение «живой труп»).

Возрастные периоды жизни человека

Возрастные изменения, старение человека — это реальный, но чрезвычайно сложный, стоящий перед обществом, человеком, наукой, большой комплекс важных проблем. Поэтому возраст человека, его старение стали предметом изучения многих научных

дисциплин: социологии, этнографии, геронтологии, медицины, психологии и других.

Возрастные периоды — это те или иные временные границы (сроки) начала и завершения каждой стадии жизни, необходимые для завершения определенного этапа морфологического и функционального развития отдельных тканей, органов и организма в целом, а также психологического статуса человека. Они зависят от закономерностей созревания организма и начала инволюционных процессов в нем. С позиции современной психологии, стадии жизни есть прохождение серии критических точек от рождения до смерти. Каждая стадия представляет собой индивидуальный «кризис», или задачу развития (критическую точку), которая должна быть преодолена индивидом перед тем, как перейти на следующую жизненную стадию. Успех или полнота выполнения задачи зависит от того, как были усвоены и преодолены предыдущие стадии. Людям, которые с большими сложностями преодолели кризисные стадии первого этапа жизни (до 40 лет), во второй ее половине свойственны «комплексы неполноценности».

Возрастные периоды у детей. Наиболее динамичные и качественно новые изменения происходят в детском и юношеском возрастных периодах.

Деление на возрастные периоды в детстве отражает, в первую очередь, этапы созревания нервной системы, внутренних органов и жевательного аппарата, а также становление высшей нервной деятельности; внутри каждого из этапов нарастают относительно однородные количественные изменения.

Для периода детства характерна закономерная непрерывность процессов развития и роста. Органы и функциональные системы ребенка с момента его рождения изменяются соответственно периодам детского возраста.

Детскому возрасту предшествует период внутриутробного развития, в котором различают стадию эмбрионального (первые два лунных месяца) и плацентарного (с 3-го по 10-й лунный месяц) развития.

Внеутробный период развития подразделяют на следующие периоды:

I. Новорожденность (до 4-х недель).

II. Грудной, или младший ясельный (первый год жизни).

III. Период молочных зубов (от одного года до 6–7 лет):

- преддошкольный, или старший ясельный возраст (от одного года до 3-х лет);

- дошкольный возраст (3–7 лет).

IV. Младший школьный возраст (7–12–13 лет). Возрастной этап от 10 до 12–13 лет иногда называют препубертатным периодом; у девочек он начинается в 8–9 лет.

V. Период полового созревания (старший школьный, подростковый, пубертатный возраст) у девочек — с 12 до 16, у мальчиков — с 13 до 17–18 лет.

Длительность периода новорожденности, имея индивидуально различные сроки, отражает период адаптации к внеутробным условиям жизни. Для новорожденного характерна устойчивость ко многим инфекциям (скарлатина, корь, краснуха, дифтерия, тифы, оспа и др.), связываемая с пассивным иммунитетом, полученным от матери в период внутриутробного развития или с грудным молоком.

Длительность грудного возраста определяется сроком грудного вскармливания. К концу первого года жизни организм доношенного и нормально развивающегося ребенка достигает определенной функциональной зрелости, позволяющей перейти на так называемую общую диету. Вместе с тем центральная нервная система ребенка быстро истощаема, поэтому он нуждается в продолжительном сне.

В период молочных зубов постепенно совершенствуются все функции ребенка. Его организм весьма пластичен и на нем очень отчетливо отражаются все воздействия окружающей среды, в том числе и социальные.

В препубертатном, младшем школьном возрасте многие органы достигают полного развития, заканчивается морфологическая дифференцировка коры головного мозга и проводящих путей.

Пубертатный, старший школьный период (*лат.* возмужалость) начинается с формирования вторичных половых признаков и заканчивается достижением биологической половой зрелости. Начало и продолжительность периода зависят от генетических особенностей индивида, климата, питания и т. д. Пубертатный период не связан жестко с календарным возрастом. Окончание этого периода сливается с юношеским возрастом, в котором заканчивается развитие изменений, начавшихся в предыдущем периоде.

В связи с акселерацией возрастные изменения смещаются в сторону более младших возрастных периодов. Могут быть отклонения в виде запаздывания или раннего наступления полового созревания, преждевременного развития молочных желез, гинекомастии у мальчиков и т. д.

В *дошкольном возрасте* происходит дальнейшее усложнение и дифференцировка психического развития. Более выражено влияние тормозных процессов. Ребенок активно воспринимает окружающий мир, усваивает моральные понятия и представления об обязанностях, проявляет большой интерес к детям. Многие дети начинают читать и писать, легко овладевают элементами иностранного языка.

В *школьном периоде* продолжается развитие сложных форм поведения, формируются индивидуальные особенности. У подростков все больше выявляются особенности поведения, связанные с гормональной перестройкой. Мышление отличается склонностью к абстрагированию и обобщению.

В *конце юношеского и зрелого возраста* завершается морфофункциональное развитие организма; на выраженность показателей морфофункционального развития в значительной мере влияют конституциональные особенности организма, причем различие в показателях у противоположных конституциональных типов может быть довольно резким. В зависимости от конституциональной принадлежности значительно варьирует и возраст, в котором морфофункциональные признаки получают окончательную, присущую зрелому состоянию выраженность. Это определяет расхождение сроков хронологического и биологического возрастов.

Американский психолог и психоаналитик Эрик Эриксон на жизненном пути человека выделяет 8 психосоциальных кризисов, 5 из которых специфичны (характерны) для возрастных периодов у детей. Первый кризис «решения физиологических потребностей» маленький человек преодолевает на первом году своей жизни, формируя доверительное либо негативное отношение к окружающему миру. Второй кризис «первичного процесса социализации» связан с первым опытом общения, элементарных гигиенических навыков, обучения и т. п. В результате возникают либо первая самостоятельность, либо неуверенность и сомнения в собственных силах. Пройдя третий кризис «дошкольного и младшего школьного возраста», ребенок становится либо инициативным и уверенным в себе, либо безответственным, покорным и с комплексом постоянной вины. В четвертом кризисе «школьного возраста» закрепляются либо желание трудиться самостоятельно и творчески, либо пассивность, иждивенчество и чувство собственной неполноценности. Из пятого кризиса «подросткового возраста» молодой чело-

век выходит либо с четкими представлениями о своем жизненном пути и своей предназначенности, либо без них.

Различают следующие возрастные периоды взрослого человека:

I. Юношеский возраст: от 17 до 21 года у мужчин; от 16 до 20 лет у женщин. Характеризуется замедлением роста; длина тела в этом периоде увеличивается в среднем не более чем на 1–2 см.

II. Зрелый возраст: от 21 до 60 лет у мужчин; от 20 до 55 у женщин. Подразделяется на два периода. 1-й период — от 21 до 35 лет у мужчин; от 20 до 35 лет у женщин. Характеризуется прекращением роста, расцветом и относительной устойчивостью функций организма. 2-й период — от 35 до 60 лет у мужчин и до 55 лет у женщин. Характеризуется нейроэндокринной перестройкой, значительным изменением физиологических функций и появлением первых клинических проявлений заболеваний, присущих старшим возрастам.

III. Пожилой возраст: от 55–60 до 75 лет у мужчин и женщин. 65-летний рубеж нередко выделяется особо, так как во многих странах это возраст выхода на пенсию. Характеризуется ускорением старения, так как существующие резервы адаптации с трудом компенсируют малозаметные, но нарастающие возрастные изменения; появляются заболевания, свойственные преимущественно этому возрастному периоду (атеросклероз, артериальная гипертония и др.). К пожилым относятся разные люди — от относительно здоровых и крепких до глубоких стариков, обремененных недугами, выходцы из самых разных социальных слоев, имеющие разные уровни образования, квалификации и разные интересы. Большинство из них не работают, получая пенсию по старости.

IV. Старческий возраст: после 75 лет у мужчин и женщин (люди в возрасте старше 90 лет относятся к долгожителям). Характерна развернутая инволюция организма: резкое снижение уровня основных физиологических функций, падение надежности адаптации, нарастающая вероятность смерти.

Эволюция организма, определяемая влиянием наследственности и экзогенными факторами, не протекает гармонично. В отдельные периоды жизни возникают существенно диспропорциональные изменения в разных органах и системах. Так, на границе зрелого и пожилого возраста выделяют особый возрастной промежуток, так называемый климактерический период, характеризую-

щийся бурными сдвигами в нейрогуморальной регуляции обмена и функций.

Но это лишь градация биологического возраста. Метрическое свойство времени указывает только на количественные показатели возраста, которые приблизительно фиксируют физиологические, психологические и социальные «качества» человека и его самочувствие. Календарный возраст служит основанием для запрещения или разрешения различных социальных ролей или поведения в соответствующем возрасте. Выполнение этих ролей в соответствии с установленными общественными нормами и предписаниями определяет социальный возраст человека, часто не совпадающий с календарным возрастом.

В своем психологическом развитии взрослый человек так же, как и в детстве, преодолевает оставшиеся три (шестой, седьмой и восьмой) из восьми психосоциальных кризиса по Эриксону.

Шестой кризис «молодого взрослого человека» закрепляет либо расшатывает желание иметь семью, стать отцом или матерью.

Седьмой кризис «зрелого возраста» формирует либо разрушает интерес к собственной семье и ее обустройству, к карьере и т. п.

Восьмой кризис «завершения предшествующего жизненного пути» охватывает пожилой возраст человека. От результата поведения жизненного итога зависит то или иное разрешение этого кризиса. Если предыдущие этапы жизни пожилого человека состоялись, то он сохраняет спокойный и уравновешенный взгляд в собственное будущее. Он не страшится смерти, поскольку понимает, что это естественное окончание жизни. В случае разочарования у пожилого человека возникают ощущения бессмысленности собственной жизни и бессилия, раздражительность, страх смерти и т. п.

В свою очередь, восьмой кризисный период подразделяют на *5 этапов психологического старения* человека. Следует отметить условность такого деления, поскольку эти этапы не являются обязательными, они могут отсутствовать или быть разной протяженности по времени.

Первый этап характеризуется сохранением социальных связей с предпенсионным видом деятельности. Пожилой человек может продолжать работать, читать и писать на специальные темы, контактировать с бывшими коллегами по работе и т. д.

Второй этап — сужение круга интересов за счет выпадения профессиональных привязанностей. Преобладают разговоры на

бытовые темы — дети, внуки, дача, телевизионные новости и т. п. В таком пожилом человеке уже трудно узнать его бывшую профессию — военного, врача, инженера, ученого и т. д. Эти пожилые люди почти ничем друг от друга не отличаются.

Третий этап — преимущественная забота о личном здоровье. Самая авторитетная фигура в жизни такого пожилого человека — его лечащий врач либо медицинская сестра.

Четвертый этап — страстное желание сохранения самой жизни. Интересы четко ограничены только поддержанием жизненного комфорта, стабильности инфраструктуры (члены семьи, соседи, ровесники, социальный работник и др.), информацией о еще живых или уже умерших.

Пятый этап — жизненный интерес касается только витальных потребностей — еда, физиологические отправления, сон. Такие пожилые люди безразличны ко всему окружающему, их способность к общению практически утрачена.

Социальные и биологические факторы, от которых зависит продолжительность жизни

Границы между периодом зрелости и началом старости трудно-уловимы. Поэтому выделение границ старости является сложной проблемой. Обычно, когда говорят о старых людях, руководствуются возрастом выхода на пенсию, но последний далеко не одинаков в разных странах, для различных профессиональных групп, для мужчин и женщин. В соответствии с классификацией Европейского регионального бюро ВОЗ пожилой возраст длится у мужчин с 61 до 74 лет, а с 75 лет наступает старость; у женщин — с 55 до 74 лет, и с 75 лет наступает старость. Люди старше 90 лет считаются долгожителями. 65-летний рубеж нередко выделяют особо, так как во многих странах это возраст выхода на пенсию. Календарный возраст служит основанием для запрещения или разрешения различных социальных ролей или поведения в соответствующем возрасте. Однако сущность возраста не сводится лишь к количеству прожитых лет, поскольку они не всегда точно отражают физиологическое и социальное «качество» человека и его самочувствие. Существенным признаком возраста пожилого человека является так называемый социально-экономический «порог» — уход на пенсию, изменение источника дохода, изменение социального статуса, сужение круга социальных ролей.

Следует отметить, что представление о возрастных периодах относительно, поскольку выбор критериев возрастных периодов, их продолжительности зависит от биологических особенностей организма, социальных факторов среды, уровня научных знаний и т. д.

Продолжительность жизни зависит от *социального и биологического факторов*.

К социальным факторам относятся:

- характер труда;
- уровень обеспеченности материальными благами и медицинским обслуживанием;
- жилищные условия;
- взаимоотношения личности и общества;
- реалистичность оценки своих возможностей;
- адекватность выбора социальных ролей и собственного места в обществе.

Отмечено, что с ростом цивилизованных форм жизни ее средняя продолжительность постепенно возрастает. Удельный вес пожилых людей более высок, как правило, в развитых странах, а также в крупных и крупнейших городах.

К биологическим факторам относятся:

- пол (во всех странах мира продолжительность жизни женщин больше, чем у мужчин);
- характер наследственности (генетический код);
- благоприятные (или неблагоприятные) задатки;
- природно-климатические условия среды обитания;
- экологическое благополучие, влияние солнечной радиации и т. п.

Биологические факторы могут быть выделены в две группы:

- *эндогенные факторы*, объединяющие набор внутренних ресурсов самого человеческого организма;
- *экзогенные факторы*, связанные с воздействием внешней среды.

Биологическая, или видовая продолжительность жизни — это возраст, к которому жизнеспособность ослабевает настолько, что смерть становится неизбежной. Иными словами, когда естественные физиологические старческие изменения в организме человека не совместимы с жизнью. Величина биологической продолжительности жизни колеблется от 70 до 150 лет. В настоящее время нормальным лимитом биологической продолжительности жизни может быть 100 лет. Ранее этот срок считался целью, к которой нужно было стремиться.

Биологические и социальные факторы тесно взаимосвязаны друг с другом. Однако биологическая продолжительность жизни — длина жизни человеческого вида, обусловленная его генетической конституцией, как правило, полностью не реализуется из-за губительных влияний социальных условий жизни.

Биологическая продолжительность жизни служит реальным ориентиром для увеличения средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни. Разница между этими двумя величинами — это резерв, который может быть освоен путем улучшения условий и образа жизни.

Жизнь и смерть — диалектическое единство. Только человеку — единственному из всех живых существ — дано знание о неизбежности смерти. Н.А. Бердяев пишет: «Жизнь в этом мире имеет смысл именно потому, что есть смерть, и если бы в нашем мире не было смерти, то жизнь лишена была бы смысла». Многих людей эта мысль заставляет ценить каждое мгновение своей жизни, напрягать силы и волю в осуществлении своей главной цели и т. п. Однако жизнь и смерть исключают друг друга. Если жизнь для нас благо, то противоположное ей — зло. Все живое стремится к бессмертию и умирает не по своей воле, исчерпав свои жизненные ресурсы в силу естественной старости или конкретных неблагоприятных условий жизни.

В жизни все, что имеет свое начало, имеет и свое завершение. Русский философ Н.Н. Страхов в своей книге «Мир как целое» писал: «Если бы какой-нибудь организм мог совершенствоваться без конца, то он никогда бы не достигал зрелого возраста и полного раскрытия своих сил». Именно поэтому старение и смерть есть необходимое следствие органического развития.

Христианская этика провозглашает, что жизнь, являясь даром от Бога, соткана из различных духовных, физических, психологических и социальных аспектов устройства мира. Однако сам человек по-настоящему не может осознать этого. Страх смерти — чувство естественное. Здорового человека не занимает мысль о смерти, его внимание занято большими и малыми заботами и проблемами повседневной жизни. Если же мысль о смерти становится навязчивой, постоянной, занимает все внимание человека, это непременно свидетельствует о том, что что-то не в порядке. Необоснованный страх смерти — одна из форм навязчивых страхов, он может быть проявлением невроза, психоза, разнообразных панических состояний. Мысль о близости смерти чаще всего посещает стареющего

человека. В старости люди чувствуют смерть более близкой. Одиночество, постепенное ослабление привычных связей с жизнью усугубляют это чувство.

Специальные исследования подтверждают, что мысли о скорой и неизбежной смерти так или иначе присутствуют в сознании каждого, кому за 60, как сверхценные переживания. Это объясняется тем, что с возрастом соответствующим образом изменяется психологическая защита человека, с которой он рождается и в программу которой входит и сознание собственной смерти. Психологическая защита помогает умирающему и неизлечимому больному справляться с мыслями о неизбежной смерти, которые поэтому никогда не доходят до сверхценных переживаний.

Смерть как естественное завершение жизни. У смерти как социальной проблемы есть две стороны: 1) умирание, уход из жизни одного из нас; 2) похороны, расставание с умершим. Если вторая сторона смерти с незапамятных времен была осмыслена и окультурена ритуалами и обрядами, то первая сторона только в последние десятилетия стала предметом пристального внимания общественности. Процесс умирания создал социальную проблему эвтаназии. Слово «эвтаназия» в переводе с греческого языка означает «хорошая смерть», которая приносит минимальные страдания умирающему человеку и всем людям, соприкасающимся с нею. Однако, к сожалению, в жизни эвтаназию понимают как легкую смерть с помощью врача. Настойчивое и убедительное желание умереть чаще всего связано с глубиной депрессии пациента, а не только с болью, физическими страданиями или отсутствием социальной поддержки. По прошествии нескольких недель работы психотерапевта с пациентом около 2/3 пациентов больше не хотят смерти.

В последнее время все большую силу в общественном мнении приобретает тенденция, в соответствии с которой умирание рассматривается как естественная и закономерная фаза человеческой жизни, имеющая самостоятельную ценность и значимость. Речь идет о том, чтобы пациенту была дана возможность и в эти месяцы и годы вести содержательную, наполненную жизнь, то есть не об одном лишь медикаментозном воздействии, но и о целом комплексе мер социальной и психологической поддержки. Умирающие испытывают страх перед смертью, болью, зависимостью от других людей при удовлетворении самых элементарных нужд (еда, питье, поддержание чистоты и т. п.), испытывают глубокую печаль и тоску. Сознание умирающего человека, особенно в случае хрониче-

ских заболеваний, постепенно сужается, часто даже отключается от внешнего мира. Оно исчезает раньше, чем прекращается деятельность организма.

К желаниям умирающего больного нужно относиться с глубоким вниманием, о непреложности этого требования свидетельствует и сложившийся у людей обычай исполнять последнее желание умирающего, каким бы оно ни было. Забота родных, внимание друзей, посещение ими больного также необходимы. Медицинский работник, даже если он уже ничего не может сделать для больного, должен навещать его; поводом для таких посещений может быть хотя бы симптоматическое лечение. Прощаясь с больным словами «до завтра», он оказывает большое воздействие на психику больного. У многих больных в такие критические часы особенно проявляется потребность близости к родным, к людям вообще. При прощании с близкими ярко проявляется желание хотя бы еще раз увидеть их.

Как правило, умирающий больной испытывает физические страдания, поэтому ему должен быть обеспечен соматический уход (устранение болей и вегетативных расстройств), а также психологический покой (священник, друзья, родственники). Особая роль в обеспечении такого ухода принадлежит медицинской сестре и социальному работнику, от которых в первую очередь зависит качество физического и психологического ухода за умирающим. В этом отношении социальный работник должен психологически и физиологически индивидуализировать больного, превращая его в личность, которой необходимы чуткое понимание и сопереживание.

Недопустима деперсонализация больного в биологический организм, который надо обслужить на высшем техническом уровне, снижающем до минимума риск осложнений или неудач.

В последнее время возникла новая отрасль медицинской науки — *танатология*, которая занимается всем комплексом проблем, связанных со смертью.

Практикой был выработан профессиональный подход к человеческой смерти и поведению окружающих в связи со смертью людей. Медицинский работник делает все ради спасения жизни больного, и если уже невозможно патогенетическое лечение, то прибегает к симптоматическому лечению, видоизменяя его по ходу трагических событий, разрыванию которых он уже помешать не в силах. Ему остается напряженно следить за угасанием жизнедеятельности организма, за постепенно ослабевающими жизненными про-

цессами: пульсом, дыханием, сердечной деятельностью, кровяным давлением; более того, он постоянно контролирует и состояние сознания больного. По прекращении всех этих жизненных функций он устанавливает факт наступления смерти. Подход медиков носит своеобразный характер: в соответствии с традициями медицинской науки они до последнего мгновения жизни больного следят за происходящими в его организме патологическими процессами, за угасанием жизненных функций. Затем уже следует деятельность патологоанатомов, которые ищут следы патологических процессов уже в умершем организме, контролируют, правильно ли была распознана причина патологии, от которой скончался больной.

Когда достаточно скорая смерть пациента становится неизбежной, медик-профессионал обязан перейти к тактике паллиативного лечения, то есть купирования, смягчения ее отдельных симптомов.

Понятие «паллиативное лечение» не исчерпывается только клиническим содержанием, оно включает в себя новые социально-организационные формы лечения, оказания поддержки умирающим пациентам, новые решения моральных проблем. Имеются различные формы организации паллиативной медицины — это патронажная служба помощи на дому, дневные и ночные стационары, выездная служба («скорая помощь») и стационар хосписов, специализированные отделения больниц общего профиля и т. д. Действенность помощи умирающим определяется комплексным подходом к решению их проблем, бригадным характером деятельности участвующих в этом деле врачей-специалистов, медицинских сестер, психологов, а также представителей духовенства, добровольцев, получивших специальную подготовку. Незаменима при этом роль близких родственников и друзей пациента, которые, однако, в такие скорбные дни и сами нуждаются в квалифицированных советах и руководстве.

Слово «*хоспис*» в переводе с латинского языка означает «гостеприимный, дружелюбный к странникам». Первые хосписы не были созданы специально для ухода за умирающими, однако, без сомнения, пациенты были окружены заботой и вниманием до конца.

Хоспис — это учреждение, в котором умирающие больные получают психологический и медицинский уход, облегчающий им дни и недели, предшествующие смерти. Хоспис предназначен не просто для облегчения неизбежной смерти: он помогает качественно жить до конца.

Основными принципами воздействия на больных в хосписе являются:

- различные современные варианты эффективной анальгезии;
- устраняющее страх смерти воздействие на психику умирающих больных, для чего используются медикаменты, психотерапевт, священник и т. п.;
- доброжелательные контакты больных между собой, с родственниками и друзьями.

Таким образом, старение человека, его возрастные изменения — это реальный, чрезвычайно сложный процесс, ставящий перед обществом, человеком, наукой большой комплекс важных проблем. Это проблемы личности, нравственности, динамики профессионализма и преемственности поколений, проблемы индивида и общества. Знание обществом специфики протекания процесса старения, способов продолжения профессиональной деятельности, степени и характера включенности пожилых людей в общественные отношения, уровня их адаптации к своему изменяющемуся состоянию, положению и месту в обществе — все это чрезвычайно важно для обеспечения более легкого приспособления людей к своим возрастным изменениям, к возрасту «социальных потерь», поиску новых возможностей.

Тема 3. Постарение населения: демографические, экономические и социальные проблемы

Старение населения как демографический процесс

На Земле с каждым годом становится все больше людей пожилого и старческого возраста.

Демографы считают, что старение населения можно рассматривать как признак процветания общества и значительных социальных достижений. Оптимистическая позиция основывается на убеждении, что государство и общество могут приспособить свои экономики к более зрелой рабочей силе. Финансовые проблемы пожилых людей можно уменьшить путем увеличения сбережений, а также принятием других своевременных мер.

По мнению многих ученых, старение населения не таит в себе неразрешимых проблем. Тенденция старения не только создает проблемы, но и предоставляет новые возможности. Отрицательные последствия этого процесса можно во многом смягчить и даже предотвратить. В арсенале средств — здоровый образ жизни, мотивированное продление трудовой жизни, более поздний выход на пенсию и др. Серьезный вклад в решение данных проблем должны внести геронтология и социальная психология, а также продуманная национальная программа повышения качества жизни пожилого населения, включающая реализацию соответствующих образовательных программ в системе профессионального образования всех уровней.

Понятие «демографическое старение», критерии его оценки. Демографическое старение населения — увеличение доли пожилых и старых людей в общей численности населения. Это результат длительных демографических изменений, сдвигов в характере воспроизводства населения, рождаемости, смертности, их соотношения, а также частично миграции.

Различают два типа старения населения:

- старение «снизу», которое является результатом снижения рождаемости;

- старение «сверху», которое является результатом увеличения средней продолжительности предстоящей жизни, уменьшения смертности в старших возрастах в условиях низкой рождаемости.

Слова «снизу» и «сверху» употреблены в связи с особым графическим способом изображения возрастной структуры населения в форме пирамиды. Основание пирамиды представлено численностью населения детских возрастов, а вершина — численностью населения пожилого возраста. Снижение рождаемости приводит к сужению основания пирамиды, а снижение смертности в старших возрастах — к расширению ее вершины.

Различают *три основных типа возрастной структуры населения. Первый тип* — «прогрессивный», так как он характеризуется высоким показателем естественного прироста населения. Этот тип отличается очень высокой долей в численности населения детских возрастов (до 16 лет) и небольшим процентом людей пожилого возраста (60 лет и старше). Графически этот тип имеет форму правильной треугольной пирамиды с вершиной вверх. К первому типу возрастной структуры принадлежит большинство развивающихся стран с высокой рождаемостью и смертностью и сравнительно низ-

кой продолжительностью жизни. *Второй тип* возрастной структуры населения — «стационарный», при котором естественный прирост находится на неизменном уровне. Второй тип характеризуется почти равными долями детей и старших возрастных групп, со средней продолжительностью жизни, с небольшим приростом населения. Графически этот тип изображается в форме пирамиды с контурами колокола, стоящего на широком основании.

Третий тип возрастной структуры населения — «регрессивный». Он отличается большой долей пожилых людей и незначительным или убывающим ростом населения. Характерными особенностями третьего типа возрастной структуры являются невысокая рождаемость, сравнительно низкая общая смертность и относительно большая продолжительность жизни. Графически этот тип возрастной структуры имеет форму пирамиды с контурами урны, расширяющейся в стороны в своей средней части.

Определенные коррективы в форму возрастной структуры вносит миграция населения, поскольку уезжают обычно молодые люди. В результате в местах прибытия мигрантов население «молодеет», а в местах убытия — «стареет».

Главная причина старения населения Беларуси — снижение рождаемости. На сегодняшний день в республике преобладают семьи с одним или двумя детьми. В связи с этим население Республики Беларусь старится «снизу».

Демографические процессы на земле характеризуют две основные модели:

1. *Модель «старого населения»* соответствует районам с низкой рождаемостью, низкой детской смертностью и высокой продолжительностью жизни.

2. *Модель «молодого населения»* справедлива для районов с высокой рождаемостью, значительной общей и детской смертностью, высоким темпом естественного прироста и низкой средней продолжительностью жизни.

В качестве критерия для оценки демографического старения используют долю в населении лиц старше определенного возраста. В Беларуси и во многих других странах это возраст 60 лет, в развитых странах Запада и в международной практике — возраст 65 лет.

Для измерения старения населения используют специальные шкалы, основанные на указанных значениях возраста.

По шкале демографического старения ООН, если численность пожилых людей в возрасте 65 лет и старше составляет менее 4 %,

то такое население считается молодым; если 7 % и более — население считается старым. Население Беларуси считается «старым» уже с конца 60-х гг., когда доля белорусов в возрасте 65 лет и старше превысила 7 %.

Демографическое старение считается:

- подвижным — при доле лиц старше 60 лет в общей структуре населения от 12 % до 14 %;
- стабильным — при доле лиц этого возраста от 15 % до 19 %;
- сенильной депопуляцией — свыше 20 %.

Средняя продолжительность жизни как демографический показатель. Средняя продолжительность жизни — усредненный интервал между рождением и смертью, равный возрасту смерти; это обобщенный показатель смертности всех поколений, который дает представление о средней ожидаемой продолжительности жизни. Для исчисления продолжительности жизни, рассчитываемой отдельно для *мужчин* и для *женщин*, используются таблицы смертности. В отечественной статистике применяется еще и обобщенный показатель, который не принят в зарубежной статистике. Средняя продолжительность жизни — величина непостоянная: за время жизни одного поколения она претерпевает изменения как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения в зависимости от условий и качества жизни.

Средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни человека. Ожидаемая (или предполагаемая) продолжительность жизни не ограничена указанным числом лет для каждого человека, но и не гарантированная. Статистика не предрекает и не обещает никому определенную продолжительность жизни. Расчет показателя основан на теории вероятности, построении таблиц смертности и исчисляется как соотношение между числом умерших в отдельных возрастах на определенный момент. Этим моментом является обычно год, предшествующий тому году, в котором ведется подсчет. Публикуемые показатели не относятся к продолжительности жизни людей, уже проживших какую-то часть жизни, а только к рожденным в данном году и то при условии, что показатели смертности в их будущей жизни останутся такими же, как в расчетном году. Данный показатель носит прогнозный характер и его величина во многом зависит от того, какой методикой расчета пользуется демограф, его не следует отождествлять с медианным возрастом умерших, то есть возрастом, когда случается максимальное число смертей в данном поколении.

Средняя продолжительность предстоящей жизни рассчитывается по специально составленным таблицам на основе данных о смертности по возрастным группам. Полученная величина выражает количество лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению (сверстникам определенного возраста) при условии, что на протяжении всей последующей жизни в каждой возрастной группе коэффициент смертности будет таким же, каким он был у населения этого возраста в годы составления таблицы смертности. Чаще всего используется величина средней продолжительности предстоящей жизни новорожденного, или человека в возрасте 0 лет.

Социальные проблемы граждан пожилого возраста

Проблема в переводе с греческого языка — это задача, требующая своего решения. *Социальная проблема* — социальное противоречие, осознаваемое субъектом деятельности (то есть индивидом или социальной группой) как значимое для него несоответствие между целью деятельности и ее результатом. Тем самым социальная проблема имеет объективно-субъективную природу: для того чтобы стать социальной проблемой, социальное противоречие должно пройти через сознание субъекта деятельности. Поэтому исследование социальной проблемы предполагает как описание объективного состояния социальной сферы, осуществляемое с помощью статистических методов (например, данные о занятости населения), так и изучение общественного мнения для выявления элементов неудовлетворенности существующим положением вещей.

Анализ социальных последствий решений, принимаемых в различных сферах общества, позволяет предвидеть их возникновение, что, в свою очередь, облегчает их последующее решение. Таким образом, социальная проблема — это нежелательная ситуация, которую можно и нужно изменить. Понятие социальной проблемы является основным предметом изучения социологии социальных проблем — важной области социологического знания.

В Республике Беларусь наиболее важными являются следующие социальные проблемы:

- повышение уровня жизни населения;
- устранение бедности;
- рост доходов населения;

- обеспечение занятости населения;
- охрана и безопасность труда;
- социальная защита нетрудоспособных и малообеспеченных граждан и их семей;
- государственное регулирование социальной сферы.

Своевременное решение социальных проблем будет способствовать созданию благоприятных условий и обеспечению высокого качества жизни для каждого человека, семьи, населения в целом. Стратегической целью нашего государства является достижение нового, более высокого качества жизни народа. Как высшая ценность, на которую ориентируется каждый человек, *качество жизни* можно представить в трех измерениях. Первое из них — реальное обладание (либо необладание) человеком высоким качеством здоровья, питания, одежды, жилища, сферы обслуживания, окружающей среды; обеспечением личной безопасности, прав и свобод; содержательный труд, общение и досуг; доступность культурных ценностей и средств оздоровления (аспект настоящего). Второе воплощение качества жизни — уверенность (неуверенность) в осуществляемости жизненных устремлений и целей (аспект будущего). Третье измерение качества жизни — сохранение согревающих душу самых дорогих и важных для личности воспоминаний и впечатлений, интимного человеческого достоинства в тайниках своего сердца (аспект прошлого). Именно единство этих трех составляющих делает качество жизни не только реальным, но и высокоценным для человека. Профессиональный успех и самореализация личности — это двигатель жизни для большинства людей. Сюда входят такие показатели, как ощущение удовлетворенности условиями труда и быта в целом, уровень обеспеченности прав и свобод личности, уверенность в будущем, ощущение социальной комфортности, социальной защищенности, степень реализации жизненных стратегий. Важнейшими средствами достижения этой цели являются высокие темпы устойчивого развития экономики.

Социальные проблемы пожилых людей — это специфические проблемы, возникающие в связи с выходом на пенсию и процессом старения в условиях социокультурного кризиса на фоне резкого изменения социальной ситуации пожилых людей, формирования новых ценностных ориентаций и установок в общественном сознании.

В настоящее время для пожилых людей актуальными (злободневными) социальными проблемами являются:

поддержание приемлемого материального уровня жизни в связи с особенностями экономического статуса в пожилом возрасте, прекращением или ограничением трудовой деятельности, малообеспеченностью и др.;

получение качественной медицинской помощи и социальной поддержки в связи с сокращением продолжительности жизни, серьезными расстройствами здоровья, дисбалансом между ролью учреждений и ролью семьи в вопросах медицинской помощи и социального обслуживания пожилых и др.;

изменение образа жизни и адаптация к новым условиям в связи с пересмотром ценностных ориентиров, самого образа жизни и общения, различными затруднениями как в социально-бытовой, так и в психологической адаптации к новым условиям, изменением статуса пожилых людей и снижением способности к независимой и активной жизни, кризисами пожилого возраста — сужением контактов, «коммуникативным голодом», одиночеством, бездомностью, возрастными психологическими проблемами и др.

В обобщенной форме социальные проблемы граждан пожилого возраста отражены в следующих социогеронтологических теориях.

1. Теория социальной изоляции. Это касается изменений в организации жизни пожилого человека и в первую очередь связано с выходом на пенсию (что характеризуется сворачиванием социальных связей и коммуникаций), затем — с отделением от детей, которые приобрели самостоятельность, с потерей близких и знакомых людей, изменением возрастных требований в семье и урбанистическим стилем жизни. Для этого периода жизни характерен феномен «воскресенья и праздника». Именно в эти дни человек чувствует себя одиноким, ощущает свою ненужность и незанятость. Он находится в психологическом состоянии обостренного восприятия своей жизни, своего места в ней. Мужчины и женщины по-разному воспринимают выход на пенсию, так как это связано с различиями в стиле жизни обоих полов, сильнейшей идентификацией мужчин с профессиональной ролью; у женщин же — с тяжелой домашней работой и семейными обязанностями. Часто после выхода на пенсию сразу возникают болезни. Отмечается необходимость новых адаптационных стратегий на финальном этапе жизни, способствующих овладению социально-психологическими механизмами, блокирующими негативные последствия критических моментов жизни пожилого человека.

2. *Теория профилизации личности.* В ней анализируются стиль жизни, позиции и социокультурные ориентации каждого человека. Проводится анализ индивидуальных реакций в пожилом возрасте. При этом сохранение жизненной активности рассматривается как позитивный фактор, подчеркивается, что люди с активными жизненными позициями готовы к изменениям и рассматривают их не как угрозу, а скорее как вызов своим возможностям. Позиция безучастия, пассивного отношения к окружающему миру часто оборачивается стремлением переложить свои проблемы на кого-то другого. В результате человек постоянно выражает чувство неудовольствия, начинает искать институты и учреждения, которые решились бы его проблемы.

3. *Теория возрастных ценностных асимметрий.* Речь идет о размерах и способах получения дохода, о доступе к воздействию на различные общественные процессы. Нередко пожилые люди дистанцированы от власти, богатства и престижа и занимают маргинальное положение. В развитых странах пенсионеры являются наиболее платежеспособной группой с самым большим расходным капиталом. Они занимают значительное место в политике, имеют возможность путешествовать. Современный рынок на Западе в значительной степени ориентируется на пожилых людей. Существует сеть магазинов, салонов красоты, кафе и т. д., которыми владеют пожилые люди, то есть рынок учитывает возрастающее количество пожилых людей, их интересы и потребности.

4. *Теория взаимоотношения модусов времени.* Согласно данной теории человек существует в трех измерениях: прошлое, настоящее и будущее. Жизнь человека постепенно меняется с возрастом, и ее ритм приобретает плавный характер, любые факты в жизни становятся событиями, а любые те или иные действия заранее планируются. Любые нарушения приводят к состоянию психологической неудовлетворенности. Для представителей «третьего возраста» характерна прозрачность временных перегородок. Пожилые люди часто пересматривают и переоценивают свою прожитую жизнь; у них постоянно спонтанно всплывают в сознании эпизоды давно прошедшего прошлого. Возвращение в прошлое — это попытка наполнения своей жизни смыслом, а также попытка найти точку опоры в жизни. С возрастом убыстряется время, незаметно начинают мелькать дни, месяцы, годы. Сужается пространство будущего за счет расширения пространства прошлого. Биологи установили, что с возрастом активизируются структуры, которые отвечают за па-

мать. С кем-то поговорить, вспомнить прошлое — это как психотерапия для пожилых.

5. Теория стигмы. В ней проблемы старости интерпретируются как следствие неадекватного ее восприятия или «навешивания ярлыков» (беспомощный, зависимый, бедный, слабый, больной). Человек привыкает к ним и начинает строить свою жизненную стратегию в рамках стигмы.

6. Теории девиации. Их основой являются представления о некоторых нормах, пределах или идеалах развития личности. Пассивность стариков, их социальное отчуждение, уход в себя рассматриваются как варианты отклоняющегося поведения. Старость предстает как вид социальной девиации, возникающей в результате реакции на социальное давление. Старость рассматривается как основное звено трансмиссии культуры.

7. Субкультурная теория старости. Рассматривает совпадение моделей поведения, связанных с той социокультурной ситуацией, в которой развивалось данное поколение. Известно, что каждая возрастная группа имеет свои ценности, свою субкультуру. Пожилые люди любят общаться со сверстниками, так как они находят общность интересов, взглядов. Под субкультурами в социологии обычно понимают те социальные образования внутри общества, которые отличаются от преобладающей и нормативной культуры по некоторым культурным признакам, обычаями, ценностными ориентациями и стилем поведения. Раньше культура не делилась на «молодежную» и «взрослую» (независимо от возраста все пели одни и те же песни, слушали одну и ту же музыку, танцевали одни и те же танцы), а теперь у различных поколений появились серьезные отличия в ценностных ориентациях, в моде, в способах коммуникации и образе жизни в целом.

Особенности экономического статуса в пожилом возрасте

Процесс старения населения порождает ряд социально-экономических проблем: требуется поддержание уровня доходов ежегодно увеличивающегося числа населения пожилого возраста, обеспечение доступа пожилых людей к активной и продуктивной жизни, перестройка многих отраслей экономики и так далее. Рост в обществе непродуцируемых групп приводит к увеличению нагрузки на трудоспособное население; возрастание численности

престарелых лиц требует специального ухода и медицинской помощи и др.

Повышенная социальная уязвимость пожилых граждан связана также с небольшими размерами получаемых пенсий, низкой возможностью трудоустройства как на предприятиях, так и в получении работы на дому.

Материальное положение — единственная проблема, которая может соперничать по своей значимости со здоровьем. Пожилые люди встревожены своим материальным положением, уровнем инфляции, высокой стоимостью медицинского обслуживания.

Доход — это то, на чем держится экономика пожилого человека, а если его нет, то пожилой человек попадает в угнетенную группу и целиком зависит от благотворительности общества. Собственность является основой в обеспечении независимости и безопасности пожилого человека. Говоря об образе жизни людей, необходимо принимать во внимание, что для 26 % граждан Беларуси основным источником доходов являются пенсии. Их увеличение у нас осуществляется с учетом роста средней заработной платы и бюджета прожиточного минимума. Так, за 1996–2005 гг. реальный размер месячной пенсии в республике увеличился в 3,8 раза. В Беларуси в последние годы средняя пенсия по возрасту составляет почти 50 % среднего фактического дохода работающего (без подоходного налога). Рост денежных доходов населения сопровождался и повышением их покупательной способности.

Если в отношении трудоспособных граждан государственная социальная политика призвана обеспечить реализацию их конституционного права на труд и справедливое вознаграждение, то в отношении престарелых и нетрудоспособных ее главная задача — оказать им финансовую поддержку и обеспечить достойное существование.

Самая многочисленная группа получателей социальных трансфертов — пенсионеры. Пенсионное обеспечение в республике осуществляется на основе принципов всеобщей доступности, солидарности, всесторонности и многообразия его видов. Право на него в виде трудовой или социальной пенсии предоставляется всем нетрудоспособным, постоянно проживающим в республике, независимо от гражданства.

Пенсионная система республики функционирует стабильно, пенсии выплачиваются в строго установленные сроки. В целях социальной защиты пенсионеров в условиях роста стоимости жизни

производится индексация трудовых пенсий, основанная на росте средней заработной платы в республике, что позволяет повышать доходы пенсионеров вместе с ростом доходов экономически активного населения. Минимальные трудовые пенсии, кроме того, индексируются в связи с изменением бюджета прожиточного минимума 4 раза в год (с 1 февраля, с 1 мая, с 1 августа и с 1 ноября). Социальные пенсии, которые назначаются нетрудоспособным гражданам, не имеющим права на трудовую пенсию, также индексируются 4 раза в год в связи с изменением бюджета прожиточного минимума. Это позволяет защитить покупательную способность минимальных и социальных пенсий от роста потребительских цен.

Общепризнанным критерием оценки уровня пенсионного обеспечения в любом государстве является, как правило, соотношение средней пенсии и средней заработной платы (коэффициент замещения). В 2003 году коэффициент замещения пенсией прошлого заработка составил 41,2 % (в 1990 г. — 39,8 %, в 2000 г. — 40,8 %). Эти показатели выше, чем в других государствах, находящихся с Беларусью в сходных социально-экономических условиях.

Вместе с тем на действующую систему пенсионного обеспечения продолжают оказывать негативное влияние объективные факторы:

- сокращение доли работающего населения по отношению к пенсионерам;
- увеличение доли лиц старше пенсионного возраста по отношению к детям;
- задолженность субъектов хозяйствования по уплате страховых взносов и др.

В Беларуси в два раза превышен критерий ООН, по которому население страны относится к старому. Вот почему Национальной стратегией устойчивого развития Республики Беларусь на период до 2020 года определено создание многоуровневой пенсионной системы, которая сочетает в себе программы обязательного и дополнительного страхования, основанные на распределительных и накопительных механизмах финансирования. Предполагается перейти к исчислению пенсий, исходя из объема уплаченных взносов и ожидаемого периода выплаты (а не из заработка и стажа, как сейчас). Для этого у каждого застрахованного будет формироваться условный пенсионный капитал. Работники будут заинтересованы в его пополнении: ведь за этим стоят более высокие вы-

платы. По этой же причине более поздний выход на пенсию станет экономически привлекательным.

Процесс совершенствования пенсионной системы осуществляется с учетом реальной ситуации в стране. Введен индивидуальный (персонифицированный) учет плательщиков взносов на социальное страхование; установлены отдельные тарифы обязательных страховых взносов на пенсионное и социальное страхование; расширен круг лиц, подлежащих обязательному пенсионному страхованию; право на страховую пенсию увязано с уплатой страховых взносов; постепенно увеличивается период, за который из заработка исчисляется пенсия; предусмотрено дополнительное повышение пенсии лицам, достигшим пенсионного возраста, за периоды последующей работы без получения пенсии и т. д.

Основная цель политики на *рынке труда* — сохранение контролируемой ситуации и удержание безработицы в социально приемлемых пределах. В целях снижения территориальной дифференциации безработицы представляется необходимой разработка программ по созданию новых рабочих мест в регионах с устойчиво высоким ее уровнем. Проблему обеспечения занятости населения в малых городских поселениях предусматривается решать на основе реализации программ их комплексного социально-экономического развития, изыскания возможностей для повышения рентабельности работы местных предприятий, образования смежных производств с созданием новых рабочих мест. Не менее важное направление действий — организация общественных работ по строительству дорог и объектов социальной инфраструктуры, обустройству городов и сел, услугам населению. Проводится целенаправленная работа в области содействия трудоустройству граждан, неконкурентоспособных на рынке труда.

Прекращение или ограничение трудовой деятельности. Хотя скоро заработная плата является основным источником доходов населения, то наличие работы становится для трудоспособного человека жизненно важным. И хотя в Беларуси в 2005 году официально зарегистрировано 1,5 % безработных от экономически активного населения, тем не менее проблема остается. Есть проблема занятости населения малых городов, особенно там, где неблагоприятная экономическая ситуация на градообразующих предприятиях привела к сокращению численности их работников.

Главная трудность заключается в изменении статуса пожилых людей и максимальном продлении их независимой и активной

жизни в старости, что вызвано прежде всего прекращением или ограничением трудовой деятельности, пересмотром ценностных ориентиров, самого образа жизни и общения, а также возникновением различных затруднений как в социально-бытовой, так и в психологической адаптации к новым условиям.

Выйдя на пенсию, человек теряет одну из главных ролей — перестает быть «добытчиком» в семье, тружеником в общественном смысле. В современном обществе трудовая деятельность выполняет целый ряд функций. Она не только обеспечивает человеку средства существования, дает определенный статус, но и реализует социальную активность индивида. На уровне личности она рассматривается как способность к сознательному выявлению и утверждению своего места в системе общественных отношений и самореализации. Социальная активность является мерой социальной деятельности, и ее целью является реализация интересов обществ, личности как члена данной социальной общности. Для любого человека трудовая деятельность является предпосылкой его полноценности, интересной жизни, творческой деятельности. Поэтому необходима работа и пожилым, у которых круг личных интересов значительно ограничивается и суживается.

Перед лицом старения населения большинство стран будут вынуждены поощрять работу в пенсионном возрасте и сокращать преждевременный уход на пенсию.

В большинстве европейских стран старение населения как общая проблема стоит в первых строках списка «новых вызовов». Число пенсионеров будет в ближайшие десятилетия быстро расти, а число занятых останется на прежнем уровне. Если не изменить положение, то число незанятых людей старших возрастов увеличится вдвое к 2050 году. В Европе к 2050 году на одного работника будет приходиться один пенсионер. Если человек уходит на пенсию в том же возрасте, в каком уходил в 1970 году, то социальные расходы на его содержание сегодня практически удваиваются из-за увеличенной продолжительности жизни, даже если не учитывать повышения цен и минимальных стандартов качества жизни.

Однако, если изучить глубинные причины старения населения, то эта проблема, как считают демографы, может обернуться ее же решением.

Люди стали жить дольше, сохраняя хорошее здоровье; увеличился реальный срок трудоспособности.

Высокий уровень жизни позволяет наиболее развитым странам эффективно использовать в производстве общественного богатства ту возрастную группу, которая в менее развитых странах уже нетрудоспособна. Особенно если преобладают профессии, основанные на знаниях и не связанные с тяжелым физическим трудом. Привлечение к активной трудовой деятельности граждан старших возрастов является наиболее привлекательным решением со всех точек зрения.

Малообеспеченность. Даже в экономически развитых странах у пожилых на базовые нужды (питание и жилье) уходит до 2/3 доходов, тогда как в среднем возрасте — до 1/3. Бедности более подвержены жители малых городов с низкими возможностями на рынке труда, а также граждане, проживающие в отдаленных сельских районах. В сельской местности значительная доля пожилых людей проживает за чертой бедности, их материальное положение — одна из важных социальных проблем. В категорию бедных может входить работающее население при заниженной цене труда, особенно среди работников бюджетной сферы, при задержке заработной платы и т. п. Наиболее уязвимы в плане бедности семьи с большим числом иждивенцев и женщины (особенно одинокие пожилые). Что касается женщин, то перекосы в системах социальной защиты, особенно те, которые обусловлены необходимостью наличия непрерывного стажа работы, ведут к дальнейшей феминизации нищеты. Во многих обществах нищета в первую очередь угрожает домашним хозяйствам, возглавляемым женщинами, включая разведенных, отдельно проживающих женщин и незамужних женщин и вдов. Необходимы особые меры социальной защиты для решения проблемы феминизации нищеты, прежде всего среди пожилых женщин.

Во многих развивающихся странах и странах с переходной экономикой проблема старения населения является актуальной в сельских районах, что обусловлено оттоком молодежи из сельской местности. В этих условиях пожилые люди могут лишиться традиционной поддержки со стороны семьи и даже оставаться без адекватных финансовых средств. Стратегии и программы в области продовольственной безопасности и сельскохозяйственного производства должны разрабатываться с учетом последствий старения сельского населения. Пожилые женщины в сельских районах являются особенно уязвимыми в экономическом плане, прежде всего тогда, когда их роль ограничивается выполнением неоплачиваемой

работы на дому, а их поддержка и выживание зависят от помощи других лиц. Пожилые люди в сельских районах развитых стран и стран с переходной экономикой по-прежнему нередко не обеспечены основными услугами и не обладают достаточным объемом экономических ресурсов.

Несмотря на ограничения законной международной миграции, происходит расширение миграционных потоков в международных масштабах. В развивающихся странах и странах с переходной экономикой экономическая поддержка, в том числе в форме денежных переводов, поступающих от работающих за границей детей, зачастую является жизненно важным «спасательным кругом» для пожилых людей, а благодаря им — и для их общин и местной экономики.

В Беларуси продолжается *тенденция снижения уровня малообеспеченности*. Динамика показателей, характеризующих доходы населения, является положительной и свидетельствует о последовательном и сбалансированном повышении уровня его жизни. Благодаря активной социальной поддержке наиболее уязвимых групп населения в стране не допущено значительного социально-экономического расслоения общества по уровню материального достатка.

Ликвидация нищеты среди пожилых людей является одной из главных целей по проблемам старения. Хотя в последнее время в международном масштабе внимание в большей степени сосредоточено на достижении целевых показателей и осуществлении стратегии в области искоренения нищеты, пожилые люди во многих странах по-прежнему не охватываются этими стратегиями и программами. Там, где нищета является повсеместным явлением, люди, прожившие всю жизнь в нищете, зачастую стоят перед перспективой провести остаток своей жизни в еще большей нищете.

Последствия глобализации, осуществление программ структурной перестройки, финансовые трудности и увеличение числа пожилых людей обычно рассматриваются как факторы, оказывающие «давление» на формальные системы социальной защиты и социального обеспечения. Огромное значение имеет обеспечение на устойчивой основе гарантий получения людьми адекватного дохода. В развивающихся странах, где имеется слабая формальная система социальной защиты и социального обеспечения, население оказывается уязвимым перед лицом рыночных потрясений, а от-

дельные люди могут оставаться без средств к существованию, что создает трудности для неформальной системы оказания поддержки в рамках семьи. В странах с переходной экономикой экономические преобразования привели к обнищанию целых слоев населения, особенно пожилых людей и многих семей, имеющих детей. Там, где это произошло, гиперинфляция практически лишила людей пенсий по возрасту и выплат по нетрудоспособности, пособий на лечение и сбережений.

Малообеспеченные граждане социально пассивны и не организованы, не обладают политическим голосом на местном и общенациональном уровне, не отстаивают свои конституционные права на достойный уровень жизни. Практика доказывает несостоятельность теории, уповающей на экономический рост как панацею от бедности. Экономический рост при всей своей важности, как условие снижения бедности, сам по себе не только не ликвидирует бедность, но и способен увеличивать рост неравенства и саму бедность.

Получение качественной медицинской помощи и социальной поддержки

Высокое качество жизни не может быть обеспечено без хорошего здоровья человека. Хорошее здоровье — базовое условие долгой, социально и духовно насыщенной жизни человека. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделяет три неразрывных аспекта здоровья: физическое (соматическое) здоровье, относящееся к телесности, организму человека; психическое, критерием которого являются интегрированность личности и психологический комфорт; социальное, выражающееся в оптимальном взаимодействии индивида и общества, в их социальной слаженности.

Благосостояние индивида чаще всего утрачивает свою ценность частично или полностью, если он нездоров. Важнейшая составляющая качества жизни — здоровье населения и его воспроизводство — в Беларуси имеет свои проблемы, практическое решение которых должно стать приоритетным направлением осуществляемой в республике социальной политики.

С возрастом и среди мужчин, и среди женщин уменьшается доля лиц, оценивающих свое здоровье как хорошее и удовлетворительное, и растет удельный вес тех, кто указывает на плохое самочувствие. Все больше пожилых людей ощущают потребность

в медицинской и социальной помощи на дому, а также в развитии сети стационарных учреждений.

В нашей стране пока нерешенной остается проблема ухудшающегося соотношения между доходами и стоимостью медико-социальной помощи для пожилых людей. В настоящее время основная медицинская помощь пожилому населению проводится в рамках первичной медико-санитарной помощи, оказываемой участковыми врачами. В общей структуре заболеваемости лиц пожилого возраста преимущественно преобладают хронические заболевания. При обострениях хронических заболеваний лечение назначается участковым врачом и подразумевает обычно прием таблетированных препаратов по различным схемам, которые по каким-либо объективным причинам больными не соблюдаются. При неэффективном лечении возникают различные осложнения, происходит утяжеление общего состояния больных. В конечном итоге появляются показания к стационарному лечению, проводится плановая или экстренная госпитализация больных в профильные стационарные лечебные учреждения. Таким образом, происходит замена недорогих лечебно-профилактических мероприятий на дому на существенно более дорогое стационарное лечение.

В данных условиях возрастает роль современных адекватных технологий взамен дорогостоящему стационарному лечению.

Здоровое старение зависит от потенциала здоровья, который формируется, начиная с внутриутробного развития, и далее в детском и молодом возрасте. В настоящее время потенциал здоровья молодежи не позволяет прогнозировать здоровое старение большинства населения.

Плохое состояние здоровья беременных и детей является одним из главных системно-деструктивных факторов риска, обуславливающих преждевременное и патологическое старение населения либо не позволяющих людям дожить до старости.

Кроме слабого потенциала здоровья в пожилом возрасте существенным фактором риска могут стать *условия жизни старшего поколения*, которые делают его представителей более подверженными заболеваниям (например, бедственное материальное положение, плохое питание, социальная изоляция, несчастные случаи, одиночество, насилие в отношении пожилых). Эти факторы при соответствующем курсе государственной политики могут и должны быть ликвидированы или в значительной степени ослаблены.

При работе с пожилыми важно установить баланс между ролью учреждений и ролью семьи в вопросах медицинской помощи и социального обслуживания пожилых, основанный на признании роли семьи и непосредственного окружения как ключевых элементов любой хорошо сбалансированной системы обслуживания.

С ростом численности пожилых людей должен увеличиваться и объем оказания медицинских и социальных услуг, что требует развития учреждений различных типов как стационарных, полустационарных, так и нестационарных различных форм собственности. Постарение населения оказывает прямое воздействие на развитие медицинских и социальных услуг. Профилактика преждевременного и патологического старения должна стать основной в деятельности как учреждений здравоохранения, так и социального обслуживания населения.

Одним из основополагающих условий здорового старения является охрана здоровья человека. Необходимо более целеустремленно и активно принимать эффективные меры по искоренению вредных привычек (употребление алкоголя, наркотиков, курение). Кроме того, очень важно создать постоянно действующую систему информирования и обучения населения по сохранению и укреплению здоровья, формированию здорового образа жизни, а главное — научиться претворять правила в жизнь.

Изменение образа жизни и адаптация к новым условиям

В «третьем возрасте» человек постепенно проходит ряд кризисов пожилого возраста — типовых психосоциальных стрессов, связанных с сужением контактов и «коммуникативным голодом», одиночеством, бездомностью, психологическими проблемами возрастного характера и др. Пожилой возраст — такая стадия в жизненном цикле, где происходят систематические социальные потери и отсутствуют приобретения. Главные жизненные задачи выполнены, ответственность уменьшается, зависимость возрастает. Переход человека в группу пожилых людей, существенно изменяя его взаимоотношения с обществом, по-новому формирует и такие ценностно-нормативные понятия, как цель и смысл жизни, добро и зло, счастье и т. д. Для многих пожилых людей процесс приспособления к новым условиям жизни в связи с изменением социального

положения (выход на пенсию, смена социальной роли в семье) протекает весьма тяжело.

Сужение контактов и «коммуникативный голод». В пожилом возрасте в связи с прекращением активной трудовой деятельности происходят изменения в условиях и образе жизни, в семейном и социальном положении.

Как правило, *основополагающую* роль в обеспечении здорового старения играет семья. Однако в настоящее время традиционная установка на попечение о престарелых в семье радикально меняется в худшую сторону. Так, к сожалению, приходится отметить, что уменьшилась степень ответственности семьи за предоставление традиционного ухода и удовлетворение потребностей стареющих людей.

Традиционно пожилые люди всегда имели привилегированный статус, пользовались уважением и вниманием. Однако в настоящее время эти традиции все больше игнорируются и разрушаются. Получившая все большее распространение нуклеарная семья (состоящая из супругов и их подрастающих детей) приводит к изменению взаимоотношений и связей с пожилыми людьми. Человек в старости часто отделяется от своих детей, ставших самостоятельными и создавших свои семьи, нередко теряет своих родных и близких. Пожилые люди теперь все реже надеются на помощь со стороны своих молодых родственников. Если раньше в традиционных обществах семья являлась основным источником финансовой поддержки для стариков, то теперь они мало рассчитывают на своих детей и внуков. Процент тех, кто всерьез полагается на своих потомков, крайне мал. Это подрывает их связи с обществом, приводит к изменениям в мотивации, а также к сужению круга их интересов и социальных контактов, уменьшению свободы выбора в плане занятий, поездок, времяпровождения, выбора партнеров и т. д. Этот процесс отчуждения можно считать одним из способов приспособления пожилых людей к ограничению своих возможностей и примирения с мыслью о неизбежно надвигающейся смерти.

Важной социальной проблемой пожилых людей является постепенное разрушение традиционных семейных устоев, что привело к тому, что старшее поколение не занимает почетное главенствующее положение. Очень часто пожилые люди вообще живут отдельно от семей и поэтому им бывает не под силу справляться со своими недомоганиями и одиночеством, и если раньше основная ответственность за пожилых лежала на семье, то сейчас ее все чаще берут на

себя государственные и местные органы, учреждения социальной защиты.

Когда взрослые дети начинают покидать дом, каждая семья испытывает кризис, и последствия этого кризиса разнообразны. Часто супруги переживают этот период очень тяжело, но по мере того, как супруги вырабатывают новые способы взаимодействия друг с другом и детьми, семейная жизнь нормализуется. В семьях, где имеется только один родитель, он может ощущать уход ребенка как начало одинокой старости, но эту потерю можно успешно пережить и найти в жизни новые интересы. Проблема супругов в этот период может состоять в том, что после ухода детей они обнаруживают, что им нечего сказать друг другу и ничего общего у них больше не осталось. Иногда супруги начинают спорить о том, о чем спорили, когда дети еще не родились. Поскольку эти проблемы не были решены, а были отложены, так как родились дети, они снова всплывают на поверхность.

Когда человек стареет, то общество и семья как общественная единица не предъявляют к нему никаких требований, отвергают его и тем самым лишают определенной роли, меняют статус. Рольевая неопределенность деморализует пожилых людей. Она лишает их социальной идентичности и часто оказывает негативное влияние на психологическую стабильность.

Государству необходимо проводить такой курс, который способствовал бы сохранению семейных уз и солидарности между поколениями, экономически и социально поддерживать желание и обеспечивать возможности семей по уходу за престарелыми родственниками. Важно обеспечить комплексный семейно-возрастной подход к формированию социальной политики, предусматривающий меры, ориентированные на всестороннюю помощь семьям, в которых имеются пожилые, поощрение заботы о стареющих родителях, особенно в семьях с низким доходом. Преодолению патологических тенденций во многом будет способствовать возрождение в обществе атмосферы, в которой уход младших от опеки над старшими и непочтительное к ним отношение рассматриваются как серьезное нарушение моральных устоев, как безнравственное поведение, неотвратимо вызывающее социальное отторжение и порицание.

В развивающихся странах пожилые мигранты, переезжающие из сельской местности в города, часто лишаются в результате этого необходимых социальных связей и страдают от отсутствия надле-

жащей инфраструктуры в городах, что может являться причиной их маргинализации и изоляции, особенно если они заболевают или становятся инвалидами. Переезд в город пожилых мигрантов часто влечет за собой проживание в перенаселенных домах, обнищание, утрату экономической самостоятельности и практически полное отсутствие ухода и социального обеспечения со стороны членов семьи.

Уменьшение возможностей для общения связано с тем, что человек «выпадает» из трудового коллектива, больше времени проводит дома. В этом возрасте уходят из жизни многие друзья, родственники и сверстники, что также сужает контакты, а приобретение новых друзей становится затруднительным. Особенно эта проблема актуальна для пожилых людей, живущих отдельно от своих взрослых детей.

Бездомность. Бездомными считаются пожилые граждане, не имеющие определенного (постоянного или временного) места жительства и занятий. Бездомность, в свою очередь, порождает бродяжничество — скитание без определенных занятий обнищавшего, бездомного человека. К категории бездомных чаще всего относятся алкоголики, обитатели мусорных свалок, опустившиеся «нищие» и т. п. Такие пожилые люди в силу разных причин не могут фактически проживать по месту их регистрации (семейные конфликты, нехватка денежных средств, болезнь, отсутствие работы, нравственно-социальная деградация и др.).

Основными причинами бездомности пожилых людей являются в том числе и возможное несовершенство жилищного законодательства, недостаточная эффективность программ борьбы с алкоголизмом и наркоманией, недостаток дешевого маневренного фонда жилья, недостаточная степень адаптации к современным условиям пожилых лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, а также семейные конфликты, нравственно-социальная деградация.

Для большинства пожилых бездомных людей начальной стадией их социальной реабилитации является получение паспорта и других документов, что, в свою очередь, предполагает наличие временного жилья и получение минимального комплекса бытовых и санитарно-гигиенических услуг. Далее начинается работа по трудоустройству или оформлению в соответствующее стационарное социальное учреждение. Иногда бывает достаточно направить информацию родственникам, сделать запросы в ведомственные

учреждения, и пожилой человек приобретает другой социальный статус.

Смерть близких людей. Смерть близкого человека, родственника или супруга, с которым были связаны многие годы совместной жизни, наиболее остро переживается в пожилом возрасте. Такая смерть особенно глубоко ранит, горе видится безутешным. Тяжесть случившегося возрастает, если человек после этого остается в полном одиночестве. Нередки случаи, когда, не справившись с горем, старики умирают один за другим.

Деформация структуры личности. Переход в категорию пожилых людей (выход на пенсию) связан прежде всего с осознанием человеком того, что он вступает в последний этап своей жизни. Впереди неизбежное старение, болезни, полное или частичное ограничение жизнедеятельности. Осознание всего этого, размышления о неизбежности приближающейся смерти вызывают осложнения психологического плана, причем уровень этих осложнений зависит от субъективных качеств личности. И, наконец, к психологическим проблемам можно отнести резкое сужение контактов пожилого человека, которое может привести к полному одиночеству.

Весь комплекс негативных факторов (старение организма, одиночество, болезни, снижение самооценки и др.) способствует появлению неадекватных эмоциональных реакций — это ранимость, лабильность, раздражительность, тревога, депрессия и др.

Хронические заболевания снижают возможности самообслуживания, адаптации к изменениям. Могут возникать сложности с окружающими, в том числе и с близкими, даже с детьми и внуками. Психика пожилых и старых людей отличается нередко раздражительностью, обидчивостью, возможны старческие депрессии, ведущие порой к самоубийству, уходу из дома.

Однако годы пожилого возраста (а это достаточно длительный период) также могут быть активными и приятными. Многое здесь зависит от самой личности и ее окружения, от состояния здоровья и физической активности, а главное — от соответствующего психологического настроя. Задача социального работника заключается в его поддержании, а иногда и в создании. Пожилые, как и люди других возрастных категорий, не свободны от собственного эгоизма. Это может выражаться в настоятельном требовании внимания и сострадания к себе в силу прежних жизненных достижений и заслуг. Иногда старики навязывают свою точку зрения молодым или

вменяют им что-либо в обязанность. Подобные отношения чреваты взаимным раздражением и отчуждением. Чтобы исключить такую ситуацию, достаточно лишь всем осознать необходимость и полезность любого человека, и пожилого в том числе.

Тема 4. Половые и индивидуальные различия протекания старости

Половые особенности старения

Снижение либидо и потенции у пожилых возникает далеко не всегда и в большей степени обусловлено не собственно возрастом, а болезнями и социальными причинами. Примерно у четверти мужчин старше 65 лет либидо и потенция не снижены. Бытующее представление об асексуальности пожилых людей скорее отражает не биологические сдвиги, а культурально обусловленные запреты.

В обществе существует укоренившееся представление о более раннем и быстром старении женщин, поскольку у них более рано прекращается детородная функция и снижается сексуальная привлекательность. Характерные для менопаузы симптомы возникают почти у 90 % женщин, обычно в возрасте 48–53 лет. Они проявляются приливами жара, потливостью, изменением цвета кожи и другой сосудистой симптоматикой, что связано со снижением функции яичников. В то же время примерно у трети женщин в этот период появляются также жалобы психологической или психосоматической природы — утомляемость, тревожность, раздражительность, напряженность, эмоциональная лабильность, неглубокая депрессия, нарушения сна и др.

Окончание репродуктивного возраста для женщины нередко является психотравмирующим фактором, так как напоминает о возрасте и приближающейся старости, утрате сексуальной привлекательности, прежней физической формы и т. д., что особенно болезненно воспринимается в тех культурах, где этим качествам отводится значительная роль. Кроме того, женщина в данный период жизни часто испытывает дополнительный психосоциальный стресс, связанный с уходом из дома взрослых детей, болезнью или смертью родителей и др. Психические расстройства в период мено-

паузы тяжелее протекают у пациенток с пониженной самооценкой и плохой социальной адаптацией; вероятность их возникновения тем выше, чем больше конфликтов сопровождало прежние критические периоды жизни женщины — пубертат, замужество, беременность, рождение детей и т. д.

Женское увядание нередко сопровождается «маскулинизацией»: огрубением голоса, черт лица, изменениями фигуры, походки, жестов, появлением волос на лице (на подбородке, верхней губе), тенденцией к полысению. Однако по биологическим процессам женщины стареют медленнее и живут в среднем дольше на 6–8 лет. Например, аналогичные изменения в тканях старых женщин и мужчин наступают у последних раньше на 8 лет, то есть биологическое старение женщин происходит позже. Высокая жизнеспособность женщин сохраняется на протяжении всей жизни. А «прекращение детородной функции» есть своего рода адаптация, защита стареющего организма от уже непосильной для него нагрузки, связанной с беременностью и родами. «Женское увядание» обусловлено понижением защитной функции женских половых гормонов — эстрогенов, оказывающих антисклеротическое действие. После климакса у женщин быстрее развивается атеросклероз. Таким образом, раннее «отцветание» женщин не вполне соответствует их общему старению.

У мужчин увядание проявляется менее отчетливо и растягивается на больший срок, но оно равномерно подводит к постарению всего организма. Поэтому мужчины дольше сохраняют свой репродуктивный потенциал и выглядят моложе. Однако это сохранение сексуальной способности не распространяется на истинную жизнеспособность организма: у мужчин сильнее выражены склеротические процессы, более высокий биологический возраст, а общие жизненные шансы ниже, чем у женщин аналогичного хронологического возраста. Длительность жизни мужчин меньше, чем у женщин.

Характеристика биологического старения

Процесс биологического старения человека сопровождается как внешними, так и внутренними изменениями, которые специалистами подразделяются на несколько больших групп:

- *обменные;*
- *структурные;*

- *функциональные;*
- *косметологические (косметико-дерматологические).*

Согласно современным научным представлениям первоочередными при старении организма являются обменные нарушения. Они непосредственно связаны с генетическими механизмами, обуславливающими процессы старения, и влекут за собой все последующие изменения. Однако обменные процессы можно контролировать в любом возрасте, поскольку они достаточно сильно зависят от условий внешней среды.

Нарушения обмена веществ характеризуются процессами, при которых ухудшается метаболизм на клеточном уровне. Это, в свою очередь, приводит к структурным и функциональным изменениям в тканях, при которых наблюдается исчезновение блеска глаз, уменьшение остроты зрения, постепенная атрофия мышц, снижение работоспособности за счет повышенной утомляемости мускулатуры.

Оценка биологического возраста возможна только на основе тщательного и всестороннего медико-антропологического обследования. Далеко не каждый меняющийся с возрастом признак можно использовать для определения биологического возраста. Так, например, при значительном увядании кожи, появлении морщин и седины сердце и мозг могут работать вполне исправно, то есть биологический возраст оказывается более низким, чем если бы суждение о нем основывалось только на внешнем виде. И, наоборот, при «здоровом» виде у человека могут быть болезни важных для жизни органов.

В качестве критериев биологического возраста могут быть использованы *антропометрические данные* (рост стоя, рост сидя, окружность грудной клетки, плечевой диаметр, вес, толщина кожной складки и др.), *функциональные показатели состояния органов и систем* (пульс, артериальное давление, частота дыхания, жизненная емкость легких, максимальная задержка дыхания на вдохе и выдохе, мышечная сила кистей, рентгеноскопия органов грудной клетки, острота зрения, простой тест на память, ЭКГ, скорость распространения пульсовой волны, реоэнцефалография, определение вибрационной чувствительности, тест на психомоторный темп и др.), *лабораторные исследования* (общий анализ крови, мочи, биохимические исследования крови: холестерин, лецитин, сахар крови и др.). В практической деятельности социального работника биологический возраст нетрудно определить по таким

показателям, как систолическое артериальное давление (САД), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), зрение, слух, способность к переключению внимания, количество здоровых зубов и т. п.

При старении изменяются общие размеры, форма и состав тела, мягкие части лица и покровы (кожа и ее производные), внутренние органы и системы организма.

Рост. Сокращение длины тела при старении связано, прежде всего, с уплощением межпозвонковых дисков и увеличением сутулости. Уменьшение роста происходит после 60 лет в среднем на 0,5–1 см за пятилетие.

Масса тела. Масса также снижается от периода зрелости в пожилом и старческом возрасте, и особенно у долгожителей. Возрастное уменьшение массы тела у мужчин выражено больше, чем у женщин, кроме долгожителей, где различия уже незначительны. Количество мышечной ткани наиболее велико и относительно постоянно в 20–30 лет, затем начинается вначале слабое, а в дальнейшем все нарастающее ее снижение, особенно после 50 лет. Уменьшение мускульной ткани у мужчин происходит со скоростью около 3 кг за десятилетие, у женщин оно значительно меньше.

Наиболее четкий признак старения — *снижение мышечной силы*, которое начинается в 35 лет у обоих полов. К 70–80 годам силовые показатели уменьшаются у них примерно вдвое.

В старческом возрасте изменяется также *развитие и локализация жирового компонента*. Перераспределение жира происходит за счет снижения подкожного жиротложения и увеличения внутреннего жира. Изменяется и топография подкожного жиротложения, то есть его распределение на различных участках тела. Из области щек жировые массы перемещаются к нижнему отделу лица, исчезает их округлость, столь свойственная детскому и юношескому возрасту, резко обозначаются скулы. Напротив, на подбородке и шее происходит отложение жира, нередко формируется двойной подбородок. Жир откладывается и в области груди и живота.

Довольно рано могут происходить и *возрастные изменения грудных желез* (вариант свисающей груди), которые в 18–25 лет отмечаются уже в 20 % людей, а в 35–40 лет — в 50 %.

Возрастные изменения кожи начинаются около 40 лет. Они больше выражены на открытых частях тела, там, где кожа подвергается воздействию солнечных лучей, ветра, атмосферных загрязнений. Позднее эти изменения появятся и на закрытых частях тела. К 60 годам заметно истончение закрытых слоев кожи.

Развиваются атрофические изменения в потовых и сальных железах. Кожа становится сухой, дряблой, морщинистой. Из-за нарушений обмена на отдельных участках кожи (тыльная сторона кисти, плечи, грудь и т. д.) появляется гиперпигментация — откладываются коричневые пигментные пятна. Постепенно атрофируется и подкожная жировая клетчатка, которая может у долгожителей исчезнуть вовсе.

Процессы регенерации кожи ухудшаются, в связи с чем заживление ран происходит медленнее, а из-за повышенной ломкости стенок сосудов могут возникать кровоизлияния. В результате уменьшения числа потовых и сальных желез кожа делается более сухой, утрачивается ее эластичность. У мужчин понижение салоотделения происходит позднее, чем у женщин. Наиболее наглядными признаками старения являются морщины, например, так называемые «гусиные лапки» у наружного угла глаза. Вообще лицо стареет обычно быстрее, чем другие части тела.

Температура кожи снижается, особенно у долгожителей. Это объясняется общим понижением обменных процессов, но отчасти связано и с ухудшением кровоснабжения и изменениями в потовых железах. Из-за уменьшения их числа ослабляется выделительная функция кожи.

Значительные изменения претерпевает и волосяной покров. Начиная уже с 30 лет уменьшается количество волос, они седеют, так как клетки волосяных луковиц теряют способность образовывать пигмент. Хотя рост волос снижается, у пожилых женщин нередко могут появляться волосы на лице.

Внешние проявления старения в значительной степени зависят и от *возрастных изменений опорно-двигательного аппарата*. В костях опорно-двигательного аппарата в старости происходят структурные изменения, особенно часто страдают наиболее *нагруженные суставы* — тазобедренные, коленные, голеностопные. Суставные поверхности как бы изнашиваются, стираются, связки становятся менее эластичными, что не только затрудняет движение, но и нередко причиняет сильные боли. Причинами изменений в костном скелете стареющего организма является то, что процент неорганических веществ в костях с возрастом увеличивается. Так, в костях молодого человека неорганические вещества составляют около 50 %, у людей среднего возраста — 65 %, а у стариков — 80 %. Поэтому кости в старости становятся более хрупкими, при переломах трудно срастаются.

С возрастом увеличивается кривизна позвоночника (грудной кифоз, шейный и в меньшей степени поясничный изгибы — лордозы, боковые изгибы); уплощаются межпозвонковые диски и хрящ суставных поверхностей костей. Субъективно это проявляется тупыми болями в спине и суставах конечностей, утомляемостью при ходьбе, ограничением подвижности в суставах, издающих «хруст» при движениях, а также нарушениями осанки тела и походки. Движения пожилых людей менее быстры, расчетливы, экономны. У них меняется походка, шаг укорачивается, появляется сутуловатость.

Почти постоянным признаком старения в возрасте старше 45–50 лет является разрежение костной ткани — остеопороз. Возрастной остеопороз — универсальный общебиологический процесс, развивающийся по одним и тем же закономерностям у человека и животных. В его основе — сложный комплекс преимущественно атрофических изменений кости, которые проявляются на всех уровнях ее организации.

Для стареющих людей типичны также явления остеохондроза позвоночника, то есть деструктивные изменения хрящевой ткани межпозвонковых дисков. В старших возрастах они встречаются в 83–98 % случаев. Обычны их клинические проявления в шейном и пояснично-крестцовом отделах.

Спондилез, то есть образование костных разрастаний («шпор») на краях тел позвонков, встречается у лиц старше 45 лет и, возможно, представляет собой приспособительную реакцию на развивающийся остеохондроз и повышенную подвижность тел позвонков из-за изменений хрящевых дисков. Такие изменения тоже чаще встречаются в поясничном отделе позвоночника.

Старение трубчатых костей проявляется в уменьшении ширины их концов (эпифизов) и тела (диафиза), истончении компактного слоя и расширении костномозговой полости. Причем, в отличие от атрофических изменений у молодых людей с ограничением подвижности («атрофия от бездействия»), которые устраняются физическими упражнениями, старческие изменения не могут быть полностью остановлены при нормировании трудовой деятельности. Эти процессы, как правило, не только уменьшают количество костного вещества, но и затрагивают его качество, снижая прочность кости. В ряде случаев это ведет к переломам и трещинам. Особенно характерны переломы плечевой, лучевой и бедренной костей.

У людей старше 60 лет обычно значительно изменены суставы. Это проявляется уменьшением глубины суставной впадины, не-

равномерным разрушением хряща, отмечаются костно-хрящевые разрастания по краям в виде бугорков и узелков. Изменяется также количество суставной жидкости, оболочка капсулы становится менее подвижной, более грубой. Все это, конечно, отражается на функции сустава в целом.

У пожилых нередко снижается функция органов чувств (зрения, слуха). Чаще всего можно наблюдать изменения в *органах зрения*. Старение хрусталика глаза выражается в постепенном увеличении его размеров и массы, начиная с 20–30 лет. Одновременно повышается плотность его структуры, развивается помутнение — старческая катаракта, которая резко снижает или полностью нарушает зрение одного или обоих глаз. Катаракте нередко сопутствует повышенное внутриглазное давление (глаукома). Оба эти заболевания требуют оперативного лечения. С возрастом уменьшается острота зрения, особенно при слабом освещении, возникает дальновзоркость. Старческие изменения затрагивают также конъюнктиву, роговицу и глазное дно. Уменьшается блеск глаз и прозрачность сред глаза.

Слух. Старение органа слуха начинается обычно после 40–50 лет и проявляется тугоухостью, которая прогрессирует с возрастом. Происходит постепенное снижение восприятия звуков из-за склеротических изменений в ушном лабиринте, иногда до почти полной потери слуха, граничащей с глухотой. Периодически беспокоит шум в ушах, человек начинает хуже слышать речь по телефону.

Вкус. У большинства людей старше 60 лет наблюдается ослабление вкусовой функции, в первую очередь к сладкому. Это связано с уменьшением числа вкусовых луковиц, которое начинается приблизительно с 45 лет.

Обоняние. Функции обоняния могут ослабляться с 45 лет и прогрессивно снижаться после 60 лет. Отмечаются уменьшение числа обонятельных клеток и атрофические процессы в слизистой оболочке носовой полости.

Кожная чувствительность. Наиболее отчетливо изменяется вибрационная чувствительность. Она постепенно снижается с возрастом и нередко почти отсутствует у долгожителей.

Нервная система. Старение нервной системы есть ведущий фактор в старении всего организма. С центральной нервной системой непосредственно связаны различные формы приспособления, адаптации, способствующие увеличению продолжительности жизни.

Нарушения в работе нервной системы обусловлены старением рецепторов (окончаний чувствительных нервных волокон и спе-

циализированных клеток, являющихся связующим звеном между внешними раздражителями и центральной нервной системой), которое начинается очень рано и продолжается всю жизнь. Данный процесс происходит во всех отделах нервной системы.

Внутренне противоречивый характер старения организма связан с динамикой возрастных изменений нервной системы. С возрастом меняются структура и обменные процессы в нервных клетках — нейронах, их аксонах (длинных отростках) и дендритах (ветвящихся отростках). Это со временем приводит к гибели части нейронов, которые к тому же являются неделяющимися клетками, а значит, не восстанавливаются. В течение всей жизни в нейронах накапливается и хранится вся необходимая жизненная информация, связанная с памятью, опытом и возможностями их использования. Начиная с 50–60-летнего возраста у человека уменьшается количество нервных клеток — нейронов — и образующихся между ними связей. Утрата нейронов в коре головного мозга стариков может достигать 40–50 % и более. В белом и сером веществе головного мозга происходят необратимые атрофические процессы. Уменьшаются вес мозга, а также объем и линейные размеры коры и ганглиев головного мозга. Извилины мозга истончаются, соответственно борозды расширяются, а полости желудочков мозга увеличиваются. В ткани мозга формируются старческие бляшки. С возрастом происходит понижение уровня в головном мозге нейромедиаторов — серотонина, норадреналина, гамма-аминомасляной кислоты, ацетилхолина и др., что повышает подверженность человека депрессии в ответ на воздействие психосоциального стресса.

Первые признаки наступающей старости со стороны нервной системы проявляются постепенно. Это сказывается на умственной и физической работоспособности, памяти, эмоциях, сложных поведенческих реакциях и других сторонах жизнедеятельности. Пожилой человек замечает, что у него ухудшилась память, особенно на текущие события, на имена и фамилии, появляется повышенная утомляемость, особенно при умственной работе, изменяется почерк, при письме в словах пропускаются буквы, не дописываются окончания слов. Характерна для пожилых людей забывчивость и рассеянность: положил очки, но не помнит куда, а они находятся в кармане пижамы или сдвинуты с переносицы на лоб. Пожилые люди не могут долго находиться в душных помещениях, особенно там, где накурено, у них быстро наступает кислородное голодание головного мозга.

Эмоциональная сфера пожилых людей не отличается яркими проявлениями. Эмоции обычно более сглажены, появляются уравновешенность и рассудительность, со временем переходящие в мудрость. С другой стороны, старые люди более ранимы, больше нуждаются в проявлении заботы и внимания со стороны окружающих. Внутренний мир приобретает для них большую значимость, чем это было раньше.

Психика пожилых людей также терпит изменения: они становятся обидчивы, плаксивы, раздражительны. С приближением старости запасы психической адаптационной энергии обычно уменьшаются. Человек с трудом отказывается от старых привычек и наклонностей, с большой неохотой принимает все новое. Быстрота словесной реакции с возрастом постепенно замедляется. Пожилому человеку труднее высказывать свои мысли и требуется больше слов для их выражения.

Возрастные явления отмечаются также в спинном мозге и периферической нервной системе; наблюдаются они и во всех звеньях вегетативной нервной системы. Оболочка периферических нервов истончается, образуются муфтообразные утолщения и очаги демиелинизации.

Эндокринная система. Половые железы (гонады). Старение половых желез тесно связано с угасанием репродуктивной функции. Сфера воздействий половых гормонов очень широка. Это состав тела, кровь, силовые параметры, мозг, некоторые поведенческие характеристики и другое.

Наиболее отчетливы проявления старения репродуктивной системы у женщин, у которых уже в 40 лет происходит прогрессирующее уменьшение массы яичников. С наступлением менопаузы секреция женских половых гормонов (эстрогенов) значительно снижается. В дальнейшем основным их источником становится кора надпочечников. Наступают атрофические изменения в органах половой сферы, сглаживаются вторичные половые признаки, усиливается потеря костного вещества (остеопороз), наступают нарушения жирового обмена, атеросклероз.

У мужчин также существует определенный параллелизм возрастных изменений ряда показателей, зависящих от половых гормонов («мужской климакс»): сглаживание вторичных половых признаков, ослабление мышечной силы, физическая и психическая слабость, повышение массы тела, холестерина и др. показатели.

Климактерический период — переломный момент в жизни человека, характеризующийся инволюцией половой системы, происходящей на фоне общих возрастных изменений организма. Это физиологический фактор, заключающийся в постепенном и естественном угасании половой функции.

У мужчин снижение потенции проходит более медленно, чем у женщин, и захватывает возрастной период от 55 до 65 лет, у женщин — от 50 до 60 лет. Многое зависит от состояния здоровья и образа жизни, соблюдения гигиены половой жизни, особенно в молодом возрасте.

У мужчин в возрасте 50–55 лет наблюдается увеличение (гипертрофия) предстательной железы. Увеличение железы приносит немало неприятностей в силу анатомического расположения железы (она находится при выходе мочеиспускательного канала из мочевого пузыря).

У женщин одним из основных признаков климактерического периода является постепенное угасание менструального цикла. Это обычно бывает после 45 лет. При нормальном физиологическом климаксе особых изменений в организме не происходит.

Совсем по-другому протекает болезненный или патологический климакс (например, после тяжелых гинекологических операций). Женщины в этом случае часто обращаются к врачу по поводу повышенной раздражительности, бессонницы, головных болей. Подобные расстройства отмечаются в течение 1–2-х лет, а затем постепенно исчезают, и наступает менопауза (прекращение менструаций).

Степень климактерических расстройств напрямую связана с состоянием организма и выражается в следующих изменениях:

- нарушении функций щитовидной железы и обмена веществ (что может привести к похуданию или ожирению);
- психических нарушениях, чрезмерной возбудимости (плаксивости, вспыльчивости, трудном засыпании);
- расстройстве эмоций, плохом настроении (недовольстве, тоске, беспричинной веселости), развитии ипохондрии (чрезвычайной мнительности, касающейся собственного здоровья).

Надпочечники. Надпочечные железы продуцируют гормоны — глюкокортикоиды, андрогены и альдостерон. Глюкокортикоиды участвуют в регуляции обмена, особенно углеводного, а основной гормон этой группы — кортизол — играет важную роль в процессах адаптации и реакции стресса. Андрогены — это половые гормоны, а альдостерон регулирует водный и солевой обмен. Глюко-

кортикоидная активность коры надпочечных желез — это один из факторов, способствующих долголетию.

Щитовидная железа. После 50 лет размеры и масса железы постепенно уменьшаются, что более заметно к 70 годам. Снижается объем фолликулов, разрастается соединительная ткань, ослабляется кровоснабжение. При этом величина железы может зависеть и от экологии, и от других внешних и внутренних факторов, особенно от потребления йода. В районах, где понижено содержание йода во внешней среде, щитовидная железа может в два–три раза быть крупнее, чем в норме. Секреция основных гормонов щитовидной железы — тироксина и трийодтиронина — снижается у женщин в период 50–79 лет. Снижение активности железы прежде всего ведет к уменьшению интенсивности основного обмена, атрофическим явлениям в покровах, снижению мышечного тонуса, физической и психической слабости, тенденции к повышению холестерина, ожирению, атеросклерозу и т. д. Уровень основного обмена в период от 25 до 75 лет снижается примерно на треть, а к 100 годам составляет всего 50 % от его уровня в 30 лет.

Поджелудочная железа. Островковый аппарат поджелудочной железы вырабатывает гормон — инсулин, который обладает выраженным сахаропонижающим действием. При старении наблюдаются, с одной стороны, морфофункциональные изменения островкового аппарата, а с другой — снижение биологической активности инсулина из-за накопления в крови некоторых факторов, подавляющих действие инсулина, как, например, гликогена. К тому же снижается с возрастом и переносимость (толерантность) организма к углеводам. Это означает, что после приема натошак глюкозы в крови происходит более значительное повышение содержания сахара, чем в молодости, а его исходный уровень восстанавливается медленнее.

Гипофиз. Эта центральная и весьма сложная эндокринная железа регулирует функции других эндокринных желез, вырабатывая для каждой из них тропные (управляющие) гормоны: гонадотропин, тиреотропин, кортикотропин и др. Она расположена в основании мозга. Возрастные изменения головного мозга (например, атеросклероз), затрагивая структуру и функции гипофиза, способствуют ускорению старения организма.

Эпифиз (верхний мозговой придаток, или шишковидная железа) претерпевает в старости некоторые изменения, например, уплотнение.

Иммунная система. К иммунной системе относятся вилочковая железа (тимус), а также лимфатические узлы, селезенка, костный мозг и лимфатические образования по ходу пищеварительного тракта. Иммунная система тесно связана с адаптацией, устойчивостью к стрессу, а при старении происходит снижение ее функций. Начало старения иммунной системы относится ко времени полового созревания, когда наступают атрофические процессы в вилочковой железе.

Возрастное ослабление иммунитета влечет за собой усиление восприимчивости к различным инфекционным и неинфекционным агентам. Прямо или косвенно с этими процессами связана предрасположенность пожилых и старых людей к таким заболеваниям, как атеросклероз, опухолевые процессы, сахарный диабет взрослых, некоторые болезни мозга, включая и старческое слабоумие. Престарелые люди особо восприимчивы к респираторным заболеваниям — таким, как грипп, бронхит, пневмония и другие.

Сердечно-сосудистая система. Начиная с возраста 30 лет и особенно после 60–65 лет, постепенно уменьшается эластичность артерий, снижаются их приспособительные возможности из-за недостаточной способности к расширению и сужению, ослабляется кровоток. Наиболее отчетливы эти изменения в аорте и других крупных сосудах.

Ухудшение кровоснабжения охватывает самые разные системы — мозг, мышцы, внутренние органы, то есть ослабляется общее кровоснабжение тканей и органов, что приводит к развитию переутомления у пожилых и старых людей и повышению артериального давления.

В стареющем сердце беднеет его мышечная масса, в нем происходят склеротические изменения — в миокарде прорастает соединительная ткань. Эти процессы начинаются примерно с 30 лет, особенно после 40 лет. В старческом возрасте нередко отмечается расширение сердца и ослабление его резервных и приспособительных возможностей, уменьшается сократительная способность сердечной мышцы. У нетренированных пожилых людей при физической нагрузке количество крови, выбрасываемое в аорту за одно сокращение, почти не изменяется, но значительно ускоряется частота сердечных сокращений, что вызывает более быстрое утомление сердца. Оно не обеспечивает повышения потребности мышц в крови. У физически тренированных людей поступление крови к мышцам происходит за счет увеличения выброса крови из сердца.

В артериях, несущих обогащенную кислородом артериальную кровь от сердца ко всем органам и тканям, в пожилом возрасте уменьшается приток крови. А приток крови имеет для сердечной мышцы и всего организма колоссальное значение, так как кровь, с одной стороны, доставляет клеткам питание и кислород, а с другой — удаляет отработанные, вредные продукты, скапливающиеся в результате жизненных процессов и обмена веществ. Чем лучше она функционирует, тем дольше сопротивляется старческому одряхлению. Ухудшение кровоснабжения означает быстрое старение органов. А склеротическое сужение коронарных сосудов ускоряет старение сердца и увеличивает его недостаточность, которая может быть скрытой, проявляясь лишь при перегрузках и усиленной работе сердца. Крупные артерии, с помощью которых сердце нагнетает кровь по всему телу, с возрастом становятся менее эластичными, начинают расширяться, а их средние и мелкие ответвления, по которым кровь поступает к различным органам, наоборот, постепенно сужаются вследствие склеротических изменений.

В свою очередь, мельчайшие кровеносные сосуды, капилляры, переплетающие ткани и органы густой сетью, все чаще подвергаются сужению, и даже гибели, что очень ухудшает кровоснабжение тканей. Поэтому у большинства пожилых людей бледная и холодная кожа, им часто бывает холодно и в теплый день. Такая же недостаточность кровоснабжения может наблюдаться и во внутренних органах.

Вены — сосуды, несущие насыщенную углекислотой кровь (венозную) от органов и тканей к сердцу, подвергаются к старости расширению. В венах увеличивается площадь поперечного сечения, извилистость. Подкожные вены бывают заметны особенно на кистях рук, на шее, на висках, на ногах в виде узловатых шнурков с крутыми изгибами. Расширение вен способствует появлению желваков на ногах. Эти недомогания часто мучают пожилых людей.

Вышеотмеченные, а также и другие изменения сердечно-сосудистой системы, ограничивают адаптационные возможности организма, создают предпосылки к развитию заболеваний.

Система крови. При старении происходят изменения во всех органах системы крови: в костном мозге, селезенке, лимфатических узлах, миндалинах. С возрастом значительно уменьшается масса кроветворных органов, особенно красного костного мозга, который заменяется желтым (жировым) в различных костях.

Масса крови, приходящаяся на единицу веса тела человека, уменьшается, в первую очередь снижается содержание эритроцитов. В старости несколько уменьшено и количество лейкоцитов, или же оно находится на нижней границе нормы для периода зрелости. Число тромбоцитов сохраняется. Отмечается небольшое ускорение СОЭ.

Кроветворная система в пожилом и старческом возрасте сохраняет компенсаторные реакции и обеспечивает необходимую продукцию форменных элементов крови. Однако во время заболеваний и при стрессовых ситуациях заметно снижение ее адаптационных возможностей.

Пищеварительная система. Она включает полость рта, язык, слюнные железы, глотку, пищевод, желудочно-кишечный тракт, печень, желчный пузырь и поджелудочную железу. Отрицательные изменения в пищеварительной системе начинаются с ротовой полости, где происходит первичная обработка пищи. С возрастом в *ротовой полости* ослабевают жевательная мускулатура и кости лицевого отдела черепа. Уменьшается масса слюнных желез и снижается их функция. Кроме того, становится недостаточным и количество различных компонентов, входящих в состав слюны человека.

У стариков наблюдаются сухость в полости рта, трещины губ и языка, сглаживание сосочков языка. Выпадение зубов — одна из важнейших причин ухудшения пищеварения, потому что еда гораздо хуже пережевывается, измельчается и обрабатывается слюной.

Ослабевает мускульно-связочный аппарат, что приводит к опущению органов брюшной полости, особенно при похудании. Снижается функциональная активность желудка, кишечника, печени и поджелудочной железы. С возрастом изменяется секреция пищеварительных соков и содержание в них ферментов. Так, ухудшение желудочной секреции сопровождается одновременным снижением свободной и общей кислотности сока, уменьшением содержания в нем пепсина (фермент, расщепляющий белки).

Работа желудка ухудшается, снижается интенсивность выделения пищеварительного сока, одновременно ослабляется мышечный тонус стенок желудка. В результате труднее усваиваются витамины, кальций, фосфор, аминокислоты и многие другие, необходимые организму вещества. Значительно снижается функция поджелудочной железы и перистальтика кишечника (сокращение

мускулатуры его стенок), ослабляются процессы переваривания и всасывания в кишечнике.

Система дыхания. В нее включаются носовая полость, носоглотка, гортань, трахея, бронхи и легкие. Возрастные изменения наблюдаются прежде всего в костно-мышечном аппарате грудной клетки. Она приобретает бочкообразную форму. Увеличение грудного кифоза и другие деформации позвоночника, а также уплотнение реберных хрящей приводят к снижению подвижности грудной клетки.

С возрастом наступают морфологические (клеточные) и функциональные изменения в легких. Хрящевой скелет бронхов окостеневает обычно к 50 годам, что является причиной неравномерного сужения их просвета. Легкие в старости уменьшаются в массе и объеме и становятся малоподвижными. Снижается эластичность стенок легочных альвеол (легочные пузырьки), они растягиваются, теряется их упругость, что затрудняет освобождение альвеол от воздуха при выдохе. При старении уменьшаются общая емкость и особенно жизненная емкость легких (ЖЕЛ). Все это ведет к тому, что у стареющего организма уменьшается вентиляционная способность легких, то есть количество пропускаемого воздуха через легкие за единицу времени, например, за одну минуту. Дыхание у пожилого человека становится поверхностным, развивается старческая эмфизема легких (поражение легочной ткани с потерей эластичности и увеличение объема альвеол), что затрудняет выполнение физических нагрузок, одышка возникает даже при ходьбе. Из-за ослабления механизма легочной вентиляции в старческих легких больше накапливается пыли, труднее происходит отхаркивание бронхиальных выделений, которые постепенно увеличивают склонность к воспалению бронхов и легких. Различные старческие изменения ухудшают легочный газообмен (снижается кислородная насыщенность артериальной крови) и снабжение организма кислородом.

Описанные изменения накладывают отпечаток на течение заболеваний органов дыхания в пожилом и старческом возрасте.

Система мочевыделения. Она состоит из почек, мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала (уретры). Исследования функции почек показывают, что в возрасте от 20 до 60 лет происходит закономерная физиологическая инволюция (обратное развитие) различных функций почек. В почках гибнет до половины основных морфофункциональных единиц почек — нефронов, — разрастается соединительная ткань, развивается возрастной не-

фросклероз. В результате почки уменьшаются в массе, особенно после 70 лет. Почечная фильтрация и водовыделительная функция ослабевают на 35–45 %. Мочеотделение постепенно уменьшается и составляет у долгожителей около 50 % диуреза 20-летних людей.

Мочеточники в глубокой старости расширяются и удлиняются, нарушается их сократительная способность

Мочевой пузырь уменьшается в объеме, его стенки уплотняются, становятся менее эластичными, они хуже растягиваются. Сократительная способность сфинктеров мочевого пузыря понижается, может даже развиться атония (слабость) мочевого пузыря. Учащаются позывы к мочеиспусканию, причем как днем, так и ночью. Значительно снижается тонус мышц малого таза и сфинктера мочевого пузыря, что способствует недержанию мочи.

У пожилых и старых женщин иногда наблюдается частичное недержание мочи: при кашле, смехе, чихании, поднятии тяжести.

Предстательная железа (простата) у мужчин несколько увеличивается к 60 годам. У пожилых мужчин нередко вокруг *мочеиспускательного канала* формируется аденома простаты (доброкачественная опухоль), вызывающая задержку мочи.

Характеристика психологического старения

Личностно-психологические изменения в пожилом возрасте обусловлены взаимодействием биологического и социального в биопсихосоциальной сущности человека. Доказано, что психическое старение тем гармоничнее, чем сохраннее физическое здоровье и благоприятнее социальные условия в старости. Определенное значение имеет и система ценностных ориентаций личности, сложившаяся в течение жизни, жизненный опыт, прошлая профессиональная деятельность, весь комплекс социокультурных факторов, этические и половые особенности. Успешному приспособлению к утрате активных социальных позиций способствует эмоциональная стабильность, свойственная человеку в среднем возрасте, и удовлетворенность, которая дает возможность заниматься любимым делом.

Обычно *психические изменения*, наблюдающиеся у пожилых людей, связаны с процессами старения их центральной нервной системы. На психические изменения также существенное влияние оказывают вся биологическая и психосоциальная история предшествующих периодов жизни, приобретенные личностные качества, психические и социальные характеристики, составляющие жиз-

ненный опыт данного человека. Поэтому старческие изменения силы и подвижности психических процессов сугубо индивидуальны. Кроме того, отдельные психические функции, в том числе познавательные способности, зависят в большой степени от врожденных психических особенностей индивида, включая приобретенные знания, социальные роли, интеллектуальную деятельность, ее тренированность и т. д. Поэтому можно говорить лишь о вероятности, риске выявления такого снижения и возрастных изменений основных психических функций, которые находят отражение в объективных показателях силы и подвижности интеллектуально-мнестических функций (памяти, внимания, мышления).

Снижение функции памяти наблюдается далеко не у всех старых людей. Свыше 90 % людей в возрасте 65 лет и старше показывают лишь незначительные ухудшения памяти. Жалобы престарелых на нарушения памяти обычно не соответствуют их реальной способности к запоминанию. Расстройства памяти являются первым симптомом возрастных органических психозов позднего возраста, деменции (болезнь Альцгеймера). Различные функции памяти с возрастом понижаются неравномерно. В частности, отмечается непатологическое снижение когнитивных (познавательных) функций, при котором особенно страдает память на недавние события, тогда как долговременная память достаточно сохранена. Вполне нормальной является легкая забывчивость на имена, цифры и даты, особенно недавних событий, поскольку оперативная память ухудшается быстрее по сравнению с кратковременной и объемом непосредственной памяти. Ослабление запоминания имеет приспособительный характер, который приводит к преобладанию запоминания только логического и систематизированного материала.

У людей в возрасте до 80 лет при определенных условиях ухудшение памяти частично обратимо. Процесс старения памяти носит прерывистый характер с двумя периодами спада: 1) 60–70 лет; 2) после 80 лет. 70–80 лет — период относительной стабильности. Существует феномен особой, эмоционально окрашенной обращенности пожилых людей к прошлому. Это произвольно возникающие в сознании пожилого человека воспоминания конкретного прошлого события, которое не имеет для него особого значения.

В то же время более грубая забывчивость (например, когда пожилой человек систематически забывает, уходя из дома, выключить плиту или закрыть дверь на ключ) говорит уже о психической патологии.

Интеллект. Старый человек, как правило, сохраняет свой интеллект, и по данным многочисленных наблюдений только у небольшого процента старых людей можно отнести ослабление интеллекта за счет возраста. Как правило, это период мудрости, когда рассудительность достигает полного расцвета и в то же время сохраняется социальная компетентность. Изменения интеллекта при старении весьма индивидуальны. Есть некоторые способности, которые стойки в процессе старения, не уменьшаются с возрастом и могут даже улучшаться. Речь идет о жизненном опыте, диапазоне знаний, практической сметке, способности находить выход из трудного положения, владении иностранным языком и т. д.

Другие интеллектуальные способности более подвержены ухудшению. У пожилых людей в норме несколько снижается скорость мышления и живость ума, что, впрочем, почти не сказывается на их повседневной деятельности. Ослабление усвоения новой информации и снижение памяти у стариков в значительной мере компенсируются способностью ассоциативного мышления, возможностью использовать богатый жизненный опыт. Старение вызывает нарушение тех функций и способностей, которые требуют «подвижной способности», быстроты освоения и действия. И наоборот, происходит улучшение действий, включающих использование накопленного опыта.

Интеллект начинает снижаться на третьем десятилетии жизни, и к 70 годам этот спад достигает примерно 70 % от первоначального уровня. Обследование пожилых и стариков показало, что некоторое снижение интеллекта происходит, когда он был ограничен и в молодые годы. У людей, имевших в юности высокий исходный коэффициент интеллектуальности, снижение интеллектуальных функций начинается намного позже и менее выражено. При этом величина спада интеллекта с возрастом обратно пропорциональна его максимальному значению — чем выше первоначальный уровень интеллекта, тем слабее спад в пожилом возрасте. Доказано, что интеллектуальная активность выступает в качестве одного из условий, тормозящих темп нарастания возрастных изменений психики на поздних этапах онтогенеза. У наиболее интеллектуальных людей вместо типичного спада часто наблюдается даже повышение уровня интеллекта с возрастом. Успех в профессиональной деятельности, общая удовлетворенность жизнью и семейным положением создают хорошие предпосылки для сохранения интеллектуального уровня и его постоянства.

В характере пожилого человека отмечаются как негативные, так и положительные изменения. Можно нередко наблюдать умиротворенность, отход от мелочных интересов жизни к осмыслению главных ценностей. Отрицательные характерологические изменения возникают как результат продолжения и усиления присущих людям в более молодом возрасте черт в совокупности с изменениями, привносимыми самим процессом старения. Например, некоторые люди с тревожно-мнительными чертами становятся еще более мнительными, тревожными и подозрительными.

Неблагоприятные проявления характера пожилого человека чаще всего свидетельствуют о поражении его центральной нервной системы.

Эмоции человека — это его эмоционально окрашенное отношение к действительности и к самому себе, это совокупность чувств, связанных с окружающими событиями.

Пожилые люди склонны к негативным эмоциям, в основе которых лежат различные физиологические и социально-экономические факторы. Эти реакции порождают стресс, который ведет к снижению мозгового метаболизма. Возникает церебральная ишемия, которая ускоряет гибель нейронов и усиливает степень психологической дезадаптации. У таких людей возникают бессонница, засыпание днем, неряшливость по отношению к себе или к дому и т. д.

В процессе нормального старения важна самооценка человека, которая во многом определяет его поведение. *Самооценка* — это то, что индивид значит сам для себя. В поздний период своей жизни люди вынуждены приспосабливаться не только к изменениям социальной ситуации, но и реагировать на изменения в самих себе. В самохарактеристиках пожилых людей отмечается явный перевес положительных качеств над отрицательными и нарастание не критичности к себе, например, неадекватность самооценки в сторону завышения, заметно обозначенную в позднем возрасте.

Выделяют два фактора такого повышения самооценки в пожилом возрасте. Первый связан с тем, что с возрастом уменьшаются расхождения между реальным и идеальным «Я». Происходит сближение того, чем человек хотел стать и чем он стал. Это ведет к удовлетворению своей жизнью. Второй фактор относится к опыту взаимодействия пожилых с другими людьми. Пожилой человек обучен быть гибким. С возрастом появляется умение строить разные

отношения с разными людьми. Это, в свою очередь, ведет к тому, что человек в позднем возрасте выстраивает устойчивый круг общения и получает возможности для обретения помощи и поддержки. Весьма велика здесь роль социальной среды. Когда окружающие относятся к старому человеку с уважением, это укрепляет и повышает его собственное мнение о себе, такой человек склонен относиться к окружающему его миру более доброжелательно.

Своеобразие личности пожилого обусловлено не столько изменениями содержания его потребностей, сколько спецификой их иерархии. Для пожилого человека характерно смещение ряда важных жизненных потребностей в определенном направлении. Так, ведущее положение в иерархии потребностей занимает потребность избегать страданий. Потребность в любви и творчестве, обычно играющая решающую роль в жизни человека, оттеснена и имеет незначительный удельный вес.

Творческая продуктивность в позднем возрасте может быть полностью сохранена. Однако при достаточно высоком уровне сохранности накопленных знаний и оперировании ими снижается способность к усвоению нового и способность к адаптации. С предъявлением новых задач повышенной сложности нарушается привычный стереотип умственной деятельности и может наступить ее упадок и психическая декомпенсация. В то же время известно много примеров полной сохранности творческих возможностей до глубокой старости, что указывает на отсутствие строгой зависимости между увеличением возраста и снижением творческих способностей.

Личность пожилого человека может формироваться в двух противоположных направлениях. В связи с этим выделяют два основных личностных типа старости, отличающихся друг от друга уровнем активности, стратегиями совладения с трудностями, отношением к миру и к себе, удовлетворенностью к жизнью. Представители первого типа мужественно, без особых эмоциональных нарушений переживают уход на пенсию. Они, как правило, готовятся к этому событию, ведут поиск новых путей включения в общественную жизнь, планируют будущее свободное время, предвидят негативные состояния и события в период отставки. Занятие другим интересным делом, установление новых дружеских связей, сохранение способности контролировать свое окружение способствуют удовлетворенности жизнью и увеличивают ее продолжительность.

У представителей второго типа людей, вышедших на пенсию, развивается пассивное отношение к жизни, они отчуждаются от окружения, сужается круг их интересов и снижаются показатели тестов интеллекта. Они теряют уважение к себе и переживают тягостное чувство ненужности.

Тема 5. Пожилой человек в семье и обществе

Пожилые люди включены во все процессы социального и межличностного взаимодействия в обществе. Социальная организация жизнедеятельности пожилого человека может способствовать, а может и препятствовать хорошему личностному его самочувствию, в результате чего происходит его социальная дезадаптация, либо деформация социального статуса.

При этом социальное взаимодействие пожилого человека с социумом имеет различные характеристики, критерием оценки которых является совокупность собственных ценностных ориентаций и приоритетов жизненных целей конкретного пожилого человека, а также соответствие этих ценностных ориентаций общепризнанным социальным ценностям.

Особенности положения пожилых людей в семье

Пожилой человек как никто другой нуждается в семье в связи с потребностью в общении, во взаимопомощи, с необходимостью организации и поддержания жизни. Это объясняется тем, что пожилой человек уже не имеет прежней энергии, прежних сил, не может переносить нагрузки, часто болеет, нуждается в особом питании, уходе за собой.

В первой половине жизни человек, поднимаясь по ступенькам профессиональной карьеры, все время расширяет внесемейные контакты. Однако по мере приближения к старости этот процесс, естественно, останавливается. По достижении пенсионного возраста (55 лет для женщин и 60 — для мужчин) некоторая часть пожилых людей (в основном имеющих более высокое образование и профессиональную квалификацию) продолжает свою трудовую

деятельность. Но для большинства людей пенсионного возраста семья становится практически единственным объектом приложения их сил, знаний и опыта.

Очень большое значение для взаимоотношений разных поколений имеет *психологический климат в семье*. 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. По мере старения пожилого человека роль семьи в его жизни возрастает, как и зависимость от других ее членов. Активное участие старших членов семьи в ведении домашнего хозяйства и воспитании молодого поколения позволяет им лучше адаптироваться к периоду старости. Поэтому положение пожилых людей в семье, их взаимоотношения с младшими поколениями являются важными вопросами в изучении проблем их жизни.

Уважительное отношение к старости — одна из первых привилегий человеческого общества. Однако, к сожалению, приходится сталкиваться с такими фактами, когда выросшие дети уклоняются от выполнения своих обязанностей перед родителями. А отношение семьи к пожилому человеку служит показателем ее сплоченности, духовности, взаимной заботы. Наряду с проблемой одиночества пожилые люди тяжело переживают отсутствие взаимопонимания между пожилым и молодым поколениями, а также безразличие к их социальному опыту со стороны близких родственников — детей, внуков, правнуков.

Для пожилых людей источником разнообразных интересов и положительных эмоций в семье являются не только дети, но и внуки, причем в большей степени. Функция воспитателя подрастающего поколения семьи социально значима, а потому может компенсировать бабушке или дедушке утрату их прежнего социального статуса. Однако, естественно, эти функции требуют от пожилых людей больших затрат времени и сил. Особенно если младшие поколения пытаются переложить все обязанности по домашнему хозяйству на плечи старших. А интересы и потребности пожилых людей, как известно, вовсе не ограничиваются только кругом семьи, детей. Так, любимыми видами времяпрепровождения пожилых людей также являются: приусадебное хозяйство, цветоводство, прослушивание музыкальных записей, просмотр телевизионных передач, чтение, шахматы и другое. Поэтому, снимая с детей нагрузку в быту, пожи-

лые люди порой жертвуют своим здоровьем, общением со сверстниками, другими важными для них духовными ценностями.

Современная семья переживает период перехода от многодетной, традиционной семьи, состоящей из нескольких поколений, к нуклеарной семье (супружеская пара с детьми). Растет число семей, состоящих из супружеской пары в пожилом возрасте, что связано со старением населения.

Основная социальная проблема в осуществлении политики однополой семьи — обеспечение необходимого ухода за пожилыми людьми. Особенно это заметно в сельской местности, где практически только дети являются гарантией поддержки для основной массы престарелых граждан. Именно они обеспечивают им материальную помощь и повседневный уход.

Заметны и серьезные изменения в отношении к давней традиции проживания людей нескольких поколений под одной крышей. Тенденция разделения сложных семей укрепляется как в городе, так и в деревне. Многие молодые люди высказывают свое отрицательное или частично отрицательное отношение к семье, где родители и взрослые дети живут совместно. Однако неизменным остается отношение к помощи своим родителям. Социологи отметили, что старые люди теперь все реже надеются на помощь со стороны своих более молодых родственников. Если раньше в традиционных обществах семья являлась основным источником финансовой поддержки для стариков, то теперь они мало рассчитывают на своих детей и внуков. Причем в развитых странах, где пожилые люди практически всегда живут отдельно, процент тех, кто всерьез полагается на своих потомков, крайне мал.

Значительная 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 городе. Характерно, что для пожилых людей с низким материальным благосостоянием единственной возможностью в какой-то мере решить свои бытовые проблемы является именно совместное проживание с родственниками. Значительную долю людей, проживающих за чертой бедности, составляют именно пожилые, и их материальное положение — одна из актуальных социальных проблем.

В то же время некоторые пожилые люди с большим материальным достатком отказываются от совместного проживания с родственниками, так как материальные преимущества не компен-

сируют им психологические неудобства. Далеко не все выходящие на пенсию в 50–55 лет женщины готовы превратиться в няньку в своей семье.

Они проживают отдельно, пользуясь уединением и независимостью, хотя и несут при этом существенные материальные расходы. Как показывают данные переписей, большинство пожилых супружеских пар проживает отдельной от детей семьей. Самочувствие пожилого человека в большой мере определяется его брачным состоянием.

Пожилый 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 браках пожилых людей, то основной мотив заключения их браков — сходство взглядов и характеров, взаимные интересы, стремление избавиться от одиночества. Хотя, конечно, и в этом возрасте эмоции и симпатии также играют немаловажную роль.

Как свидетельствуют данные государственной статистики, рост числа поздних браков предопределяется в основном высокими показателями разводов, что особенно 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. Это объясняется в первую очередь возрастнополовыми диспропорциями, а также значительным количественным преобладанием женщин над мужчинами. Следующая причина состоит в том, что мужчины в большинстве 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.

Учет максимального количества факторов, влияющих на положение пожилых людей и решение их проблем, воспитание подрастающего поколения в духе уважительного и заботливого отно-

шения к старым людям дадут возможность улучшить морально-психологические, социально-экономические условия жизни пожилых людей.

Семейная жестокость по отношению к пожилым родственникам. По мнению западных ученых, от 4 до 10 % пожилого населения в США регулярно подвергаются насилию со стороны других членов семей. «Насилием» над пожилыми является систематическое и продолжительное по длительности преследование этих людей со стороны ухаживающего за ними человека. Это преднамеренное причинение пожилому лицу физической и психологической боли, страданий и травм, а также необоснованное ограничение или полное лишение необходимых ему ухода и лечения, которые поддерживали бы его душевное и физическое здоровье.

Выделяют следующие виды насилия в отношении пожилых людей.

1. Физическое насилие — причинение физической боли, повреждений, или даже убийство, насильственное принуждение к чему-либо (в том числе и сексуальные домогательства), а также введение в отношении пожилого человека различного рода запретов, ограничений его прав и свободы. К данному типу относят также различные формы пренебрежения и медицинское насилие.

2. Сексуальное насилие — любой вид домогательства, выражаемого как в форме навязанных сексуальных прикосновений, сексуального унижения, так и изнасилования, инцеста. В последнем случае специалисты указывают на трудности в определении реальной жертвы, поскольку большинство таких детей ранее подвергались сексуальному преследованию со стороны родителей, а теперь произошел «обмен ролями».

3. Медицинское насилие — халатность и несвоевременность при выдаче лекарства, намеренная передозировка препарата либо, наоборот, умышленный отказ больному в получении необходимого лекарства.

4. Пренебрежение — безответственность и невыполнение опекуном своих обязанностей по отношению к пожилому человеку, следствием чего становятся различного рода повреждения и нарушение его прав. Термин «пассивное пренебрежение в отношении престарелого человека» используется тогда, когда имеет место ситуация изоляции старика, оставления его в одиночестве или забывания об его существовании. Об активном пренебрежении говорят тогда, когда пожилого человека намеренно лишают вещей, жизненно

необходимых ему для нормального существования (пищи, медикаментов, купания, общения и т. д.), или когда физически зависимого человека не обеспечивают в должной мере соответствующим уходом и заботой.

5. Психологическое (эмоциональное) насилие — причинение пожилому человеку душевных страданий, брань и оскорбления в его адрес, угрозы в определении его в приют для престарелых, причинение физической боли или изоляции, а также формирование и развитие у него чувства страха.

6. Экономическое насилие — выражается в форме присвоения другими членами семьи собственности либо средств пожилых людей без согласия с их стороны, незаконного или осуществляемого вне соответствия с желанием старика использования его сбережений, а также материальной зависимости пожилых от их опекунов.

Наиболее уязвимыми и чаще других подвергаемыми насилию являются престарелые женщины старше 75 лет, страдающие серьезными функциональными и психологическими расстройствами. Деменция, глухота, недержание мочи или кала, отсутствие способности к самостоятельному передвижению и т. п. резко затрудняют общение с ними и способствуют накоплению у ухаживающего за ними человека напряжения и агрессии в отношении этих людей.

Чаще всего это наблюдается со стороны тех родственников, которые уже в течение долгого времени опекают пожилого человека либо, наоборот, физически, психически или эмоционально зависят от него. Как это ни прискорбно, более чем в половине случаев «агрессором» является дочь «жертвы», далее следуют — сын, правнучка, муж либо сестра.

Причинами возникновения насилия в семье по отношению к пожилым могут быть:

- влияние психологических (внутреннее напряжение, стресс, хронические психические проблемы опекуна) либо психосоциальных факторов (внутрисемейные взаимоотношения и семейная история и т. д.);

- воздействие таких ситуативных факторов, как наркотическое или алкогольное опьянение, материальные трудности;

- физическая и эмоциональная зависимость стариков, плохое состояние здоровья, наличие психического расстройства и в некоторых случаях коммуникативных трудностей, обусловленных происходящей у стариков деформацией личности;

- провокационное поведение со стороны «жертвы»;

– факторы, соотносимые с личностью опекуна либо того, кто осуществляет уход за пожилым (жизненный кризис, синдром «сгорания» и переживание опустошенности и эмоционального истощения, подвергался ли насилию в прошлом), которые воспринимаются как стрессовые, а пожилой человек в такой ситуации рассматривается как источник этого стресса и ассоциируется с ним.

Одиночество и проблема общения

Одиночество и проблема общения являются наиболее сильными стрессорами для людей пожилого и старческого возраста. Это понятие имеет социальный смысл, однако более существенным является психологический аспект (изоляция, самоизоляция), отражающий осознание одиночества как непонимания и безразличия со стороны окружающих. Человек в пожилом возрасте часто отделяется от ставших самостоятельными своих детей, а в старости вообще остается в одиночестве. К этому добавляется проблема ослабления связей с обществом, близкими, потеря друзей и знакомых в связи с их уходом из жизни. Усиливающееся с возрастом одиночество является одной из острейших психологических проблем. Особенно реальным одиночество становится для человека, живущего долго. Неоднородность и сложность одиночества проявляется в том, что старый человек, с одной стороны, ощущает все увеличивающийся разрыв с окружающими, боится его, а с другой — стремится отгородить себя от всех, защитить свой мир и стабильность в нем от посторонних.

Одиночество может привести и к суицидальным поступкам. Как у мужчин, так и у женщин достаточно высок суицидальный риск в случае утраты одного из супругов или другого близкого родственника. Перенести смерть близкого человека, пережить ее — мощный стрессовый фактор в жизни. В целом 25 % суицидов связаны с необратимой утратой: смертью или гибелью близкого человека.

Семья становится основным фактором, сдерживающим суицидное поведение пожилого человека. В ней должны строиться отношения на основе личной ответственности за благополучие всех и каждого, стремления облегчить положение лиц старшего возраста.

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

В Республике Беларусь принята Комплексная программа по совершенствованию системы социальной работы с одинокими

гражданами пожилого возраста до 2010 года, что играет важную роль в деле дальнейшего решения данной проблемы.

Социальный статус пожилого человека — это соотносительное положение (позиция), которое он занимает в обществе в процессе взаимодействия с другими людьми, имея на это определенные права и обязанности. Социальный статус пожилого человека зависит от множества факторов, среди которых можно выделить профессию, социально-экономическое состояние, политические возможности, пол, происхождение, семейное положение и др.

Социальный статус пожилого человека в определенной степени зависит также от оценки деятельности его личности со стороны общества. В социальном взаимодействии людей, включая и пожилых, восприятие ими друг друга осуществляется на двусторонней основе: восприятие пожилым человеком самого себя и восприятие его другими людьми.

Так, например, детское восприятие пожилого мужчины или женщины характеризуется, как правило, позитивным восприятием детьми ввиду осознаваемого и признаваемого их преимущества в жизненном опыте, социальном статусе, разнице в возрасте и т. д. Юношеское восприятие уже не столь однозначно: в большей мере осознаются те ограничения, которые накладывает на пожилого человека его возраст, с одной стороны, и, с другой, — проявляется свойственная юности повышенная критичность отношения по отношению к другим людям. Несмотря на внешние проявления уважения к пожилым людям, юноши и девушки чаще всего внутренне относятся к ним весьма критично. Представители более зрелого возраста в своих отношениях к пожилым людям более разнообразны: от уважения и повседневной заботы, через терпение и вынужденность уважения до отрицания их социальной значимости. Что же касается взаимоотношений между пожилыми людьми, то они, как правило, более полярные и однозначные: «нравится — не нравится».

На бытовом уровне другие люди воспринимают пожилого человека либо как активного и жизнерадостного («живущего»), либо как пассивного и уставшего от жизни («доживающего»). Это зависит от характера восприятия пожилым человеком самого себя. Уверенность в своих силах, несмотря на все ограничения возраста, сохраняющаяся адекватная самооценка, которая соответствует возрастным характеристикам, самоуважение, социальная толерантность, гордость за прожитую жизнь, осознание и признание своих

снижающихся возможностей — все это формирует его стабильный социальный статус и, несмотря на все присущие пожилым людям социальные, психологические и физиологические проблемы, у них нет ярко выраженных или стабильных проблем взаимодействия с социумом (семьей, товарищами и друзьями, социальной средой в целом).

И наоборот, у пожилого человека может формироваться проблемный социальный статус, при котором имеются ярко выраженные временные, стабильные или нарастающие проблемы взаимодействия с социумом, заставляющие все в большей мере ощущать снижение личностного и социального статуса без какой-либо надежды на улучшение жизни.

Восприятие пожилых людей также во многом зависит от «функционального» подхода, который обуславливает отношение к ним как к людям, которые «могут» или «не могут» выполнять ту или иную функцию, приписываемую им воспринимающим их человеком. Естественно, что работающие пожилые люди или те из них, которые могут быть полезны в общественной работе, люди, ведущие активный образ жизни, воспринимаются иначе, чем те, кто полностью отошел от всех дел и замкнулся в самом себе.

В реальной жизнедеятельности социальный статус пожилого человека проявляется в различных *ролях*, которые он выполняет в процессе взаимодействия с окружающими людьми. Социальную роль можно определить как совокупность ожиданий и требований, предъявляемых социальной группой, обществом в целом к пожилым людям. Эти ожидания, пожелания, требования отражены в *социально-геронтологических теориях о социальном статусе пожилых людей*.

1. Теория разъединения, освобождения. В соответствии с этой теорией старение есть неизбежное разъединение стареющей личности с другими личностями в той же социальной системе. Процесс «социального ухода» характеризуется утратой социальных ролей, ограничением социальных контактов, ослаблением приверженности к материальным ценностям, уходом в себя. Сторонники данной теории утверждают серьезные различия между старшими и молодыми поколениями и предполагают сокращение контактов между ними, предлагают старшему поколению и «более» молодым поколениям разойтись ради общего интереса и психологического благополучия пожилых. Согласно теории разъединения пожилые люди отчуждаются от тех, кто моложе, они освобождаются от при-

вычных социальных ролей; старение есть неизбежное взаимное отдаление и разъединение, приводящее к снижению взаимодействия между пожилым человеком и его окружением. Процесс разъединения может быть инициирован как самим пожилым человеком, так и другими лицами, вовлеченными в конкретную ситуацию, например, родственниками или представителями социальных служб. Данная теория является безнравственной, поскольку «позволяет» отстранить людей старшего возраста из активной деятельности.

2. *Теория меньшинства.* Иногда пожилых людей общество рассматривает как особую группу меньшинства в населении, имеющую более низкий социально-экономический статус, подвергающуюся различным формам дискриминации, являющуюся объектом предубеждения других слоев населения. Такое отношение общественного мнения порождает негативные стереотипы и обобщения во взглядах на людей в зависимости от их возраста. Свое выражение такое отношение находит, например, в отказе от приема на работу лиц предпенсионного или пенсионного возраста; в установлении величины пенсионного обеспечения, которая ниже прожиточного уровня; в грубости и пренебрежении персонала различных государственных организаций к нуждам и запросам стариков, в нетерпимости окружающих к пожилому человеку на улице, в транспорте и т. д.

3. *Теория активности.* Согласно этой теории у людей в среднем возрасте, при нормальном старении, должны поддерживаться социальные контакты и активность. При наступлении старости личность должна сохранять те же потребности и желания, которые были свойственны ей ранее, сопротивляться любым изменениям, намерениям исключить ее из общества. По этой теории 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. Способность находить радости и ценности в жизни не исчерпывается в определенном возрасте, а должна сохраняться до самого конца жизни.

Согласно «теории активности» для пожилого человека целесообразно оставаться активным как можно дольше, даже если он прекратил свою трудовую деятельность. Она может быть заменена новыми видами и формами его социального участия в делах общества. Свое отражение в общественном мнении эта точка зрения находит в создании общественных объединений пожилых людей различного содержания деятельности, а также разновозрастных объединений

в создании клубов пожилых людей, в привлечении их в различные ветеранские и (или) профессиональные организации и т. д.

Теория активности опирается на учет общих закономерностей личной и социальной жизнедеятельности человека. Пожилой человек сохраняет те же потребности и желания, что и более молодые; он сопротивляется любым попыткам ограничить его участие в общественной жизни, считая, что с помощью социальных работников он может найти себе активное место в обществе, соответствующее его здоровью, жизненным планам, интересам и способностям. На официальном уровне эта точка зрения находит отражение в социальном законодательстве, обеспечивающем пенсионерам по возрасту возможность продолжать работу, в поддержке общественной работы пожилых людей, в государственной поддержке концепции продуктивного старения, сохранения социального статуса пожилого человека.

4. Теория развития и непрерывности жизненного пути. С позиций этой теории, для адекватного понимания жизни старого человека необходимо знать специфику его жизненных прежних этапов, то есть содержание всего жизненного пути, предшествовавшего старости. Индивидуальный опыт каждого этапа жизни подготавливает личность к обретению и выполнению новых социальных ролей и функций на следующем этапе. Переходя от ступени к ступени, человек стремится сохранить прежние предпочтения и привычки, усвоенные роли и функции. Нормальное, «успешное» старение возможно лишь при разносторонней адаптации к новым условиям. Учитывая, что этому возрасту свойственны комплексные заболевания, нередко центральными событиями в жизни пожилых людей становятся, например, лечение, стихийное формирование групп в поликлиниках и больницах, основным содержанием деятельности которых становится совместное посещение врачей, обсуждение диагнозов, лекарств, последствий лечения и т. д.

В эпоху социальных перемен, когда все основные ценности и уклад жизни, которые были свойственны некогда молодому, а ныне пожилому человеку, кардинально изменяются и, более того, подвергаются существенной переоценке, у него возникают новые «события жизни», связанные с превознесением *«того»* и с осуждением *«этого»* времени. Так возникают группы пожилых людей, уделяющих значительное время подобным дискуссиям. Зачастую это находит свое отражение в их присоединении к различным политическим партиям и движениям, по преимуществу декларирующим идеалы и ценности, разделяемые пожилыми людьми.

5. *Теория маргинальности.* Эта теория представляет старость как состояние девиантности. Положение стариков — это положение изгоев, удел которых — низкие доходы и ограниченные возможности. Взгляды молодых и зрелых членов общества на положение старых людей совпадают: они считают представителей старшего поколения бесполезными, маргинальными, утратившими прежние способности, уверенность в себе и чувство социальной и психологической независимости. Характерной основной чертой старости является пассивность. Поэтому, по мнению последователей этой теории, трудоспособная и активная часть общества должна разрабатывать социальные программы для улучшения жизни пассивных старых людей.

6. *Теория возрастной стратификации.* Согласно этой теории общество разделено в хронологическом возрастном и социальном отношении. Общество — это совокупность возрастных групп, которые имеют обусловленные возрастом различия в способностях, ролевых функциях, правах и привилегиях. Эта теория придает особое значение образу жизни и общим особенностям, присущим определенной возрастной категории. Так, например, достаточно распространенной является точка зрения, в соответствии с которой черты, свойственные людям пожилого возраста, считаются отклонением от «нормального» человека. Она находит свое отражение (на бытовом уровне) в снисходительном тоне обсуждения поступков пожилого человека («ну что вы хотите, он же пожилой человек»); в нетерпимости к их действиям и высказываниям («вы ничего не понимаете в этой жизни, отстали от времени; ваше время — в прошлом»). Зачастую пожилому мужчине или пожилой женщине «приписываются» те качества и особенности поведения, которые свойственны пожилому возрасту в целом без учета специфики их индивидуальных, личностных особенностей. Здесь ведущим фактором, определяющим восприятие пожилых людей, становятся стереотипы, сложившиеся в общественном мнении по отношению к ним. На официальном уровне эта точка зрения закреплена выделением социально-демографической группы «пожилые люди» в ряд особых групп населения, особо нуждающихся в социальной защите, поддержке, обслуживании и т. д. Большинство этих старых людей не участвует в «системе власти и влияния» и, таким образом, они не обладают контролем ни над самими собой, ни над другими.

Само положение пожилого человека не только в обществе, а и в жизни таково, что отличает его по существу от всех других возрастных групп, и в зависимости от того, как данное конкретное

общество относится к старости, определяются и решаются соответствующие социальные проблемы. Есть две основных традиции отношения общества к старости. Первая, которая насчитывает около 30 тысяч лет, — это древнеегипетская традиция. Старость называется «самым почетным положением человека среди других людей», «пожилой человек единственный из людей, кто близок к богам», «старость — счастливое и безмятежное состояние человека» и т. д. Другая традиция насчитывает 3 тысячи лет — это спартанская традиция. Немощных (беспольных) стариков в Спарте сбрасывали со скалы в пропасть, причем старик-спартанец воспринимал такой конец жизни как естественный.

В зависимости от характера деятельности и качества жизни пожилого человека ученые выделяют *психологически благополучные и отрицательные типы старости*.

Первый тип — активная, творческая старость. Люди расставались с профессиональным трудом и продолжали участвовать в общественной жизни, живут полнокровной жизнью, не ощущая какой-либо ущербности.

Второй тип старости также отличается хорошей социальной и психологической приспособленностью, но энергия этих людей направлена главным образом на устройство собственной жизни — материальное благополучие, отдых, развлечение и самообразование, на то раньше не хватало времени.

Третий тип, в котором преобладают женщины, находит главное приложение силы в семье. Им некогда хандрить или скучать, но удовлетворенность жизнью у них обычно ниже, чем у представителей первых двух типов.

Четвертый тип — это люди, смыслом жизни которых стала забота о своем здоровье, что стимулирует достаточно разнообразные формы активности и дает определенное моральное удовлетворение. Однако эти люди склонны преувеличивать значение своих действительных и мнимых болезней.

Все эти четыре типа старости И. Кон считает *психологически благополучными* и замечает, что есть и *отрицательные типы* развития. К таковым могут быть отнесены агрессивные старые ворчуны, недовольные состоянием окружающего мира, критикующие всех, кроме себя. Другой вариант негативного проявления старости — разочарование в себе и собственной жизни, одинокие и грустные неудачники. Они винят себя за действительные и мнимые упущенные возможности.

Отечественные психиатры условно выделяют *три типа старости*: счастливая, несчастливая и психопатологическая. *Счастливая старость* характеризуется умиротворенностью, мудрой просветленностью мировосприятия и мировоззрения, созерцательностью, сдержанностью и самообладанием. *Несчастливая старость* обуславливается повышением уровня личной тревоги, тревожной мнимости по поводу своего физического здоровья. Характерны также склонность к частым сомнениям и опасениям по незначительному поводу, неуверенность в себе, в будущем, потеря прежнего и отсутствие иного смысла жизни, размышления о приближающейся смерти. *Психопатологическая старость* проявляется возрастными органическими нарушениями психики, личности и поведения. Наблюдается снижение адаптационных возможностей психопатической личности с частым развитием разнообразных дезадаптационных реакций.

Солидарность между поколениями на всех уровнях — в семье, в обществе и в масштабах всей страны — является одним из основополагающих принципов создания общества для людей всех возрастов. Солидарность также является одной из основных предпосылок социальной сплоченности и создания основы, на которой зиждется функционирование формальной системы государственного социального обеспечения и неформальной системы ухода. Изменения в демографической, социальной и экономической областях обуславливают необходимость корректировки систем пенсионного обеспечения, социального страхования, здравоохранения и долгосрочного ухода с тем, чтобы обеспечить устойчивый экономический рост и развитие, а также эффективное получение людьми на устойчивой основе адекватного дохода и услуг.

Что касается семьи и общества, то связи между поколениями могут иметь ценность для всех их членов. Несмотря на мобильность людей в географическом плане и на другие факторы современной жизни, в силу которых представители разных поколений в семьях и общинах живут порознь, подавляющее большинство представляющих все культуры людей поддерживают тесные отношения со своей семьей на протяжении всей жизни. Такие отношения имеют обоюдный характер: пожилые люди зачастую вносят значительный финансовый вклад и, что чрезвычайно важно, вклад в плане обучения внуков и других родственников и ухода за ними. Тем не менее важно понимать, что совместное проживание пожилых людей с представителями молодых поколений их семьи не всегда является для них предпочтительным или наилучшим вариантом.

Проблемы конфликтов. В процессе осуществления свойственных «третьему возрасту» ролей пожилой человек может оказаться в ситуации *ролевого конфликта*. Ролевой конфликт возникает в такой ситуации, при которой пожилой человек сталкивается с противоречивыми требованиями двух или более несовместимых ролей. В современных условиях, когда общение людей становится все более интенсивным и напряженным, нарушение взаимопонимания, усиление противоречий между всевозможными группами и отдельными людьми становится весьма существенной проблемой, поскольку, сопровождаясь стрессами, нарушение взаимопонимания негативно сказывается на всех процессах жизнедеятельности, имеет далеко идущие последствия: медико-биологические, психологические, социальные и др.

Так, например, в 90-е годы XX века в общественной жизни страны ведущее место заняло «прагматическое» поколение, в основе деятельности которого были положены экономические ценности. Все это время рядом с этим новым поколением «рыночников» продолжали оставаться старшие, предыдущие поколения «романтиков», которые жили идеалистическими ценностями и социальным оптимизмом, романтическими идеалами и максимальной самоотдачей.

Такое взаимодействие разных поколений на рубеже веков в условиях динамичных социальных изменений сформировало, с одной стороны, уважительное отношение к пожилым людям, создавшим условия для жизни и деятельности новых, молодых поколений, а с другой стороны — неприятие тех предыдущих ценностей, которые были свойственны старшему поколению. Такая ситуация существенно обострила «конфликт поколений», формируя социальную напряженность в обществе.

Наиболее распространенным типом конфликтных взаимодействий пожилых людей являются межличностные конфликты. Субъектами конфликта в данном случае выступают две или более личности, враждующие между собой вследствие своих психологических особенностей и специфики их социального окружения (семья, соседство, группа, коллектив и т. п.), а также на почве конкурентной борьбы за обладание привилегиями и жизненно важными ресурсами (собственность, власть, престиж, принадлежность и т. п.).

К межличностным конфликтам располагает: высказывание партнеру подозрения в его негативных побуждениях, принижение значимости его роли, подчеркнутое нежелание признать свои

ошибки или правоту собеседника, заниженная оценка его вклада в общее дело и преувеличение своего, обсуждение его интимных проблем, несдержанность, неискренность, проявление личной антипатии, придирки, угрозы, навязывание своей точки зрения, подчеркивание разницы между собой и партнером не в его пользу и т. п. Пожилому человеку, оказавшемуся в центре конфликта, нужно знать основные правила выхода из него:

- не дать конфликту понизить вашу самооценку, помня о том, что он лишь малая часть жизни;
- не позволять другим людям возбуждать в вас чувство вины;
- выдержать время, чтобы чувства, связанные с конфликтом, угасли;
- уйти от плохих людей, не тратить на них свое время и душевные силы, стремиться к общению с доброжелательными людьми;
- не тратить время на переубеждения скептиков и общение с теми, кто не хочет вас слушать;
- заранее настраиваться на общение с конфликтными людьми.

Переход человека в группу пожилых людей существенно изменяет его взаимоотношения с обществом и такие ценностно-нормативные понятия, как цель и смысл жизни, добро и счастье, и т. д. Изменения статуса человека в старости вызваны, прежде всего, прекращением или ограничением трудовой деятельности, трансформацией ценностных ориентиров самого образа жизни и общения, а также возникновением различных затруднений как в социально-бытовой, так и психологической адаптации к новым условиям. Точное и полное знание особенностей влияния социально-психологических и биологических факторов на процесс старения личности позволит направленно изменить условия и образ жизни старых людей таким образом, чтобы способствовать оптимальному функционированию личности старого человека и оказывать тем самым сдерживающее влияние на процесс его старения.

Для работы с пожилыми людьми специалистам важно знать их социальное положение (в прошлом и настоящем), особенности психики, материальные и духовные потребности, а также в этой работе опираться на науку, данные социологических, социально-психологических, социально-экономических и др. видов исследований.

Пожилые — люди, прожившие относительно долгую жизнь, вследствие чего они уже испытывают определенные психофизические ограничения, независимо от наличия или отсутствия за-

болеваний, в некоторых случаях они функционально недееспособны либо им необходима помощь со стороны. 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. 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. Уход от сложившегося стереотипа трудовой деятельности, появление «излишков» свободного времени создают новые психологические состояния: внимание концентрируется вокруг ухудшения здоровья, одиночества, неуверенности в завтрашнем дне и т. д.

Конфликты в жизни пожилого человека являются источником расстройств, стрессов, переживаний и т. п. Социальному работнику в своей практике с конфликтными ситуациями приходится сталкиваться постоянно. Поэтому изучение основ конфликтологии, овладение навыками и опытом посредничества в разрешении конфликтов — важнейшая составляющая его профессиональной компетентности.

В любом случае, оказавшись посредником в конфликте, социальный работник должен помнить, что урегулирование конфликта — это решение проблемы «что делать?», а не расследование «кто виноват?».

Права пожилых людей в обществе

Одним из характерных явлений современности является процесс старения общества, увеличения количества пожилых людей в общей численности населения, что требует проявления по отношению к ним, к их опыту и заслугам большого уважения и заботы. Уважение к старым людям выражается их включенностью в социум, установлением контактов между старым и молодым поколениями, а также теми материальными условиями, которые общество может им предоставить (размером пенсий, качеством жилья, уровнем здравоохранения, комфортностью услуг и т. д.).

Права пожилых людей в обществе получили наиболее полное отражение в 18 принципах ООН *«Сделать полнокровной жизнь лиц преклонного возраста»*, принятых Генеральной Ассамблеей

ООН в 1991 году. С учетом различного рода дополнений 18 принципов были собраны и объединены в пять основных групп: **независимость, участие, уход, реализация внутреннего потенциала, достоинство.**

Принципы группы «независимость» подразумевают, что пожилые люди должны иметь доступ к основным благам и обслуживанию, возможность работать или заниматься другими видами деятельности, приносящими доход, участвовать в определении сроков прекращения трудовой деятельности, сохранять возможность участия в программах образования и профессиональной подготовки, жить в безопасных условиях с учетом личных наклонностей и изменяющегося состояния, получать содействие в проживании в домашних условиях до тех пор, пока это возможно.

Принципы группы «участие» отражают вопросы вовлеченности пожилых людей в жизнь общества и активного участия в разработке и осуществлении затрагивающей их благосостояние политики, возможность создавать движения или ассоциации лиц пожилого возраста.

Принципы группы «уход» затрагивают проблемы обеспеченности пожилых людей уходом и защитой со стороны семьи и общества в целом, доступа к медицинскому обслуживанию в целях поддержания или восстановления оптимального уровня физического, психического и эмоционального благосостояния и предупреждения заболеваний, доступа к правовым и социальным услугам, возможности пользоваться услугами попечительских учреждений, правами человека и основными свободами в любом социальном учреждении, включая полное уважение достоинства, убеждений, нужд и личной жизни, а также права 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, доступа к общественным ценностям в области образования, культуры, духовной жизни и отдыха.

Принципы группы «достоинство» затрагивают вопросы недопущения эксплуатации, физического или психологического насилия в отношении пожилых людей, обеспечения права на справедливое обращение независимо от возраста, пола, расовой или этнической принадлежности, инвалидности или иного статуса, а также независимо от их экономического вклада.

Таким образом, данные принципы ориентированы на то, чтобы при их осуществлении помочь людям старшего возраста вести полноценную и плодотворную жизнь и обеспечить им условия, необходимые для поддержания или достижения удовлетворительного качества жизни.

Согласно Конституции Республики Беларусь человек является высшей ценностью общества и государства. Кроме того, эта статья Конституции устанавливает взаимную ответственность государства и гражданина друг перед другом, в частности, ответственность государства перед гражданином за создание условий для свободного и достойного развития личности. При этом *ответственность не связывается с возрастом гражданина*.

Основной Закон устанавливает, что государство регулирует отношения между социальными, национальными и другими общностями на основе принципов равенства перед законом, уважения их прав и интересов, *не допуская какой-либо дискриминации*.

При этом Конституция, закрепляя принцип равенства всех перед законом, определяет, что все равны перед законом и имеют право без всякой дискриминации на равную защиту прав и законных интересов.

Право на труд — основа всех социально-экономических прав граждан. В соответствии с Конституцией гражданам Республики Беларусь гарантируется право на труд как наиболее достойный способ самоутверждения человека. В ней установлены лишь такие критерии реализации права на выбор работы, как призвание, способности, образование, профессиональная подготовка и общественные потребности. Положения этой статьи, гарантируя право на труд, *не допускают возможность дискриминации какой-либо категории граждан, в том числе по возрасту*.

В соответствии с Законом Республики Беларусь от 15 июня 2006 г. «О занятости населения Республики Беларусь» (с последующими изменениями и дополнениями) определены правовые, экономические, социальные и организационные основы регулирования занятости населения Республики Беларусь. Так, Закон устанавливает, что занятость — это деятельность граждан Республики Беларусь, связанная с удовлетворением личных и общественных потребностей, не противоречащая законодательству и приносящая им заработную плату, доход, вознаграждение за выполненную работу (оказанную услугу, создание объектов интеллектуальной собственности). Гражданам принадлежит исключительное

право распоряжаться своими способностями к производительному и творческому труду; государство обеспечивает и несет ответственность за реализацию права граждан Республики Беларусь на труд, включая право на свободный выбор профессии, рода занятий и работы в соответствии с призванием, способностями, профессиональной подготовкой, образованием и с учетом общественных потребностей. При этом Закон *не содержит указаний на возраст граждан*.

Правовые основы и меры социальной защиты ветеранов устанавливает Закон Республики Беларусь от 17 апреля 1992 г. «О ветеранах» (в редакции от 15 июля 2008 г.). Согласно данному Закону ветеранами труда являются лица, имеющие стаж работы (службы) не менее 30 лет у мужчин и 25 лет у женщин и достигшие возраста, дающего право на пенсию по возрасту на общих основаниях. Социальная защита ветеранов предусматривает осуществление системы мер, направленных на создание условий, обеспечивающих экономическое и моральное благополучие ветеранов, уважение их в обществе, а также на предоставление им прав и льгот, в том числе по трудоустройству, обучению, переподготовке и условиям труда.

Одна из важнейших областей жизнедеятельности человека — область применения труда — регламентируется законодательством о труде. В Трудовом кодексе Республики Беларусь определено, что трудовой договор — это соглашение между работником и нанимателем (нанимателями), в соответствии с которым работник обязуется выполнять работу по определенной одной или нескольким профессиям, специальностям или должностям соответствующей квалификации согласно штатному расписанию и соблюдать внутренний трудовой распорядок, а наниматель обязуется предоставлять работнику обусловленную трудовым договором работу, обеспечивать условия труда, предусмотренные законодательством о труде, локальными нормативными актами и соглашением сторон, своевременно выплачивать работнику заработную плату. Согласно данному определению сторонами трудового договора являются работник и наниматель. Работником признается лицо, состоящее в трудовых отношениях с нанимателем на основании заключенного трудового договора. Работником может быть только физическое лицо. Для того чтобы быть субъектом (стороной) трудового правоотношения, гражданин должен обладать правосубъектностью, то есть способностью иметь и лично осуществлять трудовые права и обязанности, а также нести юридическую ответственность.

Нормативными предписаниями Трудового кодекса максимальный возраст для работника как субъекта трудового правоотношения не установлен. Прекращение любого трудового договора возможно лишь по основаниям и в порядке, предусмотренном Трудовым кодексом. *Для работников, достигших пенсионного возраста, никаких исключений из правил при увольнении их не установлено.*

Точное и полное знание особенностей влияния социально-психологических и биологических факторов на процесс старения личности позволит направленно изменить условия и образ жизни старых людей таким образом, чтобы способствовать оптимальному функционированию личности старого человека и оказывать тем самым сдерживающее влияние на процесс его старения.

Можно говорить о большом количестве психологических и физических факторов, влияющих на процесс старения. Не существует единого, универсального способа приспособления к старости. Влияние оказывает и личность самого человека, его поведение, привычки, потребность в социальных контактах, и предпочитаемый стиль жизни. Так, для одних оптимальным является совместное проживание с детьми и внуками, для других — самостоятельность, независимость, возможность заниматься любимым делом.

Пожилой человек при содействии квалифицированного специалиста по социальной работе находит для себя новые резервные возможности, оптимизирует свою жизнь как в количественном, так и в качественном отношении. Но для этого ему необходимы: независимость, посильное участие в какой-либо деятельности, соответствующий уход, реализация внутреннего потенциала, соблюдение его достоинства. Желательно 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 для отдыха пожилых людей в местах постоянного их жительства.

Следует отметить, что пожилые нуждаются в тех же жизненно важных потребностях, что и другие категории граждан, а именно: в надежном жилище, в полноценном рациональном питании, в благоприятной среде жизнедеятельности и условиях для использования трудовой деятельности, в человеческом общении и внимании, охране здоровья и медико-социальном уходе.

Важное значение имеют обязательства, которые касаются укрепления политики и программ, направленных на создание социально

интегрированного, сплоченности общества для всех — женщин и мужчин, детей, молодежи и лиц старшего возраста. В каких бы обстоятельствах ни находились люди пожилого возраста, они имеют право жить в условиях, способствующих расширению их возможностей. Хотя некоторые пожилые люди нуждаются в значительной физической поддержке и уходе, большинство из них хотят и могут продолжать вести активный и продуктивный образ жизни, в том числе путем участия в различных видах деятельности на добровольной основе. Поэтому нужна политика, которая позволила бы расширять возможности пожилых людей, способствовала бы их активному участию в жизни общества и одновременно способствовала бы развитию личности на протяжении всего жизненного цикла и укрепляла бы их независимость, а также обеспечивала бы поддержку социальным институтам, основанным на принципах взаимности и взаимозависимости.

Поощрение и защита всех прав человека и основных свобод является необходимым условием создания социально-интегрированного общества для людей всех возрастов, в жизни которого пожилые люди будут принимать полноправное участие без какой-либо дискриминации и на основе равенства. Борьба с возрастной дискриминацией и содействие защите достоинства пожилых людей имеют основополагающее значение для обеспечения уважения, которое заслуживают пожилые люди.

Поощрение и защита всех прав человека и основных свобод имеют важное значение в формировании общества для людей всех возрастов. В этих целях необходимо развивать, подчеркивать и поощрять посредством всестороннего и эффективного диалога взаимобогащающие отношения между разными поколениями.

Таким образом, пожилые люди имеют право на полноценную жизнь. И это возможно лишь в том случае, если они сами принимают деятельное участие в решении вопросов, их непосредственно касающихся.

Особенности положения пожилых людей на рынке труда

Люди стали жить дольше, сохраняя хорошее здоровье. В связи с ростом продолжительности жизни и необходимостью поддержания достаточного уровня жизни перед развитыми странами неизбежно встает проблема увеличения периода трудовой деятельности пожилых людей. Выход на пенсию особенно тяжело воспринима-

ют люди, чья трудовая деятельность высоко ценилась в прошлом, а сейчас 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.

Установлено, что здоровые люди пожилого возраста могут активно участвовать в производительном труде, не связанном со скоростными реакциями, значительными нервно-эмоциональными напряжениями или переработкой больших объемов нового материала. В Республике Беларусь многие пенсионеры по возрасту сохраняют частичную или даже полную трудоспособность, но тем не менее пенсия им выплачивается, как и тем, которые вследствие наступления старости оказались полностью нетрудоспособными. Часть людей пенсионного возраста продолжает работать. Их социальный статус определяется участием в общественном производстве, и основным источником средств существования для них является оплата за труд.

Высокий уровень жизни позволяет наиболее развитым странам эффективно использовать в производстве общественного богатства ту возрастную группу, которая в менее развитых странах уже нетрудоспособна. Особенно если преобладают профессии, основанные на знании и не связанные с тяжелым физическим трудом. Привлечение к активной трудовой деятельности граждан старших возрастов является наиболее привлекательным решением со всех точек зрения. Для этого, прежде всего, используется потенциал промежуточного слоя между средним возрастом и стариками — людей в возрасте от 50 до 64 лет. Сегодня в среднем 4 человека из 10 представителей этой категории не заняты. Это вдвое больше числа неработающих в возрасте 25–49 лет. Такая ситуация возникла не столько по причине утраты физической способности работать, сколько из-за многочисленных законодательных и общественно-психологических помех для продолжения работы в старшем возрасте. В ряде случаев условия труда и зарплата пожилых работников недостаточно привлекательны и те предпочитают уйти на пенсию, хотя еще могли бы продолжать профессиональную карьеру.

Наниматели часто используют «структурные перестройки» производств, чтобы омолодить персонал. В частности, речь идет о

широко распространенной практике под лозунгом «дорогу молодым». Но на деле происходит обратное. Уровень безработицы среди молодежи особенно высок как раз в тех странах, где больше практикуется ранние проводы на пенсию. Поэтому людям старшего возраста нужно помочь остаться на трудовом рынке.

Вторая сторона проблемы — насколько пожилые люди востребованы, «котируются» на рынке труда. Приходится признать, что предприятия, работодатели зачастую неохотно оставляют в штате или принимают на работу людей старшего возраста. Их увольняют на пенсию «по возрасту», и после этого им уже трудно найти новую работу.

Отчасти это явление объясняется предрассудочным, негативным отношением работодателей к старшим по возрасту работникам. Многие работодатели ошибочно считают, что люди старшего возраста не способны приспосабливаться к технологическим новшествам и новому ритму работы.

Однако есть и более объективные факторы. Старшие по возрасту работники часто обходятся предприятию дороже, чем молодые. В некоторых странах есть тенденция повышения зарплаты соответственно возрасту и выслуге лет. В других странах социальные отчисления и взносы в больничные кассы медицинского страхования повышаются с возрастом работника. Работодателям невыгодно брать на работу пожилых в тех странах, где трудовое законодательство особенно активно защищает рабочие места старших. То есть мера, которая была направлена как раз против дискриминации пожилых работников, в результате оказывается контрпродуктивной.

Условия труда чаще всего мало приспособлены к потребностям пожилых работников. Если облегчить им труд, то это поможет им дольше сохранить хорошее здоровье и продолжать работать. Кроме того, облегчают поэтапный переход на пенсию такие гибкие формы занятости, как неполный рабочий день или индивидуальная трудовая деятельность.

В настоящее время полностью осознана необходимость реформ, которые устранили барьеры на пути к повышению занятости пожилых людей и переломят консервативный менталитет как работодателей, так и самих пожилых работников. Нужно бороться с ложными представлениями о неспособности людей старшего возраста приспосабливаться к переменам или с утверждениями, будто их уход с рынка труда поможет создать рабочие места для молодежи.

жи. Большинство развитых стран уже начали проводить реформы пенсионных систем, которые должны повысить стимулы к продолжению трудовой деятельности.

Образование является одной из чрезмерно важных предпосылок активной и полноценной жизни. Для создания общества, функционирующего на основе знаний, необходима разработка таких стратегий, которые позволяют обеспечивать человеку на протяжении всей его жизни доступ к образованию и профессиональной подготовке. Непрерывное образование и профессиональная подготовка являются весьма важными факторами обеспечения производительности как отдельных работников, так и национальной экономики.

В настоящее время в развивающихся странах имеется большое число людей, которые, будучи в преклонном возрасте, практически не знают грамоты и счета, что ограничивает их возможности в плане получения средств к существованию и может, таким образом, отражаться на их здоровье и благосостоянии. Во всех странах доступ к образованию и профессиональной подготовке на протяжении всей жизни также является одной из предпосылок обеспечения занятости пожилых людей.

Рабочие места, где представлены лица разных возрастных групп, создают наиболее благоприятные условия для обмена профессиональными навыками, знаниями и опытом между отдельными лицами.

При отсутствии возможности получать образование и профессиональную подготовку развитие новых технологий может стать причиной отчуждения пожилых людей. Расширение доступа к образованию в более молодом возрасте принесет пользу и поможет людям адаптироваться к этим технологическим преобразованиям в пожилом возрасте. Однако, несмотря на такую доступность, во многих районах мира по-прежнему сохраняется высокий уровень неграмотности.

Профессиональная подготовка, переподготовка и образование являются важными факторами определения возможностей работника выполнять работу и адаптироваться к изменениям на рабочем месте. Технологические и организационные преобразования могут стать причиной устарения профессиональных навыков того или иного работника и радикального снижения ценности, придаваемой ранее накопленному производственному опыту. Следует уделять больше внимания расширению доступа занятых в рамках рабочей

силы пожилых людей к возможностям получения знаний, образования и профессиональной подготовки. Эти лица нередко сталкиваются с более значительными трудностями в деле адаптации к технологическим и организационным изменениям по сравнению с более молодыми работниками, в частности при рассмотрении вопроса о все более широком использовании информационных технологий.

Таким образом, в реальном социуме существуют и взаимодействуют самые разнообразные взгляды на пожилых людей, их роль и место в обществе.

Роль и место пожилого человека в обществе, естественно, меняется со временем. Поэтому внимание к пожилому человеку сегодня — это и оказание ему заслуженной им помощи в гармонизации взаимодействия с социумом, и формирование позитивного отношения к тем, кто через несколько лет приобретет социальный статус пожилого человека.

Переход человека в группу пожилых существенно изменяет его взаимоотношения с обществом и такие важные понятия, как цель и смысл жизни людей. Активно занимаясь общественной деятельностью, пожилые люди делают свою жизнь более полноценной. Как показывает опыт, в последнее время они все больше проявляют себя в политической и социальной жизни, открыто заявляя о своих проблемах.

Тема 6. Образ жизни и здоровье людей пожилого и старческого возраста

Связь образа жизни с проблемами старения

Здоровье и продолжительность жизни пожилого человека во многом зависят от него самого, являясь результатом бережного отношения к своему здоровью и привычного здорового ежедневного образа жизнедеятельности. Наиболее реальный путь продления жизни человека — максимальное использование уже имеющегося наследственного потенциала. Главной и надежной гарантией обеспечения здоровья в периоде увядания могут быть только здоровые детство, юношество и зрелость.

Большую роль в нарушении здоровья и последующей беспомощности в старости играют болезни, приобретенные в среднем и даже молодом возрасте, недостаточно активно леченные, принявшие хронический характер. Старость можно избежать от страданий и огорчений при условии, что человек вступит в этот период жизни как можно в лучшем состоянии здоровья, сохранит гигиенические навыки, приобретенные в молодом возрасте. Так, снижение заболеваемости по таким факторам риска, как болезни сердечно-сосудистой системы, особенно атеросклероз, а также сахарный диабет, инсульт, опухолевые заболевания и другие, может увеличить среднюю продолжительность жизни на 8–10 лет. А нерациональный образ жизни и вредные привычки (например, курение) способствуют, прежде всего, развитию атеросклероза и его осложнений, ишемической болезни сердца и мозга, хронического бронхита и других заболеваний, значительно ускоряют процесс старения. Так, показатели продолжительности и качества жизни жителей Швеции и Швейцарии считаются лучшими в мире. В то же время граждане стран Центрально-Восточной Европы живут на 10–20 лет меньше. У последних по всем основным причинам смертности, и в особенности от сердечно-сосудистых заболеваний, в группе взрослого населения средние показатели хуже, чем в Западной Европе. Международные эксперты считают, что в основе этих различий лежат такие факторы, как курение, высокое содержание соли и жиров в питании, недостаток витаминов, злоупотребление алкоголем и малоподвижность.

В настоящее время доказано влияние жилищных условий, материальных доходов, образования и других социальных условий и факторов на здоровье населения. Здоровье и болезни опосредованы через социальные условия и социальные факторы: труд, быт, питание, жилище, отдых, образование, воспитание, культурные потребности и т. п. Первостепенное значение в формировании здоровья имеют *факторы риска*.

Данные о заболеваемости населения показывают, что первое место среди факторов риска занимает образ жизни, более того, от него здоровье непосредственно зависит. Доля факторов образа жизни превышает половину всех воздействий (70 %). Примерно по 20 % занимают наследственные факторы и загрязнение окружающей среды и примерно 10 % приходится на работу органов и учреждений здравоохранения. Так, например, на первом месте среди основных причин заболеваемости раком, по данным английских исследователей, стоит неправильное питание. С ним связано

35 % всех злокачественных новообразований; второе место занимает курение — 30 %.

Как известно, образ жизни тесно связан с поведением человека. Образ жизни — определенный вид, тип жизнедеятельности людей, обусловленный, в конечном счете, объективными процессами развития общества. С образом жизни связывают и понятия «уклад жизни», «уровень жизни», «качество жизни», «стиль жизни». Под укладом жизни обычно понимают порядок, регламент общественной жизни, труда, быта, отдыха, в рамках которого проходит жизнедеятельность людей. Термин «стиль жизни», как правило, относят к индивидуальным особенностям поведения. Сюда причисляют и индивидуальные особенности образа мыслей.

У пожилых людей отмечается значительная стойкость стереотипа поведения, например, использование свободного времени, вредные привычки, обращаемость за медицинской помощью, выполнение врачебных назначений, самолечение и др. После выхода на пенсию большинство людей сохраняют свой прежний стереотип поведения. Несмотря на увеличение свободного времени и благоприятные условия для отдыха, активной деятельности, культурного досуга, лишь 1/5 пенсионеров рационально используют свободное время для сохранения своего здоровья. Остальные, как и до выхода на пенсию, нерационально, негигиенично, расточительно тратят это время. К сожалению, большинство пенсионеров относятся к группам риска, что обусловлено не только хроническими заболеваниями, но и неразумным отношением к своему здоровью, вредными привычками, низкой санитарной грамотностью, самолечением, пренебрежением врачебными назначениями и советами, перегруженностью домашним хозяйством, неразвитостью духовных интересов и потребностей.

Наиболее значимыми факторами риска преждевременного старения человека являются:

- ✓ повышенное содержание жира и избыточный вес;
- ✓ табакокурение;
- ✓ злоупотребление спиртными напитками;
- ✓ гиподинамия (недостаток двигательной активности);
- ✓ социально-психологическая неадекватность;
- ✓ стресс;
- ✓ дезинтеграция личности;
- ✓ социальное и экономическое ограничения;
- ✓ сужение круга общения.

Формирование социальных факторов замедления старения

Старость — это явление как психофизиологического, так и социального порядка. Пожилой человек, который выходит на пенсию, меняет свой социальный статус и социальную роль. Социальное функционирование обусловливается наличием семейных и дружеских связей, участием в жизни общества, отношениями с социальными организациями. Экономическое функционирование определяется достаточностью финансовых доходов (из любых источников) для удовлетворения нужд старого человека.

Плодотворный труд — очень важный социальный фактор здорового образа жизни пожилого человека.

Пожилому человеку показана профессиональная деятельность в сокращенном объеме и на должности, соответствующей его психофизическим возможностям. Для людей, любящих свою профессию, это будет наиболее желательная форма активности, так как она дает дополнительный доход, укрепляет чувство своей общественной значимости, упорядочивает всю жизнь. Некоторые отличия от прежней профессии заключаются в том, что пенсионер работает как бы в смежной области (например, учительница — в роли клубного работника или воспитателя в группе продленного дня, бухгалтер — в роли общественного контролера).

Не исключена работа для заработка, выполняемая не по своей, а по «резервной» профессии, дополнительно и заранее освоенной, — более легкая или более престижная. Такое решение проблемы выбирают обычно люди, которые свою профессиональную основную работу оценивали как слишком вредную и тяжелую для здоровья, либо малопrestiжную.

Иногда поиск работы по другой профессии продиктован внутренней потребностью или призванием сменить род деятельности — например, когда административный работник переходит на физическую работу, машинистка становится парикмахером.

Вполне приемлема активность типа «полуотдыха», то есть нечто среднее между работой и отдыхом, что позволяет заниматься своим любимым делом, получая от этого некоторую материальную выгоду, а также удовлетворение в культурном, семейном, социальном отношении. Наиболее распространенными видами такой активности являются бытовые услуги и ремонт, женское рукоделие

(изготовление свитеров, детской одежды, пошив белья), а также работа на приусадебном участке.

Пожилой человек охотно работает, если осознает, что его плодотворный труд положительно влияет на его психофизическую форму (внешний вид, поведение и т. д.). Он стремится к приобретению навыков активности, опыта в данном виде деятельности, к постоянному обновлению интересов. Пока продолжается подобная активная деятельность, продолжается и «молодость» в старости. Только постоянная и соизмеримая с силами работа поможет уберечься от скуки, разрушительно действующей как на тело, так и на духовную сферу человека.

Рациональный режим труда и отдыха — необходимый элемент здорового образа жизни. При правильном и строго соблюдаемом режиме вырабатывается четкий и необходимый ритм функционирования организма, что создает оптимальные условия для работы и отдыха и тем самым способствует укреплению здоровья, улучшению работоспособности и повышению производительности труда.

Отношения с семьей, друзьями и соседями. Идеал существования пожилых людей — это тесные социальные связи в отношениях с семьей, друзьями и соседями при достаточно высоком уровне независимости, то есть рациональное сочетание семейной заботы и личностной автономии.

Социальными факторами данного сектора, сдерживающими наступление старости, являются:

- 1) активная поддерживающая роль семьи;
- 2) широкий круг общения;
- 3) любимая деятельность, хобби.

Люди пожилого возраста не должны «выпадать» из жизни семьи, порывать связи с друзьями, соседями. Даже самая полная информация о мире, получаемая из газет, радио и телевидения, не заменит повседневных бытовых контактов. Ощущать вокруг себя пульс жизни, быть втянутым в нее — вот основной стимулятор для активности.

По мере старения роль семьи в жизни пожилого человека возрастает. Прекращение работы при достижении пенсионного возраста, часто наступающее в этот период ухудшение здоровья и усиливающее снижение мобильности, ограничивают интересы и виды деятельности пожилых людей, и все внимание переключается на семейные дела. Семейные контакты при этом заменяют другие утраченные контакты.

Ослабление здоровья, возрастающее с годами, физическое одряхление ставят пожилого человека все в большую зависимость от других членов семьи, он нуждается в их помощи и опеке. Находясь в семье, пожилые и старые люди могут надеяться на безопасность и независимость от трудностей, с которыми им приходится сталкиваться.

В то же время, выполняя посильную работу по дому, помогая остальным членам семьи в ведении домашнего хозяйства и в уходе за детьми, пожилой человек обретает чувство уверенности в своей полезности, что помогает ему в определенной мере адаптироваться к периоду старости. Внутрисемейная активность в виде присмотра и ухода за детьми и больными, а также домашняя работа присущи в основном женщинам. И хотя зачастую опекунские старания пожилых женщин превышают их силы, они предпринимают их добровольно, с убеждением, что это необходимо и дает им моральное удовлетворение.

Широкий круг общения пожилого человека может быть обеспечен его социальной активностью, с которой связано выполнение общественных обязанностей, — присяжного заседателя, общественного опекуна, судебного попечителя, члена домового комитета и т. п. Многие старые люди испытывают моральное удовлетворение от выполнения этих обязанностей. Исследования показали выраженную связь между чувством удовлетворения жизнью у этих людей и их активностью в роли общественника, которая для большинства из них имела престижное значение.

Образ жизни людей во многом определяется тем, как они проводят свободное время, какие возможности для этого создает общество.

Первоначальное ощущение опустошенности после выхода на пенсию довольно быстро преодолевается, если жизнь пожилого человека строится активно. Старость не должна быть процессом упадка. Искусство старения состоит в том, чтобы из каждой минуты жизни извлекать новые ценности. Активно занимаясь общественной деятельностью, пожилые люди делают свою жизнь более полноценной. В этом смысле полезно привлекать людей старшего поколения к работе различных обществ, к организации встреч, передач по радио и телевидению специально для пожилых людей, к работе с детьми и молодежью и т. д. Немаловажную роль в этом играют территориальные центры социального обслуживания населения (ТЦСОН), их отделения дневного пребывания. Одними из

многих задач этих отделений является поддержание активного образа жизни и предоставление культурных услуг гражданам, сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению, их медицинское и бытовое обслуживание.

Одной из главных целей отделений дневного пребывания ТЦСОН является возможность выгодно и приятно проводить свободное время, удовлетворение разнообразных потребностей, а также пробуждение новых интересов, установление дружеских контактов. Этому должна способствовать обстановка в отделении. Благодаря усилиям сотрудников пожилые люди ощущают благоприятный микроклимат и созданную для них обстановку. Они имеют содержательный досуг и возможность общения со сверстниками. Если посмотреть социальную инфраструктуру поселка или города, то учреждений, предоставляющих культурную программу с учетом особенностей лиц пожилого возраста, не так уж много. В лучшем случае это мероприятия, проводимые 1–2 раза в месяц в районной библиотеке, или участие в деятельности районного Дома культуры.

Территориальный центр социального обслуживания населения имеет то преимущество, что в нем легче создать обстановку, приближающуюся к условиям обычного дома, к которому старые люди привыкли. Поэтому сегодня отделения дневного пребывания могут предложить и предлагают социальные услуги, которые помогают пожилым людям найти себя, спастись от одиночества, заняться новым для себя делом, найти близких по духу людей.

Там, где в штате отделения имеются инструктора по трудовой терапии, общественно полезный труд становится приятным времяпрепровождением для пожилых клиентов отделений дневного пребывания. Можно привлекать к труду и подопечных для создания уюта и домашней обстановки в центре. Это оформление выставок, вязание и плетение сувениров, озеленение и т. д.

Как показывает практика, много интересного и полезного приносит пожилым людям участие в жизни территориальных центров, клубах общения, кружках по интересам. Для многих пожилых людей, желающих плодотворно проводить свое свободное время, это своеобразное «окно в мир». Клубы должны предлагать пожилым людям определенные услуги, помощь, советы, организовывать их отдых и развлечения. Для наиболее активных людей они должны быть местом полезной и нужной деятельности.

Людей пожилого возраста в незначительной степени интересует, как продлить удовлетворительное состояние своего здоровья. Они вни-

мательно прислушиваются к советам компетентных лиц и выполняют их рекомендации, охотно делятся своим опытом. Поэтому популярными являются клубы с такими названиями, как «Помоги себе сам», «Медицина для всех», «Здоровье», «Активное долголетие» и т. п. Эти клубы могут быть организованы в виде лекториев с приглашением специалистов из местной поликлиники или больницы. Темы, предложенные врачами, могут обсуждаться членами клуба. Если число участников не ограничивается, то это клуб открытого типа. Может сформироваться актив клуба из наиболее увлеченных данной проблемой людей или бывших врачей и медсестер. Для более эффективной работы составляются планы проведения занятий или имеются программы, соответственно спланированные и приспособленные к потребностям пожилых людей. Практика показывает разнообразие форм и содержания проводимых занятий. Например, совместное заваривание фиточая, прогулки на лыжах, сбор лекарственных трав и т.д., оздоровительные экскурсии под девизом «поездки за здоровьем». Необходима также популяризация совместных пеших прогулок, пикников, лечебной и профилактической гимнастики.

Следующее направление — культурная и художественная деятельность. Ничто так не сближает людей, как хоровое пение. Поэтому так распространены клубы любителей песни, хоры пожилых людей. Немаловажную роль здесь играет руководитель, его влюбленность в песню, которой он зажигает остальных членов клуба. Обычно клубы любителей песни не столь многочисленны. Как правило, в них входит 10–15 постоянных членов. Занятия проходят 1–2 раза в неделю. Они объединяют в коллектив людей, благожелательных и заинтересованных друг в друге, противодействуют чувству пустоты и одиночества.

Можно организовать клуб «Любители кино», а его занятия проводить в местном кинотеатре. Перед каждым показом фильма проводятся интересные беседы и встречи с интересными людьми. Пожилые люди, интересующиеся художественной литературой и поэзией, могут посещать клуб «Книголюб». Реализация потенциала через ручные виды работ, ремесел — задача многочисленных кружков вязания, шитья, вышивания, клубов «Рукодельница», «Мастерская доброты», «Хозяюшка», «Бабушкин клубок». Деятельность таких клубов сопровождается курсами, выставками работ, распродажами. В этих клубах идет обмен полезными советами по приготовлению различных кулинарных блюд. Возможность

посидеть за чашкой чая, вместе пообедать положительно влияет на микроклимат в любительском объединении, даже если еда принесена из дома. Как показала практика, нет радостней события в клубе, чем совместное проведение дней рождения, юбилеев, праздников.

Большой интерес представляют клубы общения. Они могут иметь разные названия, например, «Беседушка», «Мои года — мое богатство», «Сударушка», «Серебряная нить», «Ностальгия», «За круглым столом» и многие другие. Но цель у них одна: заполнить небогатую событиями жизнь пожилых людей, создать обстановку востребованности их в обществе, найти заинтересованных собеседников и слушателей. В клубах общения делятся жизненным опытом, происходит взаимное консультирование членов клуба, поскольку каждый из них, как правило, является специалистом в какой-либо отрасли. Например, опытная портниха-пенсионерка дает советы, касающиеся стиля одежды.

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. Прежде всего, во многих странах значительная часть населения является верующей. На закате жизни у пожилых людей все чаще встает вопрос: что же будет дальше, после смерти? Для многих пожилых людей религия выступает своеобразной основой устойчивого состояния. Следует также иметь в виду, что на территории Республики Беларусь проживают люди многих национальностей. И это необходимо учитывать в работе с пожилыми людьми.

Здоровый старый человек должен развивать в соответствии со своими интересами, привязанностями и потребностями различные формы активности: культурной, профессиональной, общественной, художественной, спортивной. Окружение должно оказать ему в этом помощь, не создавать барьеров между ним и собой. Старость ни в коем случае не должна быть пассивной, она должна стать дальнейшим этапом реализации стремлений человека, удовлетворения его потребности быть значимым, самостоятельным. В крупнейших странах мира классический образец пенсионера-медлительного старика, коротающего остаток жизни в кресле-качалке, стремительно устаревает. Социологическое исследование, проведенное в десяти государствах, показало, что более молодые поколения совершенно не намерены стареть так же,

как старели их отцы и матери, бабушки и дедушки. Те, которые сейчас активно работают, надеются на то, что и через двадцать, тридцать или сорок лет их «заслуженный отдых» будет не так уж сильно отличаться от нынешнего стиля жизни.

Повышенное содержание жира и избыточный вес (масса тела) — очень опасные факторы риска. Потребление продуктов питания в ряде европейских стран характеризуется одновременно и излеществом, и недостаточностью. В частности, по всей Центральной Европе отмечается очень высокий рост доли энергетической ценности, получаемой из жиров, мяса, птицы и яиц на душу населения на фоне снижения потребления зерновой продукции, овощей и картофеля. За последние 50 лет потребление жиров в этих странах возросло почти вдвое; эта же тенденция наблюдается в отношении продуктов с высоким содержанием соли. Общее количество жиров составляет 40–45 % всех получаемых калорий, причем 70–80 % этих калорий приходится на насыщенные жиры, то есть на основной фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, связанный с питанием. Общее содержание холестерина у населения региона в среднем превышает рекомендуемый верхний предел; при этом во многих странах более 20 % населения страдают гипертонической болезнью, а ожирение среди женщин среднего возраста достигает почти 40 %.

Так, по данным некоторых американских исследователей, при избытке веса в 10 % смертность по сравнению со средней повышается на 8 %; при избыточном весе в 50 % — на 56 %, а при 80 % лишнего веса — на 116 %. Но влияют на темпы старения не непосредственно лишние килограммы, а идущие с ними нарушения обмена веществ и болезни — избыточный холестерин, повышенное артериальное давление, сахарный диабет. Инфаркты и инсульты — следствия заболеваний сосудов — по-прежнему уверенно удерживают пальму первенства среди причин смерти людей во всем мире. У абсолютного большинства населения лишний вес — это следствие нарушений в питании.

Имеющиеся данные свидетельствуют о низких уровнях витамина А (ретинола) и витамина Е (токоферола) в плазме крови населения тех стран, где наблюдается высокая смертность от ишемической болезни сердца.

Табакoкyрение традиционно рассматривается как вредная привычка. Однако ученые до сих пор не сошлись в едином мнении относительно того, считать табакoкyрение *зависимостью* или *вред-*

ной привычкой. Дело в том, что для избавления от вредной привычки достаточно осознания своего поведения. Избавиться же от табакокурения путем осознания и контроля своего поведения практически невозможно. В основе пагубного пристрастия лежат более глубокие личностные, ситуативные и активностные причины. Поэтому табакокурение нужно считать *зависимостью*, которая характеризует человека как стремящегося искусственным путем изменить свое психическое состояние. Склонные к зависимости люди приобщаются к табакокурению, так как считают его наиболее безопасным для своего здоровья в сравнении с алкоголизмом и наркоманией. Отсюда такая масштабная приверженность к этому пагубному пристрастию. В отличие от многих вредных привычек табакокурение происходит неосознанно, а часто просто машинально: рука сама тянется к пачке, пальцы сами вытаскивают сигарету и подносят ее ко рту, и так далее до последней затяжки.

Табакокурение программируется в сознании людей с детства. После сформированной запрограммированности начинается употребление. И хотя табакокурение вызывает массу негативных явлений (физиологических, социальных, экономических), благодаря воздействию запрограммированности, включающей в себя искаженные факторы морально-этического и социального плана, через которые осуществляется выражение личности (взрослость, мужество, подражание героям), все преодолевается и происходит привыкание. Употребление вырабатывает привычку, а привычка побуждает к употреблению.

В дальнейшем человек от табакокурения начинает получать удовольствие, в его сознании складывается представление, что без него жизнь неполноценна и даже невозможна, и человек уже не мыслит своей жизни без курения. Именно поэтому курильщикам трудно отказаться от этой вредной привычки. Некоторые авторы называют табакокурение бытовой токсикоманией, причем одной из наиболее упорных и трудно поддающихся лечению, определяемой возникшим болезненным пристрастием к никотину.

Особую опасность для здоровья представляет невольное, то есть пассивное курение, — вдыхание некурящим чужого табачного дыма. Пассивное курение предполагает вдыхание канцерогенов (веществ, способных вызывать раковые заболевания) и других токсичных компонентов, присутствующих в табачном дыме. Все чаще отмечается, что пассивное курение негативно сказывается на трудовой активности и благополучии людей. В США случаи болезни

сердца, вызванные пассивным курением и повлекшие летальный исход, превосходят по количеству заболевания раком легких, вызванные той же причиной и с таким же исходом, в 15 раз.

Курение является доказанным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, а также значимым фактором, изменяющим эффективность и безопасность лекарственной терапии, проводимой кардиологическим пациентам. Химические соединения, содержащиеся в дыме, вдыхаемом курящими и некурящими, раздражают сердечную мышцу, мешают кровеносным сосудам регулировать кровяное давление и кровяной поток, способствуют закупорке сосудов, что может привести к сердечным приступам, сгущению крови.

Курение также связано с потерей зрения в старости и с возникновением рака легких. Риск потерять зрение у курильщиков в два раза выше, чем у некурящих. У многих курильщиков в старости развивается старческая дегенерация сетчатки, которая поражает центральную часть сетчатки и является основной причиной развития слепоты у людей, находящихся в возрасте старше 50 лет.

У курильщиков со стажем отмечается ряд личностных особенностей, которые можно расценить как изменения личности, связанные с курением. Исследования, направленные на установление различий в поведении курящих и некурящих людей, показывают наличие у курящих таких черт характера, как нервозность, импульсивность, частая смена настроения, антиобщественное поведение, нарушение внимания.

Злоупотребление спиртными напитками – важный фактор риска и высокой частоты хронических заболеваний и преждевременной смертности. На счет заболеваемости и смертности, связанных с употреблением алкоголя, можно отнести около 25 % разницы в продолжительности жизни населения стран Восточной и Западной Европы.

К последствиям алкоголизма следует отнести и ухудшение показателей здоровья лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, и как следствие этого – ухудшение общих показателей здоровья населения. Алкоголизм и связанные с ним болезни как причина смерти уступают лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и раку. Установлено, что алкоголизм действует разрушающе на все системы и органы человека. В результате частого потребления алкоголя развивается нарушение деятельности центральной и перифериче-

ской нервной системы (психозы, невриты и т. п.) и функций внутренних органов. Алкоголизм — одна из частых причин заболевания печени (алкогольного цирроза печени), поджелудочной железы (панкреатита, сахарного диабета). При постоянном потреблении алкоголя уже через 4 года у пьющих обнаруживается уменьшение массы мозга в 85 % случаев. *После употребления алкоголя мозг и организм человека восстанавливаются до нормы только спустя две-три недели.*

Наряду с изменениями, затрагивающими здоровье пьющего, злоупотребление спиртными напитками всегда сопровождается и социальными последствиями, приносящими вред как окружающим больного алкоголизмом, так и обществу в целом. Алкоголизм, как ни одно другое заболевание, обуславливает целый комплекс отрицательных социальных последствий, которые выходят далеко за рамки здравоохранения и касаются в той или иной степени всех сторон жизни современного общества.

Гиподинамия (недостаток двигательной активности) особенно губительна в пожилом и старческом возрасте. С годами человек, как правило, начинает двигаться меньше, а это, в свою очередь, снижает его потребность в движении, что ухудшает обменные процессы во всем организме и способствует старению. Отсутствие мышечной деятельности (например, постельный режим) более вредно для пожилых, чем для молодых людей. Даже после кратковременной гипокинезии у пожилых людей понижаются сопротивляемость организма, основной обмен, устойчивость к факторам стресса, ухудшается функционирование сердечно-сосудистой системы и системы дыхания, центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата, нарушается координация движений и т. д.

Социально-психологическая неадекватность — это вариант психологической реакции, рассматриваемой как субъективная оценка создавшейся жизненной ситуации. На психическое здоровье в первую очередь воздействуют система отношений человека к себе, другим людям, жизни в целом; его жизненные цели и ценности, личностные особенности.

Известно, что с возрастом происходит изменение эмоциональной сферы человека: отрицательные эмоции начинают преобладать над положительными. Ученые связывают это явление с замедлением биохимических процессов в нервной системе человека. Депрессия, подавленность, апатия, скука, недостаток умственной

деятельности, однообразие жизни создают условия для деградации мозга, что, в свою очередь, через тонкие механизмы регуляции нейроэндокринной системы влияет на весь организм, разрушая его и приближая старость.

Характеристика неадекватной социально-психологической реакции пожилого человека

В сфере психических процессов чаще всего упоминаются неадекватное восприятие самого себя, своего «Я», нелогичность, снижение когнитивной активности, хаотичность (неорганизованность) мышления, категоричность (стереотипность мышления), повышенная внушаемость, некритичность мышления. К психическим состояниям обычно относят: чувственную тупость, беспричинную злость, враждебность, ослабление как высших, так и низших инстинктивных чувств, повышенную тревожность.

В основе нездорового поведения нередко лежит феномен «нереалистичного оптимизма», неоправданного, ничем не обоснованного. Его формированию способствуют определенные психологические факторы: отсутствие личного опыта болезни, вера в то, что если проблема (заболевание) еще не появилась, то она и не появится в будущем, вера в то, что если проблема со здоровьем и появится, то с ней можно будет справиться, предприняв соответствующие действия.

Довольно типичной является ситуация, когда пожилые люди,отягощенные болезнями, остро их ощущая, тем не менее не принимают действенных мер, не проявляют должной активности, направленной на их устранение.

К старости психика человека изменяется по разным непростым причинам, которые зависят от многих факторов. Помимо изменений непосредственно мозга (уменьшение числа клеток, ухудшение кровоснабжения из-за склероза) сильное влияние на психику стареющего человека обычно оказывает негативное общественное мнение о жизни в старости. Это приводит к тому, что человек начинает с огорчением встречать приближающуюся очередную годовщину со дня своего рождения, стыдиться танцев и занятий спортом, отказывается от участия «не в своих» по возрасту сферах жизни, где мог бы еще продолжить успешную деятельность. Таким образом, сам человек, ограничивая поле своей деятельности, ускоряет наступление физической и умственной немощи, слабосилия. Чем глубже проникают в душу человека парализующие ощущения то-

ски и страха, тем тяжелее встретит он старость, тем короче будет его жизнь. А люди, плохо приспособленные к жизни, чаще всего и сами несчастливы, и другим доставляют немало хлопот своими постоянными претензиями, конфликтами, подозрениями, болезненными страхами, пессимизмом и т. п.

Душевное здоровье стареющего человека определяется его вовлеченностью в общение. Сужение социальных связей связано с прекращением обязательной профессиональной деятельности, с постепенным «вымыванием» возрастной когорты сверстников, с нарастающей усталостью от интенсивных социальных контактов.

После 60 лет постепенно приходит осознание социального отчуждения стариков от последующих поколений, которое переживается болезненно, особенно в обществах, где нет необходимости социальной поддержки старости.

У людей преклонного возраста постепенно перестраивается мотивационная сфера: ведущими потребностями становятся телесные потребности, потребность в безопасности и надежности.

Как правило, старики не строят долгосрочных планов, что связано с общим изменением временной жизненной перспективы. Психологическое время меняется в старости, и все большее значение теперь имеют жизнь в настоящем и воспоминания о прошлом, чем будущее.

Постепенное ослабление контролирующей и тормозной функций коры головного мозга влечет за собой проявление некоторых черт характера и темперамента, которые в молодости в какой-то мере контролировались, а к старости стали более заметными, с большей силой обострили все недостатки характера. Принципиальная жизненная позиция человека, как правило, не меняется, но становится все более очевидной, более выраженной.

Стресс — слово, заимствованное из английского языка и означающее напряжение. Само понятие взято из области материаловедения, где оно обозначает давление, с которым воздействуют на материал при его испытании. Таким образом, стресс — это комплекс эмоциональных состояний, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия.

Установлено, что преждевременное старение может быть результатом нервного и эмоционального перенапряжения и истощения приспособительных возможностей психической сферы пожилого человека. Также установлено, что длительные стрессовые состояния ведут к органическим изменениям функций органов на

физиологическом и биохимическом уровнях. Стресс и эмоциональная напряженность существенно снижают сопротивляемость организма — в этом смысле психологически обусловленным можно считать любое заболевание.

Психоэмоциональные стрессы провоцируют развитие артериальной гипертонии, атеросклероза, ишемической болезни сердца и других заболеваний, которые также ускоряют процессы старения. Среди влияний, укорачивающих жизнь, преимущественное место занимают печаль, уныние, тоска, малодушие, зависть, ненависть и страх.

Пожилой возраст — это время значительных перемен: возможный выход на пенсию, ухудшение здоровья, смерть родных и друзей, финансовая нестабильность и др. Все это провоцирует возникновение стресса. По теории Селье, стресс — это состояние, возникающее под влиянием любых сильных воздействий и сопровождающееся *мобилизацией защитных систем организма*. Причем мобилизация защитных сил происходит только на первой стадии стресса, после которой следует *стадия резистентности* — приспособления к трудной ситуации, а затем наступает *стадия истощения*. На стадии истощения чаще всего и формируются депрессивные расстройства, психосоматические заболевания, происходит снижение активности иммунной и репродуктивной системы.

Своеобразие ответной реакции на стрессовое воздействие зависит как от особенностей этого воздействия, так и от психологических характеристик человека, находящегося в ситуации стресса. Стадия истощения наступает раньше и более выражена у лиц с низкой стрессоустойчивостью (например, с тревожно-мнительными чертами характера, склонностью к фиксации внимания на негативных стимулах); при отсутствии (или недостаточности) эмоциональной поддержки, получаемой человеком через систему межличностных отношений, социальной поддержки, которые играют роль буфера при стрессовых воздействиях; при значительной интенсивности стрессового воздействия. Значимость стрессовой ситуации для пожилого человека индивидуальна, но стрессы, связанные с невосполнимой утратой (смерть близкого человека, развод, утрата жилья, потеря работы), являются особенно значимыми практически для каждого.

Вместе с тем и незначительные стрессовые воздействия могут оказывать негативное влияние и приводить к развитию депрессивных расстройств, если эти воздействия носят длительный, хрониче-

ский характер. Снижение устойчивости к стрессовым воздействиям выявляется практически у всех пожилых людей с психосоматическими заболеваниями, то есть заболеваниями, в развитии которых определенную роль играют психологические факторы (например, гипертоническая болезнь, синдром раздраженного кишечника, дискинезии, язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма). Однако и у большинства пожилых больных с другими хроническими заболеваниями отмечается снижение стрессоустойчивости.

Пожилые люди, которые находятся в состоянии хронического стресса, испытывают повышение утомляемости, раздражительность, беспокойство, напряженность, различные нарушения сна, эмоциональную лабильность, потливость, боли неопределенного характера в различных частях тела, снижение настроения и активности. Состояние стресса и развитие депрессивных расстройств могут препятствовать эффективному лечению основного заболевания, увеличивать число посещений лечащего врача и длительность нетрудоспособности.

Дезинтеграция личности — это аномалии в развитии личности, которые проявляются ее дисгармонией, утратой равновесия в своем внутреннем мире, и как следствие — потерей согласованности с социальным окружением, то есть нарушением процессов социальной адаптации. В целом дезинтегрированной личности присущи утрата интереса, любви к близким людям, пассивная жизненная позиция.

Среди свойств дезинтегрированной личности пожилого человека можно отметить следующие: зависимость от вредных привычек, уход от ответственности за себя, утрата веры в себя, свои возможности, пассивность (духовное нездоровье). В плане самоуправления она отличается неадекватностью самооценки, ослабленным (вплоть до утраты) или, напротив, неоправданно гипертрофированным самоконтролем, ослаблением воли. Ее социальное неблагополучие проявляется в неадекватном восприятии (отражении) окружающего мира, дезадаптивном поведении, конфликтности, враждебности, эгоцентризме (выливающимся в жестокость и бессердечность), вещизме и др.

Старость требует всех сил личности, чтобы приспособиться к окружающей обстановке. Человеку преклонного возраста нередко трудно привыкнуть к новому социальному статусу. Личность человека по мере старения изменяется, но само старение протекает по-разному, в зависимости от ряда факторов как биологических

(конституциональный тип личности, темперамент, состояние физического здоровья), так и социально-психологических (образ жизни, семейно-бытовое положение, наличие духовных интересов, творческой активности). Старение личности может проявляться в наличии внутреннего конфликта между потребностями личности и ограниченными в силу физического и психического старения возможностями их удовлетворения. Это противоречие приводит к фрустрации и разным формам социально-психологической дезадаптации личности.

Влияние социальных и психологических факторов на процесс старения личности заключается в обрыве привычных социальных и психологических связей и отношений пожилого человека, что приводит к социальной дезадаптации, неблагоприятно воздействующей на личность. Этот эффект усиливается в большинстве случаев в ситуации физического и психологического одиночества, столь частых в позднем возрасте.

Социальное и экономическое ограничения — это два разных подхода, которым уделяют особое внимание. Переход на пенсию часто воспринимается как некоторая социальная деградация, снижение престижа пожилого человека в кругу товарищей по работе, среди знакомых и в семье. Расставание с профессией и занимаемой должностью, сокращение сферы деятельности называют *социальным старением*, а связанное с этим уменьшение доходов и финансовых возможностей — *экономическим старением*. Сокращение сферы деятельности в связи с возрастом и одновременно уменьшение доходов обычно (хотя и не всегда) идет в ногу с биологическим старением и общим ухудшением состояния здоровья.

Сужение круга общения — комплекс психологических, ценностных, мотивационных изменений пожилого человека, которые обусловлены выходом на пенсию, то есть прекращением активной профессиональной деятельности, а также развивающейся физической слабостью. Все это в конечном итоге приводит к возникновению нового жизненного ритма, ограниченного суженным кругом общения.

Выход на пенсию как психологическая проблема. Изменение социального статуса и внутренней позиции человека по отношению к своей жизни при выходе на пенсию — главное содержание этого кризиса. В нем есть негативные и позитивные моменты.

К негативным моментам относятся изменение образа жизни, потеря множества социальных связей, ухудшение здоровья, сни-

жение социальных и личностных притязаний, изменение психологического функционирования и др. Факт выхода на пенсию является для человека психической травмой прежде всего потому, что падает его социальная значимость, страдают его престиж, его самооценка и самоуважение. Чаще всего так случается с людьми, которые не принимали мысль о возможно скором выходе на пенсию, не прогнозировали такое развитие событий.

К позитивным, созидательным моментам относится то, что пожилой человек все же оказывается готов к изменению образа жизни и внутренней позиции по отношению к жизни. Выход на пенсию лишь формально узаконивает эти изменения, делает их неизбежными.

Разумное планирование жизни на будущее — залог того, что возможный психологический кризис, связанный с выходом на пенсию, окажется не столь болезненным, а может даже стать отправной точкой для нового витка развития личности.

В сохранении здоровья в пожилом возрасте и достижении долголетия очень важен здоровый образ жизни, основанный на принципах нравственности, рационально организованный, активный, трудовой, закаливающий и в то же время защищающий от неблагоприятных воздействий окружающей среды, позволяющий до глубокой старости сохранять физическое, психическое и социальное (нравственное) здоровье.

К числу основных факторов здорового образа жизни, влияющих на здоровье, относятся: рациональное питание, искоренение курения как вредной привычки, преодоление пьянства и алкоголизма, здоровый крепкий сон, половая жизнь, послеобеденный отдых, оптимальный двигательный режим, закаливание, соблюдение правил гигиены и санитарии и т. п.

Правильный образ жизни не требует дополнительных затрат времени. Наоборот, он позволяет значительно увеличить количество свободного времени, повысить качество жизни, значительно улучшить физическое, психологическое состояние и в конечном итоге прожить более долгую и более счастливую жизнь. Хорошее физическое и связанное с ним психическое состояние позволяет избежать многих ошибок в жизни, проще решаются проблемы, легче устанавливается контакт с людьми.

Оптимальный двигательный режим — следующее важнейшее условие здорового образа жизни пожилого человека. Физическая активность должна быть не быстрой, но продолжи-

тельной, по возможности регулярной (лучше ежедневной) и приятной. Это достойная альтернатива безвольному смирению перед старостью.

Умеренность двигательной активности диктуется ограничением компенсаторных и приспособительных возможностей в старости. Поэтому каждому пожилому человеку необходимо избрать некий собственный оптимальный для него режим. Для профилактики преждевременного старения обычно рекомендуются утренняя гигиеническая гимнастика, дозированная ходьба (прогулки), работа на даче, занятия танцами, туризм, рыбная ловля и т. п. Пожилым людям, желающим систематически заниматься соответствующими для своего возраста подвижными играми, можно предложить бадминтон или волейбол.

Полезно ходить по лестнице, не пользуясь лифтом. По утверждению американских врачей, каждая ступенька дарит человеку 4 секунды жизни. 70 ступенек сжигают 28 калорий. Ходить и бегать лучше в специальной обуви, либо по мягкой земле, так как при ходьбе по жесткой поверхности (а тем более при беге) позвоночник пожилого человека испытывает нежелательные ему постоянные удары.

Выполнение физических упражнений — важный фактор для укрепления здоровья и поддержания хорошей физической формы. Количество и тип упражнений зависят от физического состояния организма. Если работа не требует физической нагрузки, то их лучше выполнять во второй половине дня с 15 до 17 часов.

При занятиях следует соблюдать определенные правила. Занимаясь физическими упражнениями, необходимо следить за состоянием здоровья — это нужно для того, чтобы не причинить вреда. Так, при нарушениях со стороны сердечно-сосудистой системы упражнения, требующие существенного напряжения, могут привести к ухудшению деятельности сердца. При заболевании органов дыхания рекомендуют лишь общеразвивающую гимнастику. Нельзя делать физические упражнения при выраженном сердцебиении, головокружении, головной боли и др. Не следует заниматься сразу после болезни. Нужно выдержать определенный период, чтобы функции организма восстановились, и только тогда физкультура принесет пользу.

Утренняя гимнастика позволяет ускорить переход организма от сна к бодрствованию, к предстоящей работе, чем способствует общему оздоровительному воздействию.

Гимнастические упражнения должны выполняться в хорошо проветриваемой комнате, при открытом окне или форточке, а при возможности и на открытом воздухе. Зарядку следует сочетать с воздушной ванной. Утренние физические упражнения должны быть направлены на растяжение связок, увеличение гибкости и повышение эластичности мышц. Это выполнение наклонов, поворотов, махов и растяжек. Желательно несколько минут повисеть на перекладине, что растягивает межпозвоночные диски и способствует сохранению гибкости позвоночника. Можно выполнить небольшую пробежку. Силовые упражнения и упражнения с отягощениями не рекомендуются. После окончания гимнастики полезно обтирание или обливание тела прохладной водой.

Закаливание — мощное оздоровительное и омолаживающее средство. Оно позволяет избежать многих болезней, продлить жизнь на долгие годы, сохранить высокую работоспособность. Закаливание оказывает общеукрепляющее действие на организм, повышает тонус нервной системы, улучшает кровообращение, нормализует обмен веществ. Польза закаливания доказана громадным практическим опытом и опирается на солидное научное обоснование.

Сегодня большинство пожилых людей, к сожалению, почти ничего не делают для своего закаливания. Более того, многие из опасения простудиться занимаются пассивной защитой от простуды: укутываются, закрывают форточки и т. д. Такая «забота» о собственном здоровье не создает условий для хорошей адаптации к меняющейся температуре среды. Напротив, она содействует ослаблению здоровья, что приводит к возникновению простудных заболеваний.

Широко известны различные способы закаливания — от воздушных ванн до обливания холодной водой. Действенным закаливающим средством может и должен быть до и после занятий физическими упражнениями контрастный душ. Ходьба босиком (босохождение) — также хорошее закаливающее средство. Зимнее плавание — высшая форма закаливания. Чтобы ее достичь, человек должен пройти все ступени закаливания.

Эффективность закаливания возрастает при использовании специальных температурных воздействий и процедур. Основные принципы их правильного применения: систематичность и последовательность; учет индивидуальных особенностей, состояния здоровья и эмоциональные реакции на процедуру.

Босохождение возвращает ноги к естественным природным условиям, тренирует стопу, закаляет ее, делает более выносливой. Дозированная ходьба босиком по различным поверхностям (горячей и холодной поверхности: искусственному льду, стерне, песку, камням, траве) в ряде случаев используется как средство лечения сердечно-сосудистых, нервных и даже психических заболеваний. Хожение босиком предупреждает и лечит различные деформации ступни, которыми нередко страдают пожилые люди (подвывихи больших пальцев, плоскостопие). Дело в том, что подошва является наиболее мощной рефлексогенной зоной человеческого тела. На одном ее квадратном сантиметре сосредоточено больше механо- и терморепцепторов, чем на любом другом участке кожи. При хождении босиком активность этих рецепторов повышается, «пробуждаются» расположенные на ступне биологически активные точки, которые стимулируют работу разных внутренних органов и систем организма. Ношение обуви понижает активность этих точек, поэтому даже случайное кратковременное охлаждение ног может вызвать простуду. Доказано, что между этими активными точками на стопе и слизистой оболочкой верхних дыхательных путей существует тесная рефлекторная связь.

Вначале пробуют босохождение в комнате по ковру, половичку или деревянному полу. После привыкания к этой процедуре следует перейти на более холодные и неровные поверхности – камень, песок, гальку, щебенку. С наступлением теплых дней рекомендуется выходить босиком на улицу, независимо от погоды (лучше всего делать это на даче). Продолжительность таких прогулок постепенно увеличивают, начав с 15–30 минут. Хожение босиком можно совмещать с ежедневными холодными и горячими ножными ваннами: контрастная температура воды усиливает закаливающий эффект босохождения. Хожение по грунту можно организовать в доме в условиях городской квартиры. Для этого нужно взять несколько деревянных ящиков, заполнить один из них песком, другой — камнями, третий — щебенкой и топтаться в них поочередно в течение 15–20 минут ежедневно.

Соблюдение правил гигиены и санитарии — неотъемлемый элемент здорового образа жизни пожилого человека (см. подробнее тему 8 «Основы герогигиены»).

Важнейшим условием здорового образа жизни пожилого человека является *искоренение курения как вредной привычки*. Многие пожилые люди считают, что нет смысла бросать табакокуре-

ние, так как вред здоровью уже причинен. Бесспорно, некоторые необратимые изменения в организме уже произошли, но отказ от курения в любом возрасте улучшает общее состояние и тем самым приносит пользу здоровью.

Следующая непростая задача — *преодоление пьянства и алкоголизма*. Для этого необходимо снижение индивидуальной нормы потребления алкоголя. Некоторым пожилым людям стоит и вовсе отказаться от него.

Здоровый крепкий сон. Нельзя ужинать незадолго до сна. Лучше поесть за 4 часа до него. Перед сном можно выпить стакан кефира или молока или же съесть яблоко. Не рекомендуется вечером есть груши, сладости (особенно содержащие шоколад). Температура воздуха в комнате не должна превышать 20–22°C. Воздух в комнате должен быть чистым, комната — хорошо проветренной. Лучше всего спать с открытой форточкой или окном (особенно летом). Самым важным для достаточно мобильных пожилых и старых людей является недлительная (30–60 минут) прогулка перед сном. Она вызывает чувство легкого утомления, способствует хорошей вентиляции легких, а значит, устраняет гипоксию, помогает наступлению физиологического сна. Ложиться спать лучше в 21–22 часа. Примерно в это время все люди чувствуют небольшую сонливость — это состояние продолжается 10–20 минут и его необходимо не пропустить и использовать для засыпания. Оптимальное время для сна с 21 часа до 6 часов утра.

Постель (желательно) должна быть жесткой (можно с деревянным щитом под матрацем). Мягкая, продавленная сетка заставляет позвоночник сгибаться, что при наличии обычного для пожилых людей остеохондроза вызывает боль. Одеяло должно быть достаточно теплым, но легким. Нежелательны одеяла из синтетических материалов. Спать нужно в удобном и привычном положении. Обычно человек перед засыпанием меняет несколько положений. Положение на правом боку более предпочтительно, чем на левом. При этом меньше нагрузка на сердце, а толстый кишечник и желудок работают лучше. Подушка небольшого размера должна быть под головой, но не под плечами. Просыпаться необходимо всегда в одно и то же время. Лучшее время пробуждения около 6 часов утра.

Половая жизнь. Шотландские психологи, проводившие социологические опросы среди жителей Европы и США, пришли к выводу, что люди, ведущие активную половую жизнь, выглядят моложе своих лет и чувствуют себя лучше своих более пассивных

сверстников. Ученые связывают это с уменьшением количества жира в организме и усиленной выработкой в мозгу эндорфинов — веществ, которые создают хорошее настроение, дают ощущение раскованности, свободы, обеспечивают бодрость тела и стимулируют желание жить. Американские ученые подтверждают, что люди, занимающиеся сексом не менее трех раз в неделю, выглядят более чем на 10 лет моложе людей, которые занимаются сексом не чаще двух–трех раз в месяц. Повышение уровня культуры в вопросах интимной жизни, по утверждениям ученых, будет способствовать замедлению старения общества в целом.

Послеобеденный отдых (промежуток времени с 12.30 до 14.30, когда есть возможность немного вздремнуть) очень полезен, особенно летом. В ряде стран он закреплён законодательно.

В комплекс профилактических мероприятий, замедляющих скорость старения, наряду с мероприятиями здорового образа жизни включаются также медикаментозные воздействия.

К средствам профилактики преждевременного старения относятся многие *гериатрические препараты*. Замедление процесса старения с помощью медикаментозных средств позволяет сдвинуть пик всех болезней на более поздний период. У старых людей существует дефицит витаминов и незаменимых минеральных веществ, что также способствует проявлению преждевременного старения. Широко применяются препараты, стимулирующие адаптивные процессы, а также антиоксиданты, то есть вещества, препятствующие вероятному разрушительному действию высокоактивных химических групп — свободных радикалов, которые накапливаются с возрастом в тканях организма.

В арсенал методов воздействия на темпы старения и продолжительность жизни входят *современные разработки способов биостимуляции и иммуностимуляции*. В их числе разнообразные внешние воздействия малой силы (гальваноэлектромассаж и гомеопатические препараты); специальные биоактивационные комплексы физических упражнений; методы очистки организма (и воды). Предложен ряд методов стимуляции иммунитета, в числе которых и препараты тимуса — новейшие иммунокорректоры. Особо выделяется комплекс психофизических упражнений и средств, разработанные психофармакологией, улучшающие память и интеллект.

Определенным «омолаживающим» действием обладают малые дозы некоторых гормонов (соматотропин, гормоны щитовидной

железы, половые гормоны), а также специальные методы воздействия на центры гипоталамуса, восстанавливающие его контроль над эндокринной системой организма.

Таким образом, современные методы и технологии геронтологической профилактики позволяют влиять на процесс старения человека и даже — в известных пределах — управлять им.

Принимая во внимание множественность и разнообразие процессов старения, протекающих в организме, наиболее целесообразным признается путь продления активного долголетия с помощью комплекса мер, направленных на повышение адаптивного потенциала организма и оптимизации его биопсихосоциального статуса.

Новым перспективным направлением социальной профилактики старения является продление видовых границ продолжительности жизни человека не за счет рационального использования оставшихся резервов в старости, а за счет молодости — здорового детства и юношества. Сегодня геронтология в сферу профилактических мер вовлекает молодые группы, в первую очередь, людей среднего возраста.

Формирование адекватного социально-психологического статуса

Психическое здоровье пожилого человека зависит от состояния его головного мозга (наличия или отсутствия симптомов каких-либо психических заболеваний), оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти (сохранностью познавательных способностей), степенью эмоциональной устойчивости (эмоциональным благополучием в социальном и культурном контекстах), развитием волевых качеств. На психологическом уровне человек осознает происходящие изменения и приспосабливается к ним.

Основные критерии адекватного (здорового) социально-психологического статуса:

1. Сопоставление образа реального «Я» с образом идеального «Я» (представлением о том, каким человек хотел бы быть) — один из определяющих критериев психического здоровья. Высокую степень совпадения реального «Я» с идеальным принято считать хорошим показателем психического здоровья. Для психически здорового человека неприемлемы идеи заброшенности, оди-

ночества, пессимистические настроения. Он обладает достаточным запасом жизненных сил, позволяющих поддерживать ему духовную бодрость и придерживаться оптимистических идеалов. Современные западные психологи считают, что самоуважение и степень выраженности тревожности являются одними из самых информативных показателей психического здоровья. Позитивно настроенные люди, которые имеют ясные цели в жизни, и соответственно не склонны мучить себя вечными сомнениями, неуверенностью, дурными предчувствиями и пессимизмом, имеют хорошие перспективы на укрепление и поддержание собственного здоровья.

2. *Психическое равновесие.* С его помощью можно судить о характере функционирования психической сферы человека с различных сторон (познавательной, эмоциональной, волевой). Этот критерий органично связан с гармоничностью организации психики и ее адаптивными возможностями. Творческой старости сопутствует чувство равновесия и духовной гармонии. Типичны для этого состояния склонность к прощению, благожелательность, мягкость, доброта. Старость не должна быть процессом упадка, мастерство преклонного возраста состоит в том, чтобы из каждой минуты жизни извлекать новые ценности.

3. *Психические процессы* — максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности (адекватность психического отражения), адекватное восприятие самого себя, способность концентрации внимания на предмете, удержание информации в памяти, способность к логической обработке информации, критичность мышления, креативность, дисциплина ума (управление мыслительным потоком).

4. *Психические состояния* — это эмоциональная устойчивость (самообладание), зрелость чувств соответственно возрасту, умение управлять негативными эмоциями (самые разрушительные из них: страх, гнев, жадность, зависть), свободное, естественное проявление чувств и эмоций, способность радоваться, сохранность привычного (оптимального) самочувствия. Пожилым людям свойственно обладать многими качествами, схожими с представителями других поколений. Но у пожилых людей есть одно очень важное качество, которого нет и пока не может быть у молодого поколения, это — мудрость жизни, знания, опыт.

Среди критериев психического здоровья личности особое значение придается степени ее интегрированности, гармоничности, уравновешенности, а также таким составляющим ее направленно-

сти, как духовность (добродетель, справедливость и др.), ориентация на саморазвитие, обогащение своей личности.

Познав особенности своего организма, его сильные и слабые стороны, пожилой человек в состоянии сделать сам для себя очень многое, поскольку резервы организма удивительны. Законы нашей психики таковы, что при разыгрывании роли «хорошего человека» срабатывает обратная связь и человек становится таким, какую роль играет. Этот «грим души» закрепляется, изменяя характер.

Большое влияние на психику человека пожилого возраста оказывают его память и опыт прожитых лет. То, что по молодости нередко горько переживается или считается поражением, со временем выглядит совсем по-иному или даже оказывается благом. Нужны многие годы, чтобы правильно разобраться в своих жизненных проблемах.

В своем «третьем возрасте» пожилому человеку необходимо преодолеть три подкризиса. Они связаны с переоценкой «Я-концепции», в которой исчезает ее главная составляющая — «Я-профессиональная», а также с осознанием старения тела и ухудшения здоровья, преодолением «самоозабоченности» и восприятия смерти как финального этапа жизни. От того, насколько успешно пожилой человек сможет приспособиться к новому состоянию «пенсии» жизни, зависит в целом успешность завершающего периода его жизни.

У большинства старых людей разум не менее светлый, чем у молодых, только с той разницей, что он в жизни более основательно ориентирован. Его основные черты — жизненная мудрость, базирующаяся на опыте, умеренность, рассудительность, осторожность, спокойствие, более бесстрастный взгляд на события и проблемы.

Пожилые люди более осторожно относятся ко всему новому и к изменению ситуации. Некоторые изменения общего (физического) состояния и умственных способностей не мешают пожилым здоровым людям жить нормальной жизнью. Чаще всего они понимают, что постепенно их умственные способности слабеют, особенно ухудшается память, однако они умеют это скрывать. Систематическая умственная деятельность, особенно творческая, тренирует мозг, поддерживает его в работоспособном состоянии до самого преклонного возраста. Поэтому люди интеллектуального труда, например, ученые, писатели, артисты, художники, очень часто и в глубокой старости проявляют ясность ума. И наоборот, люди, которые свой мозг никогда не нагружали, чаще впадают в старческое слабо-

умие. А у умственно недоразвитых людей такое состояние может появиться даже в среднем возрасте. Немалую роль играет самовнушение. Если человек психологически настраивает себя на то, что в таком-то возрасте он уйдет на пенсию, тогда после достижения этого срока ему будет казаться, будто он действительно очень стар и даже «болен», поэтому в дальнейшем будет не в состоянии выполнять свою работу. Но если в это время на профессиональной арене появляются какие-то новые заманчивые возможности, то намерения человека обычно быстро меняются, исчезают и все недомогания. Он отбрасывает мысли о пенсии и с новой энергией принимается за работу.

Новые впечатления, разнообразная и интересная информация способствуют мозгу активно сопротивляться старению. Люди, которые, чувствуя какой-то психологический дискомфорт, идут в театр, едут на природу, встречаются с друзьями, стареют медленнее, чем те, которые, попадая в стрессовую ситуацию, сидят на диване, курят, выпивают и предаются отчаянию. Активная, наполненная делами и событиями жизнь заставляет включаться механизмы антистарения, продлевающие молодость лучше любых дорогих эликсиров.

Обществу необходимо стремиться к тому, чтобы пожилых людей, хорошо приспособленных к жизни и довольных ею в период старости («конструктивная» позиция), было как можно больше. Такие люди счастливы не только сами, но и помогают другим стать такими же. Их отличает доброжелательность по отношению ко всему окружающему, живость ума, здоровье, активность и высокий моральный уровень.

Активная умственная работа, достаточно насыщенная эмоциональная жизнь и сосредоточение на положительных эмоциях замедляют процессы угасания в мозге.

Формирование устойчивости к психо-эмоциональному стрессу. Человек устроен так, что усилием воли он способен стимулировать свое здоровье. Наукой установлено, что ни одна мысль, ни одно ощущение человека не могут явиться без того, чтобы не отразиться на различных частях его организма. Имеются глубокие взаимосвязи эмоциональных центров головного мозга и иммунной системы человека. Положительные эмоции активизируют гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему — одну из основных регуляторных систем организма. Настроение человека оказывает сильное влияние на деятельность желез, генерирующих так называемые химические трансмисмиттеры — передатчики информации

в клетки всего организма. Еще воинам Древнего Рима было известно, что раны победителей заживают быстрее, чем раны побежденных. Счастливые люди в личной жизни реже болеют даже простудой. Не зря говорят, что «горе старит, а радость молодит».

Великий философ Эммануил Кант от природы был чрезвычайно болезненным человеком. Однако волевым усилием ему удавалось приостанавливать в себе простуду. Он говорил: «Напряженный, скованный человек должен двигаться и вести себя так, будто он совершенно свободен, спокоен и расторможен, потому что внешнее поведение отражается на душевном внутреннем состоянии. Серьезную игру в подражание идеальному образу следует продолжать до тех пор, пока этот образ не станет второй натурой».

Жизнь пожилого человека может претерпевать сложные изменения (например, переезд в учреждения социального обслуживания), которые порождают у него в ряде случаев различные дистрессовые состояния. Эти состояния необходимо своевременно выявлять и лечить. В некоторых случаях (при легкой степени выраженности изменений) могут использоваться немедикаментозные методы коррекции, регулярное применение которых способствует улучшению психологического состояния, уменьшению эмоциональной реакции на стрессовые воздействия. К наиболее широко распространенным и простым немедикаментозным методам психокоррекции следует отнести психорелаксационную терапию, в основе которой лежит использование различных психологических приемов для достижения состояния нервно-мышечного расслабления (релаксации). Наиболее известными среди этих методов являются: прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, дыхательно-релаксационный тренинг, методика биологической обратной связи. Позитивное влияние на повышение стрессоустойчивости могут оказать регулярная физическая активность и «ментальное молчание». В восточной философии есть такой тезис: «мысль должна прийти и уйти». Если есть проблема, то человек как бы включает свой мозг, решает проблему, реализует решение на физическом уровне или намечает план действий для последующей реализации, а затем отключает мозг. Такое состояние называется ментальным молчанием.

Главное в методике ментального молчания — усилием воли остановить бег собственных мыслей. Начинать практиковать ментальное молчание нужно с 30 секунд 1–2 раза в день. Продолжительность и число упражнений увеличивают очень медленно. За-

метный эффект от упражнений появляется примерно через полгода, год. Человек становится более спокойным, отношения с окружающими улучшаются, изменяется мироощущение, разрешаются многие проблемы.

Однако в большинстве случаев требуется применение психотропных препаратов — антидепрессантов. Исходя из общих патофизиологических механизмов стресса и депрессии, разрабатываются новые подходы к лечению депрессии и повышению стрессоустойчивости. Предположение «нервные клетки не восстанавливаются» в последние годы опровергнуто. Получены убедительные данные, что в норме воспроизведение нейронов происходит на протяжении всей жизни, но в условиях хронического стресса этот процесс нарушается. Лечение современными антидепрессантами позволяет его восстановить, позитивно влияя на механизмы регуляции клеточной выживаемости и нейропластичности клеток мозга. Это приводит к нормализации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой регуляции и сопровождается повышением устойчивости к стрессовым воздействиям. Тем самым применение антидепрессантов способствует повышению толерантности по отношению к стрессовым воздействиям и может обеспечить эффективную вторичную профилактику развития тревожно-депрессивных расстройств. Кроме того, своевременное выявление и лечение депрессии является одним из условий повышения эффективности лечения и реабилитации пожилых больных с хроническими соматическими заболеваниями.

Гармонизация (интеграция) личности. В пожилом возрасте личность человека должна обрести свою целостность (интегативность). Печально, если к завершающей стадии своей жизни личность переживает отчаяние оттого, что жизнь почти кончена, но прожита она не так, как хотелось и планировалось. Целостность человеческой личности проявляется, прежде всего, во взаимосвязи и взаимодействии психических и физических сил организма. Гармония психофизических сил организма повышает резервы здоровья, создает условия для творческого самовыражения в различных областях жизни. Активный и здоровый человек надолго сохраняет молодость, продолжая созидательную деятельность.

Свойства целостной личности — это оптимизм, сосредоточенность (отсутствие суетливости), уравновешенность, нравственность, адекватный уровень притязания, чувство долга, уверенность в себе, необидчивость (умение освобождаться от затаенных обид), активность, независимость, непосредственность (естественность),

чувство юмора, доброжелательность, самоуважение, адекватная самооценка, самоконтроль, воля, целеустремленность (обретение смысла жизни, экзистенциальный стиль жизни).

Социальное здоровье личности зависит от соответствия личностного и профессионального самоопределения, удовлетворенности семейным и социальным статусом, гибкости жизненных стратегий и их соответствия социокультурной ситуации (экономическим, социальным и психологическим условиям).

Социальное здоровье личности характеризуют: адекватное восприятие социальной действительности, интерес к окружающему миру, адаптация (равновесие) к физической и общественной среде, направленность на общественно полезное дело, культура потребления, альтруизм, эмпатия, ответственность перед другими, бескорыстие, демократизм в поведении.

Нравственное здоровье личности определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека. Отличительными признаками нравственного здоровья человека являются, прежде всего, сознательное отношение к труду, овладение сокровищами культуры, активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни. Поэтому социальное здоровье считается высшей мерой человеческого здоровья.

Здоровый и духовно развитый человек счастлив тогда, когда он отлично себя чувствует, получает удовлетворение от своей работы, стремится к самосовершенствованию, достигая неувядающей молодости духа и внутренней красоты.

Пожилой возраст несет в себе много ценных, положительных качеств. Неминуемо наступающие в старости возрастные снижения адаптационных возможностей компенсируются профессиональным мастерством, глубокими познаниями и навыками, приобретенными в течение всей жизни, высоким уровнем суждений, широтой кругозора.

Весьма важным является интеллектуальное функционирование в этом возрасте. В большинстве случаев снижение интеллектуальных способностей у пожилых людей объясняется слабым здоровьем, экономическими или социальными причинами и некоторыми другими факторами, которые напрямую не связаны со старением. Изменения интеллекта в период старения зависят от степени зрелости конкретной личности, рода занятий, уровня образования, личных особенностей и т. д. Особое значение имеет творческая

деятельность как фактор, противостоящий инволюции человека в целом. Причем творчество — не только как создание чего-то нового, а как способность к нестандартным, нешаблонным мыслям и действиям, желание понять или узнать что-то новое, удивляться чему-то, радоваться новым открытиям.

Активное приспособление к новой ситуации, деятельный стиль жизни в этот период дает возможность дальнейшего развития человека, в частности развитие его личности. Все виды активности в сферах работы и отдыха определяются потребностями и интересами данной личности. При таком рассмотрении проблемы старости возникает возможность и необходимость подготовки людей к старению. Личному отдыху (рекреации) надо «учиться», готовиться к этому заранее, также как надо «учиться» овладевать достижениями науки и культуры.

Тема 7. Медико-социальное обслуживание людей пожилого и старческого возраста

Организация специальной медицинской помощи

Гериатрия — это раздел медицины, который занят клиническими, профилактическими, терапевтическими и социальными аспектами заболеваний у пожилых. Система комплексной гериатрической помощи включает посещение больных на дому, амбулаторное лечение, пребывание в дневных профилакториях и стационарах, реабилитацию и службы срочной диагностики.

В центре внимания специализированной гериатрической помощи — поддержание независимости и автономии нетрудоспособных престарелых людей.

Главная цель гериатрической службы — поддержание функциональной и социальной независимости пожилых и старых людей с учетом того, что старые люди имеют право на обеспечение их потребностей в долговременном уходе и лечении как на дому, так и в стационаре, в такой же мере, как и в больничном лечении при острых заболеваниях.

В основу организации гериатрической службы положены следующие принципы:

- гериатрическая помощь — это составная часть общей системы здравоохранения, массовой и доступной;
- медицинская помощь максимально приближена к населению старшего возраста;
- участковый терапевт как главная фигура в процессе ведения гериатрических больных;
- комплекс лечебных мер направлен не только на лечение, но и на максимальное стимулирование и активизацию подвижности больного, способности к самообслуживанию.

Во всех областных центрах и в г. Минске созданы гериатрические центры, которые занимаются организацией работы по медицинскому обслуживанию пожилого населения. Во многих городских и районных поликлиниках функционируют гериатрические кабинеты. Для организации лечения лиц пожилого и старческого возраста широко используются стационарзамещающие технологии — дневные стационары и стационары на дому.

Основной задачей гериатрического кабинета является обеспечение организационно-методического руководства медицинским обслуживанием лиц пожилого возраста. Врач кабинета знает численность лиц пенсионного возраста в районе обслуживания поликлиники, имеет списки больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении, изучает заболеваемость лиц пожилого возраста. Работники кабинета организуют семинары, конференции, доклады и лекции по вопросам геронтологии и гериатрии.

В задачу лечебно-профилактической работы кабинетов входит организация лечения и диспансеризация лиц с признаками преждевременного старения.

Наиболее прогрессивной формой организации ухода за хроническими больными старших возрастов, нуждающимися в постоянном медицинском наблюдении, являются стационары на дому. К работе в таких стационарах привлекаются участковые медицинские сестры терапевтического участка, сестры Красного Креста, члены санитарного актива, активисты советов ветеранов и др.

В сельской местности на базе сельских участковых больниц созданы больницы сестринского ухода. Поскольку основными пациентами таких больниц являются пожилые люди, основным требованием при их организации является создание уютных и комфортабельных условий пребывания. Вместе с тем больница сестринского ухода является медицинским учреждением, в котором предусмотрено проведение врачебного осмотра, ежедневный уход

и наблюдение за пациентами осуществляют медицинские сестры. При необходимости в больницы сестринского ухода выезжают профильные специалисты, врачи «скорой помощи». Важным моментом организации работы больниц сестринского ухода является участие в уходе за пациентами не только медицинских работников, но и работников социальной сферы, сестер милосердия. Организация и работа больниц сестринского ухода позволят не только усилить медико-социальную защищенность людей пожилого возраста, но и повысить качество их жизни.

Особенности состояния здоровья граждан пожилого возраста

В соответствии с определением ВОЗ здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов. Исходя из данного определения, нарушением здоровья следует считать физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры и (или) функции организма человека.

Для индивидуальной оценки состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста учитываются его социально-гигиенические и клинические аспекты.

Социально-гигиенические аспекты состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста включают:

- факторы риска (имеющиеся на момент обследования), образ жизни и условия жизни;
- характеристику частоты обращений за медицинской помощью по поводу острых и хронических заболеваний;
- факторы и условия жизнедеятельности:
 - физическую способность к бытовой деятельности (переносить тяжести, убирать квартиру, проводить ремонт квартиры и др.);
 - способность к передвижению (ходить за покупками и на прогулку, подниматься и спускаться по лестнице и др.);
 - способность к самообслуживанию (прибавать, стирать, готовить пищу, осуществлять физиологические потребности и личную гигиену и др.);
 - способность к общению (устанавливать контакты с людьми путем восприятия, переработки и передачи информации);

– социальную активность (посещать друзей или родственников, посещать выставки, музеи, кинотеатры, участвовать в работе обществ и др.).

Клинические аспекты состояния здоровья включают:

- перечень накопленных заболеваний (по классам МКБ-10) и частоту их обострений за прошлый год;
- число первичных (острых) заболеваний за прошлый год;
- состояние психических функций (восприятие, внимание, память, мышление, речь, эмоции и др.).

Общее состояние здоровья и физическое благополучие старых людей меняются в зависимости от возраста. По мере старения возрастает доля лиц с нарушенным здоровьем, а также лиц, прикованных к постели. Демографический сдвиг в сторону старения населения привел к увеличению числа душевнобольных позднего возраста. Распространенность психических заболеваний в старших возрастных группах в 3–7 раз больше, чем в общем контингенте населения. В целом пожилые в 1,5 раза чаще обращаются к врачам, в 2 раза чаще госпитализируются, в 2 раза дольше находятся на больничной койке, чем остальные группы населения.

Особенностью для пожилого и старческого возраста является множественность, сочетаемость патологий. В среднем на одного больного в возрасте 50 лет и старше приходится от двух до четырех заболеваний, а для лиц 70 лет и старше — пять–семь заболеваний. С каждым десятилетием жизни число некоторых видов заболеваний — гипертонической болезни, ишемической болезни сердца (ИБС), патологии сосудов головного мозга — увеличивается в 2 и даже в 3 раза.

Чем старше человек, тем более выражена потребность в специализированной врачебной помощи: офтальмологической, кардиологической, урологической, эндокринологической и т. д. Таким образом, с увеличением возраста происходит как бы наслаивание одного заболевания на другое, наблюдается взаимоотношение их воздействия, протекающее на фоне снижающихся компенсаторных возможностей старого организма.

Среди лиц в возрасте 60 лет и старше наиболее распространенным видом патологии являются болезни системы кровообращения. В 50–59 лет почти 20 % всех обращающихся за медицинской помощью составляют лица, страдающие болезнями системы кровообращения, в 60–69 лет их доля достигает 25 %, а в 80 лет и старше — более 50 %. Ведущими нозологическими формами в общем

числе заболеваний системы кровообращения у населения старших возрастов независимо от пола являются ИБС, гипертоническая болезнь, общий атеросклероз и болезни вен. При этом на ИБС и гипертоническую болезнь приходится около половины всех заболеваний этого класса.

Следующие ранговые места занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов дыхания, пищеварения, нервной системы и органов чувств, новообразования.

Важной проблемой среди пожилого населения (особенно женщин) является остеопороз — основная причина переломов шейки бедра и позвоночника. Больные с такими переломами становятся обузой для семьи и общества в целом. Средний возраст больных с переломами шейки бедра превышает 70 лет, с переломами позвоночника — 60 лет.

В структуре первичной заболеваемости лиц старших возрастных групп первое место занимают болезни органов дыхания, второе — травмы и отравления, на третьем месте — болезни нервной системы и органов чувств; болезни системы кровообращения лидируют в структуре общей заболеваемости.

Имеются и определенные различия по полу в заболеваемости людей старшего возраста. У женщин чаще встречаются гипертоническая болезнь, нарушения обмена веществ, сахарный диабет, катаракта, глаукома, варикозное расширение вен, болезни печени и желчевыводящих путей. Мужчины гораздо чаще, чем женщины, страдают хроническим бронхитом, эмфиземой легких, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим пиелонефритом, чаще подвергаются травмам. Общий уровень заболеваемости у мужчин выше, чем у женщин, как по обращаемости, так и по данным медицинских осмотров.

Около 60 % пенсионеров оценивают свое здоровье как плохое, 10 % — как очень плохое. Более 10 % пожилых людей вызывают скорую помощь 2–3 раза в месяц, 75 % постоянно принимают лекарства, 50 % нуждаются в зубном протезировании. Мужчины и женщины пожилого возраста оценивают свое здоровье неодинаково. Пессимистическая оценка в большей степени присуща мужчинам, и с возрастом расхождения в оценках становятся более существенными. Вдовы пенсионного возраста значительно чаще, чем их сверстницы, состоящие в браке, считают свое здоровье неважным.

Пожилые в городе болеют чаще, чем проживающие в сельской местности. Уровни их первичной заболеваемости различаются

в 2–3 раза. Частота инфекционных и паразитарных болезней, а также болезней кожи, подкожной жировой клетчатки у сельских жителей достоверно выше, что, вероятно, связано с условиями жизни. Более низкий уровень заболеваемости сельских жителей указывает не на их лучшее здоровье, а на меньшую доступность медицинской помощи и, соответственно, меньшую обращаемость.

С уходом человека на пенсию заметно уменьшается число обращений за медицинской помощью. Объясняется это не только снижением мобильности, но и отсутствием необходимости в оформлении больничных листов, а также тем, что большинство пожилых людей считают свои болезни неизбежным атрибутом старости.

Объективным показателем состояния здоровья в старости является прикованность к ограниченному пространству из-за снижения либо утраты *способности к передвижению и самообслуживанию*. В старости особенно важным и значимым является даже не само наличие той или иной болезни, а то, в какой степени оно ограничивает повседневную деятельность человека.

Общее физическое состояние старых людей является интегральным показателем здоровья и трудоспособности. Для них наиболее важно сохранить способность к нормальной жизнедеятельности, основными характеристиками которой следует считать:

- ✓ степень подвижности (мобильности);
- ✓ степень самообслуживания.

С учетом этого универсального для всех старых людей признака можно достаточно быстро, а главное объективно определить, какой объем медицинской и социальной помощи и в какой очередности эта помощь требуется в каждом отдельном случае.

В 1963 году ВОЗ было предложено разделить всех старых людей на следующие группы:

1. Общественно активные — физически активные люди, способные самостоятельно вести домашнее хозяйство или помогать семье, продолжать профессиональную или иную трудовую деятельность.

2. Индивидуально активные — люди, способные к элементарному самообслуживанию, передвижению в пределах ограниченной территории.

3. Неактивные — люди, не способные к самому элементарному самообслуживанию, передвижению в пределах ограниченной территории, неподвижные, прикованные к постели, нуждающиеся в постоянном уходе.

Это принципиально разные группы, качественно отличающиеся друг от друга. С одной стороны, это группы людей в возрасте 63–75 лет, для которых характерны меньшая или большая утрата возможности материального обеспечения и почти полное сохранение способности к самообслуживанию. С другой стороны, это люди, которым за 75 лет, с полной потерей трудоспособности, перешедшие на иждивение с большей или меньшей, а часто и абсолютной утратой способности к самообслуживанию.

Общее состояние здоровья и физическое благополучие старых людей меняются в зависимости от возраста. По мере старения возрастает доля лиц с нарушенным здоровьем, а также лиц, прикованных к постели. Так, в возрасте 60–64 года почти 90 % лиц имеют хорошую подвижность, и только 10 % пожилых людей самостоятельно не выходят из квартиры, особенно в холодное время года, не могут без посторонней помощи помыться, постричь ногти. В возрасте старше 80 лет удовлетворительную подвижность сохраняют лишь 20–25 % человек. При этом без посторонней помощи, хотя и с трудом, передвигаются около 50 % мужчин и 40 % женщин, ограниченно подвижны почти 20 и 40 %, в том числе прикованы к постели 5 и 10 % соответственно.

Способность к самообслуживанию лиц старше 80 лет значительно снижена или утрачена у 25 % мужчин и 35 % женщин, в связи с чем все они нуждаются в постоянной медицинской помощи и социальных услугах.

Тесная связь старения и заболеваний не означает их тождества; старение создает предпосылки для развития патологии, возрастные сдвиги могут суммироваться с патологическими или же перерасти в болезни. Одним из наиболее ярких изменений, происходящих во время старения, является *замедление реакций*. Оно связано с повышением порога возбуждения в нервных клетках и волокнах, замедлением проводимости возбуждения, снижением активирующих и тонизирующих влияний отдельных нейрофизиологических систем в организме и с другими причинами. В процессах замедления реакций играют роль и психологические факторы — настроение, установка человека на выполнение задания, неожиданность или ожидаемость решаемой задачи, ее диапазон и сложность. Особую трудность для пожилых людей представляет использование имеющейся информации в незнакомой ситуации. При достаточно хорошем удержании в памяти давнего материала у них значительно слабеет фиксирование текущего опыта.

Старость сопровождается *быстрой утомляемостью*. Она отрицательно сказывается на качестве работы, приводит к ошибкам, которые человек обнаруживает позднее. Если же ему известны признаки утомляемости и он специально обращает на них внимание, то это позволяет вовремя прервать свою деятельность, расслабиться, отдохнуть, чтобы затем снова работать продуктивно.

Основные группы заболеваний пожилых людей, их влияние на степень подвижности

За крайне редким исключением каждый пожилой человек страдает рядом хронических соматических заболеваний (сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, гинекологических, урологических, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и др.). Причиной нарушения здоровья и последующей беспомощности в старости не всегда являются лишь типичные для старческого возраста болезни. Большую роль играют болезни, приобретенные в среднем и даже молодом возрасте, недостаточно активно леченные, принявшие хронический характер. Обычно такие заболевания прогрессируют медленно и достаточно поздно становятся причиной тяжелого нарушения здоровья старого человека. Другие болезни могут начаться в пожилом и старческом возрасте и протекать тяжело, приводя человека к инвалидности. Старость можно избавить от страданий и огорчений при условии, что человек вступит в этот период жизни в как можно лучшем состоянии здоровья, сохранит гигиенические навыки, приобретенные в молодом возрасте.

Типичными недомоганиями старческого возраста являются болезни, обусловленные изменениями органов в связи с самим старением и присоединяющимися дегенеративными процессами.

Боли в суставах занимают одно из первых мест среди недомоганий у людей пожилого и старческого возраста, особенно у женщин. Заболевания опорно-двигательного аппарата являются причиной старческой дряхлости и немощи. На органах движения можно более отчетливо, чем на любых других органах, проследить, как происходит наложение процессов старения на хронические заболевания суставов, костей, мышц и связочного аппарата. Поскольку эти процессы протекают медленно, но неуклонно, с годами функциональные возможности органов движения снижаются, появляются различные недомогания. Нарушения подвижности суставов

становятся настолько значительными, что старый человек оказывается прикованным к постели.

Артрозы — тяжелые дегенеративные процессы в суставах — делают невозможным передвижение, в основном, если процесс идет в бедренных и коленных суставах и позвоночнике. Возникает деформация и тугоподвижность суставов, и человек не может двигаться.

Коксартроз — артроз тазобедренного сустава — наиболее тяжелый вид артроза, протекающий с болями при опоре на ногу, хромотой, а в дальнейшем и со значительными ограничениями всех движений в суставе, укорочением конечности вследствие подвывиха головки бедра вплоть до полной обездвиженности сустава и невозможности движения.

Гонартроз — поражение коленного сустава. В этом случае появляются тупые боли, особенно при спуске с лестницы. Артроз коленных суставов наступает нередко в результате их постоянных перегрузок. Болезнь чаще развивается у женщин, страдающих ожирением, обычно в сочетании с деформациями стоп.

Деформирующий полиартрит. В основе его лежит воспалительный процесс, который чаще всего поражает мелкие суставы и приносит много неудобств в быту, создает трудности при умывании, приготовлении пищи, написании письма и т. д. Старые люди с таким заболеванием становятся совершенно беспомощными в любой мелочи, требуют ухода.

Остеохондроз — дистрофические изменения позвоночника — одна из самых распространенных патологий в возрасте после 50 лет.

На втором месте по частоте проявления находятся головные боли, головокружение, шум в ушах и голове, а также ухудшение памяти. Как правило, эти нарушения связаны с атеросклерозом сосудов головного мозга. При усилении склероза проявляется упорная бессонница, которая обусловлена недостаточным снабжением мозговой ткани кислородом.

Одной из частых жалоб старых людей является одышка. Одышка у стариков, с одной стороны, обусловлена нарушениями в системе кровообращения, а именно ее недостаточностью, с другой стороны — хроническими дегенеративными изменениями системы дыхания, вызывающими нарушение легочной вентиляции. Одышка чаще всего возникает при какой-либо физической нагрузке (при работе, ходьбе, подъеме по лестнице и т. п.).

Очень часто старые люди жалуются на запоры, которые наблюдаются в течение многих лет. Как правило, запоры являются

следствием малоподвижного образа жизни и атрофических изменений в пищеварительном тракте, а также неправильного питания. Их можно устранить посредством рационально спланированного, с точки зрения гигиены, подвижного образа жизни, включающего прогулки, гимнастику. Не следует приучать кишечник к слабительным средствам и очистительным клизмам.

Снижение аппетита относится также к распространенным жалобам старых людей. Утрата аппетита обусловлена обычно инволюционными изменениями в желудочно-кишечном тракте. У старых людей нередко при этом исчезают обоняние, вкус, вырабатывается меньшее количество слюны. Основное правило питания: пища должна быть вкусной, аппетитной на вид и представлять собой сильный раздражитель для выделения желудочного сока.

Нарушение мочеиспускания относится к одним из самых неприятных симптомов старости. Это расстройство причиняет боль, нередко становится причиной и душевных страданий. Оно наблюдается чаще у женщин; у мужчин типичной является задержка мочи при аденоме простаты, но может быть и выделение мочи самопроизвольно каплями. В этом случае необходимы особо тщательное соблюдение личной гигиены, частые купания и смена белья. Нарушение мочеиспускания в случае несоблюдения правил личной гигиены может привести к конфликтам и изоляции старого человека в семье, поскольку запах, распространяемый им, непременно вызывает неприязнь всех окружающих.

По мере старения возрастает и риск возникновения таких болезней цивилизации, как склероз кровеносных сосудов, коронарная болезнь, ожирение, сахарный диабет, гипертония и др. Двигательная активность является одним из факторов, способствующих профилактике этих болезней в пожилом и старческом возрасте. Активный образ жизни уменьшает риск заболевания коронарной болезнью и развития ожирения, которое в свою очередь способствует возникновению сахарного диабета, а коронарная болезнь осложняет течение гипертонии, развивающейся у пожилого человека.

Старческая немощь — это состояние, при котором человек в результате длительной хронической болезни становится неспособным выполнять повседневные функции, необходимые для нормальной самостоятельной жизни. Это состояние также называют «старческой жизненной несостоятельностью». В этом случае уже требуется постоянная опека и помощь; немощный старый человек

не может жить один, он должен либо находиться в окружении своих близких, готовых ухаживать за ним, несмотря на все трудности, либо перейти на жительство в дом для престарелых.

Среди причин, приводящих к старческой немощи, на первом месте оказываются старческие деменции дегенеративно-атрофического характера и сосудистого происхождения. Беспомощные старые люди, сохранившие свои интеллектуальные способности, ясный ум, доставляют значительно меньше трудностей в уходе, чем физически крепкие, но слабоумные старики, которых нельзя оставлять без надзора даже на самое короткое время.

Второе место занимают постинсультные поражения, которые в медицине называют гемиплегиями. Такие проблемы могут сопровождаться слабоумием, но довольно часто интеллект и память при этом заболевании могут и не пострадать. Неврологические поражения бывают выражены в различной степени — это могут быть незначительные нарушения в руке и ноге при не утраченной возможности передвигаться и полная несостоятельность, неспособность передвигаться, понимать речь или говорить самому.

Третья причина, приковывающая старого человека к постели, — перелом шейки бедра. Чем старше возраст, тем меньше шансов на благополучное срастание перелома. Это нередко является причиной смерти очень старых людей спустя несколько дней или недель после перелома.

На четвертом месте стоят дистрофические изменения суставов, хронический деформирующий полиартрит, которые не только вызывают деформацию суставов, но иногда полностью обездвиживают больного, затрудняют многие привычные повседневные действия. Это особенно тяжело переносится старыми людьми, которые, сохраняя ясность ума, становятся совершенно беспомощными и зависимыми от посторонних людей.

Также большой проблемой для пожилых является потеря слуха и зрения.

Психологические особенности лиц пожилого и старческого возраста

Проблема старения заключается не только в физиологических изменениях организма, вызывающих различные заболевания. Она гораздо шире, поскольку здоровье человека в любом возрасте находится в прямой зависимости от того, насколько активно он

взаимодействует с окружающими и выполняет свои социальные функции. Если оставить в стороне заболевания, связанные с центральной нервной системой, то уже этого достаточно, чтобы причислить большинство престарелых людей к категории «пограничных» больных. Из этого следует, что они нуждаются в наблюдении и лечебной коррекции у психиатра или психотерапевта. Дело в том, что даже одно хроническое заболевание (неважно, в каком возрасте оно приобретается) приводит к так называемым «неврозоподобным состояниям» и к болезненной деформации характера, вплоть до психопатии. В старости важны не только изменения, происходящие с человеком, но и отношение самого человека к этим изменениям. *Так, в типологии Ф. Гизе выделяются три типа стариков и старости:*

1) старик-негативист, отрицающий у себя какие-либо признаки старости и дряхлости;

2) старик-экстравертированный, признающий наступление старости, но к этому признанию приходящий через внешние влияния и путем наблюдения окружающей действительности, особенно в связи с выходом на пенсию (наблюдения за выросшей молодежью, расхождение с нею во взглядах и интересах, смерть близких и друзей, новшества в области техники и социальной жизни, изменение положения в семье);

3) интровертированный тип, остро переживающий процесс старения; появляются тупость по отношению к новым интересам, оживление воспоминаний о прошлом — реминисценций, интерес к вопросам метафизики, малоподвижность, ослабление эмоций, ослабление сексуальности, стремление к покою.

Типы приспособления личности к старости по Д. Бромлей:

1. Конструктивное отношение человека к старости, при котором пожилые и старые люди внутренне уравновешены, имеют хорошее настроение, удовлетворены эмоциональными контактами с окружающими людьми. Они в меру критичны по отношению к себе и вместе с тем весьма терпимо относятся к другим, к их возможным недостаткам. Не драматизируют окончание профессиональной деятельности, оптимистически относятся к жизни, а возможность смерти трактуют как естественное событие, не вызывающее печали и страха. Не пережив в прошлом слишком много травм и потрясений, они не проявляют ни агрессии, ни подавленности, имеют живые интересы и постоянные планы на будущее. Благодаря своему положительному жизненному балансу они с уверен-

ностью рассчитывают на помощь окружающих. Самооценка этой группы пожилых людей довольно высока.

2. Отношение зависимости. Зависимая личность — это человек, подчиненный кому-либо, зависимый от супружеского партнера или от своего ребенка, не имеющий слишком высоких жизненных претензий и благодаря этому уходящий из профессиональной среды. Семейная среда обеспечивает ему ощущение безопасности, помогает поддерживать внутреннюю гармонию, эмоциональное равновесие, не испытывать ни враждебности, ни страха.

3. Оборонительное отношение, для которого характерны преувеличенная эмоциональная сдержанность, некоторая прямолинейность в своих поступках, стремление к «самообеспеченности» и неохотному принятию помощи от других людей. Люди данного типа приспособления к старости избегают высказывать собственное мнение, с трудом делятся своими сомнениями, проблемами. Оборонительную позицию занимают иногда по отношению ко всей семье; если даже имеются какие-то претензии и жалобы в адрес семьи, то они их не выражают. Защитным механизмом, который они используют против ощущения страха смерти и бездолженности, является их активность «через силу», постоянная «подпитка» внешними действиями. Люди с оборонительным отношением к наступающей старости с большой неохотой и только под давлением окружающих оставляют свою профессиональную работу.

4. Отношение враждебности к окружающим. Люди с таким отношением агрессивны, взрывчаты и подозрительны, стремятся «переложить» на других людей вину и ответственность за собственные неудачи, не совсем адекватно оценивают действительность. Недоверие и подозрительность заставляют их замыкаться в себе, избегать контактов с другими людьми. Их жизненный путь, как правило, сопровождается многочисленными стрессами и неудачами, многие из которых превратились в нервные заболевания. Люди, относящиеся к данному типу старости, склонны к острым реакциям страха, они не воспринимают свою старость, с отчаянием думают о прогрессирующей утрате сил. Все это соединяется еще и с враждебным отношением к молодым людям, иногда с переносом этого отношения на весь «новый, чужой мир». Такой своего рода бунт против собственной старости сочетается у этих людей с сильным страхом смерти.

5. Отношение враждебности человека к самому себе. Люди такого типа избегают воспоминаний, потому что в их жизни было

много неудач и трудностей. Они пассивны, не бунтуют против собственной старости, лишь безропотно принимают то, что посылает им судьба. Невозможность удовлетворить потребность в любви является причиной депрессий, претензий к себе и печали. С этими состояниями соединяются чувство одиночества и ненужности. Собственное старение оценивается достаточно реалистично; завершение жизни, смерть — трактуется этими людьми как избавление от страданий.

Социально-психологические типы благополучной старости по И. Кону:

1. Активная творческая старость, когда ветераны, уходя на заслуженный отдых, продолжают участвовать в общественной жизни, в воспитании молодежи и т. д., живут полнокровной жизнью, не испытывая какой-либо ущербности.

2. Старики, которые начинают заниматься делами, на которые раньше у них просто не было времени: самообразованием, отдыхом, развлечениями и т. д. Для этого типа стариков характерны также хорошая социальная и психологическая приспособляемость, гибкость, адаптация, но энергия направлена главным образом на себя.

3. Этот тип (преимущественно женщины) находит главное приложение своих сил в семье. А поскольку домашняя работа неисчерпаема, то женщинам, занимающимся ею, просто некогда хандрить и скучать. Однако, как отмечают психологи, удовлетворенность жизнью у этой группы людей ниже, чем у первых двух.

4. Люди, смыслом жизни которых становится забота о собственном здоровье. С этим связаны и разнообразные формы активности, и моральное удовлетворение. Вместе с тем обнаруживается склонность (чаще у мужчин) к преувеличению своих действительных и мнимых болезней, повышенная тревожность.

Описанные варианты старения и отношения к старости — это и есть, скорее всего, та позиция, которой человек придерживался всю жизнь, к старости она лишь несколько заостряется и модифицируется под влиянием новых обстоятельств. С возрастом у человека обычно происходит снижение уровня социальных притязаний, амбиций и стремлений, возникает чувство удовлетворенности прожитой жизнью. В силу действия механизмов психологической защиты прошлое и своя роль в нем нередко идеализируются. Взгляды становятся более консервативными, что, несомненно, имеет свои преимущества как для человека, так и для общества в целом.

У части пожилых отмечается некоторое преувеличение своей роли в прошлом: они рассказывают, например, о близком знакомстве с историческими личностями, посвященности в государственные тайны, своем влиянии на принятие важных исторических решений и т. д., что не носит характера бреда и не является патологией.

Психические расстройства и психические заболевания в предстарческом и старческом возрасте

Страх. В пожилом возрасте проблема страха и тревоги весьма актуальна. Страх — это специфическое состояние напряженности и отсутствие чувства безопасности, возникающие как эмоциональные реакции субъекта на существующую угрозу. Страх помимо психологического имеет и физиологический аспект. С его проявлением связан ряд специфических изменений в организме пожилого человека: учащение пульса, изменение частоты дыхания, потоотделение, дрожь во всем теле, сужение кровеносных сосудов и т. п.

Сама перспектива приближающегося конца жизни содержит в себе элемент угрозы, которую надо как-то преодолеть. Различные причины и проявления страха накапливаются в течение всей жизни. В старости под угрозой могут оказаться ценности, которые имеют для субъекта существенное значение: не только само физическое существование, но и духовная свобода (в результате необходимости навязывания себе норм поведения и образа жизни, отличающихся от усвоенных ранее). Угроза может касаться также других ценностей, таких как любовь конкретного человека, профессиональный престиж, любимая работа или идея. Угроза этим ценностям приводит к тревожности, беспокойству. С возрастом, как известно, снижается острота зрения, ухудшается периферическое и ночное зрение, снижается слух и понимание чужой речи, нередко страдает и собственная речь. Все это существенно ухудшает коммуникативные способности пожилого человека, углубляя его одиночество. В ряде случаев ухудшение слуха ведет к повышенной подозрительности. После коррекции слуха (например, с помощью слухового аппарата) эти явления часто проходят.

У женщин в возрасте 60 лет и старше сильнее всего проявляется опасение перед одиночеством, болезнью, плохими людьми и смертью.

Мужчины в возрасте от 60 до 70 лет чаще проявляют страх перед смертью, перед чужой и собственной агрессией, перед собствен-

ной беспомощностью, судьбой, совершенными ошибками, опасаются за детей и будущее.

Старые женщины склонны к более выраженной тревожности, чем мужчины. Это может быть связано как с худшим их социальным и семейным положением, так и с тем, что мужчины успешнее справляются со своими страхами.

Если семья не помогает старому человеку облегчить его страхи, относясь нередко к ним пренебрежительно, то к прежнему состоянию добавляется чувство непонимания, плохого к нему отношения, обиды. Попытка понять специфический характер духовного разлада старого человека и желание помочь ему может стать важным терапевтическим средством. Иногда достаточно душевной беседы, участливого и сочувственного выслушивания старого человека, чтобы добиться улучшения его настроения и контакта с близкими людьми.

Тревожность. Близким к страху и столь же неприятным для переживания психическим состоянием является тревожность. Это чувство порождается двумя факторами: чувством вины в сочетании с чувством обиды, а также внутренней напряженностью. Она указывает на то, что пожилой человек не может удовлетворить важных духовных потребностей, чувствует себя одиноким, недоволен собой, часто расстраивается и жалуется. В конфликтных ситуациях он занимает пассивную позицию самоустранения. Чувство неполноценности или вины может вызвать скрытый гнев. Чувство обиды, проявляющееся у старых людей, вызвано обычно слишком высокими требованиями и ожиданиями. Это состояние, как и страх, сопровождают вегетативные расстройства.

У пожилых мужчин и женщин общий уровень тревожности примерно одинаков. Различие касается только проявлений этого состояния. У женщин выше уровень открытой, внешней тревожности, то есть той ее формы, которую легко наблюдать в поведении человека. Мужчины, от которых ожидают умения владеть собой, более сдержаны в выражении своих тревожных чувств. Пожилые мужчины с высоким уровнем тревожности — часто вдовцы. Их очень тревожит уровень жизни (в материальном плане), который значительно снижается по сравнению с периодом профессиональной активности. Ухудшение состояния здоровья (перенесенный инфаркт миокарда, туберкулез, астма) негативно влияет на степень эмоциональной уравновешенности. Важным негативным фактором являются также конфликтные либо просто редкие и формальные

контакты с семьей. Для мужчин характерно усиление тревожности по мере увеличения времени пребывания на пенсии. Это связано с тем, что со временем постепенно ухудшается социальное положение старого человека. Часть его друзей умирает, а снижение физических возможностей не позволяет найти новые контакты и формы активности.

У женщин на усиление тревожности в первую очередь влияет факт наличия или отсутствия семьи. Если для мужчин большее значение имеет само качество контактов с семьей, то у женщин господствует принцип: «любая семья лучше, чем никакой». Старым женщинам с помощью защитных механизмов легче оправдать несправедливое поведение и поступки своих детей и семьи, чем справиться с отсутствием людей, которым можно отдать свою любовь.

С одиночеством весьма тяжело справиться женщинам, которые вдруг стали одиночками в старости. Особенно трудна ситуация женщин, которые всю жизнь контактировали с окружающим миром при посредничестве мужа. После его утраты далеко не каждая из них может самостоятельно восстановить связи с окружением.

Другой негативной стороной ситуации старых женщин бывает факт совместного проживания с чужими людьми. Не понимая потребностей и поведения одинокой старой женщины, эти люди поступают по отношению к ней иногда сурово, усугубляя ее тревоги. Женщины с высоким уровнем тревожности менее активны. Им свойственно чувство утраты прежних ценностей, у некоторых из них образ жизни и круг ежедневных занятий ограничивается исключительно самообслуживанием и пассивным отдыхом (телевидение, радио). Социальные контакты некоторых из них очень бедны и поверхностны.

Следует понимать, что «трудный старик» своим поведением дает понять окружающим, что ему плохо, что не все его потребности удовлетворены. Поэтому его не следует ни преследовать, ни осуждать, а необходимо помочь ему избавиться от трудностей и приобрести душевное равновесие и покой.

Боязнь смерти. Смерть — одно из переживаний, через которые рано или поздно проходит каждый живущий. Ее наступление неотвратимо. Сущность смерти окутана глубокой тайной, что открывает широкий простор для индивидуального и коллективного воображения.

Эмоциональные переживания в старости вызывает также сам факт приближения конца жизни и осознание этого факта. Суще-

ствуует зависимость между адаптацией к старости и отношением к смерти. Религиозные люди переживают более сильный страх, чем неверующие. У первых, кроме опасений, связанных с уходом от всех земных дел, выступает также страх, касающийся загробной жизни. Готовность говорить о религии и связанных с нею вопросах может быть, таким образом, отражением защитной установки по отношению к факту смерти.

Поэтому очень важно научить пожилого человека правильно описывать и распознавать свое психическое состояние, отличать напряжение страха и тревожности от физических нарушений. Это умение является первым шагом на пути сознательного управления своими эмоциями и преодоления тех из них, которые являются сигналом нарушения связей с другими людьми и с самим собой.

Нарушение сна. С возрастом заметно уменьшается потребность в сне, пожилые люди гораздо чаще просыпаются среди ночи, чем более молодые. Они жалуются на бессонницу. Сон в жизни пожилого и старого человека более важен, чем для молодых людей. Резервные возможности нервной системы людей старшего возраста значительно снижены и быстро истощаются. Одна ночь, проведенная без сна, сильно отражается на настроении, состоянии психики, нередко ухудшая или стимулируя развитие физической слабости и психической недостаточности. Старый человек нуждается в 7–8-часовом ночном сне, а люди с выраженной астенизацией еще и в дополнительном сне днем. Некоторые пациенты испытывают чувство страха с приближением ночи. Отрицательной стороной длительного приема снотворных (транквилизаторов) является привыкание к ним. Со временем человек, как правило, увеличивает дозировку препаратов. В результате возникает вялость, апатия, адинамия после сна.

Психическая и поведенческая заторможенность вследствие плохого, однообразного питания и дефицита витаминов. Пожилой малообеспеченный человек не может покупать разнообразные продукты, ходить по магазинам, готовить себе полноценную горячую пищу и т. д. Как только питание становится более полноценным, явления, напоминающие деменцию, исчезают.

Психическая и поведенческая заторможенность вследствие низкой температуры воздуха в доме. Состояние, внешне похожее на деменцию, нередко возникает вследствие низкой температуры воздуха в доме, где живет пожилой человек. Причиной этого, помимо материальных затруднений, может быть также характер-

ная для многих пожилых людей убежденность, что для здоровья полезно жить в холоде, часто проветривать помещение и т. д. Повышение температуры в жилище, улучшение теплоизоляции и регулярная горячая пища быстро ведут в таких случаях к улучшению когнитивных способностей и изменению поведения.

Психическая и поведенческая заторможенность вследствие избыточного приема лекарств. Характерный для многих пожилых людей бессистемный и избыточный прием лекарств, особенно снотворных (бензодиазепинов, а также гипотензивных и противоаллергических), ведет к ухудшению когнитивных функций, вялости и заторможенности. Необходим внимательный сбор лекарственного анамнеза, в том числе получение информации от родственников, поскольку сами пациенты могут об этом умалчивать, считая такой прием лекарств обычным и вполне нормальным. После прекращения их приема явления, напоминающие деменцию, обычно проходят.

Болезнь Альцгеймера (БА) — широко распространенное среди пожилых людей первичное дегенеративное заболевание головного мозга, главным проявлением которого является постепенно прогрессирующая деменция. *Деменция* (хронический мозговой синдром) — это часто встречающийся синдром заболеваний головного мозга, который проявляется повреждением когнитивной сферы, снижением интеллектуальных и других высших корковых функций — абстрактного мышления, памяти, сообразительности, уровня суждений, способности к обучению, счета, письма, речи и т. д.

Для постановки диагноза деменции необходимо, чтобы указанные расстройства продолжались не менее 6 месяцев и были выражены столь значительно, чтобы вести к нарушениям профессиональной, социальной и повседневной деятельности пациента.

В прежних классификациях деменцию относили в группу сенильного (старческого) слабоумия. Распространенность болезни Альцгеймера в целом составляет 1–1,5 %; среди лиц старше 65 лет — не менее 5 %, среди тех, кто находится в возрастном интервале от 80 до 89 лет, — около 11 % и примерно 20 % среди лиц старше 85 лет. Женщины болеют в 2–3 раза чаще мужчин, однако такое различие связано, вероятно, с их преобладанием в старших возрастных группах. Причины возникновения болезни Альцгеймера до настоящего времени неизвестны.

В ходе болезни происходит постепенная диффузная атрофия мозга с расширением мозговых желудочков. Типичный возраст начала — после 65 лет.

Начало болезни всегда постепенное и очень растянуто по времени — иными словами, родственники никогда не могут точно назвать день и даже месяц, с которого человек заболел. У пациента происходит медленное и неуклонное снижение интеллекта, памяти, сообразительности. Ухудшается моторная координация, присоединяются симптомы, связанные с локальными атрофическими повреждениями мозга, — расстройства речи, счета, письма и т. д. Постепенно утрачиваются прежние знания, умения и навыки.

Сознание нарастающей катастрофы на начальных стадиях болезни (1–2 года и более) у пациентов часто сохранено, в связи с чем возникают эмоциональные реакции — тревога, растерянность, чувство вины, попытки как-то замаскировать свою несостоятельность и т. д. В последующем сознание болезни исчезает, поведение пациента становится все более монотонным и нецеленаправленным, утрачиваются элементарные навыки самообслуживания. Течение болезни необратимо, продолжительность ее от первых признаков до смерти — 7–10 лет. Этиотропного лечения болезни Альцгеймера сегодня не существует. Ведущую роль в помощи этой категории больных сегодня играет не биологическая терапия, а социально-средовые и психологические воздействия, правильный уход, а также помощь членов семьи, которые осуществляют уход за пациентом.

Сосудистая деменция (СД) — вторая по значению группа состояний слабоумия в пожилом возрасте. Чаще всего представляет собой ступенчато нарастающее снижение интеллекта и когнитивных функций вследствие повторяющихся нарушений мозгового кровообращения, преимущественно в мелких и средних сосудах, и следующих за ними паренхиматозных повреждений. Начинается в возрасте 50–60 лет, у мужчин встречается несколько чаще.

Причина деменции — накопление очагов некроза в веществе мозга, которое возникает в результате повторяющихся инсультов, чаще всего ишемических. Начало заболевания, в отличие от деменции при БА, относительно острое и отчетливое, после одного или нескольких эпизодов нарушения мозгового кровообращения. Прогрессирование деменции происходит также ступенчато, с каждым новым эпизодом, при этом бывают периоды относительной стабилизации и улучшения когнитивных функций. Характерны эмоциональная лабильность, слезливость, сосудистые жалобы, колебания артериального давления, очаговая неврологическая симптоматика.

С учетом того, что причиной деменции при этой патологии являются тромбоэмболии мозговых сосудов, необходимо назначение пре-

паратов с антиагрегантным действием, например аспирин в дозе 0,3–0,65 г в сутки, и постоянный лабораторный контроль за свертывающей системой крови. Чрезвычайно важен контроль за артериальным давлением и его постоянная коррекция, поскольку одинаково плохо, если оно будет и значительно повышенным, и слишком низким, так как это увеличивает вероятность ишемических эпизодов. Необходимо лечение сопутствующей соматической патологии и обменных нарушений (ожирения, сахарного диабета); также важен, в отличие от болезни Альцгеймера, полный отказ от курения.

Использование этих простых мер дает возможность предупредить возникновение сосудистой деменции у пока еще здоровых людей, имеющих высокую вероятность развития этого заболевания, то есть страдающих гипертонией, имеющих избыточный вес, эмоциональные нагрузки на работе, ведущих малоподвижный образ жизни и т. д.

Депрессия является психическим расстройством, которое у людей пожилого возраста встречается намного чаще, чем в другие периоды жизни. Так, эпидемиологические исследования показали, что у лиц в возрасте 65 лет и старше частота случаев депрессии, требующих медицинского вмешательства, достигает 10 %. Многие случаи депрессии у пожилых людей внешне напоминают деменцию (так называемая депрессивная псевдодеменция). Нераспознанные депрессии у пожилых часто ведут к нарастающей социальной изоляции, утрате социальных навыков, а нередко — и к суициду. Периоды депрессии описывают как наличие подавленного настроения, беспокойства, ощущения пустоты жизни, все кажется малоинтересным, малозначимым. Часто возникает чувство апатии, вялости, незаслуженной обиды. Иногда старого человека охватывает убежденность в собственной бесполезности, нередко до такой степени, что он не видит смысла в дальнейшем существовании. Многие из пациентов с депрессивным синдромом говорят о том, что они приветствовали бы смерть, если бы она наступила быстро и безболезненно. При большой депрессии больной часто не отвечает на вопросы, не может правильно ориентироваться во времени и пространстве. Депрессивный пожилой пациент всегда сохраняет осознание болезни и свои прежние индивидуальные особенности. Другими словами, если на снижение памяти и интеллекта жалуется сам пациент, но не его близкие, то это депрессия; если же жалуются близкие, но пациент этого не замечает, то это деменция.

Диагностика и лечение депрессии и деменции относятся к компетенции врача-психиатра.

Фрустрационный стресс — это стресс рухнувшей надежды. Каждый пожилой человек проживает непростую жизнь (трудно представить человека, который дожил бы до 60 лет, не испытав ни страданий, ни стрессов). Самое страшное для человека — пережить крушение основных внутренних ценностей, потерять все то, на что ориентировался. Возникает твердое убеждение о никчемности и бесцельности всей жизни. А если пожилому человеку пришлось еще похоронить родных и близких, в особенности своих детей или супруга, вряд ли его психика и характер могут остаться без изменений. Стресс, связанный с фрустрацией, способствует значительному ускорению всех форм старения пожилого человека. Фрустрационный стресс может быть основной причиной многих соматических и психических заболеваний, среди которых — артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма, злокачественные опухоли и др. Среди психических болезней пожилых людей следует отметить старческий маразм, то есть угасание жизнедеятельности организма вследствие атрофии коры головного мозга. Эта болезнь сопровождается крайним истощением, упадком сил, почти полным прекращением психической деятельности. Очень часто данное состояние связано с потерей семьи, друзей, роли в обществе и т. д. Худший исход данного состояния — самоубийство. При формировании фрустрационного стресса значительное место занимает проблема одинокой старости. Изменение в психике одиноких стариков не укладывается ни в «клиническую», ни в «геронтологическую», ни в «социальную» норму.

Таким образом, фрустрационный стресс вызывает не только глубокую депрессию, но и расстраивает здоровье пожилого человека. Преодолеть фрустрационный стресс помогают обретение новых целей, позитивная переоценка прожитой жизни, активная культурно-досуговая деятельность, шутка и юмор.

Ревитализация — это укрепление, повышение жизненных сил старого человека, улучшение функций отдельных органов, систем и общее биологическое омоложение. Она включает в себя те же принципы, что и общий уход и помощь немощным старым людям. Ревитализация может проводиться в больницах, санаториях, на курортах, в домашних условиях. Осуществляется она под врачебным наблюдением.

Общими принципами оказания помощи немощным старым людям являются:

- своевременное протезирование, применение слуховых аппаратов, ортопедической обуви, использование различных подручных средств и приспособлений;
- кинезотерапия, т. е. упражнения, позволяющие восстановить способность к передвижению и навыки самообслуживания;
- физиотерапия и водные процедуры;
- фармакотерапия, способствующая физической и психической реабилитации;
- рациональное питание (диета соответственно заболеванию);
- психотерапия;
- эрготерапия, т. е. трудотерапия специально подобранными трудовыми занятиями.

Методы восстановления способности к передвижению у прикованных к постели старых людей бывают пассивными и активными. Обычно пассивный метод применяется сразу же после нарушения двигательных функций. Он включает массаж и пассивную гимнастику. Активное восстановление проводится уже усилиями самого больного. Этапы пассивного и активного восстановления могут иметь различную деятельность в зависимости от причин заболевания, возраста и общего состояния старого человека. Немаловажную роль играет и психическое состояние больного, его желание как можно быстрее восстановить свою независимость.

Психотерапия и психогигиена играют большую роль в процессе ревитализации. Старым людям необходимо постоянно тренировать свои интеллектуальные возможности посредством различных видов умственной нагрузки, таких как чтение, счет, запоминание стихов, изучение иностранного языка и т. д.

Поддержание хорошего настроения, оптимизма также благотворно влияет на различные функции организма. Обязательные развлечения, соответствующие возрасту и общему состоянию, способствуют сохранению физической независимости.

Психотерапия — это комплексное лечебное воздействие на психику больного человека, а через нее на весь организм с целью изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде. Социальный работник, имеющий постоянный и непосредственный контакт со старыми людьми, должен знать методы психотерапии и применять их в своей повседневной работе. Основным видом психотерапевтического лечения старых людей является общение

с ним. Любой старый человек нуждается в собеседнике, он ждет сочувствия, ласковых слов, желания его слушать. Поэтому нужно всегда найти время для общения, вселить надежду и веру, стремление к жизни. В старческом возрасте активно используются различные виды *эстетотерапии*:

- *музыкотерапия* — бессловесное внушение определенного настроения, поднимающего старого человека над своими переживаниями, помогающими ему преодолеть физическую немощь;

- *библиотерапия* — лечебное воздействие на психику старого человека при помощи книг;

- *психотерапия воспоминаниями, старыми фотографиями*. Этот метод приобретает особое значение в создании доброжелательного микроклимата вокруг старого человека, которому предлагают вспоминать и рассказывать о лучших периодах прожитой жизни, убеждая его тем самым, что жизнь прожита не зря. При этом методе можно вовремя погасить отрицательные воспоминания.

Уход за больными пожилого и старческого возраста более сложен и требует много внимания и времени. Основным принципом здесь является уважение к личности больного, принятие его таким, какой он есть, со всеми его недостатками, физическими и психическими. Следует помнить, что недостатки эти в большинстве случаев — проявление болезни, и соответствующий уход и лечение могут улучшить состояние больных. Здоровье пожилого человека, прежде всего психологическое, может быть в значительной мере сохранено его собственными усилиями, полным пониманием процессов, происходящих в организме, и факторов, противодействующих и болезни, и немощам.

Паллиативная помощь больным. Главная цель паллиативной помощи тяжелобольным — обеспечение лучшего качества их жизни.

Паллиативная помощь — оказание медицинской, психологической, социальной и духовной помощи тяжелобольным и их близким. Паллиативная помощь способствует улучшению качества жизни пациентов и их семей посредством предупреждения и облегчения страданий, при их раннем распознавании, безупречной оценке и лечении боли и других проблем, физических, психологических и душевных. Качество жизни имеет несколько аспектов: физический, функциональный, эмоциональный и социальный.

Все эти аспекты качества жизни взаимосвязаны и взаимопереплетены в единую систему, что обязательно должно учитываться при оказании помощи пациенту и его близким.

Восприятие болезни, несомненно, уникально для каждой личности. Тем не менее есть и некоторые сходства, которые в основном являются общими для многих пациентов. В начале болезни обычно имеет место возрастающий страх. Пациент сталкивается с наиболее тяжелыми душевными проблемами, в это время он испытывает неуверенность в себе, его чувства колеблются между надеждой и отчаянием.

Ощущение разрушения своего внутреннего мира, которое испытывает больной и которое часто не осознается многими близкими и друзьями, добавляет чувство изоляции ко многим другим их проблемам.

Единственное, что остается делать в этой ситуации, — это поддерживать больного человека своим пониманием и принятием его чувств, укрепляя в нем те надежды, которые реалистичны.

Для того, чтобы дожить до старости и сохранить при этом хорошее здоровье и благосостояние, каждый человек должен на протяжении всей своей жизни прилагать соответствующие усилия, и при этом необходимо, чтобы жизнь его протекала в здоровой окружающей среде.

Пожилого человека следует убеждать быть физически и психически активными, гнать от себя бездействие, лень, упрямство, из-за чего с возрастом все больше и больше растет его зависимость от людей, обеспечивающих его благополучие. Жить настоящим, осваивать новую информацию, проявлять интерес к проблемам и тенденциям в политической и экономической жизни своей страны и всего мира — все это сохраняет здоровую психику престарелого человека.

Тема 8. Основы геронгиены

Гигиена (в переводе с греч. *здоровый*) — наука, изучающая влияние разнообразных факторов окружающей среды и производственной деятельности на здоровье человека, его работоспособность, продолжительность жизни и разрабатывающая практические мероприятия, направленные на оздоровление условий жизни и труда человека.

Санитария (в переводе с лат. *здоровье*) — практическое применение обоснованных гигиенической наукой нормативов, санитар-

ных правил и рекомендаций, направленных на улучшение условий труда, быта, отдыха, питания с целью сохранения и укрепления здоровья населения.

Личная гигиена — совокупность гигиенических правил, выполнение которых способствует сохранению и укреплению здоровья человека. В пожилом возрасте у женщин и мужчин соблюдение правил личной гигиены приобретает особое значение. Личная гигиена включает общие гигиенические правила, одинаковые для людей любого возраста: правильное чередование умственного и физического труда, занятия физкультурой, регулярные приемы полноценной пищи, чередование труда и активного отдыха, полноценный сон. К личной гигиене в узком понимании относятся гигиенические требования к содержанию в чистоте тела, белья, одежды, жилища, а также к приготовлению пищи.

Первоочередным является соблюдение чистоты тела. В течение недели сальные железы выделяют на поверхность кожи человека от 100 до 300 г кожного сала, а потовые железы — от 3,5 до 7 л пота. Поэтому кожу нужно своевременно и регулярно мыть, иначе нарушаются ее защитные свойства и соотношение микроорганизмов, постоянно населяющих покровы тела, создаются благоприятные условия для размножения гноеродных микробов, паразитических грибов и других вредных микроорганизмов.

Особенно легко загрязняются открытые части тела. Доказано, что при нанесении бактериальных культур на кожу чисто вымытых рук количество бактерий через 10 минут уменьшается на 85 %, а при нанесении на кожу невымытых рук — через 20 минут лишь на 5 %. Особенно много бактерий обнаруживается под ногтями (примерно 95 % микроорганизмов, находящихся на коже рук), поэтому так важно систематически и правильно ухаживать за ногтями. Чистота рук обязательна при работе в учреждениях общественного питания, при приготовлении пищи дома. Не случайно дизентерию, например, часто называют болезнью грязных рук.

Основные средства для очищения кожи — мыло и вода. Каждый человек должен знать особенности своей кожи (сухая, жирная, нормальная) и учитывать это при уходе за ней. Душ желателен принимать ежедневно, особенно после работы, связанной с загрязнением кожи и сильным потоотделением, а также людям, страдающим потливостью; температура воды желательна не выше +37–38°С. Если в квартире нет водоснабжения и душевых установок, то обмывают открытые участки тела, подмышечные впадины,

кожу под молочными железами теплой водой с мылом; при этом лучше сменить загрязненное нательное белье. Мыться в ванне или бане с применением мыла и мочалки необходимо не реже одного раза в неделю; после мытья обязательно меняют нательное белье. При мытье, особенно с применением мочалки, кожа массируется, что улучшает ее кровоснабжение и общее самочувствие человека. Ноги моют с мылом на ночь, лучше ежедневно, особенно летом. При возникновении потертости, опрелости в межпальцевых складках нужно обратиться к врачу. Следует помнить, что при нарушении целостности кожи ног легко могут возникнуть грибковые заболевания кожи и гнойничковые заболевания кожи. При появлении мозолей их необходимо соответствующим образом снимать.

Волосы лучше мыть в мягкой воде; если же вода жесткая, то к ней добавляют буру или пищевую соду (1–2 чайные ложки на 5–6 л воды). Жирные или сухие волосы нуждаются в специальном уходе.

Уход за полостью рта помогает сохранить зубы, предупредить многие заболевания внутренних органов. Чистят зубы ежедневно утром, полощут рот после еды; при появлении неприятного запаха изо рта необходимо обратиться за советом к врачу. Для обнаружения начальной формы кариеса зубов, снятия зубного камня и других мероприятий, связанных с санацией полости рта, нужно не реже двух раз в год посещать стоматолога.

Помимо общегигиенических мероприятий, личная гигиена включает уход за наружными половыми органами.

Важное место в личной гигиене занимают соблюдение чистоты нательного белья, одежды, ежедневная смена носков (чулок), особенно при повышенной потливости. Чистота тела и одежды немаловажна без соблюдения чистоты в жилых комнатах, кухне, в производственных помещениях.

Каждому члену семьи рекомендуется иметь отдельную постель, отдельные полотенца (личное и банное); смену постельного белья приурочивают к посещению бани. Рекомендуется также перед сном менять дневное нательное белье на ночную сорочку (пижаму).

При разработке правил личной гигиены, по существу общих для всех людей, учитываются возрастные, а также анатомо-физиологические особенности женского и мужского организма.

Женщинам в климактерическом периоде кроме общегигиенических мероприятий рекомендуются ежедневное обтирание всего

тела водой (+36°C), занятия физкультурой, пребывание на свежем воздухе, правильное питание. Все это способствует ослаблению некоторых нарушений, связанных с возрастной перестройкой эндокринной системы. Следует регулярно, 2 раза в год, посещать врача-гинеколога, а при появлении даже незначительных выделений из половых органов сразу же показаться врачу.

Гигиена умственного труда. Успешная умственная деятельность возможна лишь в том случае, если она подчинена строгому распорядку, предусматривающему определенное время для труда и отдыха.

По мнению белорусского ученого, член-корреспондента НАН Беларуси, профессора А. Смеяновича, пожилому человеку полезно почаще совершать прогулки, а не сидеть часами перед телевизором. Специалисты советуют также научиться относиться к происходящему спокойнее, поскольку стресс существенно истощает мозг человека: может пострадать память, появиться ощущение полной растерянности, когда придет время сосредоточиться и сделать что-то важное. Известно, что лекарства, покупаемые без рецепта, могут быть опасны для мозга. Особенно это относится к таблеткам против кашля, некоторым болеутоляющим препаратам, средствам для улучшения сна и лекарствам от диареи (поноса).

Результат любого труда, а особенно умственного, зависит от настроения, от психологического климата в семье и коллективе. Увлеченность работой – один из основных факторов высокой производительности умственного труда. Создание благоприятной психологической обстановки, условий, в которых каждый член коллектива охвачен общим трудовым настроем и полон доброжелательности – одно из важнейших требований гигиены умственного труда.

Одновременно надо позаботиться и о благоприятных условиях труда. Накуренная комната, стук, шум, грохот негативно действуют на организм человека, приводят к преждевременному утомлению, порождают ошибки и промахи в работе. Столь же пагубное влияние на умственный труд оказывают алкогольные напитки и всевозможные возбуждающие средства (неумеренное употребление крепкого чая и кофе). Давая лишь кратковременный эффект, они влекут за собой быструю утомляемость, бессонницу, раздражительность, неустойчивость внимания.

Необходимым условием успешной творческой работы является постоянное умственное и духовное развитие, пополнение знаний.

Любая деятельность человека подчиняется единым физиологическим закономерностям, поэтому понять особенности умственного труда помогает сравнение с известными особенностями труда физического. Повышение производительности умственного труда достигается тренированностью, постепенным возрастанием нагрузки, поддержанием ее высокого уровня. Ученые утверждают, что головоломки и умственные упражнения помогают отсрочить угасание интеллекта в пожилом возрасте. Умственные упражнения – это очень хороший способ сохранить память, которая страдает в первую очередь при спаде умственной активности. Длительные периоды бездеятельности отрицательно сказываются на производительности. Поэтому отдыхать в процессе умственного труда разумнее, меняя форму этого труда или снижая нагрузку. Для повышения работоспособности, помимо строгого распорядка, целесообразно чередовать умственный труд с физическим трудом. Упражнения на свежем воздухе и прогулка не только снимают напряжение, возникающее при однообразной длительной позе, но и повышают общий тонус организма. Иногда при обдумывании какой-либо задачи полезно даже хождение по комнате. Часто прочные навыки умственной работы компенсируют недостаток способностей.

Исследуя процессы старения у людей умственного и физического труда, ученые доказали, что медленнее стареют представители первой группы, а не второй, как считалось ранее. Разумеется, нейроны мозга, главного органа, руководящего старением, с возрастом атрофируются и у тех, и у других. Но у занимающихся умственным трудом это «явление» происходит медленнее и потому не столь ощутимо. Кроме того, люди, привыкшие к интенсивной интеллектуальной деятельности, и по достижении пенсионного возраста не позволяют мозгу расслабляться: много читают, серьезно обдумывают возникающие проблемы, разгадывают кроссворды, зачастую не оставляют прежнюю работу. Выход на пенсию людей физического труда нередко связан с резким ограничением их двигательного режима, что ускоряет старение мозга.

Обычно многие пожилые люди жалуются на ухудшение памяти. Тренировать ее нужно ежедневно, выделив для этого не менее 15–30 минут. Можно начинать с заучивания стихов. Когда объем запоминаемой информации за фиксированное время прекратит увеличиваться, можно перейти к прозе, затем — к текстам на иностранном языке, причем в том же порядке: стихи, проза и т. д. Бри-

танские ученые наблюдали за двумя группами пожилых людей. Одних заставляли решать головоломки, другим предложили пассивно отдыхать. Праздное времяпрепровождение оказалось разрушительным для здоровья и мозга в том числе.

Назначение современной косметики. Термин «косметика» в переводе с греческого означает «искусство украшать». Постепенно косметика перестала быть только искусством украшения — она включала в себя и гигиенический уход за кожей, волосами, ногтями, а также лечение ряда косметических дефектов, обусловленных врожденными пороками развития или приобретенными заболеваниями. Позднее стали условно выделять гигиеническую, врачебную и декоративную косметику.

Гигиеническая косметика направлена на сохранение естественной красоты человеческого тела. Человек может быть привлекательным и красивым в любом возрасте. Но для этого он должен быть прежде всего здоровым, вести рациональный образ жизни: соблюдать правильный режим труда, отдыха и питания, больше двигаться, регулярно заниматься физической культурой, важно также предупреждать и своевременно лечить болезни, строго придерживаться правил личной гигиены, повышать сопротивляемость организма к заболеваниям, используя водные процедуры, воздушные и солнечные ванны и др.

Врачебная косметика включает предупреждение и устранение неблагоприятных изменений кожи и ее придатков, лечение косметических дефектов и заболеваний с помощью консервативных методов и хирургического вмешательства (косметическая хирургия). Неблагоприятные изменения кожи и ее придатков обычно связаны с возрастом и проявляются потерей упругости, эластичности и мягкости кожи, ее истончением, изменением цвета, поредением волос и др. При неправильном уходе за кожей лица и шеи довольно рано могут появиться морщины, чему способствуют и неблагоприятные климатические, профессиональные и другие факторы.

Врачебная косметика включает лечение чрезмерной сухости или жирности кожи, нарушений ее пигментации, болезней волос, устранение дефектов кожи, обусловленных заболеваниями, например, угрями, себореей, устранение родинок, волосатости, рубцов и татуировки, пороков развития лица, а также костных дефектов, полученных вследствие травмы, и др. Наиболее широко во врачебной косметике используется массаж, чистка кожи лица, маски, гимнастика.

Декоративная косметика — это применение разных средств с целью подчеркнуть, выявить привлекательность черт лица, волос, глаз и других черт внешнего облика, умело завуалировать косметические дефекты. Для этого используют различные декоративные средства: пудру, румяна, губную помаду, краски для волос, бровей, ресниц, век, лак для ногтей и волос, фиксаторы причесок, парики. Декоративные косметические средства употребляют с учетом туалета и возраста женщины, времени и места, где она находится.

Уход за кожей и волосами. Изменения, происходящие с кожей у пожилых людей. При старении кожа постепенно увядает; уменьшается наполнение ее кровью, ослабляются функции сальных и потовых желез, частично они атрофируются. Истонченная кожа местами напоминает папиросную бумагу, теряет эластичность. Подкожная жировая клетчатка истончается, местами полностью исчезает. На сухой, неравномерно пигментированной коже появляются ороговевшие участки — старческие кератомы. Она покрывается мелкими и глубокими морщинами, становится раздражимой и легко травмируется. Процессы восстановления кожи ухудшаются, с чем связано медленное заживление ран. В коже из-за повышенной ломкости стенок сосудов при малейшей травме и без нее возникают кровоизлияния.

Лицо, имеющее четкий овал, без морщин, с упругой кожей, всегда кажется молодым. Сохранению «молодого» овала лица способствует гимнастика — тренировка мимических мышц. Морщины на лице зависят от состояния клеточного тургора. То есть клетки кожи должны быть в достаточной степени наполнены тканевой жидкостью, чтобы их эластичные стенки немного напрягались под напором влаги. Но главное, конечно, — это состояние соединительных волокон кожи лица.

Характерный землисто-серый оттенок кожи лица пожилого человека обусловлен состоянием его подкожных кровеносных сосудов. С возрастом кровоснабжение ухудшается, капиллярная сеть сокращается. Чтобы приблизительно определить биологический (не паспортный) возраст кожи, можно воспользоваться следующим тестом. Большим и указательным пальцами нужно защемить кожу на тыльной стороне ладони и слегка оттянуть ее на 5 секунд, а затем проследить, через какое время исчезнут следы защемления. Если следы защемления исчезнут через 5 секунд, то коже еще нет 45 «биологических» лет, если через 10–15 секунд — ей под 60, если позже 35 секунд, то это кожа семидесятилетнего человека.

Уход за увядающей кожей. Шелушение и сухость кожи чаще всего говорят о недостатке витамина А, мелкие трещинки в уголках рта и над верхней губой — витамина В2, частые воспалительные процессы на коже — витаминов РР, Р. Прежде всего необходимо следить за массой тела. Резкие колебания в весе отражаются на коже лица, она становится дряблой и морщинистой. Универсальным средством является здоровый образ жизни, активный отдых на свежем воздухе, витаминизированное и сбалансированное питание. Кроме всевозможных процедур стареющая кожа требует специальной гимнастики, которая укрепляет мышцы лица, улучшает кровообращение. Гимнастику лица рекомендуется делать каждый день после общих гимнастических упражнений. Прежде чем приступить к ней, надо умыть лицо, шею, руки и вытереть их насухо. После гимнастики ополоснуть лицо и шею холодной водой и смазать смягчающим кремом.

Старение — это не болезнь, а физиологический процесс, который обычными косметологическими процедурами не остановить, его можно только отодвинуть, предотвратить преждевременное увядание. Способ обычный: очищение, увлажнение, защита и питание. Очищение с помощью жидких веществ, умывание только мягкой водой. Увлажнять кожу рекомендуется посредством увлажняющих кремов и питья травяных чаев, минеральной воды.

Особое значение в профилактике старения кожи придается витаминам А и Е, которые являются природными антиоксидантами, препятствующими образованию вредных продуктов метаболизма в клетке кожи. Нельзя активно загорать летом на солнце, которое обезвоживает кожу. Сухая кожа быстрее покрывается морщинами и поэтому ей вредна резкая смена температуры. Кожу можно очищать слегка подогретым растительным маслом. Умываться надо водой комнатной температуры и при этом легко массажировать кожу, особенно вокруг глаз, чтобы избавиться от припухлости, затем еще влажную кожу лица и шеи смазать смягчающим кремом. Вечером шею и лицо очистить лосьоном для сухой кожи (можно использовать для этой цели настой ромашки, липы, хмеля или чая). После этого влажным ватным тампоном нанести крем и осторожно втирать его в кожу до тех пор, пока он не впитается полностью.

Очень полезны горячие влажные компрессы, после которых лицо нужно ополоснуть и обязательно покрыть тонким слоем крема.

Особенно необходимы для стареющей кожи *косметические маски*. Маски следует наносить легкими движениями в направлении кожных линий, и делать это ежедневно или через день, причем желательно утром, до умывания, чередуя составы.

Очень полезны *ягодно-фруктово-овощные маски*, которые содержат много витаминов. Фрукты и овощи надо нарезать тонкими ломтиками или натереть на терке, а ягоды размять. Полученную кашицу нанести на лицо и держать 10–15 минут, затем смыть водой и сразу же смазать лицо кремом.

Огуречная маска полезна для увядающей, уставшей кожи с расширенными порами. Она разгладит лицо, освежит и отбелит. Для маски применяют огуречную кожуру, которую можно просто наложить на лицо.

Для смягчения и отбеливания кожи делают маски из соков ягод (малины, клубники, земляники, фруктов, овощей). Они содержат в себе много витаминов, глюкозу и придают коже эластичность, красивый оттенок.

Полезны маски из кислого молока, творога, яичного желтка или белка, меда, растительного масла, дрожжей, а также сока алоэ.

Можно также делать масляные маски. Для этого слегка подогреть растительное масло, смочить в нем хлопчатобумажную ткань с отверстиями для глаз, носа и рта и наложить на лицо. Сверху набросить компрессную клеенку или махровое полотенце. Необходимо употреблять специальные кремы, приготовленные на растительных маслах или с добавлением лекарственных трав.

Если кожа жирная и пористая, то полезны маски из невзбитого белка. Можно добавить в него 10 капель камфорного спирта или 10 капель лимонного сока.

В пожилом возрасте часто появляются пигментные пятна. Если они не связаны с заболеванием печени, желудка или кишечника, их можно попробовать вывести следующим способом: на предварительно очищенную кожу лица наложить крем «Детский», а затем в течение 20–30 минут ватным тампоном протирать пятна лимонным соком.

Особое внимание в профилактике преждевременного старения необходимо уделять защите кожи от загрязнений окружающей среды, главным образом от ионов тяжелых металлов, которые содержатся в промышленных выбросах, выхлопных газах, воде. Ионы тяжелых металлов при попадании на кожу активизируют процесс образования свободных радикалов, с участием которых происходит

ферментативное окисление органических веществ, в том числе входящих в состав дермы. То есть они «закисляют» организм, ускоряя его старение, причем агрессивный ультрафиолет также усиливает окисление. Флавоноиды, витамины-антиоксиданты (Е, бета-каротин) способны отчасти нейтрализовать агрессивное воздействие окружающей среды. Эти вещества-защитники нужно наносить на кожу введенными в состав кремов, а также употреблять с пищей.

Особенности ухода за ногами. Иногда, особенно к концу дня, ноги отекают, меняется их форма, появляется болезненность в суставах. Чтобы избежать этого, надо чаще давать ногам отдохнуть, не класть ногу на ногу, по возможности один-два раза в день менять обувь. Придя домой вечером, следует сразу же обмыть ноги прохладной водой. При отеках нежелательно употреблять много жидкости, лучше избегать чрезмерно горячей ванны. Для укрепления мышц ног рекомендуется плавание.

Отеки ног вызываются разными причинами. Отеки на щиколотках чаще всего являются результатом усталости. Надо намочить сухое полотенце в отваре розмарина (большая горсть на литр воды) и, обернув им ноги в щиколотках, лечь в постель. Под ступни положить подушку. Кровь будет лучше циркулировать, исчезнут застойные явления. Полезно ежедневно по многу раз окунать ноги то в горячую (на две минуты), то в холодную (на полминуты) воду. В горячей воде растворить морскую соль. Теплые ножные ванны с морской солью снимают усталость и ощущение жжения, смягчают ороговелости. После ванны хорошо растереть эти места уксусом или камфорным спиртом, после чего помассировать их сухой щеткой или грубой рукавичкой из льняного полотна 1–2 минуты и затем втереть масло или крем. Полезны также облучения кварцем и диатермия.

Если эти меры не помогут, надо обратиться к врачу.

Недостаток кровообращения. Тем, кто имеет склонность к расширению вен, не рекомендуется массировать ноги и держать их на солнце.

Мелкие кровеносные сосуды на ногах. При длительной сидячей работе на икрах или около щиколоток появляются многочисленные тоненькие красные и синие сосудики. Главная причина появления мельчайших сосудов — неправильное кровообращение, на что тело реагирует очень быстро. Чтобы устранить эти неприятные последствия длительного сидения, надо заниматься гимнастикой. Танцы, плавание, туристские походы — это то, что естественным образом усиливает кровообращение.

Нежелательна для повседневной носки обувь на высоком каблуке. Если приходится работать стоя, то, придя домой, надо полежать несколько минут, подняв ноги и упершись ступнями в стену. Во время сна можно попробовать класть ноги на небольшую подушку.

Если чувствуется усталость и боль в ногах, надо походить несколько минут на носках, затем на пятках и, наконец, на наружных краях стоп.

Важны меры, предупреждающие появление мозолей. Прежде всего необходимо правильно подбирать обувь. Полезны теплые мыльно-содовые ванны (на 2 л мыльной воды 1/2 столовой ложки пищевой соды). Если роговые наслоения небольшие, то они легко размягчаются и удаляются пемзой. После ванночек кожу смазывают питательным кремом. На застарелые, глубокие мозоли после ванны на ночь можно наложить кусочек листа алоэ (столетника) внутренней стороной разрезанного вдоль листа. Можно сделать компресс из 2 %-го раствора борной кислоты. Если мозоли образуются между пальцами, на ночь смазывайте их питательным кремом, а днем припудривайте детской присыпкой.

Гигиенический уход за ногами — ежедневное обмывание ног теплой водой с мылом, протирание их 2 %-м салициловым спиртом — обязательная процедура при их потливости. При сильной потливости ног необходимо делать горячие ванночки по 10 минут, добавив в воду несколько кристалликов марганцовки. Вытерев насухо ноги, смазать их лосьоном, между пальцами ног припудрить присыпкой. Хорошо помогают при потливости ног ванночки из отвара свежих листьев березы и полевого хвоща.

В случае врастания ногтя необходимо отказаться от узкой обуви, правильно стричь ногти (не слишком коротко), чтобы край ногтя выступал над мягкими тканями. Кроме этого необходимо соблюдать гигиену ног — ежедневно мыть теплой водой, менять чулки, носки, для улучшения кровообращения делать растирание и разминание пальцев и стопы в направлении снизу вверх. Если ткани вокруг вросшего ногтя воспалены, то сделайте теплую ножную ванночку со слабым раствором марганцовокислого калия, на край ногтя наложите узкую полоску стерильного бинта, хорошо пропитанную мазью, эмульсией (мазь Вишневского, стрептоцидовая, синтомициновая эмульсия).

Когда кожа на пятках утолщена, могут образоваться болезненные трещины, а в них может попасть инфекция, грязь, и в результате развивается воспалительный процесс. Чтобы этого избежать,

необходимо ежедневно перед сном вымыть ноги, а затем втереть жирный крем. Если же трещины уже появились, в течение месяца 2–3 раза в неделю делайте теплые ванночки для ног: на литр горячей воды одну столовую ложку пищевой соды, одну чайную ложку нашатырного спирта. Затем ополосните ноги раствором марганцовокислого калия светло-розового цвета. После ванночки следует вытереть ноги и наложить на область трещины повязку с синтомициновой эмульсией, закрыть компрессной бумагой и забинтовать. В последующем после бани опустить ноги в горячую мыльную воду и потереть ороговевшую кожу кусочком пемзы или специальной пилочкой. Очищенные места нужно смазать жирным кремом или жиром. Перед приходом лета желательно делать это ежедневно.

Основные правила ухода за волосами. Большой вред приносит волосам хождение как в холод, так и в жару без головного убора. Вредно для волос тугое стягивание их в прическу, сильные начесы. Волосы надо содержать в чистоте. Голову лучше всего мыть умеренно горячей кипяченой водой, летом при возможности дождевой, зимой — снеговой. Жесткая вода смягчится, если добавить нашатырного спирта (половина столовой ложки на литр воды). Длинные волосы надо мыть чаще и каждый день аккуратно расчесывать сначала редким, а затем густым гребешком, начиная с конца пряди. Не рекомендуется выкручивать волосы после мытья и туго заплетать их в косы. Нельзя сушить их на солнце, особенно завитые и окрашенные, они омертвевут, станут ломкими и начнут выпадать.

После зимы волосы обычно темнеют, теряют пышность. Каждый день надо расчесывать их щеткой в разных направлениях; от затылка ко лбу, слева направо и т. д.

Регулярный массаж кожи головы оказывает на волосы благоприятное воздействие. Чтобы волосы не запутались, нужно отделять небольшие пряди и смачивать их одну за другой в приготовленном отваре (ромашки, хвоща, гвоздики, шпината). Массаж нужно делать небольшими круговыми движениями пальцев обеих рук, сначала в левую сторону, затем в правую.

Для укрепления волос в кожу головы 1–2 раза в неделю можно втирать сок чеснока или 2–3 ст. ложки свежего лука (кашицы) или лукового сока. Затем нужно голову тепло укутать и через 2 часа помыть яичным желтком. Это укрепляет волосы, способствует их росту, избавляет от перхоти, придает шелковистость и блеск. С этой

же целью используется настой лесной мать-и-мачехи, корня лопуха и отвар из шишек хмеля. Столовую ложку мелко нарезанных листьев мать-и-мачехи или шишек хмеля залить стаканом кипятка, остудить, процедить и ежедневно смачивать им голову, слегка массируя кожу.

Чтобы не было перхоти и волосы слишком быстро не становились жирными, рекомендуется слегка втереть в кожу головы следующий состав: сок одного лимона, ложку касторового масла и один куриный желток. Выполнить теплое укутывание и через 40 минут вымыть голову. Если кожа и волосы очень сухие, то помогает следующий состав: 1 ст. ложку лопуха измельчить, залить 1 стаканом растительного масла (оливкового, подсолнечного, кукурузного). Настаивать две недели, процедить, втирать в кожу два раза в неделю.

Большое значение имеет и общее укрепление организма. Правильный режим сна, разумная организация труда и отдыха, дозированные занятия спортом помогут сохранить красоту не только тела, но и волос.

Содержание комнаты больного. Если больному предписан постельный режим, его размещают в отдельной комнате и обеспечивают максимальный покой.

В комнате должны быть:

- ✓ звонок, колокольчик, переговорное устройство или телефон;
- ✓ шкаф, например, с постельным бельем, одноразовыми предметами гигиены, пеленками и т. д.;
- ✓ стол, например, с цветами, фруктами;
- ✓ поднос с предметами для ухода;
- ✓ мусорное ведро или прикрепленный к кровати пакет или корзина для белья;
- ✓ при необходимости поручни, передвижной стул и т. п.;
- ✓ многофункциональная кровать;
- ✓ «судно» или горшок.

Рядом с кроватью располагают тумбочку или передвижной прикроватный столик, чтобы больной мог брать нужные ему вещи (очки, носовой платок, зеркало, колокольчик и др.). Для уюта больного в оборудовании комнаты следует учесть его желания и потребности, например, картины, фотографии, предметы воспоминаний и др. Кого-то будут радовать зеленые растения и цветы, книжные полки и книги, «веселые» гардины, радио и магнитофон, телевизор, крупные настенные часы и т. п. Главное условие такой обста-

новки — поддержание у подопечного чувства удовлетворения жизнью и уверенности в завтрашнем дне.

Желательно, чтобы такая комната была рядом с происходящими в семье событиями, находилась на одном уровне (этаже) с остальными помещениями, недалеко от ванны и туалета. Комната должна иметь достаточно много места, чтобы подопечный, например, на кресле-коляске или с приспособлениями для ходьбы, и человек, осуществляющий уход, могли бы свободно передвигаться. Также должно быть место для одного–двух посетителей.

Все, что создает помехи, является ненужным, необходимо убрать: слишком гладкий или неровный пол; неудобно расположенный дверной стопор; свободно лежащие телефонные и электрические кабели, удлинители; скользящие ковры; неустойчивая мебель (если подопечный может использовать ее для опоры).

Вид из окна для лежащего человека не должен быть безнадежным и мрачным (задний двор или стена), а доброжелательным и возможно интересным.

Освещенность, температура и проветривание комнаты больного. Комната, предназначенная для больного, должна быть просторной, светлой и по возможности защищенной от шума, изолированной. Обилие воздуха и света, оптимальный температурный режим в помещении оказывают благоприятное влияние на организм при любом заболевании. При отсутствии кондиционера помещение проветривают. В городе предпочтителен приток воздуха в ночное время, так как днем воздух в большей степени загрязнен пылью и газами (особенно в районах большого скопления транспорта). Для защиты больного от холодного потока воздуха во время проветривания комнаты его тело хорошо прикрывают одеялом, а голову — полотенцем или шарфом, лицо оставляют открытым. В зависимости от сезона года и погоды на время дневного сна желательно оставлять открытыми фрамуги или форточки. Летом окна могут быть открыты круглосуточно, зимой открывать фрамуги (форточки) следует 3–5 раз в сутки. Недопустимо вместо проветривания окуривать помещение различными ароматизирующими средствами.

Температура в помещении должна быть постоянной, в пределах +18–20° С (особенно важно, чтобы помещение не остывало к утру), относительная влажность воздуха — 30–60 %. При необходимости повышения влажности в комнате ставят сосуды с водой либо кладут увлажненную ветошь на отопительные батареи, для уменьше-

ния влажности помещение усиленно проветривают. Обилие дневного света необходимо больному, так как вид солнца и неба благоприятно влияет на его настроение и состояние. Силу света следует уменьшать лишь при заболеваниях глаз и некоторых болезнях нервной системы. Электрические лампочки должны быть прикрыты матовыми абажурами, а ночью оставляют включенными лишь осветительные приборы низкого накала (ночники).

Влажная уборка комнаты больного. Необходимо тщательно поддерживать чистоту помещения. Уборку следует проводить не реже двух раз в день с применением дезинфицирующих средств (раствор хлорной извести, хлорамин, креол, лизол и т. д.); оконные рамы, двери, мебель вытирают влажной ветошью, пол моют или протирают щеткой, обернутой влажной ветошью. Готовят раствор хлорной извести следующим образом: на 10 л холодной воды берут 1 кг хлорной извести. Раствор хлорной извести отстаивают 24 часа, затем сливают в темную бутылку; хранить его можно в течение 5–7 дней. Раствор хлорамина готовится непосредственно перед употреблением. Для приготовления 0,2 %-го раствора хлорамина берут 2 г хлорамина на 1 л воды; для приготовления 1 %-го раствора — 10 г хлорамина на 1 л воды и т. д. Во время влажной уборки надевают резиновые перчатки.

Панели моют или протирают влажной тряпкой один раз в три дня. Верхние части стен, потолки, плафоны очищаются от пыли 2 раза в месяц, с такой же частотой протирают оконные рамы и двери. Очень важно ежедневное влажное протирание радиаторов и труб центрального отопления, так как имеющаяся пыль может пригореть, при этом образуется оксид углерода, что является недопустимым.

Ковры, портьеры и другие предметы, где может скапливаться пыль, предпочтительно удалить либо часто вытряхивать или чистить пылесосом.

Начинать уборку в комнате нужно с прикроватного столика: стирают с него пыль, выбрасывают все лишнее, следят, чтобы не было скоропортящихся продуктов, и оставляют только необходимое (к примеру, книги или журналы для чтения, печенье, конфеты). Фрукты и скоропортящиеся продукты должны находиться в холодильнике. На окнах хранить продукты категорически запрещается. Затем вытирают пыль с подоконников, плафонов, кроватей и остальной мебели. Во время уборки в комнате должно быть тихо, движения убирающего не должны беспокоить больного.

Убирать следует чисто, не пропуская углов и труднодоступных мест. Подметать комнату следует от окон и стен по направлению к двери, к середине комнаты. После обеда производится влажное подметание с дезинфицирующим раствором и проветривание. После ужина протирают пол влажной тряпкой и проветривают комнату.

Личная гигиена больного. Соблюдение правил личной гигиены, содержание в чистоте комнаты и постели создают условия для скорейшего выздоровления больного и предупреждают развитие многих осложнений. Чем тяжелее больной, тем сложнее за ним ухаживать, труднее выполнять любые манипуляции по уходу за полостью рта, ушами, глазами, носом и т. п. Необходимо четко знать методику манипуляций, освоить их выполнение.

Смена постельного и нательного белья. Смена постельного и нательного белья производится регулярно, не реже одного раза в неделю, после гигиенической ванны. У тяжелобольных постель необходимо перестилать ежедневно утром и на ночь. Простыни и наволочки на постелях тяжелобольных не должны иметь швов, рубцов, застежек на стороне, обращенной к больному. Ни в коем случае нельзя сушить белье на радиаторах центрального отопления и затем давать больному. Грязное белье собирают в клеенчатые или целлофановые мешки и немедленно выносят из комнаты. Сортировка белья производится сразу. Для разборки грязного белья социальный работник должен иметь отдельный халат. Скопление большого количества грязного белья, переполнение им баков, ларей запрещается. Белье, загрязненное выделениями, необходимо сразу замочить в растворе хлорамина и затем постирать или отправить в прачечную.

В зависимости от состояния больного существуют различные способы смены постельного белья. Если больному разрешают ходить, то он сам может поменять постельное белье с помощью социального работника. Когда больному разрешают сидеть, его пересаживают с постели на стул, а социальный работник перестилает ему постель. Менять постельное белье лежачих больных гораздо сложнее. Смену постельного белья тяжелобольным нужно производить умело, не создавая для них неудобной позы, вынужденного мышечного напряжения, не причиняя боли. Постельное белье меняют два человека с минимальной затратой физических сил со стороны больного.

Если больному нельзя вставать, то сменить простыню можно следующим образом: подушку убирают, а больного поворачивают

на бок лицом к краю кровати; на освободившейся половине кровати, находящейся со стороны спины больного, скатывают грязную простыню в виде валика и на освободившееся место кладут чистую простыню, также наполовину скатанную валиком. Больного поворачивают на спину, а затем на другой бок и он оказывается, таким образом, на чистой простыне. Грязную простыню убирают, а чистую расправляют.

Если больному нельзя двигаться, то его можно временно переложить на каталку и перестелить постель, либо, приподнимая верхнюю часть тела больного, скатывают валиком грязную простыню со стороны головного конца кровати до поясицы, подкладывая при этом на освободившееся место свежую. Затем, приподнимая таз больного, сдвигают грязную простыню, продолжая расправлять на ее месте чистую. Можно использовать другой способ: грязную простыню складывают или скатывают валиком со стороны головы и ног и осторожно удаляют. Чистую простыню, скатанную, как бинт, с двух сторон валиками, осторожно подводят под крестец больного и затем расправляют в направлении к голове и ногам. На простыне не должно быть рубцов, заплат, складок. Складки чистой простыни тщательно расправляют, края ее прикрепляют безопасными (английскими) булавками к матрацу.

При смене нательного белья социальному работнику следует подвести руки под крестец больного, захватить края рубашки и осторожно подвести ее к голове, затем поднять обе руки больного и скатанную рубашку у шеи перевести через голову больного. После этого освобождают руки больного. Одевают больного в обратном порядке: сначала надевают рукава рубашки, затем перекидывают через голову и, наконец, расправляют под больным. Если у тяжелобольного одна рука повреждена, то вначале снимают рукав со здоровой руки, а затем с больной. Надевают рубашку, начиная с больной руки, затем через голову опускают ее, тщательно расправляя складки. Если больному совсем нельзя двигаться, то применяют рубашку-распашонку, которую легко надевать и снимать. Распашонку спускают с обоих плеч на спину, снимают с одной руки, а затем удаляют из-под тела и снимают с другой руки. Если у больного повреждена рука, то распашонку снимают с нее в последнюю очередь, а надевают в первую.

Применение суден и мочеприемников. Судно — один из самых необходимых предметов ухода за лежащими больными. Оно может быть металлическим, эмалированным, фаянсовым или резиновым, различной формы (продолговатое, круглое). Более удобно продолго-

ватое судно, оно достаточно глубокое и имеет площадку для упора крестца. При использовании круглого судна не всегда удастся предотвратить загрязнение тела и постели больного. Резиновое судно благодаря эластичным стенкам оказывает меньшее давление, чем другие, и его удобнее оставлять на продолжительное время, периодически вынимая для санитарной обработки. Резиновое судно можно применять и вместо подкладного круга.

Перед использованием судно ополаскивают теплой водой, чтобы исключить неприятное ощущение холода, наливают в него немного воды, покрывают клеенкой постель. При подаче судна левую руку подводят под крестец больного, приподнимают его, а правой подкладывают судно так, чтобы промежность оказалась над отверстием, а трубка — между бедрами. После опорожнения кишечника судно извлекают из-под больного, накрывают крышкой и выносят, а больного подмывают. После использования судно тщательно моют и дезинфицируют 1 %-м раствором хлорамина, 5 %-м раствором лизола, раствором перманганата калия или стерилизуют. Чистое судно хранится под койкой больного в специальной подставке.

Для опорожнения мочевого пузыря применяются мочеприемники. Они могут быть стеклянными и эмалированными. Для ослабленных больных, которые не могут встать с постели, применяют постельные стеклянные мочеприемники (утки) емкостью в 1–2 л.

Мочеприемники для мужчин и для женщин различаются по устройству воронки. У мужского мочеприемника имеется направленная вверх труба, у женского — в конце трубы воронка с отогнутыми краями, расположенная более горизонтально. Женщины могут пользоваться и судном.

Мочеприемники должны подаваться чистыми и теплыми. Они промываются теплой водой с мылом, для снятия осадка со стенок обрабатываются слабым раствором соляной кислоты. Лежащие больные должны иметь индивидуальные мочеприемники, которые они носят постоянно или надевают на ночь (при ночном недержании мочи). По мере наполнения мочеприемника его снимают, выливают мочу и промывают проточной водой. Периодически (не реже 1 раза в 2–3 суток) мочеприемник кипятят или обрабатывают дезинфицирующими растворами (перманганатом калия, фурацилином и др.).

В настоящее время широко применяются памперсы для взрослых. Они не только хорошо впитывают влагу, позволяя избежать опрелостей, но и поглощают запахи, поэтому являются более пред-

почтительным гигиеническим средством, чем судно и мочеприемник. По возможности, особенно на ночь, рекомендуется надевать больному памперс. Памперсы меняют 3–5 раз в сутки, и после дефекации.

Больных, страдающих недержанием мочи и кала, а также тяжелобольных после каждого акта дефекации и мочеиспускания необходимо подмывать, так как загрязнение мочой и калом области паховых складок и промежности может привести к мацерации и воспалению кожи. Перед подмыванием под ягодицы лежащего больного подводят клеенку, а затем подкладывают судно. Больной сгибает колени и разводит ноги. На область половых органов из кружки Эсмарха или кувшина льют теплый ($37\text{--}38^{\circ}\text{C}$) антисептический раствор (слабый раствор калия перманганата или раствор фурацилина — 1:5000), а пинцетом или корнцангом с помощью ватного тампона протирают кожу в области половых органов. Движения тампона должны быть направлены от промежности к заднему проходу, чтобы не занести инфекцию в мочеполовую систему. В таком же направлении протирают кожу сухим тампоном. Если имеется опрелость в паховых складках, то кожу смазывают вазелином.

Уход за полостью рта. У ослабленных больных в полости рта скапливаются болезненные микроорганизмы, которые создают неприятный запах и могут вызвать гнойные поражения слизистой оболочки полости рта.

Ходячие больные не реже двух раз в день чистят зубы и спинку языка зубной щеткой. Если язык покрыт толстым налетом, его удаляют 2 %-м раствором соды пополам с глицерином. Рекомендуется пользоваться мягкими зубными щетками, которые не травмируют слизистую оболочку десен. Щетки нужно тщательно промывать чистой водой с мылом.

После этого, а также после каждого приема пищи производят гигиеническое полоскание полости рта слегка подсоленной водой или слабым раствором калия перманганата. Тяжелобольные не могут самостоятельно чистить зубы, поэтому после каждого приема пищи социальный работник должен протереть рот больному. Для этого он берет пинцетом ватный шарик, смачивает его в 5 %-м растворе борной кислоты или 2 %-м растворе натрия гидрокарбоната или в слабом растворе калия перманганата, или просто в теплой кипяченой воде, и протирает больному язык и зубы. Вначале нужно протереть щечные поверхности зубов, а потом каждый зуб в отдельности. При протирании верхних коренных зубов нужно шпа-

телем оттянуть щеки, чтобы не внести инфекцию в выводной проток околоушной железы. По этой же причине слизистую оболочку щек протирать не рекомендуется. Чтобы протереть язык, нужно его конец обернуть стерильной марлевой салфеткой, левой рукой вытянуть изо рта, а правой, используя влажный ватный шарик, зажатый пинцетом, снять налет с поверхности языка. Затем полость рта промывают с помощью резинового баллона или поильника слабыми растворами пищевой соды, буры, перманганата калия. Для этого больному придают положение с несколько наклоненной вперед головой, чтобы жидкость легче стекала и не попала в дыхательные пути, при этом оттягивают угол рта для лучшего ее оттока. Для отплеывания может использоваться «судно».

У лежащих подопечных, чей рот постоянно открыт и которые не могут самостоятельно пить, ротовая полость несколько раз в день должна обрабатываться влажными ватными или марлевыми тампонами. Они могут быть смочены в ромашковом или шалфейном чае или глицерине с лимонным соком. Также увлажняется и протирается язык. Дополнительно можно в защечные карманы закапать немного жидкости (лучше чай, часто в течение дня), особенно если голова лежит одной щекой на подушке. Искусственная слюна (спрей) может уменьшить сухость ротовой полости и языка. Губы защищаются от высыхания и шелушения гигиеническими помадами или кремами.

У тяжелобольных часто возникают воспалительные явления на слизистой оболочке полости рта — стоматиты. Появляются боль при приеме пищи, слюнотечение, может повыситься температура. Медикаментозное воздействие на слизистую оболочку полости рта заключается в проведении так называемой аппликации или орошения. Аппликация — это накладывание стерильных марлевых салфеток, смоченных в каком-либо дезинфицирующем растворе (2 %-й раствор хлорамина или 0,1 %-й раствор фурацилина) на больное место (3–5 мин.). Эту процедуру повторяют несколько раз в день. Можно делать аппликации с болеутоляющими средствами.

Орошение производят с помощью кружки Эсмарха, шприца Жане или резиновой груши. Грудь больного накрывают клеенкой, придают ему полусидячее положение, а в руки дают почкообразный тазик, который он подносит к подбородку для стекания промывной жидкости. Социальный работник, оттягивая шпатель поочередно то левую, то правую щеку, вводит наконечник и орошает полость рта. Под давлением струи происходит механическое вымывание

частиц пищи, гноя и др. Кружка Эсмарха должна находиться на 1 м выше головы больного. Этим обеспечивается достаточная сила струи. Наконечник до процедуры кипятят, а затем промывают проточной водой и хранят в 2 %-м растворе хлорамина или в растворе фурацилина 1:5000.

Иногда у больных появляются сухость губ и трещины в углах рта. Это причиняет боль при открывании рта и мешает заживлению. Для облегчения состояния на губы накладывают марлевую салфетку, смоченную водой, а затем смазывают губы любым маслом, борным вазелином или глицерином. Не разрешается широко открывать рот, дотрагиваться до трещин и срывать образовавшиеся корочки. Запрещается пользоваться зубной щеткой.

Если у больного имеются зубные протезы, то на ночь их следует снять, тщательно промыть с мылом и до утра хранить в чистом сухом стакане, а утром снова промыть и надеть. Ни в коем случае подопечный не должен в течение дня отказываться от использования протезов, чтобы его челюсть не теряла форму, также это необходимо из эстетических соображений. У больных с высокой температурой или тяжелым нарушением кровообращения иногда встречается афтозный стоматит, при котором появляется очень неприятный запах изо рта, удручающе действующий на больного и окружающих. Для ликвидации запаха следует лечить основное заболевание, а также назначать вещества, уничтожающие запах: полоскание 0,5 %-м раствором хлорамина, 2 %-м раствором натрия гидрокарбоната или 1 %-м раствором натрия хлорида.

Уход за полостью носа. Ходячие больные во время утреннего туалета самостоятельно осуществляют гигиенический уход за носом.

У тяжелобольного на слизистой оболочке носа скапливается большое количество слизи и пыль, что затрудняет дыхание и отягощает состояние больного. Слизь легко удалить спринцеванием полости носа теплой водой. При образовании корок их удаляют, предварительно размячнув, для чего в нос закапывают вазелиновое масло или глицерин; нос осторожно прочищают ватным фитильком. Для этого в носовые ходы вводят ватную турунду (можно свернуть марлевую салфетку в трубочку), смоченную в вазелиновом масле, глицерине или любом маслянистом растворе, запрокидывая голову больному. Через 2–3 минуты вращательными движениями вытаскивают ее и удаляют при этом корочки. Процедура эта довольно простая, но требует навыка и терпения.

Уход за ушами. Ходячие больные во время утреннего туалета самостоятельно ежедневно моют уши теплой водой с мылом. Больным, длительно находящимся в постели, социальный работник периодически чистит уши, чтобы не скапливалась сера, которая может вызвать понижение слуха. Серу из слухового прохода осторожно удаляют ватным жгутиком, предварительно закапав в наружный слуховой проход несколько капель 3 %-го раствора перекиси водорода. Для закапывания капель в ухо больного его голову наклоняют в противоположную сторону. Мочку уха больного левой рукой немного оттягивают назад и вверх, а правой держат пипетку и отсчитывают капли, поступающие в слуховой проход. После этого в ухо закладывают небольшой ватный тампон на несколько минут. Для протирания уха пользуются тонкими зондами с винтовой нарезкой на конце. Наматывать вату на зонд необходимо туго, вату следует употреблять гигроскопическую, стерильную. Протирание уха производится следующим образом: левой рукой оттягивают ушную раковину назад и вверх, а правой осторожно вводят зонд с накрученной на конце ватой в наружный слуховой проход и легкими вращениями зонда очищают его. Периодически следует протирать кожу задней поверхности ушной раковины, особенно у места ее перехода на область сосцевидного отростка, во избежание появления здесь воспалительных изменений.

Не следует удалять серу из ушей спичкой, шпилькой и тому подобными предметами, так как при этом можно случайно проколоть барабанную перепонку, а также повредить наружный слуховой проход, что может стать причиной наружного отита. Нельзя разрешать тяжелобольному самостоятельно удалять серную пробку.

При скоплении большого количества серных пробок производят спринцевание уха при помощи большого шприца (шприц Жане емкостью до 150 мл) или резинового баллона. Больного сажают перед собой боком, чтобы источник света хорошо освещал ухо. В руки больному дают лоток, который он прижимает к шее под ушной раковиной. Затем социальный работник левой рукой оттягивает ушную раковину назад и вверх, а правой вводит конец шприца в наружный слуховой проход, направляя струю раствора по верхнезадней стенке его под большим давлением.

Уход за глазами. При выделениях из глаз, склеивающих ресницы и веки, во время утреннего туалета глаза осторожно промывают теплой водой при помощи ватного тампона. При появлении белых гнойных выделений в уголках глаз больного промывание

производят стерильным марлевым тампоном, смоченным в теплом слабом растворе борной кислоты. Движения тампона — от наружного края глаза к носу.

При заболеваниях глаз производят закапывание капель и втирание глазных мазей. Капли должны быть стерильными, так как введение нестерильно-стерильных растворов может привести к инфицированию глаза. Для закапывания капель существует специальная пипетка, которую перед употреблением кипятят. Перед процедурой социальный работник должен тщательно вымыть руки с мылом и щеткой, протереть их спиртом, чтобы не занести инфекцию в глаза. Техника закапывания капель в глаза следующая: слегка оттягивают нижнее веко левой рукой и, предложив больному посмотреть в противоположную сторону, медленно впускают одну каплю ближе к носу, затем, переждав немного, впускают вторую каплю и просят больного закрыть глаза. После употребления глазную пипетку промывают теплой водой и помещают в специальную глазную капельницу. Глазные мази накладывают на веки специальной стеклянной лопаточкой. Мази и лопатки должны быть стерильными. Веко больного оттягивают вниз, закладывают мазь и мягкими движениями пальцев растирают ее по слизистой оболочке.

Спринцевание больных. Гинекологическим больным помимо подмывания наружных половых органов часто производят спринцевания. Для этого нужно иметь кружку Эсмарха, специальные растворы и приспособления: слабый раствор калия перманганата (5–6 крупинок на 1 л воды), физиологический раствор, раствор натрия гидрокарбоната (2 чайные ложки на 1 л воды), борной кислоты (3–4 ложки на 0,5 л воды).

Гинекологическим больным спринцевания проводят как лечебную процедуру. После некоторых лекарственных спринцеваний больная должна полежать, чтобы раствор мог оказать более длительное действие. После процедуры во избежание образования опрелости надо тщательно осушить область наружных половых органов и промежности. Вся система (кружка Эсмарха, резиновая трубка, кран и наконечник) обязательно стерилизуется перед каждым применением. Для этого после употребления кружку Эсмарха нужно хорошо вымыть вначале теплой водой, затем дезинфицирующим раствором, наконечник опустить в банку с 3 %-м раствором хлорамина или борной кислоты, а перед употреблением прокипятить.

Уход за кожей. Важнейшими условиями нормальной деятельности кожи являются ее чистота и целостность. Упругость, мягкость и гибкость кожи обеспечивают сальные и потовые железы. Однако жир и пот, чрезмерно скапливаясь на поверхности кожи, способствуют ее загрязнению. Вместе с жиром и потом на коже скапливаются пыль, микроорганизмы. Загрязнение ее вызывает ощущение зуда. Зуд ведет к расчесам, ссадинам, что, в свою очередь, способствует проникновению в глубь кожи всевозможных микробов, находящихся на ее поверхности. Если не следить за чистотой кожи, на ней могут образовываться гнойничковая сыпь, шелушение, опрелости, изъязвления, пролежни, нарушения целостности и др.

Чтобы кожа больного была чистой и нормально функционировала, необходимо совершать ежедневный утренний и вечерний туалет. Лицо, шею и верхнюю часть туловища следует мыть ежедневно, а руки больной должен мыть с мылом не только перед каждой едой, но и после туалета, в связи с тем, что они могут стать источником инфекционных заболеваний, в особенности желудочно-кишечных. Больным, находящимся на строгом постельном режиме, социальный работник помогает умыться, поливая из кувшина над тазом или производит умывание с помощью мягкой губки, смоченной в теплой воде.

При отсутствии противопоказаний больного с разрешения врача моют в ванне или под душем не реже одного раза в неделю. Социальный работник предварительно подготавливает ванное помещение, проводит уборку, чистит ванну, следит за тем, чтобы не было сквозняков, температура воздуха в ванном помещении была не менее 25°C. Для больного должны быть приготовлены одна пара чистого белья, мыло, чистая простыня или полотенце. Социальный работник наполняет ванну водой и правильно укладывает в нее больного. Вода должна покрывать $\frac{2}{3}$ тела больного. Область сердца не покрывается водой. Социальный работник присутствует во время мытья, следит за общим состоянием больного, за его кожными покровами и пульсом. Если больному становится душно, появляются одышка и сердцебиение, его извлекают из ванны, насухо вытирают теплой простыней, укладывают на кровать, срочно вызывают врача. До прихода врача социальный работник дает больному несколько глотков воды, кладет прохладный компресс на область сердца и на лоб. Более радикальное лечение назначает врач.

Если ванна и душ противопоказаны, то кроме умывания необходимо ежедневно протирать кожу больного ватным тампоном,

смоченным дезинфицирующим раствором (бутылочку с раствором ставят под струю теплой воды). Если же готового раствора нет, то можно приготовить его самим: на стакан воды взять одну столовую ложку уксуса и одну ложку камфорного спирта. Если нет никакого дезинфицирующего раствора, то кожу можно протереть теплой кипяченой или туалетной водой, водкой или одеколоном.

Для протирания кожи больного берут один конец полотенца, смачивают дезинфицирующим раствором, слегка отжимают и начинают протирать шею, за ушами, спину, переднюю поверхность грудной клетки и подмышечные впадины. Затем кожу вытирают насухо в том же порядке.

При строгом постельном режиме ноги моют не реже трех раз в неделю, ставя для этого на кровать тазик, после чего по мере необходимости коротко остригают ногти. Для стрижки ногтей у тяжелобольных используют маленькие ножницы. Стричь следует так, чтобы не поранить кожу. У больных, длительно находящихся на постельном режиме, на подошвенной стороне стоп иногда образуются толстые слои ороговелости. Их удаляют во время мытья ног при помощи пемзы, а иногда и специальных отшелушивающих мазей по назначению врача.

Подмышечные области, паховые складки, складки кожи под грудными железами, особенно у тучных больных с повышенной потливостью, регулярно моют или протирают камфорным спиртом, водкой или одеколоном во избежание опрелости.

Ежедневное мытье может привести к обезжириванию кожи и вызвать раздражение. Для ухода предусмотрены кремы, лосьоны, масла, которые не должны препятствовать обмену веществ кожи и ее дыханию. За кожей необходимо ежедневно ухаживать и защищать ее, чтобы она оставалась эластичной, поддерживала свою регенерацию и не подвергалась вредным воздействиям. Уход за лицом требует других средств ухода, чем кожа тела. Вазелин и молочный жир не рекомендуются, поскольку они закупоривают кожу.

В случаях непроизвольного мочеиспускания или дефекации следует как можно быстрее заменить клеенку и подкладную пеленку (а при необходимости постельное и нательное белье) и обязательно обмыть половые органы, промежность, ягодичную область.

Уход за волосами. Через неделю после мытья головы в волосах скапливается большое количество жира, пыли и грязи, поэтому необходимо один раз в 7–10 дней мыть голову с мылом или шампунем. У больных, длительное время находящихся в постели и не

соблюдающих гигиенический режим, в волосах, кроме грязи, могут появиться гниды и насекомые (вши), поэтому социальный работник должен тщательно следить за волосами больных. Мужчинам, длительно находящимся в постели, следует коротко подстригать волосы и мыть их через 7–10 дней. Гораздо сложнее следить за чистотой головы у женщин с длинными волосами. Таким больным ежедневно нужно расчесывать волосы густым гребешком, который должен быть индивидуальным у каждой больной. Чужими расческами пользоваться категорически запрещается. Густой гребень, смоченный в растворе уксуса, хорошо вычесывает перхоть и грязь. Гребешки следует содержать в чистоте, периодически протирать их спиртом, уксусом и мыть в горячей воде с содой или нашатырным спиртом. Если состояние больного позволяет, то голову ему моют во время гигиенической ванны. Если больной длительное время не встает, ему моют голову в постели. При этом ставят тазик у головного конца кровати, запрокидывают голову больного на уровне шеи и подставляют возвышение. Во время намыливания следует хорошо протереть кожу под волосами. Затем хорошо ополаскивают их и насухо вытирают, после чего тщательно расчесывают.

После мытья головы, особенно женщинам с длинными волосами, следует надевать на голову полотенце или косыночку во избежание переохлаждения.

Тема 9. Особенности питания стареющих людей

Питание является важнейшей физиологической потребностью нашего организма. С пищей человек получает белки, жиры, углеводы, воду, витамины и минеральные соли — вещества, необходимые для покрытия энергетических расходов, построения и регенерации тканей тела и регуляции функций организма.

Согласно нормам, предложенным для здорового человека, количество животных белков составляет 100–120 г, растительных белков — 40 г, животных жиров — 85–90 г, растительных жиров — 10–15 г, углеводов 400–450 г. Сгорая или окисляясь в организме, они выделяют теплоту, которая измеряется в калориях (джоулях). При окислении 1 г белка выделяется 4,2 ккал (17,1 кДж), 1 г угле-

водов — 4,1 ккал (17,1 кДж), 1 г жира — 9,3 ккал (38,9 кДж). Зная количество белков, жиров и углеводов, входящих в состав данного продукта, можно рассчитать его калорийность. Для больных калорийность пищи не должна превышать норм, установленных для лиц, не занимающихся физическим трудом, то есть 30–35 ккал (125–150 кДж) на 1 кг массы тела.

Соотношение белков, жиров и углеводов в суточном рационе должно быть 1:1:4, то есть на 1 г белков рекомендуется 1 г жиров и 4 г углеводов.

Основными принципами режима питания пожилых людей должны быть рациональное питание и исключение переедания. Рациональное питание сохраняет здоровье человека, повышает его трудоспособность.

Существуют два основных правила рационального питания.

Первое правило — равновесие получаемой и расходуемой энергии. Человек начинает полнеть, если его организм получает энергии больше, чем расходует, то есть получает пищи больше, чем это необходимо для нормального развития, для работы и хорошего самочувствия.

Второе правило — соответствие химического состава рациона физиологическим потребностям организма в пищевых веществах. Питание должно быть разнообразным и обеспечивать потребности в белках, жирах, углеводах, витаминах, минеральных веществах, пищевых волокнах. Многие из этих веществ незаменимы, поскольку не образуются в организме, а поступают только с пищей. Любое отклонение от правил рационального питания приводит к нарушению здоровья.

Пожилый человек в своей системе питания должен придерживаться следующих рекомендаций:

- прием пищи только при ощущении голода;
- отказ от приема пищи при болях, физическом недомогании, при лихорадке и повышенной температуре тела;
- отказ от приема пищи непосредственно перед сном, а также до и после серьезной работы, физической либо умственной;
- иметь свободное время для усвоения пищи;
- избегать физических упражнений после еды;
- лицам, страдающим хроническими заболеваниями, нужно соблюдать соответствующую диету.

В пожилом возрасте следует принимать пищу 4–5 раз в день, причем последний прием должен быть не позже чем за 2 часа до

сна. Перед сном можно выпить стакан кефира или простокваши, съесть яблоко или морковь. На первый завтрак должно приходиться 25 % суточного рациона, на второй — 15 %, на обед — 35 %, на ужин — 25 %.

Для пожилого человека, здоровье которогоотягощено различными заболеваниями, наиболее приемлемо четырехразовое питание: завтрак в 7–9 часов, обед в 12–13 часов, полдник в 16–17 часов, ужин в 19–20 часов. За час–полчаса до еды нужно пить воду и соки. Они вымывают из организма токсины, улучшают обмен веществ, способствуют оздоровлению многих органов. Общее потребление жидкости в сутки желательно довести до двух литров.

Учет изменения обмена веществ и энергии пожилых людей при организации их питания

Величина основного обмена у пожилых и старых людей неуклонно снижается. Старческий организм становится более чувствительным и менее устойчивым к недостатку кислорода. При старении снижается интенсивность дыхания многих тканей (тканей миокарда, мозга, почек и др.). Весь этот комплекс изменений обмена веществ и энергии ограничивает функциональные возможности клеток и органов при старении и способствует развитию их недостаточности при повышенных нагрузках.

У пожилых людей снижается активность желез внутренней секреции, они становятся сдержаннее в эмоциях, спокойнее. В пожилом возрасте в связи с изменениями обмена веществ и энергии в процессе старения пищевые вещества хуже усваиваются и менее интенсивно расщепляются до конечных продуктов обмена. Если не изменить привычного подхода к питанию, то неизменно последуют нарушения в обмене веществ, появятся заболевания сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, ожирение и др.

Если пожилой человек резко изменяет привычный образ жизни, начинает излишне щадить себя, мало двигаться, а питаться, как раньше, то процесс старения ускоряется и развивается атеросклероз или ожирение. Активная мышечная ткань постепенно частично замещается жировой тканью. У старых людей может наблюдаться и обратный процесс — исхудание, которое может зависеть от недостатка желудочных и кишечных соков, сопровождающегося понижением аппетита, снижением усвояемости пищи, активности половых и других желез внутренней секреции, атеросклерозом.

Наступление таких возрастных изменений должно учитываться и требует соответствующего изменения характера питания и образа жизни.

Поскольку с возрастом происходит снижение обмена веществ, необходимы умеренность в питании и низкая калорийность пищи. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что калорийность пищи у людей 60–70 лет должна быть на уровне 80 % суточного рациона людей в возрасте от 20 до 30 лет. Людям в возрасте старше 50 лет ежедневно требуется 2500 ккал; старше 60 лет — 2000 ккал. Суточная норма белков, жиров и углеводов составляет: белков — 80–100 г, жиров — 70–80 г (в том числе около 25 г растительного масла), углеводов 300–400 г (ограничивать сахар, мучные блюда).

Известно, что продуктивный период жизни пожилого человека увеличивается на 5–10 и более лет, если он поддерживает свою массу тела на пониженном уровне, соответствующем состоянию хорошего самочувствия.

Первичные механизмы старения связаны с изменениями в процессе синтеза белка. Белки идут на строительство клеток и тканей, участвуют в образовании ферментов, гормонов, способствуют усвоению других пищевых веществ. В их состав входят аминокислоты, которых нет ни в жирах, ни в углеводах. При старении уменьшается количество активных белков, а масса инертных белков, наоборот, нарастает. В результате у пожилых людей снижается интенсивность обновления белков. Это определяет уменьшение их потребности, в первую очередь мяса и мясных продуктов. Избыточное поступление белков отрицательно влияет на стареющий организм, поэтому в старческом возрасте целесообразно снизить физическую норму белка до 1 г на 1 кг массы тела. Важно обеспечить оптимальную пропорцию между животными и растительными белками в рационе — 1:1. Половину белковой доли рациона должны составлять растительные белки — зерновые культуры и бобовые. Однако бобовые плохо переносятся, вызывая повышенное газообразование, отрыжку, изжогу, урчание, расстройство стула. В рацион обычно добавляют лишь зеленый горошек или стручковую фасоль как гарнир и в небольших количествах. Из зерновых культур наиболее полезны гречневая и овсяная крупа. Добавление к этим кашам молока приближает их аминокислотный состав к оптимальному. Источником растительного белка является хлеб, особенно ржаной, так как он более полноценен по составу аминокислот и является источником витаминов группы В, минеральных

веществ и клетчатки. После 60 лет следует употреблять больше молочных продуктов, рыбы, морепродуктов.

Главным энергетическим материалом являются жиры, которые по калорийности в 2 с лишним раза превосходят белки и углеводы. Важную роль в обменных процессах играют полиненасыщенные жирные кислоты, которые содержатся в нерафинированных растительных маслах (подсолнечном, кукурузном, оливковом и др.). Они препятствуют развитию атеросклероза, положительно влияют на нервную систему, кожу. Нарушения в обмене липидов, возникающие в процессе старения, способствуют развитию атеросклероза. Они особенно выражены в возрасте 55–60 лет. Нарастает общее содержание липидов в крови и тканях, происходит липодоз внутренних органов, увеличивается количество холестерина. В рационе пожилых людей должны быть ограничены и жиры, особенно тугоплавкие, в частности жирное мясо и колбасы жирных сортов. Молочные жиры обладают легкой усвояемостью, их должно быть не менее 30 % от всех жиров пищи. Не менее 30 % должны составлять жиры растительного происхождения — 30–40 г в день. Растительные масла содержат токоферолы, которые обладают антиоксидантным действием и снижают дегенеративные изменения органов в процессе старения. Большое значение для людей пожилого возраста имеет желчегонное и послабляющее действие растительных масел.

Потребление сливочного масла целесообразно уменьшить, а также ограничить количество продуктов, в которых содержится много холестерина (печень, мозги, почки).

При старении происходят также специфические изменения в обмене углеводов. Углеводы, как и жиры, являются энергетическим материалом. Они необходимы для нормальной деятельности центральной нервной системы, сердца, печени. По характеру изменения толерантности к глюкозе среди пожилых и старых людей выделяют две группы: с нормальной и пониженной толерантностью, характеризующейся более длительной и выраженной гипергликемией вслед за нагрузкой глюкозой.

Содержание углеводов в рационе людей старческого и пожилого возраста ограничивается и составляет для пожилых мужчин и женщин в среднем 340 и 310 г соответственно, для старых — 290 и 275 г. Диктуется это общим снижением энергозатрат. Целесообразно ограничить углеводы, в первую очередь, за счет простого сахара и сладостей. Как источники углеводов предпочтительны про-

дукты, богатые крахмалом и пищевыми волокнами: хлеб из муки грубого помола и отрубей, крупа из цельного зерна, овощи, фрукты, ягоды (их в рационе должно быть много). Избыточное потребление сахара у лиц пожилого и старческого возраста увеличивает концентрацию триглицеридов, липопротеинов низкой плотности и повышает уровень холестерина в крови, что приводит к развитию атеросклероза, способствует избыточному накоплению жировой массы. При поступлении в организм сахара в больших объемах организм реагирует выбросом в кровь повышенного количества инсулина, что способствует развитию диабета.

Следует увеличить потребление сложных углеводов, содержащих клетчатку, пектиновые вещества. Благодаря своим физико-химическим свойствам они обладают способностью адсорбировать пищевые и токсические вещества и улучшать бактериальное содержимое кишечника. Следует отметить важность регулирующего действия пищевых волокон на опорожнение кишечника и снижение давления в нем, что является профилактикой дивертикулеза, злокачественных новообразований. Пищевые волокна способствуют снижению уровня холестерина в крови и желчи. Для лиц пожилого возраста общее количество клетчатки должно составлять 25–30 г в сутки.

Активное участие в обмене веществ принимают витамины, необходимые для усвоения пищи, роста и восстановления клеток и тканей. Большинство из них не синтезируются в организме, и получаемы их с продуктами растительного и животного происхождения. У пожилых людей дефицит витаминов может развиваться вследствие обменных нарушений, свойственных возрасту, когда процессы всасывания витаминов страдают, изменяется состав микрофлоры, страдает ее витаминсинтезирующая способность. Витамины С, Р, группы В, А, Е и другие являются стимуляторами и регуляторами окислительных процессов, что очень важно для организма старых людей. Витамины С и Р избирательно действуют на проницаемость сосудистой стенки, положительно влияют на обмен холестерина. Обеспечение витамином А, обладающим специфическим воздействием на состояние кожных покровов, слизистой оболочки и органов зрения, особенно важно для лиц старческого возраста.

У пожилых людей гиповитаминоз может проявляться во время инфекционных заболеваний, при сахарном диабете, полиурии, частом жидком стуле и др. Курсы профилактического лечения поливитаминными препаратами следует назначать при недостатке

свежих овощей и фруктов, для профилактики преждевременного старения, при медикаментозной интоксикации, перенесенных инфекциях, не реже двух раз в год — в зимний и весенний периоды. Например, 20-дневным курсом, по одной таблетке в день (декамевит, ундевит, пангексавит, квадевит и др.).

Многообразные функции выполняют в организме поступающие с пищей соли кальция, фосфора, железа, калия, натрия и других химических элементов. Дефицит кальция часто является одной из причин старческого остеопороза, приводящего к переломам костей. Чаще всего при этом ломаются бедренные кости, шейка бедренной кости, а в этих местах кости крайне плохо срастаются, что приводит к большим страданиям, иногда — к инвалидности. Недостаточное содержание железа в организме приводит к железодефицитной анемии, а изменение соотношения калия и натрия в пользу увеличения последнего приводит к электролитным сдвигам, способствует задержке жидкости в организме, отрицательно влияющей на сердечно-сосудистую и мочевыделительную систему. Поэтому следует подбирать продукты, богатые минеральными веществами, дефицитными для организма. Идеальными продуктами, в которых низкое содержание натрия сочетается с высоким содержанием калия, являются овощи и плоды. Богаты калием сухофрукты, чернослив, урюк, изюм, курага.

Овощи следует употреблять без добавления соли, с растительным маслом или небольшим количеством низкокалорийной сметаны. Введение в рацион морской капусты, других морепродуктов (креветки, кальмары, морские гребешки, мидии) уменьшает дефицит йода, улучшает показатели липидного обмена, уменьшает активность свертывания крови, оказывая антисклеротическое действие. Установлена следующая потребность человека в минеральных солях в сутки: калия 3–5 г; кальция 0,8–1 г; фосфора 1,5–2 г; железа 15 мг; магния 0,3–0,5 г; йода 0,2 г.

Микроэлементы — йод, медь, магний, селен и другие — образуют группу веществ, поступающих в организм в очень малых количествах, однако значение их чрезвычайно велико. При сбалансированном питании наш организм достаточно обеспечивается солями и микроэлементами, за исключением поваренной соли, которую мы добавляем в различные блюда. Ее избыточное потребление (более 6 г в сутки) приводит к развитию подагры, атеросклероза, гипертонии.

К пищевым веществам относятся и вода, без которой жизнь невозможна. У взрослого человека она соответствует 60–65 %

от массы тела. Вода поступает в организм в виде питьевой воды, чая, кофе, первых блюд. Суточная потребность в ней взрослого человека — 2–2,5 л. Пожилые люди мало пьют, и с возрастом увеличивается риск дегидратации, а ее последствия очень серьезны: возрастающая утомляемость за счет снижения мускульной силы, повышение в крови мочевой кислоты приводят к образованию камней в мочевой системе. При дегидратации учащаются позывы на стул, который становится тверже и выводится из организма с трудом; повышается сухость кожи, которая быстро стареет и покрывается морщинами. Эти расстройства усиливаются в случае жары, лихорадки, вызывающих повышенное потоотделение, а также в результате диареи. Ежедневно организм человека теряет около 2,4 л жидкости. С пищей поступает около одного литра жидкости. Рекомендуется с помощью напитков вводить 1,2–1,6 л, чтобы обеспечить необходимое равновесие; включать в рацион соки, компоты, отвар шиповника, слабый чай с молоком или лимоном. Желательно не употреблять крепкий кофе или крепкий чай. Но многие люди в течение жизни привыкли к этим напиткам, поэтому лишать их традиционной чашки кофе или крепкого чая неразумно. Можно посоветовать пить кофе с цикорием или с молоком, не более одной чашки в день, чай с лимоном или с молоком. Людям, никогда не испытывающим жажду и забывающим о необходимости пить, следует взять за правило выпивать стакан воды несколько раз в день, приравнивая эту процедуру к приему лекарств. Ограничение жидкости у пожилых людей проводится только по показаниям.

Рекомендуемые продукты и блюда

Хлеб и хлебобулочные изделия: хлеб пшеничный и ржаной, желательно вчерашней выпечки, хлеб с включением отрубей, сухари, печенье. Должно быть уменьшено потребление мучных и сладких блюд. Чрезмерное употребление мучной пищи, в которой присутствует много углеводов, может привести к потере зрения. У людей в возрасте старше 40 лет частое употребление в пищу богатых углеводами продуктов, таких как хлеб, макароны и рис, может стать причиной дегенерации макулы (центральной части сетчатки, расположенной к виску от диска зрительного нерва). В свою очередь, это вызывает у них необратимую слепоту. Тем не менее правильная диета и прием специальных препаратов для профилактики могут приостановить процесс дегенерации макулы. В связи с этим пожилым людям рекомендуется снизить в своем рационе присутствие

мучных изделий и чаще употреблять в пищу зеленые овощи: капусту, шпинат, брокколи, зеленый горошек и т. д. Помимо негативно-го влияния на зрение богатые углеводами продукты способствуют увеличению риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Подобная пища повышает содержание сахара в крови, вследствие чего происходят перепады уровня инсулина в организме.

Супы: вегетарианские и овощные (щи, свекольник, борщи). Нежирные мясные и рыбные бульоны — 2–3 раза в неделю. Мясо и рыба богаты пуриновыми основаниями — источником образования в организме мочевой кислоты, способствующей возникновению гиперуриемии с формированием мочекаменной болезни и подагры. Пуриновые основания при варке мяса, птицы или рыбы переходят в бульоны. Это одна из причин нежелательного частого использования бульонов в рационе пожилых людей.

Блюда из мяса, птицы и рыбы: разнообразные, мясо нежирных сортов преимущественно в отварном или запеченном виде. Причиной ограничения мяса в пожилом возрасте является возникновение азотемии вследствие ослабления метаболических процессов. Процесс переваривания и усвоения белков мяса наиболее сложен, в то время как активность пищеварительных ферментов в старости снижена. Кроме того, жирные сорта мяса содержат значительное количество холестерина. Пожилым людям желательно 1–2 раза в неделю устраивать постные дни, а в остальные дни ограничиваться однократным использованием в рационе мясного блюда (100 г в готовом виде). В рационе пожилого человека должно быть увеличено потребление рыбы и рыбопродуктов. Наиболее полезной является речная рыба (судак, щука, карп), а из морских рыб — тресковые сорта. Количество рыбы в рационе должно быть до 75 г в сутки. Рыба типа лосося, сардин и сельди содержит жирные кислоты, расщепляющие вредные ферменты. Исследования показали, что употребление хотя бы раз в неделю жирной рыбы позволяет снизить вероятность заболевания болезнью Альцгеймера.

Овощи. В рационе пожилого человека должно быть увеличено потребление капусты, лука, чеснока, всех видов корнеплодов, тыквы, помидор, бобовых растений в сыром и вареном виде, а также зеленых пряных трав. При этом овощи желательно употреблять в свежем виде. Обязательно включать в рацион блюда из морской капусты. Морковь с ярко-фиолетовой кожицей и ярко-оранжевой сердцевинкой — диетический и исключительно полезный для здоровья продукт. Помимо активных антиоксидантов, каротина, ви-

таминов групп В, С, К, в моркови содержится много минеральных солей, особенно солей калия, активизирующих обмен веществ и способствующих снижению веса. Употребление в пищу сырой моркови с растительным маслом — отличное профилактическое средство против сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также эффективное средство для улучшения зрения. Тертая морковь с растительным маслом на завтрак улучшает память и активизирует работу мозга. Крупнолистовая свекла и капуста способны предотвратить болезнь Альцгеймера. Шпинат предупреждает нарушения в работе нервной системы, вызванные старением, а также препятствует понижению познавательных способностей. Редис и щавель рекомендуется ограничить.

Фрукты и ягоды. В рационе пожилого человека должно быть также увеличено потребление фруктов и ягод всех видов и желательно в свежем виде. Употребление яблок и яблочного сока защищает клетки головного мозга от повреждений и предотвращает потерю памяти в пожилом возрасте, не связанную с болезнью Альцгеймера и другими психическими заболеваниями. Благоприятное действие яблочного сока основано на повышенном содержании в нем антиоксидантов. Пожилым людям особенно полезны клюква и черника. Клюква богата витамином С, обладает ярко выраженным антиоксидантным действием, которое «не позволяет» развиваться аномальным клеткам в организме человека, тормозит процессы старения, к тому же благоприятно воздействует на сосуды и сердце. Постоянное ее употребление улучшает память, а также работу опорно-двигательного аппарата в пожилом возрасте. Черника богата витамином С, она благоприятно воздействует на глаза человека, улучшая остроту зрения.

Пряности: душистый перец, лавровый лист, чабер, базилик, мята, эстрагон, гвоздика, петрушка, сельдерей, кинза.

Блюда из круп: пшенная, пшеничная, гречневая, кукурузная, овсяная, манная, перловая и другие каши, запеканки, пудинги. Макароны и рис следует употреблять ограниченно.

Молоко и молочные продукты: все виды. Цельное молоко лучше заменить кисломолочными продуктами (кефир, ряженка, ацидофилин и др.). Это незаменимые источники питания, имеющие идеально сбалансированный состав белков. Пожилым людям рекомендуется вводить в рацион до 30 % белка за счет молочных продуктов. Это в первую очередь творог, количество которого в ежедневном рационе может составлять 100 г. По возможности

следует отдавать предпочтение творогу средней жирности из обезжиренного молока как менее калорийному и обладающему более высоким содержанием белка. В рацион вводят 20–30 г любого сыра, но нельзя забывать, что сыр, являясь одним из основных поставщиков кальция, одновременно содержит много жира, холестерина и поваренной соли. Лучше выбирать неострые и несоленые сорта сыра. При хорошей переносимости 300 г молока в день обеспечит достаточное количество кальция в целях профилактики переломов костей. Особенно полезны кисломолочные продукты — кефир, простокваша, ацидофилин. Их положительное действие связано с наличием молочнокислой палочки, поддерживающей нормальный состав кишечной микрофлоры, что препятствует развитию гнилостных процессов в кишечнике и улучшает антитоксическую функцию печени. Рекомендуется ежедневно употреблять 200 г кефира или других молочнокислых продуктов в вечерние часы или перед сном. Можно добавлять в кефир 1 столовую ложку растительного масла, хорошо размешивая его. Сметану и сливки употреблять ограниченно.

Яйца и блюда из яиц: 2–3 раза в неделю по одному яйцу всмятку или в виде молочно-белковых омлетов. Пожилым людям следует ограничить потребление яичного желтка до 2–3 раз в неделю, яичный белок можно есть в большом количестве. Яйца лучше употреблять всмятку, или в виде омлета, или как добавление к блюдам.

Поваренная соль: 6–8 г в сутки.

Соусы молочные, на овощном отваре, фруктовые.

Закуски: нежирные колбасы, неострые сыры, малосольные сорта сельди, продукты моря, всевозможные овощные салаты и винегреты.

Жиры. В рационе пожилого человека должно быть увеличено потребление различных растительных масел, лучше нерафинированных. Сливочное масло следует ограничить (не более 20–30 г в сутки). Животные жиры употреблять ограниченно. Маргарин допускается в небольшом количестве.

Напитки: некрепкий чай или кофе с молоком, свежие соки, отвары шиповника, компоты, кисели, морсы. Квас и газированные напитки употреблять ограниченно. Согласно последним исследованиям, 4–5 чашек кофе в день позволяют избежать проблем с памятью. Кроме того, продолжительное употребление кофеина способствует снижению риска возникновения болезни Альцгеймера.

Кофе способен снизить вероятность развития сахарного диабета второго типа, причем снижение риска напрямую зависит от того, сколько именно кофе пьет человек. Однако кофе полезен не всем. Его не следует употреблять пожилым людям с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца и атеросклерозом.

Алкогольные напитки по возможности лучше исключить совсем.

Профилактика преждевременного старения. Противостоять быстрому старению можно с помощью антиоксидантов, которые обнаружены в зерновых продуктах, овощах и фруктах, особенно содержащих витамины С и Е. Для обеспечения организма ежедневной нормой антиоксидантов необходимо съедать не менее 6–8 разных овощей и фруктов. Больше всего антиоксидантов содержится в моркови, свекле, помидорах, черной смородине, шиповнике, клубнике, капусте, салате, чернике.

Профилактика атеросклероза. Для профилактики атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний следует:

- чаще употреблять рыбу жирных сортов, которая водится в водах холодных северных морей: макрель (скупбрия), сардина, палтус, треска, камбала, окунь, сиг, сельдь, лососевые;

- ограничить потребление сливочного масла, маргарина, смальца, отдавая предпочтение при приготовлении пищи растительному маслу;

- чаще включать в меню 1,5 %-ное молоко вместо цельного, куриные грудки без кожицы вместо окорочков;

- употреблять горох, чечевицу и фасоль, морковь, цветную капусту, яблоки, бананы, виноград, персики.

Профилактика старения головного мозга. Сохранить мозг здоровым позволяют продукты, содержащие антиокислители. Ими богаты перец, апельсины, морковь, шпинат, абрикосы и брокколи. Рацион также должен быть богат витамином В, содержащемся в хлебе грубого помола, молоке, йогурте, бананах и морепродуктах. Полезные для мозга вещества имеются также в кунжуте, семенах подсолнечника и тыквы, грецких орехах и кукурузе.

Таким образом, пища пожилых людей должна быть разнообразной, легкоусвояемой, биологически ценной, но по сравнению с пищей молодых энергетически менее насыщенной. Она должна содержать достаточное количество белков, витаминов и солей, особенно кальция, калия и железа, микроэлементов, а также достаточное количество жидкости. Для здоровых пожилых и старых людей нет запрещенных продуктов, есть только более предпочтительные или

менее предпочтительные. Не надо увлекаться каким-либо одним продуктом или одной группой продуктов.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что взаимосвязь питания с проблемами старения и увеличения продолжительности жизни далеко не однозначна. Примером являются множественные исследования, показывающие, что ограничение калорийности питания является наиболее верифицированным методом увеличения продолжительности жизни животных в эксперименте. Предполагается, что в механизмах увеличения продолжительности жизни при ограничении калорийности питания основную роль играют такие факторы, как замедление роста, уменьшение содержания жира в теле, замедление нейроэндокринных или иммунологических возрастных сдвигов, увеличение репарации ДНК, изменения скорости биосинтеза белков и экспрессии генов, снижение температуры тела и основного обмена, ослабление окислительного стресса.

Питание людей среднего и старшего возраста должно учитывать наличие у них различной патологии, то есть носить отчасти лечебный характер. Оно должно способствовать повышению иммунитета к различным заболеваниям, устойчивости к стрессу.

Диета (лечебный стол)

Лечебные свойства пищевых продуктов и специально составленных пищевых рационов использовались в лечении больных с глубокой древности.

Лечебное питание — это питание больного, обеспечивающее его физиологические потребности в пищевых веществах в условиях заболевания и воздействующее на патологические механизмы заболевания. Задача лечебного питания сводится к восстановлению нарушенного обмена веществ и терапевтического действия пищи.

Диета — такой пищевой рацион, который составляется для больного в период заболевания или для предупреждения некоторых заболеваний, а также для предупреждения осложнений. Диета определяет режим питания больного человека — качество, количество, время приема пищи.

Диетотерапия — применение питания с лечебной целью. Сочетание пищевых продуктов в рационе должно быть таким, чтобы оптимально обеспечивались все физиологические потребности организма. Эти потребности у разных людей неодинаковы и зависят

от возраста, пола, энергетических затрат, состояния центральной нервной системы, функции желез внутренней секреции, условий окружающей среды. Путем изменения качественного состава диеты, характера кулинарной обработки продуктов можно изменить функциональное состояние органов и систем. Диетотерапия имеет целью восстановить нарушения в обмене веществ, воздействовать на болезненный процесс, исключить продукты, вредно влияющие на больные органы, и всем этим улучшить состояние больных.

Диетотерапия предусматривает в первую очередь химическое и механическое щажение больного органа, замену одних продуктов другими для восстановления нарушенных функций или же введение необходимых питательных веществ, недостающих организму больного. Приготовленная пища не должна вызывать раздражения желудочно-кишечного тракта. При подаче пища должна иметь оптимальную температуру.

Наиболее физиологично трех-четырёхразовое питание. Около 30 % суточного рациона приходится на завтрак, 40 % — на обед и 20 % — на ужин. При необходимости питание больного может быть более частым и меньшими порциями (дробное питание).

При истощении назначают усиленное питание. К обычному рациону добавляют высококалорийные продукты.

В ряде случаев (желудочное кровотечение, острые заболевания желудочно-кишечного тракта, воспаление брюшины и т. д.) больным может быть назначен режим полного голодания. Голодание не должно быть длительным (более 2–3 дней), так как оно вызывает ослабление организма.

Для различных категорий больных разработано 15 основных диет, называемых также столами. К каждой диете (лечебный стол) имеются лечебные показания, которые учитывает лечащий врач. На каждую диету дана характеристика, в которой отражены следующие показатели: 1) показания к назначению; 2) цель назначения; 3) общая характеристика с указанием основных черт и кулинарной обработки; 4) химический состав и ее калорийность; 5) режим питания; 6) перечень продуктов и блюд, которые разрешаются и запрещаются, составлены в следующем порядке: продукты, содержащие белки, жиры, углеводы, приправы и напитки.

Диета № 1. Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения; хронический гастрит с сохраненной секрецией в период обострения.

Общая характеристика: умеренное механическое и химическое щажение слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта, ограничение стимуляторов желудочной секреции и веществ, длительно задерживающихся в желудке. Прием пищи 5–6 раз, поваренной соли до 8–10 г в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб пшеничный вчерашний, сухой бисквит; супы на слизистом отваре с добавлением протертых вареных овощей и круп, яично-молочной смеси, сливок; нежирные сорта рыбы, мяса и птицы в основном рубленые парового приготовления или отваренные в воде; овощи в вареном и протертом виде (пюре, паровое суфле); протертые каши (кроме пшенной) с добавлением молока или сливок, протертые паровые пудинги, отварная вермишель; яйца всмятку, паровые омлеты, блюда из взбитых яичных белков (снежки, меренги); кисели, желе, муссы, протертые компоты из сладких сортов ягод и фруктовые и ягодные соки пополам с водой и сахаром, мед, варенье из сладких сортов ягод и фруктов, яблочный мармелад; молоко цельное, сгущенное, сливки, свежая сметана, свежий нежирный творог; чай некрепкий с молоком или сливками, отвар шиповника с сахаром; масло сливочное и растительное (оливковое, подсолнечное).

Запрещаются: капуста белокочанная, репа, редька, брюква, редис, щавель, шпинат, лук, чеснок, грибы, бобовые, пряности и кофе.

Диета № 2. Показания: острые гастриты, энтериты и колиты в период перехода к рациональному питанию; хронические гастриты с секреторной недостаточностью, энтериты, колиты в период стойкой ремиссии.

Общая характеристика: диета физиологически полноценная с исключением продуктов и блюд, являющихся нагрузочными для желудочно-кишечного тракта, долго задерживающихся в желудке, трудно перевариваемых, но способствующая повышению желудочной секреции. Прием пищи дробный, 4–5 раз в сутки, поваренной соли до 15 г в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб пшеничный вчерашний, 1–2 раза в неделю ограниченное количество несдобных булочек или печеных пирогов; супы на обезжиренном мясном и рыбном бульоне с различными крупами (кроме пшена), вермишелью, овощами; нежирные сорта мяса и птицы, отваренные куском или рубленые, жаренные без панировки и запеченные; рыба нежирная, куском или рубленая, отварная, запеченная, жаренная без панировки; овощи

варенные, тушеные и запеченные кусочками, в виде пюре, овощные запеканки; рассыпчатые каши (кроме пшеничной и перловой) на воде с добавлением молока; яйца всмятку, паровые, запеченные и жареные омлеты, блюда из взбитых яичных белков; кисели, компоты, желе, муссы из сладких сортов ягод и фруктов, в сыром виде сладкие сорта ягод и фруктов (клубника, земляника и т. д.), печеные яблоки, мармелад, сахар; молоко только в блюдах, кисломолочные продукты (ацидофилин, кефир), творог свежий, некислый сырой и запеченный, сметана свежая не более 15 г на блюдо; зелень укропа, петрушки, корица, гвоздика, ваниль, в небольших количествах лавровый лист, душистый перец, соусы мясные, рыбные, сметанные и на овощном отваре; чай, кофе с молоком или со сливками, черный кофе, отвар шиповника, черной смородины; масло сливочное и подсолнечное.

Запрещаются: бобовые и грибы.

Диета № 3. Показания: хронические заболевания кишечника с преобладанием запоров в период нерезкого обострения и ремиссии.

Общая характеристика: увеличение в диете продуктов, богатых растительной клетчаткой и продуктов, усиливающих моторную функцию. Прием пищи 3 раза, поваренной соли до 12–15 г в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб пшеничный из муки грубого помола или с добавлением пшеничных отрубей, при хорошей переносимости разрешается черный хлеб (столовый, орловский, ржаной); супы на некрепком обезжиренном мясном, рыбном бульонах, овощном наваре (преимущественно с овощами); мясо нежирных сортов — говядина, телятина, курица и т. д.; нежирная рыба (судак, лещ, навага, треска, карп, щука и др.) отварная, паровая, заливная, куском, иногда в рубленом виде. Разнообразные овощи: сырые и варенные на гарниры, в виде салатов, овощных запеканок (свекла, морковь, помидоры, тыква и др.). Каши рассыпчатые (гречневая, перловая). Яйца всмятку или в виде паровых омлетов, не более двух штук в день. Свежие, спелые, сладкие фрукты и ягоды сырые и в блюдах в повышенном количестве. Молоко в блюдах и к чаю. Ацидофилин, кефир, ряженка, простокваша и др. Сыр неострый. Чай, отвар шиповника, соки фруктовые сладкие (особенно сливовый, абрикосовый), овощные (томатный, морковный и др.). Масло сливочное и оливковое в блюдах.

Запрещаются: овощи, богатые эфирными маслами (репа, редька, лук, чеснок, редис, а также грибы).

Диета № 4. Показания: острые и хронические заболевания кишечника в период профузных поносов и резко выраженных диспепсических явлений.

Общая характеристика: резкое ограничение механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта с исключением продуктов и блюд, усиливающих моторную функцию кишечника. Прием пищи дробный 5–6 раз, поваренной соли 8–10 г в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: сухари из высших сортов белого хлеба, тонко нарезанные; супы готовятся на слабом обезжиренном мясном или рыбном бульоне с добавлением слизистых отваров, паровых или сваренных в воде мясных или рыбных кнелей, фрикаделей, яичных хлопьев; паровые или сваренные в воде мясные и рыбные котлеты, кнели, фрикадели, суфле из отварного мяса или рыбы; мясо нежирное в рубленом виде, вареное или паровое; птица и рыба нежирная в натуральном виде или рубленая, вареная или паровая; протертые каши на воде или обезжиренном мясном бульоне (рисовая, овсяная, гречневая, манная); яиц (при хорошей переносимости) не более двух штук в день в виде паровых омлетов; кисели, желе из черники, черемухи, спелых груш и других ягод и фруктов, богатых дубильными веществами; чай натуральный, кофе черный, какао на воде, отвар шиповника, черники, черемухи.

Ограничиваются: сахар до 40 г, масло сливочное 40–50 г, сливки.

Запрещаются: макаронные изделия, молоко, растительная клетчатка, соусы, пряности, закуски, соленья, копчености, бобовые.

Диета № 5. Показания: хронические гепатиты с доброкачественным и прогрессирующим течением и в стадии компенсации, цирроз печени в стадии компенсации; хронические холециститы, желчно-каменная болезнь; острые гепатиты и холециститы в период выздоровления.

Общая характеристика: максимальное щажение печени. Исключаются сильные стимуляторы секреции желудка и поджелудочной железы (экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами), жареные блюда, содержащие продукты неполного расщепления жира (акролеины и альдегиды), тугоплавкие жиры, продукты, богатые холестерином, пуринами.

Повышенное содержание углеводов. Прием пищи дробный, 5–6 раз, поваренной соли 8–10 г в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб вчерашний пшеничный и ржаной, сухарики, сухой бисквит; супы на овощном отваре с раз-

личными крупами и овощами, молочные, фруктовые; нежирные сорта мяса и птицы отваренные, запеченные после отваривания; рыба нежирная отварная или паровая, куском и рубленая; овощи и зелень в сыром, отварном и печеном виде (салаты, винегреты), некислая квашеная капуста; блюда из яичных белков (паровые и запеченные белковые омлеты, снежки, меренги); различные сладкие сорта ягод и фруктов, свежие и сушеные, в натуральном виде и в блюдах; сахар, мед, мармелад, зефир, ирис, варенье, пастила; молоко в натуральном виде и в блюдах, кисломолочные напитки, творог свежий, сыр; яйца в блюдах; чай и кофе некрепкие с молоком и без молока; фруктовые, ягодные, овощные соки, отвар шиповника; масло сливочное и растительное (не жарить, добавлять в готовые блюда).

Запрещаются: репа, редька, редис, щавель, шпинат, лук, чеснок, грибы, пряности, какао.

Диета № 6. Показания: подагра, мочекишный диатез, оксалурия.

Общая характеристика: ограничение продуктов, богатых пуринами, щавелевой кислотой, кальцием, ограничение белков, жиров, углеводов. Прием пищи 3–4 раза, поваренной соли до 6–8 г в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: нежирные говядина, баранина, свинина, рыба; молоко, молочные и молочнокислые продукты, яйца не ограничиваются. Рекомендуется картофель, рис, макароны, блюда из круп, морковь, салат, дыня, огурцы, капуста, лук, томаты, фрукты (виноград, слива, вишня, груша, персики и т. д.), ягоды.

Ограничивают: зеленый горошек, бобы, чечевица, щавель, шпинат, салат, ревень, редис, грибы.

Запрещаются: потроха (печень, почки, легкие, мозги), мясной навар, мясо молодых животных (баранина, телятина, цыплята, поросята), чай, кофе, какао, шоколад, острые сыры, консервы, колбасы.

Диета № 7. Показания: острый нефрит в период реконвалесценции, хронический нефрит с незначительными изменениями в осадке мочи.

Общая характеристика: ограничение белка и поваренной соли до 3–5 г; жидкости до 800 мл — 1 л; экстрактивных веществ, острых приправ.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб белый и отрубной без соли, супы вегетарианские без соли с овощами и крупами; нежир-

ные сорта мяса и птицы; рыба нежирная куском, рубленая, протертая, вареная; овощи в натуральном, отварном виде, винегреты, салаты (без соли); крупы и макаронные изделия в виде каш, пудингов; яйцо — одно в день; фрукты и ягоды в любом виде, мед, сахар, варенье; молоко и молочнокислые продукты, творог; масло сливочное и растительное.

Ограничивают: сливки, сметану. Запрещаются: бобовые.

Диета № 8. Показания: ожирение. Общая характеристика: ограничение энергетической ценности на 20–50 % (в зависимости от степени ожирения и физической нагрузки) главным образом за счет углеводов и жиров при увеличении количества белка. Ограничение поваренной соли до 3–5 г и жидкости до 1 л. Прием пищи 5–6 раз в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб ржаной простой вчерашний — 100–150 г; супы вегетарианские с овощами и крупами, мясные, рыбные; мясо, рыба, птица (нежирные) отварные (куском); овощи (кабачки, тыква, свекла, капуста и т. д.) с растительным маслом, гречневая каша; молоко и молочнокислые продукты (обезжиренные); фрукты и ягоды в сыром виде и соки из них; чай, кофе.

Ограничивают: сливочное масло, сметану, картофель. Запрещаются: вкусовые приправы.

Диета № 9. Показания: сахарный диабет. Общая характеристика: диета с исключением водорастворимых углеводов, ограничением животных жиров. Диета способствует устранению нарушений в обмене веществ, вызванных недостаточным количеством в организме инсулина. Прием пищи 4–5 раз, поваренной соли 12 г в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб ржаной простой формовой, печенье на ксилите; супы на овощном отваре с овощами и крупами; каши гречневая, овсяная; картофель, кабачки, огурцы и т. д.; яиц не более двух штук в день; нежирные сорта мяса, рыбы и птицы; компот на ксилите, соки фруктовые и овощные, фрукты и ягоды; молоко цельное, сметана в блюдах; масло сливочное в блюдах, подсолнечное и оливковое масло; сладости до 30–50 г в сутки (сахар заменяют сорбитом или лучше ксилитом).

Ограничивают: бобовые, крупяные блюда, макароны.

Диета № 10. Показания: обострение сердечно-сосудистых заболеваний с нарушением кровообращения I—II степени (ревматизм в активной фазе, гипертоническая болезнь, ишемическая бо-

лезнь сердца и др.), заболевания почек и мочевыводящих путей без нарушения азотовыделительной функции почек.

Общая характеристика: умеренное ограничение белков, жиров, углеводов в условиях режима с ограниченной подвижностью. Ограничение приема поваренной соли до 4–7 г (при норме для здорового организма 12–15 г), жидкости до 1–1,2 л, а при отеках — 0,8 л.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб серый грубого помола, сухари; супы крупяные, молочные, вегетарианские, борщи, нежирный мясной бульон 1 раз в неделю; нежирные сорта мяса, птицы и рыбы в отварном и запеченном виде; овсяная и гречневая каши, пудинги, запеканки; белковый омлет; овощные винегреты и салаты (кроме щавеля и грибов); фрукты, ягоды, соки; жиров в сутки до 50 г, из них 50 % растительных; сахара до 40 г в день; некрепкий чай.

Ограничивают: крепкий чай, кофе, какао, редьку, редис, чеснок, репчатый лук, бобовые.

Запрещаются: жирные блюда из мяса, рыбы, сдобное тесто, мозги, почки, печень, ливерная колбаса, соленые закуски, консервы, алкоголь, икра.

Диета № 11. Показания: туберкулез легких, истощение и пониженная реактивность организма, в период реконвалесценции, после инфекционных заболеваний, анемия, различные нагноительные процессы. Прием пищи 5 раз, поваренной соли до 12–16 г в сутки.

Общая характеристика: диета с повышенной энергетической ценностью, увеличением животных белков, липотропных веществ, кальция, фосфора и витаминов.

Перечень рекомендуемых блюд: самые разнообразные продукты. Необходимо, чтобы не менее половины белка поступало из мяса, рыбы, творога, молока и яиц.

Запрещается: мясо птицы (утки и гуся).

Диета № 12. Показания: заболевания нервной системы.

Общая характеристика: по своему химическому составу приближается к диете № 15. В настоящее время не применяется, так как полностью заменяется диетами № 5, 10 и 15.

Диета № 13. Показания: острые инфекционные заболевания, послеоперационный период (кроме полостных операций).

Общая характеристика: ограничение белков, жиров, углеводов, химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата желудочно-кишечного тракта. Пища преимущественно жидкая с ограничением растительной клетчат-

ки, молока, закусок. Прием пищи 6–8 раз в зависимости от состояния больного, малыми порциями, поваренной соли до 8 г в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб белый и сухари; мясной бульон, мясное суфле; суп-пюре из мяса на слизистом отваре; яйца всмятку, омлет; каши протертые; фруктовые, ягодные соки, морсы, кисели; масло сливочное.

Диета № 14. Показания: фосфатурия с образованием камней.

Общая характеристика: содержание белков, жиров, углеводов в пределах физиологических норм потребности. В рацион включают продукты кислотной ориентации и резко ограничивают продукты щелочной ориентации и богатые кальцием; ограничивают пищевые вещества, возбуждающие нервную систему. Прием пищи 4 раза, поваренной соли до 15 г в сутки.

Перечень рекомендуемых блюд: мясо, рыба, хлебные и крупяные продукты.

Ограничивают: молоко и молочные продукты, овощи, острые закуски, пряности и др.

Диета № 15. Показания: все заболевания при отсутствии показаний к назначению специальной диеты.

Общая характеристика: физиологически полноценная диета с удвоенным количеством витаминов и исключением жирных мясных блюд. Прием пищи 4–5 раз, поваренной соли 12–15 г.

Перечень рекомендуемых блюд: хлеб белый и ржаной; самые различные супы (молочные на обезжиренном бульоне с крупами, овощами, вермишелью); нежирные сорта мяса, птицы; рыба разных сортов; яйца и блюда из них; различные крупы и макаронные изделия; овощи и фрукты разные; молоко и молочные продукты; соусы и пряности разные; чай, кофе, какао, фруктово-ягодные соки; масло сливочное и растительное.

Диета 0. Показания: назначается на 2–3 дня после операций на желудочно-кишечном тракте; на легких, средостении, сердце — в первый день, при лихорадочных, полусознательных состояниях (черепно-мозговая травма). Общая характеристика: диета малокалорийная, резко ограничивается содержание белков, жиров, поваренной соли. Диета включает только жидкие и желеобразные блюда. Прием пищи каждые два часа, круглосуточно, поваренной соли 1,5–3 г.

Перечень рекомендуемых блюд: чай с сахаром, фруктовые и ягодные кисели; желе, отвар шиповника с сахаром, рисовый отвар, некрепкий бульон, различные соки, разведенные сладкой водой.

Режим лечебного питания. Важным элементом питания является режим, под которым следует понимать соблюдение диетических предписаний (столов), промежутков между отдельными приемами пищи; имеют значение также объем порций, вкусовые и физические свойства пищи.

При первичном осмотре больного лечащий врач назначает ему соответствующую диету. В процессе лечения диета может быть изменена.

Принимать пищу следует в строго определенное время. Максимальная разовая порция не должна быть большой. Температура горячих блюд не должна превышать $+60^{\circ}\text{C}$, а холодных $+10^{\circ}\text{C}$. Большое значение для хорошего пищеварения имеет тщательное пережевывание пищи, которое облегчает работу желудочно-кишечного тракта. Немаловажное значение имеет эстетическое оформление блюд, сервировка стола, а также создание спокойной обстановки во время приема пищи.

Для соблюдения режима лечебного питания должен быть организован контроль над пищевыми продуктами, режимом мытья посуды и обеденных приборов, соблюдением сроков и условий хранения и реализации готовой пищи.

Социальный работник систематически проверяет качество находящихся в холодильниках или прикроватных тумбочках продуктов.

Режим мытья посуды включает:

а) механическое удаление остатков пищи (щеткой, деревянной ложкой);

б) мытье посуды щеткой в воде температуры $+45-48^{\circ}\text{C}$ с добавлением моющих средств: 1 % тринатрийфосфата или 0,5–2 % кальцинированной соды, жидкости «Прогресс» и других средств, разрешенных санитарными органами для указанных целей;

в) мытье посуды в воде температуры $+50^{\circ}\text{C}$ с добавлением 1% осветленного раствора хлорной извести в количестве 10 см^3 на 1 л воды;

г) ополаскивание посуды в третьей ванне горячей водой температуры не ниже 70°C , для чего посуду следует загружать в специальные сетки и устанавливать на решетки;

д) просушивание посуды в сушильном шкафу или на специальной полке, решетке.

Мытье обеденных приборов (ложки, ножи и вилки из нержавеющей металлов) должно производиться так же, как и мытье столовой посуды, но вымытые приборы следует обязательно кипятить,

а затем насухо вытирать чистым полотенцем (при отсутствии сушильного шкафа) или опускать в специальной сетке в кипящую воду на 1–2 минуты и просушивать на воздухе. Стекланную посуду (стаканы, блюда) моют в двух водах и протирают чистым полотенцем.

Следует строго соблюдать сроки и условия хранения и реализации готовой пищи:

✓ студень мясной, мясо заливное, студень рыбный, рыба заливная — при наличии холода срок хранения не более 12 часов при температуре не выше 6°C. При отсутствии холода изготовлению и реализации не подлежат;

✓ сельдь рубленая — при наличии холода срок хранения не более 24 часов, при отсутствии холода — не более 6 часов;

✓ винегрет, салат (овощной, с мясом и рыбой) — при наличии холода срок хранения и реализации не более 12 часов при условии хранения в незаправленном виде. При отсутствии холода — хранение не более 6 часов при условии изготовления на месте;

✓ бутерброды должны храниться не более 1 часа.

Сроки хранения горячих овощных блюд не более 1 часа. Температура первых блюд должна быть не ниже 75°, вторых — 65°, холодных блюд от 7 до 14°C.

Кормление больных. Выбор способа кормления больных, которые не могут посещать столовую, зависит от их состояния и характера заболевания. Если больному разрешено сидеть в постели, ему нужно помочь присесть и придвинуть прикроватный столик.

Если больной не может сам сидеть в кровати, то следует придать ему полусидячее положение, приподняв подголовник или подложив под спину несколько подушек, либо путем регулирования функциональной кровати. Во время кормления голова больного должна быть немного приподнята во избежание аспирации пищи. Шею и грудь покрывают клеенкой, фартуком или салфеткой. Для кормления лежачих больных используют прикроватные столики, которые устанавливают на постель перед больным по мере необходимости на разном уровне. Тяжелобольных, истощенных и сильно ослабленных кормят в наиболее удобном для них положении, используя для этого различные приспособления. Социальный работник левой рукой приподнимает голову больного вместе с подушкой, а правой подносит ему ложку ко рту или специальный поильник с пищей. Нельзя вливать пищу быстро из-за возможности ее попадания в дыхательные пути. Вливать пищу насильно, если больной

не глотает, нельзя, так как попадание пищи в дыхательные пути может вызвать тяжелые осложнения.

Тяжелобольных кормят небольшими порциями пищи в протертом, измельченном или полужидком виде (протертый суп, бульон, кисель) с ложки или небольшими глотками из поильника (в качестве поильника можно использовать заварочный чайник). Лихорадящих больных кормят в период улучшения состояния и снижения температуры тела. Не нужно будить больного, если он спит в часы приема пищи, лучше отложить кормление.

Большое терпение и такт нужно проявлять при кормлении больных, которые страдают потерей аппетита и отказываются от приема пищи.

Искусственное питание больных. В некоторых случаях (сужения, ожоги, травмы глотки и пищевода, бессознательное состояние, нарушение глотания, отказ от пищи при психических заболеваниях и др.) больным назначается искусственное питание, при котором питательную смесь вводят через желудочный зонд, операционную фистулу желудка или тонкого кишечника (отверстие в желудке или кишечнике, сделанное хирургическим путем), в виде питательных клизм (ректально) или парентерально (внутривенно).

Искусственное питание через зонд. Для кормления необходимы: 1) стерильный тонкий желудочный зонд диаметром 8–10 мм; 2) воронка емкостью 200 мл или шприц Жане; 3) вазелин или глицерин.

Перед кормлением инструменты кипятят и охлаждают в кипяченой воде, а пищу подогревают.

Конец зонда смазывают глицерином или вазелиновым маслом и делают на нем отметку на 40–45 см. Зонд вводят через нос, продвигая его медленно вдоль внутренней стенки, запрокидывая при этом голову больного. Когда 15–17 см зонда пройдет в носоглотку, голову больного слегка наклоняют вперед, указательный палец вводят в рот, нащупывают конец зонда и, слегка прижимая его к задней стенке глотки, другой рукой продвигают дальше. Убедившись, что зонд попал в пищевод, а не трахею (отсутствие приступообразного кашля), его продвигают до метки, соответствующей расстоянию до желудка (40–45 см). После этого к наружному концу зонда присоединяют воронку и небольшими порциями вливают подогретую питательную смесь (сырые яйца, сливки, молоко, бульон, кисель, фруктовые соки, чай, кофе). Количество вводимых питательных веществ определяется их калорийностью и потребностями

организма больного. Зонд остается на весь период искусственного кормления. После введения питательных веществ в зонд наливают чистую воду для того, чтобы промывать его от остатков пищи.

Наружный конец зонда прикрепляют к щеке или виску больного пластырем, чтобы он не мешал.

Кормление больного через операционный свищ. Показанием к наложению желудочной фистулы и питание через нее является непроходимость пищевода, стеноз привратника.

В желудок через свищ вводят зонд, через который вливают пищу в желудок. К свободному концу введенного зонда присоединяют воронку и малыми порциями (по 50 мл) вводят в желудок подогретую пищу 6 раз в день. Постепенно объем вводимой жидкости увеличивают до 250–500 мл, а количество кормлений уменьшают до 4-х раз. Через воронку можно вводить измельченные пищевые продукты, разведенные жидкостью: мелко протертое мясо, рыбу, хлеб, сухари. Иногда больные разжевывают пищу, разводят ее жидкостью и вливают в воронку. Следует остерегаться вводить в воронку большое количество пищи, так как может наступить спазм мускулатуры желудка или кишечника и пища может быть выброшена через фистулу наружу.

Нужно следить, чтобы края фистулы не загрязнялись пищей, для чего введенный зонд укрепляют липким пластырем, а после каждого кормления производят туалет кожи вокруг свища, смазывают ее 96 %-м этиловым спиртом или пастой Лассара и накладывают стерильную сухую повязку.

Питательные клизмы. Ректальное искусственное питание — введение питательных веществ через прямую кишку для восполнения потребностей организма в жидкости и поваренной соли. Применяется при резком обезвоживании, при полной непроходимости пищевода и после операций на пищеводе и кардиальном отделе желудка. Кроме того, питательные клизмы увеличивают диурез и способствуют выведению токсинов из организма.

Техника выполнения: за час до постановки питательной клизмы ставят очистительную клизму до полного опорожнения кишечника. В связи с тем, что в прямой кишке хорошо всасывается 5 %-й раствор глюкозы и 0,85 %-й раствор натрия хлорида, эти растворы используют для искусственного питания. Небольшие питательные клизмы делают из резиновой груши в количестве 200–500 мл подогретого раствора до 37–38°C. Повторяют данную процедуру 3–4 раза в сутки. Более значительное количество жидкости (до 1 л) вводят одно-

кратно капельным путем. Частое применение питательных клизм не рекомендуется, так как можно вызвать раздражение сфинктера прямой кишки и появление трещин заднего прохода. Во избежание этих осложнений необходим тщательный туалет заднего прохода. При парентеральном питании применяют белковое питание, а также введение растворов глюкозы, витаминов и минеральных солей.

Парентеральное питание. Если возникает необходимость ввести в организм больного большее количество жидкости, а через желудочно-кишечный тракт это сделать не представляется возможным (обезвоживание, интоксикация, кровопотеря, шок, послеоперационный период и др.), то применяется парентеральное (чаще внутривенное) введение. Для внутривенного кормления используются препараты крови, гидролизаты белков, различные солевые растворы, минеральные вещества, которые перед введением следует подогреть на водяной бане до температуры 37–38°C. За сутки вводят около 2 л растворов.

При внутривенном капельном введении названных лекарственных препаратов следует соблюдать определенную скорость введения: в первые 30 минут вводят растворы со скоростью 10–20 капель в минуту, затем, при хорошей переносимости больным вводимого лекарственного препарата, скорость введения увеличивают до 30–40 капель в минуту. В среднем введение 500 мл лекарственного препарата длится около 3–4 часов. При более быстром введении белковых препаратов у больного может быть ощущение жара, гиперемия лица, затруднение дыхания.

Тема 10. Содержание социальной работы с людьми пожилого и старческого возраста

Социальная работа строится на понимании психологических, психопатологических, соматических, морально-этических проблем, возникающих у пожилых людей. Работа с пожилыми людьми основана в первую очередь на уважении к их возрасту, терпимости к их принципам и сложившимся убеждениям, жизненным установкам и ценностям. Социальная работа сориентирована на активизацию личностного потенциала пожилого человека, на передачу самим пожилым ответственности за свою жизнедеятельность

и на формирование позитивного образа старения как у самих пожилых, так и в обществе в целом, что способствует оптимизации и гармонизации социальных отношений, т. е. реализации основной задачи социальной работы.

Стратегии взаимодействия с людьми пожилого и старческого возраста:

- 1) индивидуальный подход, анализ личностных, типологических особенностей, условий жизни;
- 2) высокий уровень эмпатии (сочувствие, сопереживание, способность понять и принять чувства другого человека);
- 3) принципы корректности и тактичности: «не навреди», «не лезь в чужую душу»;
- 4) учет особенностей эмоциональных реакций пожилого человека (возможная ранимость, восприимчивость и т. д.);
- 5) внимание к состоянию здоровья и физической выносливости;
- 6) уважение к мудрости, умениям, опыту, способность искренне это выразить;
- 7) заинтересованность в общении, принцип «активного слушания»;
- 8) вежливость и сдержанность в обращении;
- 9) доброжелательность.

Методы, формы и технологии социальной работы с людьми пожилого и старческого возраста

Методы профессиональной социальной работы классифицируются:

- по направлениям и формам социальной работы (организационные, социально-психологические, социально-педагогические, социально-медицинские, социально-экономические и др.);
- по объектам социальной работы (индивидуальные, групповые и др.);
- по субъектам социальной работы (применяемые отдельным специалистом, коллективом социальной службы, органом управления социальной работы).

Биографический метод (или метод изучения личных документов) позволяет исследовать субъективные стороны общественной жизни. В процессе индивидуальной работы с пожилым человеком социальный работник обязан учитывать его права (каждый клиент имеет право на эмоциональное выражение своих чувств, на сочув-

ствие социального работника; кроме того, он вправе ожидать, что социальный работник имеет достаточную компетенцию).

Различные формы биографического метода (интервью, свидетельства родственников, различного рода переписка, фотографии, автобиографические фрагменты, рассказ о своей жизни в целом) с разной степенью глубины и обобщенности позволяют выявить специфику жизненного опыта человека, характер реализации его жизненных сил в процессе взаимодействия с другими людьми, с различными социальными группами.

Организационные методы — приемы и способы деятельности, используемые для решения организационных задач в области социальной работы. Подразделяются на:

- ✓ организационно-распорядительные;
- ✓ организационно-координационные;
- ✓ организационно-инструктивные;
- ✓ организационно-технические и др.

Организационные методы закрепляют права, полномочия, обязанности, ответственность различных звеньев управления, органов социальной защиты, социальных служб за конечный результат.

Социально-педагогические методы направлены на оказание социальной помощи человеку как отдельно взятому индивиду и как члену социума, в котором происходит процесс социализации и социальной ориентированности.

Выделяют три основные группы этих методов:

- 1) методы формирования сознания личности (понятий, суждений, убеждений, оценок);
- 2) методы организации познавательной, практической деятельности и поведения (поручения, задания, упражнения, создание специальных воспитывающих ситуаций);
- 3) методы стимулирования деятельности и поведения индивида (оценка, поощрение, порицание и др.).

Главная особенность социально-педагогических методов состоит в том, что они применяются, как правило, в определенных сочетаниях и направлены на развитие личности, ее социализацию, одновременно влияя на ее сознание, деятельность и поведение. Эффективность методов во многом определяется наличием у специалистов определенных знаний и умений, на что клиент вправе рассчитывать.

Социально-психологические методы — это комплекс методов (способов, приемов взаимодействия с объектами социальной работы), условно разделяемых на следующие группы.

1. Методы психологического исследования:

а) наблюдение — систематическое и целеустремленное восприятие психических явлений с целью изучения их смысла и специфических изменений в определенных условиях. Эффективность, точность наблюдений зависят от поставленной задачи, степени опытности и квалификации наблюдателя;

б) эксперимент — активное соучастие в социальной ситуации со стороны исследователя, регистрирующего сопутствующие изменения в поведении или состоянии изучаемого объекта.

2. *Диагностические методы* — выявление и изменение индивидуально-психологических особенностей личности. Особенное распространение получило тестирование, использующее стандартизированные вопросы и задачи, имеющие определенную шкалу значений и применяющиеся для стандартизированного изучения индивидуальных особенностей.

3. *Психогенетические методы* — выявление происхождения индивидуальных психологических особенностей человека, роли генотипа и окружающей среды в их формировании. Наиболее информативным является метод близнецов, позволяющий максимально уравнивать воздействие среды на личность.

4. *Лонгитюдные методы* — длительное и систематическое изучение одних и тех же испытуемых, позволяющее определить диапазон возрастной и индивидуальной изменчивости фаз жизненного цикла семьи.

5. *Методы исследования жизненного пути* — изучение индивидуального развития человека от рождения до смерти. Жизненный путь включает критические периоды, которые обычно сопровождаются существенной психической перестройкой. Данный метод обычно концентрируется на этих критических периодах и нормативных жизненных кризисах.

6. *Метод психологической помощи* — повышение психологической компетенции человека, выявление уже существующих или формирование новых ресурсов, позволяющих человеку решить стоящие перед ним задачи, преодолеть трудности и жизненные кризисы. Он включает в себя методы психологической коррекции, методы психогигиены и психопрофилактики.

7. *Полифункциональные методы* — предполагают необходимость изменения содержания и форм работы в зависимости от целей и задач социальной работы. К ним относятся беседы (интервью), метод анализа продуктов деятельности, моделирование.

Социально-экономические методы — совокупность приемов и способов, с помощью которых осуществляются действия, учитывающие социальные интересы и потребности людей, определяются пути их удовлетворения: натуральная и денежная помощь, установление льгот и единовременного пособия, патронажное и бытовое обслуживание, санкции и др. Их цель — формирование оптимальных социальных нормативов, создание эффективной системы социальной защиты населения, повышение социальной мобильности, результативности работы государственной социальной службы.

Формы работы с лицами пожилого возраста:

- встречи, беседы, «чаепития», посвященные воспоминаниям о молодости, значимым событиям в личной жизни и жизни семьи;
- торжественные мероприятия, посвященные ветеранам войны и труда;
- проведение профессиональных праздников, включающих обмен опытом с молодежью;
- посещение людей пожилого и старческого возраста с целью оказания психологической и эмоциональной поддержки;
- социальная помощь;
- проведение консультаций по различным вопросам: социальным, юридическим, психологическим и др. по телефону.

Технологии общения с пожилыми людьми

Работа с пожилыми клиентами имеет значительную специфику и требует развития у социального работника ряда навыков. Особое внимание следует уделить приему пожилых клиентов. При первой встрече предпочтителен нейтральный стиль общения, пока не найден подход, не сделаны необходимые наблюдения о чертах характера клиента. Сдержанность социального работника в интонации, аккуратность в одежде, внимание, чуткость, отсутствие резкости, суетливости в движениях, многословности, дефектов речи импонируют пожилому клиенту, помогают расслабиться, доверительно вести беседу.

Каждая встреча, беседа с пожилым человеком индивидуальна, но можно дать некоторые наиболее общие рекомендации, которые целесообразно учитывать в практической деятельности, а также определить выбор места для приема пожилого человека. Идеальный вариант — это когда клиент садится спиной к двери, напротив или чуть наискосок к сотруднику, ведущему прием, чтобы видеть

лицо собеседника. Слишком близкая посадка, как и излишняя отдаленность, мешают контакту.

Необходимо проявить доброжелательность и заинтересованность с первых минут встречи, избегая при этом суетливости и заигрывания, нежелательна и «бурная атака» в начале беседы. Уместно применять некоторые приемы аттракции (расположения клиента к себе). Контакт становится оптимальным, если социальный работник при общении улыбается, заинтересован, спокойно жестикулирует, имеет ободряющую мимику.

Обращаться к клиенту уместно по имени-отчеству, тем самым поддерживая его достоинство и подчеркивая свое уважение. Иногда можно начать беседу с комплимента, который также позволит расположить пожилого человека к беседе, диалогу, выяснению проблемы и поиску путей его решения.

Существенной стороной общения социального работника с клиентом выступает перцепция, т. е. восприятие друг друга в качестве партнера по отношениям и установление на этой основе более глубоких взаимоотношений.

Часто пожилой клиент излишне застенчив в своих просьбах, затрудняется их высказать. Важно помочь ему в общении: стимулировать, поддержать, предоставлять ему инициативу и возможность выразить себя, изложить свои просьбы. Положительно действует обращение социального работника к клиенту, как например: «Давайте познакомимся, как мне вас называть?». Но если клиент растерян, его можно подбодрить репликами: «Слушаю вас, Иван Дмитриевич», «Какие у вас проблемы?» и т. д. Социальный работник должен обладать такими коммуникативными качествами, как наблюдательность, эмпатия, умение слушать и «строить» диалог. Не следует советовать, указывать, делать назидания. Эти меры не располагают к откровенности и доверительности.

Общие правила общения с пожилым клиентом:

- клиенту должно быть предложено удобное сиденье, высота которого равна сиденью социального работника или выше, свет не должен быть направлен в лицо клиента;
- клиент должен иметь возможность все время видеть лицо социального работника, глаза собеседников находятся на одном уровне;
- говорить нужно медленно, отчетливо, короткими фразами, достаточно громко, клиента нельзя торопить и перебивать, как бы медленно он ни говорил;

- перед тем как начать говорить, важно убедиться, что клиент слушает вас;

- следует обращать внимание на невербальные формы коммуникации, смотреть в глаза клиенту, чаще использовать физический контакт (прикосновения, поглаживания), находиться достаточно близко от клиента и в открытой позе, чаще копировать формы невербального поведения собеседника;

- постоянно проверять степень понимания клиентом того, что вы сказали;

- не критиковать и не указывать на ошибки собеседника, даже самые явные.

Общение с неизлечимыми больными. Знание социальным работником вопросов, касающихся здоровья клиента, одновременно дает ему как способность оказать помощь людям в бедственном положении, так и власть над ними. Отказ раскрыть клиентам важную информацию об их здоровье может повлиять на их способность принимать важные решения. Однако скоропалительное сообщение «правды» может быть не просто неразумным и безответственным, но и представлять серьезное злоупотребление профессиональной властью.

Как правило, неизлечимые больные получают травмирующую их информацию по другим каналам, при этом неполная вербальная информация в сочетании с трагической невербальной экспрессией близких и избегающим поведением медперсонала и социального работника оказывают негативное влияние на больного. Поэтому необходимо ориентироваться на каждого больного в каждой конкретной ситуации. Говорить с человеком о его диагнозе нужно, если это будет способствовать более эффективному лечению, ведь эффективность лечения зависит не только от того, как пациента будут лечить, но и от того, как он будет лечиться. Говорить с пациентом о серьезности заболевания нужно, если он настойчиво задает вопросы, оставаясь недовольным щадящими ответами. Иначе возникающее недоверие также не будет способствовать эффективному лечению.

Плохие новости решительно и неприятно меняют взгляд клиента на собственное будущее. При этом, рассказывая клиенту и его семье обо всем, вы избегаете сложностей и недоверия. Необходимо придерживаться двух параллельных принципов: никогда не обманывать клиента и избегать бездумной откровенности. Отношения между клиентом и социальным работником основаны на доверии. Полезно использовать слова с положительными, а не отрицатель-

ными оттенками. Например, надо сказать: «Вашу энергию в настоящий момент следует поберечь», вместо того, чтобы сказать: «Вы слабеете».

На сегодняшний день не существует идеального правового и этического разрешения вопроса эвтаназии. Большинство клиентов, которые просят об эвтаназии, в действительности нуждаются в понимании, разъяснениях и физическом или психологическом уходе, качественной паллиативной помощи.

Есть много причин прошения эвтаназии, поэтому на практике один из наиболее важных вопросов — о том, как отвечать клиенту, просящему об эвтаназии. Некоторые причины прошения эвтаназии могут быть поправимы, поэтому необходимо спрашивать пациентов о причинах их просьбы, и только после того, как были выяснены все проблемы пациента, ему следует дать совет или разубедить его. У некоторых пациентов невозможно что-то улучшить, тогда нужно уметь проявить максимум сострадания.

Основные способы ответа на прошение эвтаназии:

- спросить клиента о причинах;
- исследовать эти причины; скорректировать то, что можно скорректировать;
- помочь вернуть клиенту самоконтроль;
- предложить подумать о духовных проблемах;
- признать свою беспомощность.

Неотъемлемой частью заботы об умирающем человеке является также и поддержка скорбящих родственников. Инициатива к общению на уровне «родственник — социальный работник» должна исходить со стороны социального работника и поддерживаться им.

Технологии возрастно-психологического консультирования пожилых людей

Возрастно-психологическое консультирование пожилых предполагает также возможность обращения и членов семьи за помощью к психологу. Общение с членами семьи помогает консультанту воссоздать жизненный путь пожилого человека, что является необходимой процедурой возрастно-психологического консультирования. При этом требуется уточнить:

- анкетные данные и основные сведения о семье;
- сведения об особенностях прохождения основных этапов жизни: успешность обучения в школе, в среднем учебном заведе-

нии или вузе (если это имело место), этапы профессионального роста, случаи перемены мест работы;

- информацию об особенностях личности, эмоциональных переживаниях, типичных психических состояниях;

- сведения о характере межличностных отношений с членами семьи, с друзьями и коллегами по работе (эти данные потом сливаются со сведениями, предоставленными самим клиентом; консультант при этом не должен показать пожилому человеку, что он располагает информацией о нем, полученной от других людей);

- сведения о состоянии здоровья и перенесенных заболеваниях: наличие травм, операций, хронические, частые, тяжкие переживания, случаи госпитализации, психических и психосоматических заболеваний, постановка на учет у психиатра и психоневролога (эти данные необходимо дополнить сведениями, полученными у лечащего врача пожилого пациента. К сведениям о состоянии здоровья, полученным у врача, следует относиться как к сугубо конфиденциальным, их не следует обсуждать с пожилым человеком).

Процедура возрастно-психологического консультирования должна быть построена с учетом особенностей личности клиента и индивидуальных стратегий адаптации к возрастному фактору.

Конкретная задача консультанта — помочь пожилому человеку обозреть и оценить свои интересы и жизненные ресурсы, самому выбрать для себя подходящее, увлекающее его дело, оценить его жизненный и социальный смысл. Такая работа требует не одной встречи пожилого человека с психологом. Дело в том, что иногда этот выбор пожилой человек осуществляет методом проб и ошибок; тогда результаты каждой пробы требуют психологически квалифицированного обсуждения и оценки, а общение с психологом может исполнять роль «обратной связи» для самоутверждения человека, обретения уверенности в правильности выбранного им пути.

Предварительная оценка состояния когнитивных функций пожилого человека. Если это первый приход к социальному работнику, то важно выяснить, обратился ли клиент (пациент) по собственной инициативе или же по настоянию родственников и кто из них более обеспокоен происходящим. Как уже отмечалось, если жалобы на память, сообразительность и способность справляться с повседневными делами предъявляют родственники, но не сам клиент, то это чаще всего проявление деменции, если же жалуется сам клиент, но не его родственники — это, вероятнее, депрессия или патологическая тревога. Если на прием клиент пришел вместе с родствен-

никами, то лучше отдельно побеседовать с родственника и, спросив на это согласие клиента, а затем уже беседовать с ним самим.

Важно помнить, что распознавание неглубокой деменции бывает весьма затруднено, так как клиент опрятно одет, ведет себя вполне благопристойно, способен хорошо маскировать снижение памяти, давая объяснения типа: «А зачем мне об этом помнить?», «Все-го в голове не удержишь», «Если мне понадобится, я могу быстро найти эти сведения в записной книжке (справочнике, календаре и т. д.)». В процессе беседы нужно проверить не просто состояние памяти пациента в целом, а отдельно фиксационную память на недавние и отдаленные события.

Примеры вопросов, которые можно для этого использовать:

- попросить запомнить и через 10–15 минут воспроизвести 3–4 не связанных между собой слова (например, часы — стул — яблоко — дождь);
- попросить назвать адреса и телефоны родственников клиента, проживающих отдельно;
- спросить, часто ли он (она) не может вспомнить, какое сегодня число и день недели;
- осведомиться, как часто он (она) забывает свои вещи (зонт, сумку, перчатки и т. д.);
- спросить, помнит ли он (она), как звали друзей его (ее) молодости;
- осведомиться, в каком году он (она) окончил(а) школу, институт;
- спросить, раздражает ли его (ее) собственная забывчивость.

Важно проверить состояние не только памяти, но и других высших корковых функций — счета, речи, письма и др. Для этого могут быть использованы следующие задания и пробы:

- проверить, способен ли пациент правильно назвать дату и время, а также определить, сколько времени прошло от его выхода из дома или от начала беседы;
- предложить выполнить серию простых действий, например, достать очки, затем расстегнуть пуговицу, открыть книгу, снять пиджак и т. д., а потом проделать это в обратном порядке;
- попросить распознать и повторить какой-либо несловесный звуковой сигнал, например звон ключей, хлопок;
- предложить произнести какие-либо фразы-скороговорки;
- проверить способность к спонтанному письму и письму под диктовку;

- попросить произвести арифметические действия и простые денежные расчеты;
- предложить соединить линией несколько точек, отметить точкой центр круга или квадрата, нарисовать часы с определенным положением стрелок (сохранность визуально-пространственных и конструктивных способностей);
- попросить распознать находящийся в его руке, но невидимый ему предмет.

Необходимо помнить, что такая проверка, особенно при неглубокой деменции, может быть для клиента крайне неприятной и травмирующей. Поэтому следует действовать очень осторожно и бережно, всегда давая клиенту «спасти лицо» и воздерживаться от негативных комментариев.

Социальное обслуживание пожилых граждан на дому (социальный патронаж)

Социальный патронаж (патронаж в переводе с франц. языка — покровительство) — форма организованной социальной работы, которая осуществляется в домашних условиях и имеет преимущественно профилактическую направленность.

Оказание помощи на дому означает предоставление услуг и необходимого оборудования клиентам по месту их проживания с целью восстановления и поддержания максимального уровня здоровья, функционирования и комфорта. Социальное обслуживание на дому — это наиболее востребованный и эффективный вид оказания социальной поддержки, предоставления бытовых, медицинских, психолого-педагогических, правовых услуг, оказания материальной помощи, создания условий для социальной адаптации и реабилитации граждан и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В настоящее время в общественном сознании сформировалось обоснованное представление о том, что каждый человек должен иметь возможность проживать как можно дольше в привычной для него домашней обстановке до тех пор, пока не возникнет острая необходимость в дополнительных услугах. В связи с этим предпочтение отдается доктрине социального патронажа, нежели доктрине реабилитационного ухода в социальном специализированном учреждении. К тому же обслуживание одного человека на дому обходится государству в 10 раз дешевле, чем содержание его в доме-интернате.

Главная цель социального патронажа состоит в том, чтобы не оставлять клиента один на один со своими проблемами в четырех стенах собственного дома, максимально продлить нахождение в привычной для него среде обитания, поддерживать личностный и социальный статус, защитить его права и законные интересы. Подопечный должен ощущать себя полноценным человеком, который не отделен от общества и продолжает жить активно в силу собственных возможностей.

Основные задачи патронажа:

- оказание гражданам социально-бытовой и доврачебной медицинской помощи, квалифицированного ухода в домашних условиях;
- организация социально-бытового обслуживания граждан предприятиями торговли, общественного питания, бытового и коммунального хозяйства, учреждениями здравоохранения, нотариальными учреждениями, шефствующими предприятиями, другими учреждениями и общественными организациями;
- установление и поддержание связи с трудовыми коллективами, где ранее работали обслуживаемые граждане, а также с другими государственными и негосударственными структурами по оказанию социальной поддержки гражданам;
- оказание морально-психологической поддержки обслуживаемым гражданам и членам их семей;
- обучение родственников обслуживаемых граждан практическим навыкам общего ухода за больными.

В Республике Беларусь правом на социальный патронаж обладают граждане Республики Беларусь. Иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Беларуси, также пользуются правом на социальное обслуживание наравне с гражданами Республики Беларусь, если иное не определено Конституцией, законами и международными договорами Республики Беларусь.

Социальное обслуживание на дому основывается на принципах адресности, гуманизма, социальной справедливости, социального равенства, доступности, добровольности, конфиденциальности, общей профилактической направленности.

В оказании помощи на дому задействованы специалисты по социальной работе и социальные работники, домашние работники, младший медицинский персонал, медицинские сестры, врачи (в основном участковые терапевты и врачи общей практики) и специалисты по лечебной физкультуре.

В деле организации социально значимой помощи на дому весьма заметна роль волонтеров (добровольцев), среди которых есть много пожилых людей, проживающих в том же доме либо на той же улице.

Наличие родственников не всегда помогает организовать качественный уход на дому. Как показывает опыт, эти родственники сами весьма преклонного возраста, живут далеко и обычно очень заняты. Нередко семья или родственники, проживающие вместе с клиентом, не могут справиться с оказанием помощи при тяжелом физическом либо психическом состоянии клиента. Так, например, многие пожилые люди, страдающие выраженным старческим слабоумием, живут дома под присмотром родственников, являясь источником проблем. Социальный патронаж за такими людьми не только позволяет обеспечить присмотр и квалифицированный уход за ними, но и дает возможность для отдыха их родственникам.

В настоящее время накоплен разнообразный интересный опыт по оказанию социальной помощи на дому в различных общественных, в том числе церковных организациях, коммерческих фирмах. В Республике Беларусь разработана собственная модель социального обслуживания на дому через соответствующую структуру территориального центра социального обслуживания населения. Такие центры действуют во всех административных районах республики, предлагая гражданам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, широкий спектр социальных услуг (от оказания гуманитарной помощи до психологической помощи и реабилитации), предоставляя возможность выбора отдельных услуг или целого комплекса.

Правом внеочередного принятия на обслуживание Центром пользуются Герои Республики Беларусь, Герои Советского Союза, Герои Социалистического Труда, полные кавалеры орденов Славы, Трудовой Славы, инвалиды и участники Великой Отечественной войны, а также инвалиды боевых действий на территории других государств. Правом первоочередного принятия на обслуживание Центром пользуются супруги погибших (умерших) инвалидов и участников Великой Отечественной войны, не вступившие в повторный брак; одинокие трудоспособные граждане и инвалиды.

Противопоказанием к зачислению на обслуживание структурными подразделениями Центра является наличие у граждан психических заболеваний, хронического алкоголизма, венерических, карантинных инфекционных заболеваний, бактерионосительства,

активных форм туберкулеза, а также иных тяжелых заболеваний, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения.

Отказ в предоставлении социальных услуг Центром по медицинским показаниям оформляется совместным заключением его руководства и врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения.

Первичного клиента, который ранее не обращался в Центр, по месту его жительства посещает специалист по социальной работе — руководитель социального патронажа. Целью его визита является выявление особенностей физического, психического и социального состояния, определение потребностей в патронажных и иных услугах, налаживание сотрудничества с вероятными помощниками (соседи, друзья или родственники). В процессе посещения руководитель рассказывает клиенту о его социальном работнике, определяет виды социальной помощи, объем работы по патронажу, частоту визитов и т. п. Следует узнать мнение клиента об объеме необходимых ему услуг, о частоте посещения патронажного работника, так как возможны недооценка либо переоценка потребностей в уходе. Правильно сформированный и утвержденный обеими сторонами (т. е. клиентом и специалистом по социальной работе) план ухода — первая ступень достижения конечной цели. Очень важно сразу определить и наладить надежное средство связи с клиентом (телефон, кнопка или браслет безопасности и др.), поскольку социальный патронаж предполагает оказание срочной социальной и медико-социальной помощи в случае необходимости экстренной консультации по телефону или оказания медицинской помощи при угрожающем для жизни клиента состоянии.

Для каждого клиента отделения надомного обслуживания Центра составляется индивидуальный план ухода на дому в зависимости от состояния здоровья и потребностей. Важная часть плана — всесторонняя оценка индивидуальных потребностей клиента, что позволяет эффективнее планировать деятельность по уходу. В основу индивидуального плана ухода положено обеспечение клиенту права на независимость и личную жизнь. Этот план включает в себя информацию о видах предоставленных клиенту услуг.

Виды социальной помощи на дому, объем работы по патронажу, частота визитов социального работника во многом определяются степенью функциональных нарушений клиента. Если подопечный

способен к самообслуживанию и может самостоятельно выходить из дома, то социальный работник посещает его 1–2 раза в неделю для оказания, например, помощи в уборке жилого помещения или принятия ванны. Клиента, который не может самостоятельно выйти из квартиры, пользуется инвалидной коляской либо передвигается с помощью костылей или ходунков, социальный работник посещает 3–4 раза в неделю, строго выполняя все предписанные функциональные обязанности. Лиц, находящихся на постельном режиме, социальный работник посещает 5–6 раз в неделю.

При организации индивидуального обслуживания также учитываются жилищные условия (комфортность, безопасность жилища, телефонизация, наличие соседей), право на занимаемое жилье.

Периодически производится пересмотр индивидуального плана, причем состав услуг определяется в основном состоянием клиента.

Таким образом, специалист по социальной работе фактически выступает в роли менеджера, организующего оценку потребностей и качество предоставления услуг клиенту. Ему также принадлежит функция наблюдения за работой социальных и домашних работников, добровольцев и сиделок.

Социальное обслуживание граждан на дому может осуществляться с различной периодичностью — на разовой, временной (на срок до 6 месяцев) или постоянной основе. В перечень социальных услуг включены услуги по осуществлению почасового дневного ухода, которые оказываются социальными работниками отделений срочного обслуживания территориальных центров.

Снятие граждан с обслуживания структурными подразделениями производится приказом директора центра по личному заявлению обслуживаемого лица при истечении сроков обслуживания или по иным причинам, препятствующим дальнейшему обслуживанию гражданина. Снятие граждан с обслуживания без заявления производится в случаях:

- ✓ нарушения договорных условий оплаты за обслуживание;
- ✓ выявления медицинских противопоказаний;
- ✓ нарушения гражданами установленных норм и правил при предоставлении им социальных услуг;
- ✓ смерти граждан (на следующий день после похорон).

При отказе граждан от обслуживания при условии, что такой отказ может повлечь ухудшение их состояния, гражданам или их законным представителям разъясняются последствия принятого решения, о чем получают письменное подтверждение.

Решение об отказе от принятия на обслуживание или снятие с обслуживания граждан может быть обжаловано ими или их законными представителями в управления социальной защиты облисполкомов, Минского горисполкома, в соответствующий исполком, а также в суд.

В Республике Беларусь создаются специальные структуры, которые предназначены для оказания нетрудоспособным гражданам дополнительных услуг на дому:

- хозяйственные (хозрасчетные) бригады, выполняющие разовые услуги на дому, в том числе по ремонту жилья и надворных построек, по доставке, распиловке и складированию топлива, и другие работы;

- службы сиделок;

- оказание социальной помощи на дому на мобильной основе и др.

Создание службы сиделок на профессиональной основе позволяет решить проблему постоянного постороннего ухода на дому за людьми, которые в ней остро нуждаются, облегчить трагизм положения прикованных к постели тяжелобольных, одиноких граждан. Деятельность по подготовке работников и по предоставлению гражданам услуг сиделки проводится в тесном сотрудничестве с организациями здравоохранения, негосударственными общественными и религиозными организациями, включая больницы сестринского ухода, организационные структуры Белорусского Общества Красного Креста, хосписы и др.

Организация службы сиделок, «стационаров на дому» и «хосписов на дому» является основной формой государственной поддержки семей, где имеются лежачие больные.

Перспективным направлением является практика проживания и социального обслуживания клиентов в социальном жилье, которое обычно доступно для людей с ограниченными доходами. Маломобильный человек чувствует себя достаточно комфортно и свободно, находясь вместе с тем под опекой обслуживающего персонала. Если социальное жилье расположено на одной улице либо в одном районе, то это значительно облегчает организацию социального обслуживания проживающих и отодвигает срок их переезда в дома-интернаты. Так, в Российской Федерации в г. Кемерово имеется опыт организации модельной социальной квартиры. Учебно-методическая квартира, переоборудованная из обычной городской, предназначена для организации быта и проживания людей с ограниченными возможностями здоровья. Она оснащена

всеми необходимыми средствами реабилитации и адаптации. Например, в ванной комнате имеются стульчики, поручни, сиденья, подъемники; для обеспечения самообслуживания предоставляются приспособления для застегивания пуговиц, для подтягивания предметов; для безопасного передвижения и перемещения — костыли и ходунки.

При патронаже социальный работник активно помогает клиенту самому справиться с физическими, психологическими и социальными ограничениями. В результате такой работы подопечный должен восстановить свою жизнедеятельность у себя дома. С помощью социального работника члены семьи и родственники обучаются приемам ухода и неотложной помощи.

Социальный работник, который намерен заниматься социальным патронажем, должен обладать интеллектуальной зрелостью, эмоциональной устойчивостью, способностью соблюдать конфиденциальность в отношении информации, касающейся клиента, отличаться доброжелательностью во взаимоотношениях с людьми, повышать свою квалификацию, обладать хорошим состоянием здоровья. Эффективность ухода во многом зависит от таких психологических качеств социального работника, как терпение, чуткость, такт, гибкость и коммуникабельность. Обычно патронажный работник вскоре становится для клиента близким человеком, а его психологическая поддержка имеет очень большое значение.

При подборе социального работника для патронажа следует отдавать предпочтение тому, кто проживает недалеко от своего клиента. Уменьшение времени на переезды позволяет в большей степени сосредоточить усилия социального работника на организации патронажа. Если исполнение служебных обязанностей связано с использованием общественного транспорта, работникам отделения социального обслуживания на дому (заведующему отделением, заместителю заведующего, инспекторам по основной деятельности, социальным работникам, медицинским сестрам) выдаются проездные документы или компенсируются расходы по проезду, но не более стоимости ежемесячного проездного билета в городе и стоимости проезда по соответствующему маршруту на селе. Отделение может приобретать для социальных работников велосипеды. На период использования велосипеда проездные документы социальным работникам не оплачиваются. Срок эксплуатации велосипеда 3 года.

Социальным работникам и медицинским сестрам выдаются удостоверения, предоставляющие право на внеочередное обслужи-

вание их предприятиями торговли, общественного питания, связи, аптеками и другие преимущества, устанавливаемые местными органами власти.

Основным документом для учета и контроля работы социального работника служит дневник посещений клиента. В дневнике отмечается дата визита и содержание проведенной работы. В конце каждого месяца подводится итог социального патронажа в форме рапорта, который является источником информации о различных аспектах состояния клиента. Подопечные при желании могут в этом дневнике письменно поблагодарить социального работника либо высказать критические замечания или пожелания по улучшению качества работы.

Социальное обслуживание должно соответствовать государственным минимальным стандартам, которые гарантируют минимальный уровень социальной защиты, обеспечивают удовлетворение основных потребностей человека. Государственные минимальные стандарты социального обслуживания выражаются в нормах и нормативах предоставления денежных выплат, бесплатных и общедоступных социальных услуг, социальных пособий и выплат.

Перечень бесплатных и общедоступных социальных услуг, предоставляемых отделениями социальной помощи на дому

Услуги по организации питания, быта и досуга:

✓ покупка и доставка на дом продуктов питания, горячих обедов, промышленных товаров первой необходимости;

✓ содействие в заготовке овощей на зиму;

✓ доставка воды;

✓ помощь в растопке печей, содействие в обеспечении топливом (для проживающих в жилых помещениях без центрального отопления и водоснабжения);

✓ сдача стеклопосуды, вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка;

✓ содействие в организации ремонта и уборки жилых помещений;

✓ внесение платы из средств обслуживаемого лица за пользование жилым помещением и коммунальные услуги;

✓ содействие в организации предоставления услуг организациями торговли, коммунально-бытового обслуживания, связи и другими организациями, оказывающими услуги населению;

✓ оказание помощи в написании писем;

✓ содействие в обеспечении книгами, журналами, газетами;

✓ содействие в посещении театров, выставок и культурных мероприятий;

✓ доставка на дом благотворительной и другой помощи.

Социально-реабилитационные услуги:

✓ помощь в получении талонов на прием к врачу;

✓ содействие в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных), в том числе для инвалидов на основании индивидуальных программ реабилитации;

✓ содействие в обеспечении по заключению врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;

✓ оказание психологической помощи;

✓ содействие в госпитализации, при необходимости сопровождение в лечебно-профилактические учреждения;

✓ посещение в стационарных учреждениях здравоохранения в целях оказания морально-психологической поддержки;

✓ содействие в получении зубопротезной и протезно-ортопедической помощи, а также в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации.

Консультативно-информационные услуги:

✓ помощь в оформлении документов;

✓ помощь и содействие в истребовании необходимых документов для получения предусмотренных законодательством льгот, гарантий и их предоставление в соответствующие органы для рассмотрения;

✓ предоставление консультаций по вопросам пенсионного обеспечения и предоставления других социальных выплат;

✓ содействие в получении юридических консультаций.

Содействие в организации ритуальных услуг.

Дополнительные услуги по оказанию специализированной помощи:

✓ наблюдение за состоянием здоровья;

✓ оказание первичной медицинской помощи;

✓ выполнение медицинских процедур (измерение температуры тела, артериального давления, наложение компрессов, перевязка, обработка пролежней, раневых поверхностей, выполнение очистительных клизм), внутримышечных и подкожных инъекций по назначению лечащего врача;

✓ оказание санитарно-гигиенических услуг (обтирание, обмывание, гигиенические ванны, стрижка ногтей, причёсывание, смена белья);

- ✓ забор материалов для проведения лабораторных исследований (при наличии направления от лечащего врача);
- ✓ кормление ослабленных больных и при необходимости организация горячего питания на дому;
- ✓ уборка жилых помещений;
- ✓ проведение санитарно-просветительной работы.

Работа по обслуживанию граждан, утративших способность к самообслуживанию, осуществляется в тесном взаимодействии с территориальными учреждениями здравоохранения и службы милосердия Общества Красного Креста. Социальные работники, оказывающие специализированную помощь, осуществляют свою деятельность во взаимодействии с медсестрой социального отделения Центра.

Медицинские сестры социального отделения организуют свою работу во взаимодействии с территориальными учреждениями здравоохранения, к которым они прикреплены.

Для оказания доврачебной помощи социальное отделение должно располагать минимальным набором лекарственных препаратов (за исключением наркотических и сильнодействующих) и перевязочных средств.

Выполнение медицинскими сестрами плановых медицинских назначений обслуживаемым лицам производится только по назначению лечащего (участкового) врача.

Медицинские сестры могут оказывать также платные услуги гражданам, утратившим способность к самообслуживанию и проживающим в семье. Услуги включают помощь в удовлетворении повседневных жизненных потребностей, основные гигиенические процедуры, предписанный доктором уход и по мере возможности также обеспечение контактов с окружающими.

Перечень бесплатных и общедоступных социальных услуг, предоставляемых отделениями срочного социального обслуживания:

- ✓ обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости;
- ✓ разовое оказание материальной помощи;
- ✓ содействие в предоставлении помещений для временного (дневного и ночного) пребывания;
- ✓ обеспечение разовым горячим питанием, в том числе путем предоставления талонов на бесплатное питание, или продуктовыми наборами;
- ✓ оказание разовой бытовой помощи;

✓ организация первичной медицинской и психологической помощи, в том числе по «телефону доверия»;

✓ предоставление необходимой информации и проведение консультаций по вопросам социальной помощи;

✓ организация юридических и иных консультаций.

В зависимости от социального и материального положения обслуживаемого лица социальные услуги могут оказываться бесплатно, на условиях частичной либо полной оплаты.

При социальном обслуживании и (или) предоставлении социальных услуг на условиях частичной либо полной оплаты государственное учреждение социального обслуживания заключает с нетрудоспособным гражданином или с его законным представителем (семьей) договор, определяющий объем социального обслуживания и виды предоставляемых услуг, сроки, в которые они должны быть предоставлены, порядок и размер их оплаты, а также ответственность сторон.

Заключение, изменение условий и расторжение договора осуществляются в соответствии с законодательством.

Размер оплаты за социальное обслуживание отделением социальной помощи на дому пересматривается:

✓ ежегодно в феврале на основании среднедушевого дохода нетрудоспособного гражданина (семьи), исчисленного по фактически полученным в декабре предшествующего года доходам, и бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения, утвержденного в ценах декабря предшествующего года;

✓ при изменении состава семьи нетрудоспособных граждан (семей);

✓ при изменении облисполкомами и Минским горисполкомом цен (тарифов стоимости нормо-часа) на социальное обслуживание и социальные услуги.

Размер оплаты за социальное обслуживание пересчитывается с месяца, следующего за месяцем, в котором наступили соответствующие обстоятельства.

Если при социальном обслуживании отделением социальной помощи на дому нетрудоспособных граждан (семей) посещения составили менее установленного норматива в месяц, плата взимается пропорционально количеству посещениям социальным работником нетрудоспособных граждан (семей).

Более половины всех получателей услуг (а это пожилые люди и инвалиды) находятся на бесплатном обслуживании. *Бесплатные*

социальные услуги — услуги, предоставление которых гарантируется государством за счет финансирования из республиканского и местных бюджетов, а также государственных внебюджетных страховых фондов и которые доступны для всех по возможности приобретения и пользования.

Социальные услуги, предусмотренные специальным перечнем, предоставляются бесплатно:

- ✓ малообеспеченным одиноким гражданам;
- ✓ малообеспеченным одиноко проживающим гражданам (семьям), не имеющим на территории Республики Беларусь трудоспособных лиц, обязанных по закону их содержать;
- ✓ семьям в случае рождения в семье тройни и более детей до достижения детьми двухлетнего возраста.

Кроме того, согласно действующему законодательству, местным исполнительным и распорядительным органам предоставлено право принимать решение о бесплатном надомном обслуживании отдельных граждан в порядке исключения.

На условиях частичной оплаты социальная помощь на дому предоставляется 45 % граждан от общего числа обслуживаемых людей.

Социальные услуги, предусмотренные специальным перечнем, предоставляются на условиях частичной оплаты нетрудоспособным гражданам и нетрудоспособным семьям, за исключением граждан и семей, указанных выше.

Размер частичной оплаты за социальное обслуживание и (или) социальные услуги составляет:

- для нетрудоспособного гражданина — 50 % тарифа на социальное обслуживание и (или) социальную услугу;
- для нетрудоспособной семьи — 40 % тарифа на социальное обслуживание и (или) социальную услугу для каждого члена семьи.

1,5 % граждан от общего числа обслуживаемых людей вносят полную оплату. Полная оплата соответственно в два раза выше.

Социальные услуги, предусмотренные специальным перечнем, предоставляются на условиях полной оплаты:

- ✓ нетрудоспособным гражданам (семьям), имеющим в населенном пункте проживания трудоспособных членов семьи, обязанных по закону их содержать;
- ✓ нетрудоспособным гражданам, проживающим совместно с трудоспособными членами семьи.

Размер полной оплаты за социальное обслуживание и (или) социальные услуги составляет:

- для нетрудоспособных граждан — 100 % тарифа на социальное обслуживание или социальную услугу;
- для нетрудоспособной семьи — 75 % тарифа на социальное обслуживание или социальную услугу для каждого члена семьи.

Социальные услуги, не предусмотренные *специальным перечнем*, предоставляются нетрудоспособным гражданам (семьям) на условиях полной оплаты.

Государственными минимальными социальными стандартами при оказании *социальной поддержки семьям* являются государственные пособия в связи с рождением ребенка и воспитанием детей.

Государственными минимальными социальными стандартами при оказании *социальной поддержки малообеспеченным и находящимся в трудной жизненной ситуации* гражданам являются пособия, единовременные выплаты и иная материальная помощь.

Порядок организации работы с гражданами при обращении за назначением государственной адресной социальной помощи; установление категорий граждан (семей), имеющих право на государственную адресную социальную помощь, критериев нуждаемости, а также порядок назначения и выплаты этой помощи

Под государственной адресной социальной помощью понимается один из видов государственной социальной помощи, оказываемой для преодоления или смягчения трудной жизненной ситуации малообеспеченным гражданам (семьям). *Малообеспеченные граждане (семьи)* — граждане (семьи), имеющие по объективным причинам среднедушевой доход ниже бюджета прожиточного минимума. *Бюджет прожиточного минимума* — стоимостная величина прожиточного минимума, а также обязательные платежи и взносы. *Прожиточный минимум* — минимальный набор материальных благ и услуг, необходимых для обеспечения жизнедеятельности человека и сохранения его здоровья. В прожиточный минимум входят следующие виды материальных благ и услуг: продукты питания, одежда, белье, обувь, предметы общесемейного пользования; лекарства, предметы санитарии и гигиены; жилищно-коммунальные, транспортные и бытовые услуги; услуги детских дошкольных учреждений.

Право на государственную адресную социальную помощь имеют: одинокие инвалиды I и II группы; одинокие инвалиды III группы, получающие социальную пенсию; одинокие пенсионеры и одинокие супружеские пары, достигшие возраста, дающего право на пенсию по возрасту на общих основаниях; семьи, воспитывающие несовершеннолетних детей; семьи, имеющие в своем составе инвалидов с детства, получающих социальную пенсию; семьи, в которых трудоспособный член семьи осуществляет уход за инвалидом I группы либо престарелым старше 80 лет. *Одиноким гражданин* — нетрудоспособный гражданин, не имеющий трудоспособных членов семьи, обязанных по закону его содержать. *Одиноким проживающий гражданин* — нетрудоспособный гражданин, проживающий отдельно от трудоспособных членов семьи, обязанных по закону его содержать. *Нетрудоспособная семья* — совместно проживающие нетрудоспособные граждане, связанные между собой моральной и материальной общностью и поддержкой, ведением общего хозяйства, правами и обязанностями, вытекающими из брака, родства, усыновления.

Государственная адресная социальная помощь предоставляется в виде ежемесячного и единовременного социальных пособий при условии, если среднедушевой доход гражданина (семьи) по объективным причинам не превышает 60 % утвержденного в установленном порядке бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения (критерий нуждаемости).

Среднедушевой доход гражданина (семьи) исчисляется за три месяца, предшествующие месяцу обращения за государственной адресной социальной помощью (расчетный период).

Размер ежемесячного социального пособия на одного получателя составляет положительную разность между критерием нуждаемости и среднедушевым доходом гражданина (семьи).

Государственная адресная социальная помощь назначается комиссией по оказанию адресной социальной помощи, образуемой районным (городским) исполнительным и распорядительным органом. Обеспечение деятельности комиссии осуществляется органами по труду и социальной защите.

По решению комиссии государственная адресная социальная помощь предоставляется в денежной и (или) натуральной форме. Формы ее предоставления могут быть совмещены, а также может применяться безналичная форма предоставления.

Натуральная форма предоставления государственной адресной социальной помощи применяется в случаях, когда родители не обе-

спечивают должный уход за детьми, а также когда государственная адресная социальная помощь в денежной форме используется не по назначению.

В этих случаях работники органов по труду и социальной защите территориальных центров социального обслуживания населения за счет финансовых средств, выделенных семье на государственную адресную социальную помощь, приобретают одежду, обувь, продукты питания, лекарства и другие товары первой необходимости, а также вносят оплату за пользование жилым помещением и за коммунальные услуги.

Единовременное социальное пособие назначается в зависимости от конкретных обстоятельств, объективно нарушающих нормальную жизнедеятельность гражданина (семьи). К ним относятся: полная нетрудоспособность по причине возраста или инвалидности; неспособность к самообслуживанию, связанная с болезнью; сиротство; одиночество; стихийные бедствия; катастрофы; смерть супруга (супруги), родителей (усыновителей), детей (в том числе усыновленных); другие обстоятельства, требующие материальной поддержки.

Наличие обстоятельств, дающих право гражданину (семье) на получение единовременного социального пособия, подтверждается актом обследования материально-бытового положения, составляемого специалистами органа по труду и социальной защите либо территориального центра социального обслуживания населения, и документами, подтверждающими обстоятельства, названные в части первой настоящего пункта.

Орган по труду и социальной защите (центр) не позднее 5 рабочих дней после вынесения соответствующего решения комиссии сообщает заявителю о назначении или отказе в назначении государственной адресной социальной помощи с указанием причин отказа и порядка обжалования.

Решение комиссии может быть обжаловано в вышестоящий орган по труду и социальной защите. При несогласии с принятым этим органом решением спор разрешается в судебном порядке.

В случае установления органом по труду и социальной защите (центром) факта недостоверности представленных документов (сведений) о доходах и принадлежащем гражданину (членам семьи) имуществе на праве собственности, в том числе способного приносить доход, излишне выплаченные суммы ежемесячного социального пособия подлежат возврату.

В случае отказа от возврата в добровольном порядке излишне выплаченных сумм ежемесячного социального пособия они взыскиваются в судебном порядке.

Государственная адресная социальная помощь в денежной форме выплачивается ежемесячно через объекты почтовой связи республиканского унитарного предприятия «Белпочта», а также филиалы открытого акционерного общества *Сберегательный банк «Беларусбанк»* и их структурные подразделения.

Натуральные виды помощи (одежда, обувь, продукты питания) выдаются семьям по карточкам учета, спискам и ведомостям.

Порядок назначения и выплаты пособий по уходу за инвалидами I группы либо лицами, достигшими 80-летнего возраста и нуждающимися по заключению медико-реабилитационных экспертных комиссий или врачебно-консультационных комиссий в постоянном уходе

Право на пособие по уходу за инвалидами I группы либо лицами, достигшими 80-летнего возраста и нуждающимися по заключению медико-реабилитационных экспертных комиссий или врачебно-консультационных комиссий в постоянном уходе (далее пособие по уходу), имеют неработающие и не занимающиеся предпринимательской деятельностью трудоспособные лица, не получающие пенсии или пособия по безработице, осуществляющие уход за этими инвалидами либо лицами.

Учащиеся и студенты дневных отделений учебных заведений независимо от ведомственной принадлежности этих учебных заведений приравниваются к работающим. Пособие по уходу за одним инвалидом I группы либо лицом, достигшим 80-летнего возраста и нуждающимся по заключению данных комиссий в постоянном уходе, назначается в размере 25 %, а при осуществлении одновременно ухода за двумя и более из указанных лиц — в размере 50 % утвержденного бюджетом прожиточного минимума в среднем на душу населения на дату назначения пособия.

Пособие по уходу назначается постоянно проживающим на территории республики гражданам Республики Беларусь, а также иностранным гражданам и лицам без гражданства, имеющим свидетельство на право жительства в Республике Беларусь (вид на жительство). Пособие по уходу назначается трудоспособным лицам. Трудоспособ-

ными считаются лица, достигшие шестнадцати лет. Назначение пособия по уходу осуществляется органами социальной защиты.

Факт осуществления ухода устанавливается на основании представленных документов и акта обследования фактических обстоятельств осуществления ухода, который составляется отделом социальной защиты по сведениям, полученным от жилищно-эксплуатационных организаций путем опроса лиц, за которыми осуществляется уход, их соседей, и другим данным. Указанный факт также может подтверждаться справкой сельского (поселкового) Совета депутатов (в отношении лиц, проживающих в сельской местности) либо решением суда.

Осуществление ухода предполагает фактическое проживание в одном населенном пункте (городе, поселке городского типа, селе) лица, осуществляющего уход, и лиц, за которыми осуществляется постоянный уход. Если эти лица проживают в разных населенных пунктах, вопрос назначения пособия по уходу решается Комиссией с учетом конкретных обстоятельств.

Факт признания лица, осуществляющего уход, неработающим устанавливается на основании расписки заявителя, в которой указываются род его занятий и сведения, содержащиеся в трудовой книжке. При необходимости может проводиться проверка факта работы (занятости) заявителя с истребованием документов со службы занятости, районных (городских) отделов Фонда социальной защиты населения, налоговой инспекции и т. д.

В случае осуществления ухода за двумя и более инвалидами I группы либо лицами, достигшими 80-летнего возраста и нуждающимися по заключению медико-реабилитационных экспертных комиссий или врачебно-консультационных комиссий в постоянном уходе, проживающими в разных административных районах, заявление о назначении пособия по уходу подается по выбору обратившегося за его назначением в отдел социальной защиты по месту жительства одного из этих лиц.

Указанные выше нормативные документы позволяют обеспечить более объективный и дифференцированный подход к вопросам о нуждаемости в социальном обслуживании, постепенно отойти от традиционно сложившейся практики, при которой бесплатные социальные услуги предоставляются в зависимости от формальной принадлежности к той или иной социальной группе, без учета персональной, адресной нуждаемости в них и материального положения граждан.

Содержание пожилых людей в домах-интернатах

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

Все дома-интернаты в зависимости от контингента проживающих в них граждан подразделяются на три вида: дома-интернаты общего типа, специального типа и психоневрологический интернат.

Дом-интернат общего типа предназначен для постоянного и временного проживания на полном государственном обеспечении либо за плату одиноких престарелых и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В дом-интернат для престарелых и инвалидов на полное государственное обеспечение принимаются одинокие граждане, достигшие: женщины — 55 лет, мужчины — 60 лет и инвалиды I и II групп старше 18 лет.

На полное платное содержание или неполное государственное обеспечение могут быть приняты престарелые и инвалиды, имеющие в Республике Беларусь трудоспособных родственников, обязанных их содержать, но по каким-либо причинам не могущие проживать в семье. Это делается в порядке исключения по ходатайству местных исполнительных и распорядительных органов и решению отделов, управлений по труду и социальной защите областей и города Минска на основании договора между гражданином либо его родственниками. При неполном государственном обеспечении граждане обеспечиваются бесплатно всеми видами обслуживания, за исключением одежды и обуви.

Специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного проживания потерявших социальные связи инвали-

дов I и II группы, престарелых граждан из числа освобождаемых из мест лишения свободы (особо опасных рецидивистов и других лиц, за которыми в соответствии с действующим законодательством установлен административный надзор), а также направляемых из приемников-распределителей лиц из числа указанных инвалидов и престарелых, ранее судимых или неоднократно привлекавшихся к административной ответственности за нарушение общественного порядка, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании, систематическом и целенаправленном воспитательном воздействии. Направление этих инвалидов и престарелых в специальный дом-интернат производится с их согласия на основании заключения медицинской комиссии о том, что они нуждаются в постороннем уходе, и при отсутствии трудоспособных родственников, обязанных их содержать.

В специальном доме-интернате для осуществления лечебно-трудовой и активизирующей терапии создаются лечебно-производственные (трудовые) мастерские, а в специальном доме-интернате, расположенном в сельской местности, кроме того, подсобное сельское хозяйство с необходимым инвентарем, оборудованием и транспортом. В целях укрепления материальной базы лечебно-производственных (трудовых) мастерских в специальном доме-интернате могут создаваться цехи и участки в качестве структурных подразделений предприятий, деятельность которых регламентируется соответствующим положением.

Престарелые и инвалиды, проживающие в специальном доме-интернате, решительно вставшие на путь исправления, могут быть переведены в дом-интернат для престарелых и инвалидов общего типа.

Психоневрологический интернат является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного, временного (сроком от 2 до 6 месяцев) и пятидневного в неделю проживания престарелых граждан и инвалидов, страдающих хроническими психическими заболеваниями, признанными в установленном порядке недееспособными и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании.

Прием в психоневрологический интернат производится по путевкам областных отделов и управлений по труду и социальной защите и управления по труду и социальной защите г. Минска, выдаваемых на основании заявления самого гражданина либо его родственников или решения органа опеки и попечительства.

Обязанности дома-интерната определяются его задачами и следующими функциями:

- осуществление социальной защиты престарелых и инвалидов путем предоставления материально-бытового обеспечения, создания для них благоприятных условий проживания, приближенных к домашним, в обстановке уважительного отношения к проживающим;
- организация ухода за проживающими лицами, оказание им медицинской помощи и проведение культурно-массовой работы;
- осуществление мероприятий, направленных на социально-трудовую реабилитацию инвалидов;
- уход (надзор) за психическими больными в соответствии с режимом содержания;
- обеспечение нуждающихся техническими средствами реабилитации;
- иные задачи с учетом специфики деятельности.

Проживающие в доме-интернате получают благоустроенное жилье с мебелью и инвентарем, постельные принадлежности, одежду, обувь; им предоставляется питание, в том числе диетическое; осуществляется диспансеризация и лечение; организуется консультативная медицинская помощь специалистов, а также госпитализация нуждающихся в лечебно-профилактических учреждениях; они обеспечиваются при необходимости слуховыми аппаратами, очками, протезно-ортопедическими изделиями, а также «малыми» средствами передвижения; для проживающих проводятся различные культурно-массовые мероприятия; проводится активизирующая терапия и т. д. Организация медицинской помощи в доме-интернате имеет особенности, так как возможности этих учреждений ограничены.

Для устранения отрицательных факторов, влияющих на проживание пожилых в доме-интернате (стрессы, малая информированность о внешнем мире, гиподинамия, скученность), следует использовать СМИ, беседы, читки, стенды; создавать комфортную среду обитания, привлекая для этой работы также и наиболее активных, энергичных самих проживающих в домах-интернатах.

По отношению к проживающим в домах-интернатах рекомендуется введение дифференцированных режимов адаптации.

1. *Режим общественно-трудовой занятости.* Он направлен на поддержание личной активности, способствует реализации интересов, знаний, установок, потребности в общении. Это социально активные люди, которые заняты во всех аспектах жизни учреждения.

2. *Лечебно-активирующий режим.* Его назначают для поддержания полезных навыков и умений, оживления общения и бытовой адаптации. В реализации этого режима большую роль играют культработники, библиотекари, инструкторы лечебной физкультуры и трудовой терапии.

3. *Лечебно-охранительный режим.* Осуществляет его медицинский персонал для поддержания функциональных способностей и отправления физиологических функций индивидуально по отношению к каждому проживающему.

Указанные режимы адаптации применяются с учетом уровня активности престарелых, что позволяет адекватно направить усилия персонала на организацию социально-психологической адаптации. В рамках этого направления существенное место занимает организация культурно-массовых мероприятий и вовлечение инвалидов в досуговую деятельность: участие в художественной самодеятельности, посещение экскурсий, театров, музеев, присутствие на зрелищных и спортивных мероприятиях. Проведению этих мероприятий должно предшествовать изучение потребностей инвалидов и пожилых людей, их интересов и желаний с учетом уровня образования, профессии.

Для повышения качества жизни инвалидов и пожилых граждан в домах-интернатах желательно иметь в штате психолога, специалиста по социальной работе, квалифицированных трудотерапевтов.

В домах-интернатах могут создаваться лечебно-трудовые мастерские с доступными для инвалидов трудовыми операциями. У домов-интернатов обычно имеются лечебно-трудовые мастерские швейного, галантерейного и картонажного профиля, подсобные хозяйства. В лечебно-трудовых мастерских работают более 30 % из числа проживающих, 15 % проживающих заняты в подсобном хозяйстве.

Психоневрологические интернаты, как стационарные учреждения системы соцзащиты, имеют свою специфику по организации работы, по укладу жизни больных, для которых не существует понятия «выписка». В связи с этим важную роль в реабилитации инвалидов играет организация их занятости, которая направлена на восстановление утраченных (либо формирование новых) трудовых и коммуникативных навыков, на поддержание (либо формирование тенденции) активного образа жизни.

Реабилитационные мероприятия складываются из медикаментозного воздействия, трудовой терапии и терапии окружающей

средой. Целью терапии средой в условиях психоневрологического интерната является стимуляция социальных связей и активизация нарушенных в процессе болезни коммуникативных способностей. Приобретенные навыки общения, поведения в коллективе, социальный опыт могут быть предпосылкой для последующей выписки и при наличии определенных условий (место жительства, родственники, способные помочь им в адаптации в открытом обществе, место работы и т. д.).

Трудовая деятельность больных психоневрологического интерната может осуществляться по обслуживанию учреждения (хозяйственно-бытовая деятельность), вне интерната (в составе выездных бригад на полевые работы и на строительные объекты), а также на штатных должностях (в интернате и за его пределами).

Тема 11. Социальная адаптация и реабилитация людей пожилого и старческого возраста

Под *социальной адаптацией* понимается процесс активного приспособления человека к новым для него условиям социальной среды. Это всегда позитивный социальный процесс активного усвоения социальных норм поведения личностью или группой людей в новых условиях в различных сферах жизнедеятельности в относительно короткий промежуток времени. Поэтому социальная адаптация является важнейшим механизмом социализации.

Показатели успешной социальной адаптации пожилых людей — высокий социальный статус в новой социальной среде и их психологическая удовлетворенность условиями жизни или ее содержанием. Данная категория пожилых людей не склонна драматизировать переход к пенсионному образу жизни. Они полностью используют увеличившееся свободное время, находят новую социальную среду.

Дезадаптация — это отсутствие оптимального взаимоотношения личности и среды (отсутствие динамического равновесия). У некоторых пожилых людей адаптационный процесс происходит долго, болезненно, сопровождается переживаниями, пассивностью, они не в состоянии найти новые занятия, наладить новые контакты, по-новому взглянуть на себя и окружающий мир.

Признаки дезадаптации могут появиться уже в предпенсионном возрасте (45–55 лет) и нередко возникают в связи:

- с гормональной перестройкой организма;
- с пересмотром основных жизненных ценностей, приоритетов (человеку кажется, что он всю жизнь делал что-то не так и остался у «разбитого корыта»);
- с изменениями в карьере (особенно с приходом молодых перспективных сотрудников);
- со взрослением и полной самостоятельностью детей;
- с изменением общего состояния здоровья.

Типы социальной адаптации к старости

Адаптивные процессы обеспечиваются соответствующими методами и технологиями. При социальной адаптации пожилой человек осваивает и использует в своей жизнедеятельности физиологические, экономические, психологические и педагогические методы и технологии освоения социального пространства.

Социальный работник, обнаружив симптомы дезадаптации, должен определить, что же в состоянии клиента не устраивает его больше всего. Скорее всего, что составив детальный список, будет обнаружена главная причина недовольства и найден возможный выход.

Физиологическая адаптация. Людям пожилого возраста присущи различные психофизиологические изменения. Снижение функциональных возможностей при старении проявляется прежде всего в уменьшении приспособляемости (адаптации) организма к влияниям внешней среды. Организм старого человека остро реагирует на любые воздействия внешней среды (перемена погоды и барометрического давления, жара, холод, влажность воздуха). Следует подчеркнуть, что пожилые люди очень трудно приспосабливаются к новым жизненным ситуациям, не любят изменений в устоявшемся быту.

Для решения задач физиологической адаптации пожилых людей большое значение имеют:

- ✓ повышение качества медицинского обслуживания;
- ✓ повышение качества бытового обслуживания;
- ✓ здоровый образ жизни;
- ✓ рациональная организация и правильный выбор занятий в сфере досуга и отдыха, способствующих укреплению здоровья.

Социально-экономическая адаптация — это процесс усвоения новых социально-экономических норм и принципов экономических отношений. Технологии экономической адаптации особенно необходимы пожилому человеку, если он беден или влачит нищенское существование или является безработным.

Для решения задач экономической адаптации пожилых людей большое значение имеют организация посильной трудовой занятости, хорошие материальные и бытовые условия.

Социально-педагогическая адаптация — это формирование ценностных ориентиров человека при помощи системы образования, обучения и воспитания, в том числе:

- ✓ массовое обучение по специальной литературе (брошюры, памятки, инструкции);
- ✓ организация индивидуальных консультаций по различным вопросам подготовки к выходу на пенсию;
- ✓ создание подготовительных групп по специально разработанным программам.

Социально-психологическая адаптация — это процесс приспособления психики человека к стрессовым воздействиям и предохранения психики от излишней нагрузки через формирование оптимального физического и нервно-психического тонуса, который необходим для нормальной жизнедеятельности человека.

В системе психологической адаптации пожилых людей большую роль играют такие терапевтические (психотерапевтические) методы воздействия, как:

- ✓ дискуссионная терапия;
- ✓ коммуникативные методы (психодрама, гештальттерапия, трансактный анализ);
- ✓ методы, основанные на невербальной активности (арттерапия, музыкотерапия, пантомима и т. д.);
- ✓ групповая (индивидуальная) поведенческая терапия;
- ✓ суггестивные методы;
- ✓ создание среды позитивного общения;
- ✓ организация досуга.

Профессиональная адаптация — это приспособление пожилого человека к новому виду профессиональной деятельности, новому социальному окружению, условиям труда и особенностям конкретной специальности. Успех профессиональной адаптации зависит от склонности адаптанта к конкретной профессиональной деятельности, совпадения общественной и личной мотивации тру-

да и других причин. Профессиональная адаптация, являясь разновидностью социальной адаптации, проявляется только в трудовых взаимоотношениях, в процессе приспособления работника к новым профессиональным статусам, требованиям технологической среды и т. п.

Гериатрическая реабилитация — это сохранение, поддержание и восстановление жизнедеятельности пожилых и старых людей с целью достижения их независимости, улучшения качества жизни и эмоционального благополучия.

В реабилитации нуждаются пожилые и старые люди, которые имеют высокий риск инвалидизации или инвалидность, а также значительного ухудшения экономического и социального состояния.

Инвалидность имеют больные, которые в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие физических или умственных недостатков нуждаются в социальной помощи и защите. *Инвалиды пожилого возраста из общего числа инвалидов составляют более половины.* Среди них преобладают инвалиды II группы, то есть люди с еще реальным реабилитационным потенциалом и положительным реабилитационным прогнозом. К сожалению, на практике в большинстве случаев на инвалидность пожилого человека редко кто обращает серьезное внимание — к нему относятся как к «просто старику», нуждающемуся не в разнообразных реабилитационных услугах, а лишь в элементарной социальной помощи.

В группу риска пожилых и старых людей, подлежащих реабилитации, также входят:

- лица в возрасте 80–90 лет и старше;
- живущие одиноко (семья из одного человека);
- женщины, особенно одинокие и вдовы;
- вынужденные жить на минимальное государственное или социальное пособие.

Цели гериатрической реабилитации:

- ✓ реактивация;
- ✓ ресоциализация;
- ✓ реинтеграция.

Реактивация подразумевает поощрение пожилого человека, находящегося в пассивном состоянии, физически и социально неактивного, к возобновлению активной повседневной жизни в своей среде.

Ресоциализация означает, что пожилой человек после болезни или даже во время нее возобновляет контакты с семьей, соседями, друзьями и другими людьми и тем самым выходит из состояния изоляции.

Реинтеграция возвращает в общество пожилого человека, которого перестают рассматривать как гражданина «второго сорта» и который принимает полное участие в нормальной жизни, а во многих случаях занимается посильной полезной деятельностью.

Реабилитация лиц группы риска направлена на:

- ✓ информирование пожилых людей о развивающихся внутренних процессах при старении, об источниках социальной поддержки и др.;

- ✓ пропаганду физической активности, правильного питания в позднем возрасте, преодоление сидячего образа жизни;

- ✓ облегчение страданий пожилых, улучшение состояния;

- ✓ воздействие на окружающую среду, в том числе на социополитические процессы, по возможности сдерживая негативное влияние социальных, экономических и политических факторов на функционирование и благополучие пожилых;

- ✓ улучшение способностей к самопомощи, что достигается путем обучения необходимым знаниям для раннего выявления заболеваний и применения приемов самопомощи.

Основные направления гериатрической реабилитации:

- ✓ медицинская реабилитация;

- ✓ геронтологический уход;

- ✓ ресоциализация;

- ✓ просветительная реабилитация;

- ✓ экономическая реабилитация;

- ✓ профессиональная реабилитация.

Медицинская реабилитация включает в себя физическую и психологическую реабилитацию. В свою очередь, физическая реабилитация состоит из лечебной гимнастики, эрготерапии, физиотерапии и др.

Психологическую реабилитацию составляют как медикаментозные методы, так и различные виды психотерапии.

Геронтологический уход включает в себя три сферы: диагностику, вмешательство, результаты.

Ресоциализация — это возвращение престарелых в общество, преодоление их изоляции, социальная активность пожилых и старых людей, расширение их социальных контактов. С этой целью

используют государственные системы социальной помощи, а также и неформальные источники (члены семьи, друзья, соседи, сослуживцы, добровольные и благотворительные организации). Важной составной частью ресоциализации является духовная реабилитация, смысл которой — в оказании духовной поддержки престарелым.

Просветительная гериатрическая реабилитация — информация о процессах, происходящих в организме стареющих людей, о возможностях самопомощи и источниках поддержки. Это воздействие на пожилого человека в направлении усиления его уверенности в своих силах на основе приобретения нового опыта и новых ролей. Большое значение принадлежит средствам массовой информации, которые могут повышать образовательный уровень пожилых людей, информировать об общих проблемах, связанных со старостью, формировать позитивный образ пожилых людей в обществе.

Экономическая гериатрическая реабилитация означает обеспечение экономической независимости пожилых и старых людей, что существенно сказывается на их психологическом состоянии. Во многом этот вид реабилитации связан с существующими в той или иной стране системами социального обеспечения, пенсионной, организации здравоохранения и социальной защиты и др.

Профессиональная гериатрическая реабилитация включает такие аспекты, как сохранение возможно более длительной трудоспособности, организацию системы переобучения и обучения пожилых и старых людей на базе реабилитационных центров, предоставление рабочих мест пожилым людям, более широкое вовлечение пенсионеров в социально значимую деятельность.

Конечная цель всех этих мероприятий — восстановление независимости в физическом, психическом, социальном, в том числе духовном и, если возможно, в профессиональном отношениях, достижение лучшего качества жизни и благополучия пожилых и старых людей.

Социальная реабилитация инвалидов пожилого возраста

Во многих случаях статус инвалида пожилого возраста — это особый социальный статус, в котором социальное функционирование осуществляется в условиях тяжелых кризисов пожилого возраста (сужение контактов, одиночество, нищета, бездомность, «коммуникативный голод» и др.), неуклонного понижения уровня

жизнедеятельности, истощения волевых ресурсов и усиливающегося психологического разлома.

С клинической точки зрения, инвалидность пожилого человека — это конгломерат взаимоотягощающих патологических старческих изменений организма с последствиями болезни (анатомический дефект в костно-мышечной системе, либо патология в соматической, сенсорной, нервно-психической сфере с выраженными функциональными нарушениями), приводящими к ограничениям жизнедеятельности. Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате им способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, обучение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

Проблем у инвалидов пожилого возраста гораздо больше, чем у других инвалидов. Шансов решить их самостоятельно намного меньше. Поэтому они воспринимают себя как людей, попавших в беду, и рассчитывают только на помощь. Практически все пожилые люди, оформляющие инвалидность, главным образом надеются на материальную помощь и льготы от государства.

Имеются социально-психологические особенности восприятия пожилыми инвалидами своего статуса. В частности, существует прямая корреляция между состоянием их здоровья и ощущением психологического комфорта. Больше всего статус инвалида угнетает такого пожилого человека, у которого состояние здоровья не улучшается, а перспективы вести прежнюю жизнь сокращаются. Такие люди обостренно испытывают как физические страдания, так и психологический дискомфорт (профессиональная нереализованность, зависимость от лекарств, чувство обузы для семьи, невозможность содержать себя и т. д.). Пожилой человек оценивает свой статус инвалида удовлетворительно, если пенсия по инвалидности и льготы помогают ему поправить или сохранить здоровье и поддерживать нормальное существование в данный период жизни.

Ограничения жизнедеятельности. Каждый день инвалиды решают проблемы, связанные с ограничением жизнедеятельности. Так, 50 % инвалидов ограничены в передвижении и самообслуживании. Нарушения двигательных функций создают трудности в самостоятельном передвижении, преодолении препятствий, требующих более длительной затраты времени, дробности выполнения, сокращения расстояния, а также в передвижении даже при использовании вспомогательных средств или помощи других лиц

(при неспособности к самостоятельному передвижению). Нарушение функции самообслуживания означает, что снижена или отсутствует способность справляться с основными физиологическими потребностями (прием пищи, личная гигиена, одевание и т. п.), выполнять повседневные бытовые задачи (покупка продуктов, промтоваров, приготовление пищи, уборка помещения и др.), пользоваться обычными жилищно-бытовыми предметами.

Исследования показывают, что:

- 5–7 % инвалидов не могут контролировать свое поведение во время обострения заболевания. Это создает угрозу для их жизни и служит основанием для предоставления мер социальной защиты;
- 5–7 % инвалидов испытывают трудности в общении с другими людьми (речевые нарушения, слуховые нарушения, снижение скорости, уменьшение объема усвоения, получения и передачи информации);
- 3–5 % инвалидов страдают от нарушения ориентации во времени и пространстве (зрительные и слуховые нарушения, мнестико-интеллектуальное снижение).

Интеграция в общество. Интеграция инвалида в общество подразумевает восстановление его социальных связей, профессиональную востребованность, выполнение семейных функций, осуществление прав и обязанностей гражданина в социуме и т. п. «Включенность» в общественную жизнь ярко характеризуют два фактора: наличие постоянной работы и наличие семьи. 15–20 % инвалидов не имеют семьи, либо семьи и работы. Они нуждаются в психологической поддержке и помощи, так как ощущают себя ненужными обществу и близким людям.

Экономическая самостоятельность. 60–65 % инвалидов имеют доход ниже прожиточного минимума. Они не могут жить самостоятельно. Они — иждивенцы в своих семьях, зависимые физически и психологически.

Жилищные условия. Многие пожилые инвалиды проживают в неудовлетворительных условиях. К неудовлетворительным условиям относятся проживание в неблагоустроенном частном доме, общежитии, коммунальной квартире, на арендуемой жилплощади, отсутствие удобств, проживание большой семьи на небольшой площади и др. Отсутствие благоустроенного жилья почти у трети инвалидов создает трудности бытового характера, требует больших физических усилий (принести воду с колодца, нарубить дров и т. п.). Проживание с соседями (в коммунальных квартирах

и общежитиях), а также в больших семьях часто воспринимается инвалидами как ограничение их частной жизни, нередко они жалуются на притеснения, неуважительное отношение со стороны соседей и родственников. Большинство из них, конечно же, мечтают иметь отдельное благоустроенное жилье, но понимают, что в сложившихся экономических условиях это невозможно. Осознание безысходности своего существования психологически тяжело переживается ими.

Удовлетворительными следует считать такие жилищно-бытовые условия, когда пожилой инвалид проживает в квартире городского типа со всеми удобствами, а жилплощадь близка к социальной норме жилья.

Социальная реабилитация пожилого инвалида является совместной задачей медиков, педагогов, эрго- и трудотерапевтов, экономистов, социальных работников и других специалистов при активном участии самого реабилитанта.

Основными направлениями социальной реабилитации пожилых инвалидов являются:

- восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональная ориентация, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственная адаптация;
- социальная реадaptация и реинтеграция (социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая, социокультурная и социально-бытовая адаптация; физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт).

Главным механизмом осуществления реабилитации инвалидов является индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР), которая составляется при освидетельствовании (переосвидетельствовании) инвалида. Контроль выполнения ИПР осуществляется МРЭК при очередном освидетельствовании.

Социальная реадaptация и реинтеграция инвалидов — это одно из важных направлений наряду с медицинской и профессиональной реабилитацией. Социальная реадaptация и реинтеграция инвалидов рассматривается как комплекс мер, направленных на восстановление (формирование) социальных навыков, обеспечивающих функционирование в окружающей среде и относительно независимое существование в быту. Различают социально-бытовое, социально-средовое и социально-правовое направления в реадaptации и реинтеграции инвалидов.

Социально-бытовое направление реадaptации и реинтеграции инвалидов включает:

- ✓ социально-бытовую ориентацию;
- ✓ социально-бытовую адаптацию;
- ✓ социально-бытовое образование (обучение) и социально-бытовое устройство.

Социально-бытовая ориентация означает процесс ознакомления инвалида с предметами и окружением социально-бытового назначения (содержания). Работа с инвалидом начинается с изучения вопроса о его ориентированности в бытовой ситуации. Проживая в семье, пользуясь поддержкой, а иногда гиперопекой со стороны родственников, инвалид не всегда ориентируется в различных житейских ситуациях и потому нуждается в социально-бытовой ориентации с помощью специалиста. В частности, некоторые инвалиды слабо ориентированы в таких вопросах, как приготовление пищи, расходование денег, приобретение продуктов и других товаров.

Социально-бытовая адаптация — процесс и результат приспособления инвалида (в его новом социальном статусе человека, имеющего отклонения в состоянии здоровья) к условиям ближайшего социума. Социально-бытовая адаптация касается условий проживания, питания, осуществления санитарно-гигиенического самообслуживания и т. д.

Среда жизнедеятельности создавалась до недавнего времени по нормативам и стандартам для среднестатистического человека, способного к самообслуживанию. По сравнению с нормальным человеком инвалид имеет ряд отличительных особенностей антропологического, эргонометрического, биофизического, психофизиологического характера и др. Недоучет этих особенностей приводит к трудностям и неудобствам, создается дискриминационная ситуация, лишаящая инвалидов возможностей пользоваться благами и общественными ценностями, созданными для всех, без исключения, людей. Из всех категорий инвалидов в «безбарьерной» среде более всего нуждаются инвалиды с поражениями опорно-двигательного аппарата, инвалиды по зрению и слуху, в меньшей степени — умственно отсталые лица.

Доступные условия жизнедеятельности для инвалидов изменяют их жизнь в лучшую сторону, не создают неудобств, повышают комфортность среды и для здоровых людей, а также снижают нагрузку для экономики страны.

Инвалидам с поражениями опорно-двигательного аппарата, делающими невозможным самостоятельное передвижение, рекомендуется передвижение на носилках, на креслах-каталках, креслах-колясках, с сопровождающим лицом. Если самостоятельное передвижение затруднено, то рекомендуется передвижение на костылях либо с опорной тростью. Слепым, слабовидящим инвалидам — с ориентирующей тростью, служебной собакой или сопроводительным лицом, звуковой информацией, по направляющим приспособлениям, брайлевской надписью, контрастным покрытием пешеходных поверхностей. Инвалидам с глухотой — с звукоусиливающим прибором, световой сигнализацией и световой информацией. С выраженной умственной отсталостью — с сопровождающим лицом. С сочетанной патологией (слепота + нарушение опорно-двигательного аппарата; глухота + нарушение опорно-двигательного аппарата) — на креслах-колясках, с звукоусиливающей аппаратурой; световой и звуковой информацией.

Двигательные нарушения, которые сопряжены с необходимостью создания условий доступности общественных зданий, вызывают следующие ограничения жизнедеятельности:

- снижение способности передвигаться;
- снижение способности владеть телом для решения повседневных бытовых задач;
- снижение способности ходить;
- снижение способности ухаживать за собой;
- снижение способности преодолевать препятствия или подниматься по лестнице;
- снижение способности перемещаться (вставать с кресла, со стула, ложиться, садиться, менять положение тела);
- снижение способности поддерживать позу;
- снижение способности держать, фиксировать предмет, удерживая его;
- снижение способности доставать, протягивать руку и тянуться за предметами, поднимать, держать, передвигать предметы;
- снижение способности вести независимое существование (ходить по магазинам, мыть посуду);
- снижение способности регулировать окружающую среду (закрывать двери, окна, засовы, пользоваться кранами и др.);
- затруднения в преодолении вертикальных коммуникаций в зданиях.

При нарушении двигательных функций инвалиды склонны к быстрому истощению, в связи с чем у них возникает потребность в отдыхе при относительно небольшой длительности пройденного пути. В силу этого при планировании путей передвижения необходимо предусматривать места для отдыха инвалидов, а также возможность компенсации двигательных функций за счет вспомогательных приспособлений. Например, обеспечить путь передвижения дополнительными точками опоры в виде поручней, перил, пандусов, откидных ступенек, скамеек, «бегущих дорожек», подъемников, трапов, блоков и др. Необходимы ровные пешеходные дорожки, поручни, пандусы с наклоном 5° , двери лифта — не менее 120 см, скамейки на улицах через 300 м, высота бордюрного камня — не более 2,5 см, козырьки над подъездами и другие приспособления, предусмотренные СНиПами.

Кроме того, актуальна проблема обеспечения нуждающихся средствами, облегчающими передвижение: тростями, костылями, ходунками, креслами-колясками, автомобилями, а также протезно-ортопедическими изделиями.

Инвалиды с патологией верхних конечностей представляют наиболее сложный контингент в плане социально-бытовой адаптации. Поражение верхних конечностей лишает инвалида многих жизненно важных функций и требует создания заместительного устройства определенного типа сложности.

В настоящее время при дефектах верхних конечностей для инвалидов существует два варианта в решении проблем передвижения:

- 1) функциональные устройства — протезы;
- 2) технические средства для приспособления внешней среды к возможностям инвалида.

К техническим приспособлениям и средствам для безруких инвалидов относятся: подъемные устройства для входа (выхода) в здания; автоматически раскрывающиеся двери; комплект приспособлений для фиксации верхних конечностей в функционально выгодном положении для различного рода деятельности; устройство сгибания пальцев; средства, облегчающие инвалидам осуществление самостоятельных действий; санитарно-гигиеническое обслуживание; настенные устройства в виде электробритв, расчесок, выдачи жидкого мыла, зубной пасты; автоматическая сантехника на инфракрасных лучах; электронный кран для раковины; встроенный настенный электронный кран; электронная сушилка; электронный дозатор жидкого мыла и дезинфектантов; встроенное

настенное электронное командное устройство для писсуаров и туалета; приспособление для поднимания предметов с пола или снятия их с полки; дверные ручки для инвалидов без кистей рук; средства для одевания инвалидов без рук; средства, обеспечивающие самостоятельное принятие пищи для инвалидов без рук.

Значительное нарушение зрительных функций, особенно слепота и глубокое слабовидение, — наиболее тяжелый физический дефект, приводящий к резкому нарушению почти всех видов жизнедеятельности, особенно передвижения.

Организация доступности зданий для инвалидов с нарушением функций зрения (слепых и слабовидящих) подчинена специфике восприятия ими окружающего материального мира через получение акустической, тактильной, кинестетической, цветоцветовой информации. В процессе осязательного восприятия участвуют ноги и руки (в том числе с помощью трости), а для осязания мелких предметов — язык и губы. Окружающая среда познается слепыми благодаря движению, перемещению в пространстве, а также микро- и макродвижению рук.

Важную роль в жизнедеятельности слепых играет слух. Слух у слепых чрезвычайно обострен и воспринимает малейшие акустические нюансы при передвижении в пространстве. В связи с этим должна быть решена задача управления звуками в среде обитания слепых. Для этого необходимо выделить и усилить нужные для ориентации звуки и заглушить посторонние помехи и шумы.

К дистантрецепторам у слепых относится также обоняние, которое служит важным фактором при ориентировке. Компенсаторная приспособляемость организма наделяет слепого особой фоточувствительностью, дающей возможность различать не только контуры, но и цвета крупных изображений. Слепой, обладающий таким свойством, по мере приближения к большим предметам чувствует препятствие, иногда может приблизительно судить о размерах и материале предмета. Инвалидам по зрению разрешается иметь для сопровождения собаку.

Слабовидящий инвалид нуждается при передвижении в изменении величины, контрастности цветовой гаммы, яркости освещения предметов, в том числе указателей, что позволяет ему использовать, дифференцировать, отличать различные элементы и устройства (световое табло, «бегущая строка», контрастная окраска ступеней, платформ и др.). У слепого функция зрительного анализатора до известной степени замещается развитием иных анали-

заторных систем. На использовании функций кожной чувствительности и слуха в основном базируются вспомогательные тифлотехнические средства и приспособления, помогающие слепому при передвижении («звуковые» маяки у переходов, на остановках, у входа в здания; внутренние и наружные звуковые информаторы, рельефные (брайлевские) подписи внутри и снаружи зданий и на вокзалах; электронные системы открывания дверей и др.). Для человека с полной утратой зрения доступ к общественным зданиям возможен лишь с посторонней помощью.

В целях создания для инвалидов с нарушениями зрения условий большей доступности общественных зданий предъявляются следующие требования к планировочным элементам сооружений:

- ✓ они не должны иметь острых углов, вращающихся дверей, отдельно стоящих колонн, сложных планировочных решений, запутанных переходов и коридоров; шумов, мешающих ориентировке слепых;

- ✓ центральный и боковые коридоры, служебные производственные и другие помещения зданий должны иметь разные напольные покрытия; не иметь порогов;

- ✓ в доступном для незрячего месте должны находиться нумерация, надписи, другая информация, выполненная по Брайлю;

- ✓ перед спусками должны быть рельефные полосы;

- ✓ верхние и нижние ступени лестниц должны быть покрашены в контрастный цвет и иметь разное покрытие, двустороннюю подсветку, где это возможно;

- ✓ кнопки выключателей должны быть доступны осязательно-му восприятию;

- ✓ перила, пандусы, трапы не должны прерываться, а должны иметь завершенное ограждение;

- ✓ подходы к стоянкам, вокзалам, остановкам транспортных средств необходимо оборудовать ориентирами: звуковыми (метроном, радио, сигнальный маяк); зрительными (подсветка, контрольные надписи); осязательными и смешанными: поручни должны быть покрашены в контрастный цвет, дорожки иметь разное покрытие (асфальт, плитка, гравий, рифленка);

- ✓ перед входными дверями на расстоянии 70–80 см в конструкцию пола или тротуара должны быть установлены металлические решетки или сетки (предупреждение о близости двери);

- ✓ требование установки перед дверью сетки, а перед спуском — рельефной полосы должно быть закреплено во всех проектах как типовое нормативное решение;

✓ открытые двери должны максимально прилегать к стенам, не выступать вперед;

✓ при планировании помещений для незрячих необходимо учитывать антропометрические данные слепого, в том числе с сопровождающим лицом или собакой.

У лиц с нарушениями слуха специфические ограничения жизнедеятельности заключаются в затруднении получения информации (вербальной, звуковой). В связи с этим глухота не столько создает проблемы доступа, сколько ограничивает возможности его использования без дополнительных приспособлений. Компенсация дефекта слухового анализатора (и, следовательно, дефицита вербальной, звуковой информации) информацией зрительной (бегущая строка, мигающий маяк, цветовая информация, усиление звукового сигнала и др.), а также наличие технических средств реабилитации (слуховых аппаратов, телефонных приставок для глухих, стереофонических динамических телефонов для глухих и тугоухих и другой звукозаписывающей аппаратуры) почти полностью решают проблему доступности зданий и сооружений.

В помещениях, где работают или проживают глухие граждане, необходима повышенная звукоизоляция ограждающих конструкций.

Социально-бытовое образование (обучение) инвалидов — восстановление (формирование) навыков пользования приборами, оборудованием социально-бытового назначения с целью обеспечения относительной независимости. Это определение охватывает проблему обучения инвалида «жизни с инвалидностью», адекватного отношения к своему статусу в семье, в микросоциуме.

В реабилитационных центрах для инвалидов разработаны специальные программы обучения их различным социально-бытовым навыкам.

Обучение навыкам персонального ухода:

а) возможности соблюдения личной гигиены (причесываться, умываться, чистить зубы, пользоваться ванной, душем, ухаживать за руками и ногтями, соблюдать гигиену после туалета, осуществлять уход, обусловленный полом);

б) возможности пользования одеждой (надевать нижнее и верхнее белье, чулочно-носочные изделия, застегивать пуговицы, крючки, молнии, надевать обувь, завязывать шнурки, осуществлять уход за одеждой и обувью, пользоваться перчатками и др.);

в) возможности приема пищи (подавать еду, напитки на стол, распределять или разливать еду, пользоваться столовыми принадлежностями, резать продукты, открывать бутылки, намазывать хлеб маслом и т. д., подносить ко рту, пережевывать и проглатывать пищу или питье и др.);

г) возможности осуществлять контролируемую экскрецию;

д) возможности организации сна и отдыха в постели (укладываться в постель, осуществлять подготовку ко сну, ложиться в кровать, находиться в кровати, обращаться с постельным бельем и др.).

Информирование и обучение пользованию техническими средствами реабилитации для самообслуживания.

Обучение технике и методическим приемам самообслуживания инвалида:

1) обучение передвижению, включая формирование движений и увеличение их объема, улучшение равновесия и координации движений, ориентирование в пространстве, ходьбу и т. д. с использованием различных тренажеров, упражнений, методов кондуктивной педагогики и др.;

2) организация жизни инвалида в быту, включая архитектурно-планировочное решение проблемы адаптации жилого помещения к потребностям инвалида, оснащение техническими средствами реабилитации, перепланировку жилых помещений; установку дополнительной сигнализации, снятие порогов, расширение дверных проемов, установку поручней, пандусов и др.;

3) обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации, включая подбор технических средств в соответствии с медико-социальными показаниями, доставку технического средства, его сервисное обслуживание, а также обучение инвалида пользованию техническими средствами реабилитации, которые должны обеспечить соответствие эргономических требований физическим и психофизиологическим потребностям инвалида.

Технические средства реабилитации включают: специальные средства для самообслуживания, ухода, ориентирования (включая собак-проводников с комплектом снаряжения), общения и обмена информацией, обучения, образования и занятия трудовой деятельностью, протезные изделия, специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь.

Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается специалистами МРЭК при установлении медицинских показаний и противопоказаний.

Социально-средовое направление реадaptации и реинтеграции инвалидов дает возможность участия инвалида в общественной жизни, максимально полную его интеграцию в общество. Социально-средовая ориентация — система и процесс определения структуры наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-общественной деятельности.

Мероприятия по социально-средовой ориентации включают:

- ✓ проведение социально-психологической реабилитации (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование);
- ✓ осуществление помощи на уровне семейных отношений (обучение основам безопасности жизни, обучение социальному общению и независимости, консультирование по основам правовых знаний);
- ✓ формирование навыка проведения отдыха и досуга (участие в работе кружков, художественной самодеятельности, экскурсиях);
- ✓ занятия физкультурой и спортом (учебные занятия, лечебная физкультура, индивидуальные занятия, спортсекции, участие в соревнованиях).

Социально-психологическая реабилитация. В настоящее время при дефиците материальных ресурсов для решения проблем пожилых инвалидов работа с ними, по сути, должна быть психосоциальной. Как бы ни отказывались пожилые инвалиды от такой помощи, они в ней остро нуждаются. Современное общество заинтересовано в полноценной личности пожилого человека со здоровой психикой и позитивным настроением. Во многих случаях важнее восстановить личность пожилого человека, чем лечить его заболевание. Здоровая личность способна самостоятельно решать свои проблемы, что является по большому счету основой для реинтеграции инвалида в общество.

Психодиагностика и обследование личности — определение и анализ психического состояния и индивидуальных особенностей личности инвалида, включающих отклонения в его поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми, определение данных для составления прогноза и разработки рекомендаций по проведению коррекционных мероприятий.

Психотерапия — это комплексное лечение психических, нервных и психосоматических расстройств, патопсихологических и психопатологических изменений, решающее задачи по смягчению или ликвидации имеющейся симптоматики и изменению отношения субъекта к социальному окружению и собственной личности.

Психотерапевтическая помощь должна оказываться в лечебных учреждениях, в центрах социальной реабилитации. Психотерапия может иметь различные формы (индивидуальную, групповую, семейную), в ней могут использоваться различные методы и техники, что определяется индивидуальными потребностями инвалида, которые уточняются самим психотерапевтом.

Психологическое консультирование — ориентация пациента в широком кругу проблем взаимоотношений, общения и т. п., позволяющая разрешать конструктивно всевозможные психологические коллизии, препятствующие самореализации личности, развитию благоприятных семейных и других социально-психологических отношений.

Адаптационное обучение инвалида и его семьи — мероприятия, с которых начинается социальная реабилитация инвалида, проводятся в форме занятий (лекций) в течение 7–10 дней. Программа обучения включает вопросы: об особенностях течения заболевания, мероприятиях по изменению образа жизни, диеты, о величине физических и психических нагрузок, о возникающих в результате нарушения здоровья ограничениях жизнедеятельности, связанных с ними социально-психологических, физиологических и экономических проблемах, видах и формах социальной помощи инвалиду, методах ухода за инвалидами, видах технических средств реабилитации и особенностях их эксплуатации, видах реабилитационных учреждений, их местоположении и спектре оказываемых ими услуг и т. д.

Социокультурная реабилитация инвалидов — это реабилитация инвалидов средствами искусства и культуры, развитие разнообразных жизненно важных познавательных навыков, повышение уровня самооценки личности, творческое самовыражение и т. п.

Важную роль в социально-реабилитационном воздействии на инвалида играет обучение его навыкам проведения досуга. В условиях семьи преобладает, а нередко является основным занятием просмотр телевизионных передач. При всей его информативности и разнообразии содержания передач телевизионное вещание не может быть единственным досугом и тем более досуговой деятельностью, которая должна быть именно деятельностью, а не пассивным восприятием, созерцанием событий с экрана. Досуг — это обширная социокультурная область. Обучение инвалидов проведению досуга составляет большую долю в реабилитационном воздействии.

Оно развивает коммуникативные навыки, стимулирует эмоциональную сферу, побуждает мотивационную деятельность.

Культурно-досуговая деятельность для инвалидов является составной частью социотерапевтической среды, которая представлена активным взаимодействием инвалидов и участием их в различного рода подвижных и интеллектуальных играх, художественной самодеятельности наряду с трудовой деятельностью и другими видами занятости.

Возможность реализовать интересы и запросы инвалидов, организовать их культурный досуг, общение с окружающими людьми — такова главная задача социальных и культурно-досуговых учреждений, которые занимаются социокультурной реабилитацией инвалидов. *Основные направления социокультурной реабилитации:*

- просветительное, целью которого является устранение недостатков существующего отношения общества к инвалидам и инвалидов к обществу, изменение нравов, политики, быта, ментальности в данной сфере межличностных и социальных отношений;
- досуговое, целью которого является организация и обеспечение досуга для удовлетворения духовных и физических потребностей инвалидов;
- коррекционное, целью которого является полное или частичное устранение или компенсация ограничений жизнедеятельности и развитие личности инвалида;
- познавательное воздействие, ориентированное на приобретение инвалидами знаний, понятий о реальных явлениях, осознание окружающего мира, связи с окружающими людьми, использование знаний в практической деятельности с целью преобразования мира;
- эмоционально-эстетическое воздействие, ориентированное на эстетическое освоение человеком мира, сущности и творчества по законам красоты. Эмоциональная составляющая позволяет получать удовольствие, что существенно изменяет образ жизни человека.

Мероприятия по социокультурной реабилитации инвалидов включают занятия в музыкально-драматических коллективах, вокальных или хореографических студиях, школах ремесел, студиях рисования, различных кружках и т. д., а также участие в фестивалях, концертах, конкурсах, театрализованных представлениях, вечерах отдыха и др.

В социокультурную реабилитацию входит также рекреация. Под рекреацией понимаются процессы восстановления жизненных сил и здоровья людей с помощью организации досуговых форм

активности. Социокультурная реабилитация должна проводиться таким образом, чтобы стимулировать инвалидов к активным формам рекреации, что будет способствовать их социализации. Можно использовать как традиционные формы рекреации (посещение театров, кинотеатров, музеев, концертных залов, просмотр телепередач, участие в массовых досуговых мероприятиях и др.), так и применять специфические для инвалидов рекреационные развивающие методы (арттерапия, хореографическое искусство для лиц с нарушением слуха, театральное-кукольное искусство для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, искусство скульптуры для лиц с нарушением зрения и др.). Рекреация должна обеспечивать интеграцию инвалида в общую социокультурную среду, для чего реабилитационное учреждение должно взаимодействовать с имеющимися в районе проживания инвалида учреждениями культуры (клубами, библиотеками, театрами и др.).

Физическая культура и спорт являются уникальным и универсальным средством физической, психической и социальной реабилитации инвалидов всех категорий и возрастов. Физкультурно-оздоровительная работа как важный раздел реабилитации нуждается в соответствующей материально-технической базе (бассейн, спортивный зал, спортивные площадки и т. д.). Занятия должны проводить квалифицированные работники — специалисты по физкультуре. Реабилитация методами физической культуры и спорта включает информирование и консультирование инвалида по этим вопросам, обучение инвалида навыкам занятий физкультурой и спортом; оказание содействия инвалидам в их взаимодействии со спортивными организациями, организацию и проведение занятий и спортивных мероприятий.

Социально-правовое направление реабилитации и реинтеграции инвалидов подразумевает правовую базу, гарантированную законами «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» и «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», консультирование по правовым вопросам, которое должно обеспечивать правовую помощь инвалиду в области социальной защиты и реабилитации; предусматривает также обучение их самостоятельному решению вопросов правового характера (льготы, социальное обслуживание, получение пенсии и т. д.).

В Законе «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» органам государственной власти и управления, предприятиям и организациям (независимо от форм собственности) пред-

писано создавать и обеспечивать нуждающимся «необходимые условия для свободного доступа к объектам социальной инфраструктуры, жилым, общественным, производственным зданиям и сооружениям, беспрепятственного пользования общественным транспортом и транспортными коммуникациями, средствами связи и информации, местами отдыха и досуга». Инвалидам гарантирована социальная помощь со стороны государства в виде денежных выплат (пенсии, пособия, единовременные выплаты). Нуждающиеся в посторонней помощи и уходе обеспечиваются через органы социальной помощи медицинскими и бытовыми услугами на дому либо в стационарных учреждениях.

Тема 12. Социальное попечительство над людьми старческого возраста

Одним из важных направлений в социальной работе с пожилыми людьми является *опека и попечительство*.

Опека и попечительство как общая социальная технология — социально-правовая форма защиты личных и имущественных прав и интересов граждан.

Опека устанавливается над:

- 1) малолетними детьми, не достигшими 14 лет;
- 2) гражданами, признанными судом недееспособными вследствие психического расстройства (душевной болезни или слабоумия).

Опекуны являются представителями подопечных в силу закона и совершают от их имени и в их интересах бытовые сделки (для других сделок требуется разрешение органов опеки и попечительства). Опекуном может быть только гражданин, достигший 18 лет и добровольно взявший на себя функции опеки. При ненадлежащем выполнении обязанностей он может быть отстранен от опеки, а в ряде случаев (использование опеки в корыстных целях и др.) может привлекаться и к уголовной ответственности. По достижении подопечным 14 лет опека прекращается, а опекун становится попечителем.

Попечительство устанавливается над:

- 1) несовершеннолетними в возрасте от 14 до 18 лет, не имеющими родителей (усыновителей) или по иным причинам лишенных родительского попечения;

2) гражданами, ограниченными судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотиками;

3) дееспособными совершеннолетними гражданами, которые по состоянию здоровья не могут сами защищать свои интересы и права.

Попечитель обязан защищать права и интересы подопечного, проживать (в большинстве случаев) вместе с ним и выполнять лежащие на родителях обязанности по воспитанию, обеспечивать подопечному необходимые бытовые условия, уход за ним и его лечение, охранять его от злоупотребления со стороны третьих лиц. Попечитель над дееспособным лицом может быть назначен только с согласия подопечного. Осуществление функций по попечительству возлагается на органы образования, здравоохранения и социальной защиты.

В соответствии с Положением об органах опеки и попечительства в Республике Беларусь (№ 308 от 23 марта 2005 г.) органами опеки и попечительства над людьми пожилого возраста являются местные исполнительные и распорядительные органы.

Осуществление функций по опеке и попечительству возлагается:

✓ в отношении лиц, признанных недееспособными, — на управления (отделы) здравоохранения;

✓ в отношении дееспособных лиц, нуждающихся в попечительстве по состоянию здоровья, — на управления (отделы) по труду и социальной защите местных исполнительных и распорядительных органов.

Задачи органов опеки и попечительства:

- выявление и учет лиц, нуждающихся в опеке и попечительстве;
- защита личных и имущественных прав и законных интересов совершеннолетних лиц, признанных судом недееспособными вследствие психического расстройства (душевной болезни или слабоумия), ограниченных судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками, наркотическими средствами либо психотропными веществами, и совершеннолетних дееспособных лиц, нуждающихся в установлении над ними патронажа; установление опеки над лицами, признанными судом недееспособными вследствие психического расстройства (душевной болезни или слабоумия);

- установление попечительства над лицами, ограниченными судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными

напитками, наркотическими средствами либо психотропными веществами;

- установление патронажа над совершеннолетними дееспособными лицами, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности (по их просьбе).

Местные исполнительные и распорядительные органы как органы опеки и попечительства:

1. Обеспечивают до разрешения вопроса об установлении опеки, попечительства временное устройство нуждающихся в опеке, попечительстве лиц и сохранность их имущества.

2. Назначают опекунов, попечителей, попечителей-помощников (лиц, осуществляющих патронаж над совершеннолетними дееспособными лицами), освобождают и отстраняют их от возложенных обязанностей.

3. Дают опекуну предварительное разрешение совершать сделки, попечителю давать согласие на совершение от имени подопечного сделок по отчуждению, в том числе по обмену или дарению имущества подопечного, сдаче его в аренду (в наем), безвозмездное пользование или в залог, сделок, влекущих отказ от принадлежащих подопечному прав, раздел его имущества или выдел из него долей, а также любых других сделок, влекущих уменьшение имущества подопечного.

4. Решают вопрос о выплате причитающейся подопечному заработной платы, пенсии и других выплат непосредственно попечителю или по согласованию с ним супругу или другому совершеннолетнему члену семьи для расходования на нужды лица, ограниченного в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками, наркотическими средствами либо психотропными веществами.

5. Дают в отдельных случаях разрешение на раздельное проживание попечителя с подопечным, если раздельное проживание не отразится неблагоприятно на охране прав и законных интересов подопечного.

6. Возбуждают в суде дела о признании гражданина ограниченно дееспособным вследствие злоупотребления спиртными напитками, наркотическими средствами либо психотропными веществами, о признании недееспособным вследствие психического расстройства (душевной болезни или слабоумия), а также о признании брака недействительным как заключенного с лицом, признанным

недееспособным вследствие психического расстройства (душевной болезни или слабоумия).

7. Принимают участие при рассмотрении в суде дел о признании брака недействительным как заключенного с лицом, признанным недееспособным вследствие психического расстройства (душевной болезни или слабоумия).

8. Устанавливают опеку над имуществом умерших и безвестно отсутствующих лиц.

9. При использовании опекуном опеки в корыстных целях, а также в случае оставления подопечного без надзора и необходимой помощи передают прокурору необходимые материалы для решения вопроса о привлечении виновного лица к ответственности в установленном законом порядке.

Управления (отделы) здравоохранения местных исполнительных и распорядительных органов *как органы, осуществляющие функции по опеке и попечительству:*

1) выявляют недееспособных совершеннолетних лиц, которые вследствие психического расстройства (душевной болезни или слабоумия) нуждаются в установлении опеки, а также лиц, признанных ограниченно дееспособными вследствие злоупотребления спиртными напитками, наркотическими средствами либо психотропными веществами, нуждающихся в установлении попечительства;

2) подготавливают необходимые материалы для возбуждения в суде дел о признании граждан недееспособными или ограниченно дееспособными и принимают участие в рассмотрении таких дел;

3) принимают в случае реабилитации необходимости меры к устройству лиц, страдающих психическими расстройствами (душевной болезнью или слабоумием), ограниченно дееспособных вследствие злоупотребления спиртными напитками, наркотическими средствами либо психотропными веществами, в соответствующие лечебные учреждения;

4) представляют в органы опеки и попечительства документы, необходимые для назначения опекуна или попечителя над лицами, признанными судом недееспособными или ограниченно дееспособными, со своим заключением;

5) проверяют выполнение опекунами и попечителями возложенных на них обязанностей;

6) возбуждают в необходимых случаях перед органами опеки и попечительства ходатайства об освобождении или отстранении опекунов или попечителей от выполнения их обязанностей;

7) в случаях признания судом недееспособных и ограниченно дееспособных дееспособными возбуждают ходатайства об отмене установленной над этими лицами опеки или попечительства;

8) ведут учет и личные дела лиц, признанных судом недееспособными вследствие психического расстройства (душевной болезни или слабоумия), а также лиц, признанных судом ограниченно дееспособными вследствие злоупотребления спиртными напитками, наркотическими средствами либо психотропными веществами.

Управления (отделы) социальной защиты местных исполнительных и распорядительных органов *как органы, осуществляющие функции по опеке и попечительству:*

1) устанавливают патронаж по просьбе совершеннолетнего дееспособного лица, которое по состоянию здоровья не может самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности;

2) представляют в органы опеки и попечительства по просьбе совершеннолетнего дееспособного лица, нуждающегося по состоянию здоровья в установлении патронажа, материалы, необходимые для назначения попечителя-помощника, со своим заключением;

3) оказывают до установления патронажа помощь лицам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности;

4) принимают меры по просьбе одиноких совершеннолетних дееспособных лиц, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, к устройству их в учреждения социального обслуживания;

5) проверяют выполнение попечителями-помощниками возложенных на них обязанностей;

6) возбуждают в необходимых случаях перед органами опеки и попечительства ходатайства об освобождении или отстранении попечителей-помощников от выполнения возложенных на них обязанностей;

7) ведут учет и личные дела совершеннолетних дееспособных лиц, над которыми по состоянию их здоровья установлен патронаж;

8) прекращают патронаж по требованию лица, находящегося под патронажем.

Органы опеки и попечительства и органы, осуществляющие функции по опеке и попечительству, для выполнения возложенных на них обязанностей имеют право:

- требовать от физических и юридических лиц представления необходимых документов и справок;
- производить обследование и опрос лиц в целях получения необходимых сведений для решения вопросов опеки и попечительства;
- вызывать для беседы и объяснений опекунов, попечителей, попечителей-помощников и других граждан по вопросам, связанным с защитой прав опекаемых и подопечных;
- выдавать заинтересованным физическим и юридическим лицам в пределах своей компетенции справки и заключения, касающиеся вопросов опеки и попечительства.

Наиболее распространенной формой социального попечительства над пожилыми людьми, неспособными в полной мере (или вообще) осуществлять свои права и выполнять свои обязанности по состоянию здоровья, является функционирование системы домов-интернатов.

В дом-интернат для престарелых и инвалидов общего типа старые люди поступают в результате различных причин, основной из которых является беспомощность или страх перед надвигающейся физической беспомощностью. В то же время эти старые люди несут и различные моральные, социальные и семейные потери, которые, в конечном счете, являются поводом для добровольного или принудительного отказа от привычного образа жизни.

Показаниями для помещения граждан в дом-интернат для престарелых и инвалидов общего типа являются нуждаемость граждан по состоянию здоровья в бытовом обслуживании, уходе и медицинской помощи при отсутствии у них медицинских противопоказаний и показаний к стационарному лечению в организациях здравоохранения.

В соответствии с *Положением о доме-интернате для престарелых и инвалидов общего типа Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь* этот интернат является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного и временного проживания на полном государственном обеспечении либо за плату одиноких престарелых и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании.

Дом-интернат создается, реорганизуется и ликвидируется решением местных исполнительных и распорядительных органов, постановлением Совета Министров Республики Беларусь.

Дом-интернат именуется по названию местного исполнительного и распорядительного органа, на территории которого он рас-

положен, с добавлением в необходимых случаях соответствующего порядкового номера.

Дом-интернат может состоять на бюджете области, города, района, имеет годовую смету расходов, пользуется правами юридического лица, имеет печать и штамп со своим наименованием, а также штатное расписание, утверждаемое в установленном порядке.

Кроме бюджетных средств дом-интернат может в установленном порядке иметь специальные средства от подсобного сельского хозяйства, лечебно-производственных мастерских, отчислений от предприятий, кооперативов и других производственных структур, функционирующих на базе учреждения, которые расходуются на улучшение культурно-бытового обслуживания граждан, проживающих в доме-интернате.

Дом-интернат может иметь средства от благотворительных организаций, предприятий, учреждений, отдельных граждан.

Основными задачами дома-интерната являются:

- осуществление социальной защиты престарелых и инвалидов путем предоставления материально-бытового обеспечения, создания для них благоприятных условий проживания, приближенных к домашним, в обстановке уважительного отношения к проживающим;
- организация ухода за проживающими лицами, оказание им медицинской помощи и проведение культурно-массовой работы;
- осуществление мероприятий, направленных на социально-трудовую реабилитацию инвалидов.

В соответствии с основными задачами дом-интернат:

- принимает на проживание престарелых граждан и инвалидов и активно содействует их адаптации в новой обстановке и коллективе;
- предоставляет согласно утвержденным нормам благоустроенное жилье с мебелью и инвентарем, постельные принадлежности, одежду, обувь;
- организует рациональное, диетическое, в том числе индивидуальное питание с учетом возраста и состояния здоровья проживающих;
- осуществляет уход за престарелыми и инвалидами, создает благоприятный микроклимат и показанные режимы обслуживания;
- проводит диспансеризацию и лечение престарелых и инвалидов, организует консультативную медицинскую помощь специалистов, а также госпитализацию нуждающихся в лечебно-профилактические учреждения;

– проводит санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия; обеспечивает нуждающихся инвалидов и престарелых слуховыми аппаратами, очками, зубными протезами, протезно-ортопедическими изделиями, немоторными средствами передвижения, а также специальными средствами, включая противопролежневые.

Условия приема, содержания и выписки из дома-интерната.

В дом-интернат для престарелых и инвалидов на полное государственное обеспечение принимаются одинокие граждане (в том числе лица, признанные в установленном порядке беженцами), достигшие возраста: женщины — 55 лет, мужчины — 60 лет и инвалиды I и II группы старше 18 лет, а в дом-интернат для инвалидов только инвалиды I и II группы в возрасте от 18 до 40 лет, не имеющие трудоспособных родственников, обязанных по закону их содержать, либо чьи родственники проживают за пределами Республики Беларусь. Престарелые и инвалиды, имеющие в Республике Беларусь трудоспособных родственников, обязанных их содержать, но по каким-либо причинам не могущие проживать в семье, могут быть приняты в дом-интернат в порядке исключения по ходатайству местных исполнительных и распорядительных органов и решению отделов, управлений социальной защиты областей и г. Минска на основании договора между гражданином либо его родственниками на полное платное содержание или неполное государственное обеспечение. Плата за проживание устанавливается Министерством труда и социальной защиты по согласованию с Министерством финансов. Плата за содержание вносится в дом-интернат.

Районный или городской отдел социальной защиты, на территории которого находится дом-интернат, организует выявление граждан, нуждающихся в помещении в дом-интернат, и оформление документов для направления их в эти учреждения, а также обеспечивает бытовое и трудовое устройство граждан при выбытии их в дома-интернаты, а также осуществляет в пределах своей компетенции контроль и практическую помощь в деятельности домов-интернатов. Прием в дом-интернат производится по путевкам областных отделов и управлений, Минского городского комитета социальной защиты, выдаваемых в соответствии с Инструкцией «О медицинских показаниях и противопоказаниях к приему в дома-интернаты» и на основании заявления о приеме в дом-интернат, медицинской карты, оформляемых районным (городским) отделом

социальной защиты и лечебно-профилактическим учреждением, справки МРЭК (для мужчин не моложе 60 и женщин — 55 лет).

Принимаются в дом-интернат в первоочередном порядке: Герои Советского Союза, Герои Социалистического Труда, полные кавалеры орденов Славы, Трудовой Славы, а в случае их смерти — жены, не вступившие в новый брак и достигшие пенсионного возраста; инвалиды и участники Великой Отечественной войны, члены семей погибших военнослужащих, а также умерших инвалидов и участников Великой Отечественной войны; лица, принимавшие участие в ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС; жертвы политических репрессий 20–80-х годов и члены их семей.

При наличии свободных мест в доме-интернате престарелые и инвалиды могут приниматься на временное проживание сроком от двух до шести месяцев на общих основаниях. В доме-интернате могут открываться также отделения дневного, недельного содержания престарелых и инвалидов, платные отделения. Порядок приема на временное содержание устанавливается Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь.

Психоневрологические дома-интернаты для престарелых и инвалидов. Показания — нуждаемость граждан, страдающих хроническими психическими расстройствами с социальной дезадаптацией, в бытовом уходе, наблюдении и медицинской помощи.

Психоневрологический интернат создается, реорганизуется и ликвидируется решением местных исполнительных и распорядительных органов по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь. Психоневрологический интернат осуществляет свою деятельность под руководством вышестоящей организации по подчиненности и исполнительного комитета органов государственной власти.

Районные и городские отделы социальной защиты организуют выявление граждан, нуждающихся в помещении в психоневрологический интернат, и оформление документов для направления их в это учреждение, а также обеспечивают бытовое и трудовое устройство граждан, которым МРЭК устанавливает III группу инвалидности; осуществляют в пределах своей компетенции контроль и практическую помощь в деятельности психоневрологического интерната.

Психоневрологический интернат состоит на бюджете области, города, района и имеет годовую смету расходов, штатное распи-

сание, пользуется правами юридического лица, имеет печать и штамп со своим наименованием.

Основными задачами психоневрологического интерната являются:

- материально-бытовое обеспечение престарелых и инвалидов, создание для них условий жизни, приближенных к домашним, благоприятного микроклимата;
- реализация ухода (надзора) за проживающими, оказание им квалифицированной медицинской помощи и проведение культурно-массовой работы;
- осуществление мероприятий, направленных на социально-трудовую реабилитацию инвалидов.

В соответствии с основными задачами психоневрологический интернат осуществляет:

- прием психически больных престарелых и инвалидов и активное содействие их социально-культурной адаптации;
- бытовое обслуживание инвалидов, предоставление им в соответствии с утвержденными нормами благоустроенного жилья с мебелью и инвентарем, постельных принадлежностей, одежды и обуви;
- организацию рационального, диетического, в том числе индивидуального питания с учетом возраста, состояния здоровья;
- уход (надзор) за психически больными в соответствии с режимом содержания;
- диспансеризацию и лечение проживающих, организацию консультативной и медицинской помощи специалистов, госпитализацию нуждающихся в лечебно-профилактические учреждения.

В психоневрологический интернат принимаются лица (женщины с 55 лет, мужчины — с 60 лет и инвалиды I и II группы старше 16 лет), страдающие хроническими заболеваниями, нуждающиеся по состоянию здоровья в уходе, бытовом обслуживании и медицинской помощи в соответствии с инструкцией «О медицинских показаниях и противопоказаниях к приему в дом-интернат», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь, независимо от наличия родственников, обязанных по закону их содержать. Инвалиды Великой Отечественной войны, а также из числа воинов-интернационалистов, участники Великой Отечественной войны, жертвы политических репрессий 20–80-х годов, родители и дети семей военнослужащих, погибших (умерших) при исполнении обязанностей военной службы, а также умерших инвалидов

и участников Великой Отечественной войны, лица, принимавшие участие в ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС, и члены их семей принимаются в интернат в первоочередном порядке.

Прием в психоневрологический интернат на временное проживание сроком от двух до шести месяцев производится на общих основаниях при наличии свободных мест, а на пятидневное в неделю проживание — в порядке, установленном Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь при согласовании с Министерством финансов Республики Беларусь.

Прием в психоневрологический интернат производится по путевкам областных отделов и управлений социальной защиты и управления социальной защиты г. Минска, выдаваемых на основании заявления самого гражданина либо его родственников или решения органа опеки и попечительства.

К заявлению в обязательном порядке прилагаются: решение суда о признании гражданина недееспособным вследствие психического заболевания;

- решение органа опеки и попечительства об освобождении ранее назначенного опекуна от исполнения опекунских обязанностей;
- медицинская карта с заключением врачебной комиссии и врача-психиатра лечебно-профилактического учреждения;
- личное дело, оформленное районным (городским) отделом социальной защиты;
- справка МРЭК (для мужчин до 60 лет и женщин до 55 лет).

Заключение врачебной комиссии должно содержать сведения о наличии психического расстройства, являющегося противопоказанием для помещения в дом-интернат для престарелых и инвалидов общего типа.

Администрация учреждения обязана не реже одного раза в год проводить комиссионное освидетельствование лиц, проживающих в них, с целью решения вопроса о дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решения об их недееспособности.

На каждого поступающего в психоневрологический интернат престарелого или инвалида заводится личное дело, в котором хранятся путевка, пенсионное удостоверение, заявление, справка МРЭК (для инвалидов), медицинская карта и история болезни, к которой приобщаются амбулаторная карта, поступившая из медицинского учреждения, и все медицинские документы со времени

нахождения престарелого или инвалида в интернате. Паспорт принятого престарелого с отметкой о прописке в интернате и трудовая книжка хранятся в канцелярии интерната в специальном несгораемом шкафу.

Денежные суммы, драгоценности или ценные бумаги лиц, принятых в психоневрологический интернат, не помещенные в банк, по их желанию принимаются на хранение в установленном порядке администрацией до востребования их владельцем или лицом, у которого имеется свидетельство о праве на наследство, выданное в установленном законом порядке.

Тема 13. Социальная защита людей пожилого и старческого возраста

Социальная защита пожилых людей: основные понятия, направления и задачи

В последнее десятилетие население республики переживает устойчивый период демографического старения. Доля населения старше трудоспособного возраста в общей численности населения страны достаточно высока: каждый четвертый житель — пенсионер (в городе — каждый пятый, на селе — каждый третий). В ближайшие годы в пенсионный возраст начинают вступать родившиеся в послевоенные годы (годы высокой рождаемости), что приведет к дальнейшему росту общего числа пенсионеров. По прогнозным оценкам, к 2020 г. доля населения пенсионного возраста достигнет 28 %. В Республике Беларусь сегодня проживает более чем 2,5 миллиона пенсионеров. Поэтому социальная защита пожилых людей и ветеранов в Беларуси является одним из приоритетных направлений социальной политики государства.

Социальная защита — это система, призванная обеспечивать определенный уровень доступа к жизненно необходимым благам и определенный уровень благосостояния граждан, которые в силу обстоятельств (старость, состояние здоровья, потеря кормильца или работы и иные законные основания) не могут быть экономически активными и обеспечивать себя доходами путем участия в достойно оплачиваемом труде.

Международная ассоциация социального обеспечения (МАСО), членом которой является Республика Беларусь, определяет систему социальной защиты как комплекс мер, включающий в себя:

- стимулирование стабильной, оплачиваемой трудовой деятельности;
- предотвращение и компенсацию части доходов в случае возникновения основных социальных рисков с помощью механизмов социального страхования;
- предоставление механизмов социальной помощи, предназначенной для уязвимых групп населения, не являющихся участниками системы социального страхования;
- доступ граждан к основным правам и услугам, таким, как образование и медицинская помощь.

Термин *«социальная защита»* появился в Республике Беларусь в процессе перехода страны к рыночной экономике. Изменение экономических отношений потребовало реконструкции действующей в то время *системы социального обеспечения* и построения адекватной системы *социальной защиты* социально уязвимых категорий населения. Термин «социальное обеспечение» относится, скорее, к плановой экономике и не отражает изменяющегося характера совокупности социально-экономических отношений в обществе в условиях рыночной экономики.

Существующие сегодня национальные системы социальной защиты в отдельных странах создавались разными путями в течение длительного времени для решения собственных политических, экономических и социальных проблем, возникавших в этих странах в разные периоды времени. Поэтому системы социальной защиты отдельных стран существенно отличаются друг от друга и не могут быть «перенесены» из одной страны в другую.

Социальная защита как система в Республике Беларусь *имеет три относительно самостоятельные подсистемы:*

- 1. Социальное страхование.*
- 2. Общественное вспомоществование.*
- 3. Социальное обслуживание.*

По своему содержанию эти подсистемы социальной защиты не совпадают, но могут пересекаться по некоторым социальным технологиям.

Социальное страхование — это страхование людей от возможного изменения их материального и социального положения. Оно осуществляется в обязательной и добровольной формах. До-

бровольное социальное страхование организуется на добровольной основе негосударственными организациями. К видам обязательного социального страхования относятся: страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, пенсионное, медицинское страхование. Государственное социальное страхование представляет собой систему пенсий, пособий и других выплат гражданам Республики Беларусь за счет средств государственных страховых фондов.

Общественное вспомоществование — финансирование из бюджетных средств жизненно важных потребностей отдельных лиц или групп населения, при котором в качестве ориентира выступает их индивидуальная нуждаемость. Оно направлено на поддержание уровня жизни бедных независимо от уплаты страховых взносов. Такая социальная помощь рассматривается как временная поддержка и может осуществляться как в денежной, так и натуральной форме. Данная подсистема социальной защиты населения реализуется, прежде всего, посредством государственной адресной социальной помощи, а также предоставлением социальных льгот и обязательных социальных выплат.

Социальное обслуживание — оказание людям, находящимся в трудной жизненной ситуации, социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг, проведение мероприятий по социальной профилактике, социальной адаптации, социальной реабилитации и др. мероприятий.

Под трудной жизненной ситуацией понимается возникновение обстоятельств, оказывающих существенное, как правило, негативное влияние на человеческую деятельность и которые человек не может преодолеть самостоятельно. К ним относятся неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом либо болезнью, инвалидность, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество нетрудоспособных и пожилых людей, сиротство и т. п.

В настоящее время в республике существует пять видов социального обслуживания:

- 1) стационарное обслуживание (дома-интернаты, отделения круглосуточного пребывания);
- 2) полустационарное обслуживание (отделения дневного и ночного пребывания);

3) нестационарное обслуживание (консультации, информирование, материальная помощь и т. п.);

4) социальное обслуживание на дому;

5) срочное социальное обслуживание (срочная продовольственная, психологическая или гуманитарная помощь и др.).

В системе социальной защиты также широко используются такие понятия, как *социальное обеспечение*, *социальная помощь* и *социальная поддержка*.

Социальное обеспечение — это система мер, гарантирующих материальное обеспечение людей: государственное пенсионное обеспечение, материальная поддержка материнства, отцовства и детства, а также стипендии, пособия и другие обязательные социальные выплаты за счет средств государственного бюджета.

Социальная помощь означает предоставление малоимущим семьям и малоимущим одиноко проживающим людям социальных пособий, субсидий, компенсаций, жизненно необходимых товаров за счет средств государственного бюджета. Ее цель — поддержать уровень жизни людей, если их среднедушевой доход по независящим от них причинам ниже прожиточного минимума. Им предоставляется социальная помощь в форме денежных выплат либо натуральная — продукты питания, одежда, обувь, медикаменты, топливо и др. Денежные выплаты осуществляются в виде социальных пособий, субсидий, компенсаций. Социальные пособия связаны с безвозмездным предоставлением денежных сумм за счет средств государственного бюджета. Субсидии означают оплату материальных благ и услуг, имеющих целевое назначение. Компенсации представляют собой возмещение произведенных расходов, установленных законодательством.

Социальная поддержка населения, близкая по своему содержанию к помощи, предполагает предоставление социальных льгот, обязательных социальных выплат, установленных законодательством для военнослужащих, работников правоохранительных органов, государственных служащих и некоторых других категорий населения.

Социальную защиту населения осуществляют различные субъекты. В их систему входят органы государственной власти, органы местного самоуправления, государственные предприятия, учреждения, организации. Социальную защиту населения организуют и негосударственные организации, к примеру, благотворительные.

Основные направления в сфере социальной защиты населения:

- обеспечение уровня жизни населения не ниже уровня установленных государственных минимальных социальных стандартов;
- усиление роли государственных минимальных социальных стандартов, поэтапное приближение их к бюджету прожиточного минимума;
- совершенствование пенсионного обеспечения и системы социального страхования;
- адресное предоставление социальной помощи гражданам, совокупный доход которых ниже бюджета прожиточного минимума.

Основные задачи системы социальной защиты пожилых людей:

- сохранение благосостояния старого человека путем уменьшения или устранения факторов риска, что позволяет предотвратить его помещение в стационарные учреждения социального обслуживания;
- сохранение возможного максимального уровня самостоятельности;
- поддержание уровня жизни пожилых и старых людей в экстремальных условиях, содействие их адаптации к последствиям развития рыночной экономики;
- защита интересов старых недееспособных людей.

Государственное социальное страхование. По государственному социальному страхованию застрахованные граждане обеспечиваются:

- ✓ пенсиями по возрасту, инвалидности, в случае потери кормильца, за выслугу лет;
- ✓ пособиями и компенсациями в связи с несчастными случаями на производстве и профессиональными заболеваниями;
- ✓ пособиями по беременности и родам;
- ✓ пособиями, связанными с рождением ребенка, уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
- ✓ пособиями по болезни и временной нетрудоспособности;
- ✓ выплатами, связанными с санаторно-курортным лечением и оздоровлением;
- ✓ пособиями по безработице;
- ✓ пособиями на погребение.

Средства государственного социального страхования состоят из обязательных страховых взносов работодателей и работаю-

щих граждан, а также физических лиц, самостоятельно уплачивающих обязательные страховые взносы в государственные страховые фонды, доходов от капитализации средств и других поступлений.

Средства государственного социального страхования хранятся в государственных внебюджетных страховых фондах, создаваемых актами Президента Республики Беларусь и законами Республики Беларусь. В Республике Беларусь для финансирования расходов на государственное социальное страхование образован Фонд социальной защиты населения Республики Беларусь. Средства этого Фонда состоят в основном из обязательных взносов нанимателей и граждан. Вместе с тем социальное обеспечение некоторых категорий граждан осуществляется за счет средств государственного бюджета, например, государственных служащих, военнослужащих. Для выплаты пособий и компенсаций в связи с несчастными случаями на производстве и профессиональными заболеваниями создан специальный Фонд предупредительных (превентивных) мероприятий по страхованию этих случаев.

Гражданам, не имеющим права на трудовую пенсию, назначается социальная пенсия.

Пенсионное обеспечение охватывает более чем четвертую часть населения республики. Для Беларуси характерен опережающий рост величины пенсии по отношению к росту заработной платы. В целях повышения уровня пенсионного обеспечения ежегодно производятся плановые и внеочередные перерасчеты минимальных трудовых пенсий и социальных пенсий, а также надбавок и повышений к пенсиям в связи с увеличением бюджета прожиточного минимума.

Соотношение средней пенсии по возрасту и среднемесячной заработной платы составляет около 43 %.

Общественное вспомоществование. *Адресная социальная помощь* — система мероприятий, направленных на оказание помощи нуждающимся лицам, живущим за чертой бедности и имеющим доход ниже бюджета прожиточного минимума. Государственная адресная социальная помощь, направленная на поддержание минимально гарантированного уровня доходов малообеспеченных граждан, действует в республике с 2001 года.

Виды адресной помощи:

- денежная помощь (единовременная, постоянное пособие для оплаты транспортных услуг, оказание помощи в случае создания

экстренных ситуаций, которые повлекли значительные расходы, оказание помощи в оплате жилья и коммунальных услуг, предоставление дотаций, льготных ссуд и кредитов);

- натуральное обеспечение (предоставление предметов первой необходимости);

- гуманитарная помощь;

- законодательное закрепление услуг и льгот.

Показателями, дающими основание для предоставления адресной социальной помощи, являются: отсутствие средств к существованию; материальный ущерб или физические повреждения вследствие стихийных бедствий, катастроф, межнациональных конфликтов, репрессий тоталитарных политических режимов; одиночество и неспособность к самообслуживанию; совокупный семейный или среднедушевой доход ниже бюджета прожиточного минимума.

Финансирование данного вида социальной помощи осуществляется за счет средств республиканского бюджета. Участвуют также различные государственные и негосударственные фонды, предприятия, общественные организации. Принимаются пожертвования отдельных лиц.

Помощь предоставляется в денежной или натуральной формах. При необходимости формы ее предоставления могут быть совмещены.

Решение о назначении и размере социальной помощи на каждого получателя и на всех членов семьи, ее формы и виды с учетом фактора нуждаемости семей или одиноких лиц, а также их имущественного положения, о возможной помощи со стороны детей и близких родственников принимается Комиссией по выявлению и учету малоимущих граждан и оказанию им помощи.

Право на получение адресной социальной помощи имеют:

- многодетные семьи, воспитывающие несовершеннолетних детей;
- неполные семьи, воспитывающие несовершеннолетних детей;
- семьи, имеющие в своем составе инвалидов I и II группы, воспитывающие несовершеннолетних детей;

- семьи, в которых оба родителя являются безработными не менее трех месяцев на дату обращения за социальной помощью и выполняют обязанности безработных, предусмотренные законодательством о занятости, или когда родители являются студентами, обучающимися бесплатно с отрывом от производства в профессионально-технических, средних специальных и высших учебных заведениях;

- семьи, в которых трудоспособный член семьи осуществляет уход за инвалидом I группы, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет, престарелым старше 80 лет;
- одинокие инвалиды I и II группы;
- одинокие инвалиды III группы и одинокие инвалиды с детства старше 18 лет, получающие социальную пенсию;
- одинокие пенсионеры и одинокие супружеские пары пенсионного возраста.

Объектом адресной социальной помощи являются семьи и одинокие лица при условии, если совокупный среднедушевой доход семьи или одинокого лица за три месяца, предшествующих месяцу обращения за социальной помощью, не превышает 60 % утвержденного в установленном порядке бюджета прожиточного минимума в размере на душу населения, действующего на дату обращения.

Среднедушевой доход на одного члена семьи определяется путем деления общей суммы доходов семьи за заявленный период на число месяцев в этом периоде, а затем на число лиц, учитываемых в составе семьи.

Размер социальной помощи на одного получателя равен разнице между уровнем бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения (на дату обращения за социальной помощью) и совокупным среднедушевым доходом семьи.

Перерасчет адресной социальной помощи осуществляется поквартально. Программа адресной социальной помощи действует в Беларуси с 2001 года. Ее действие основано на правовых документах: «Комплексная система мер по социальной защите населения Республики Беларусь и мероприятия по ее выполнению» (2000 г.) и «Положение о порядке и условиях оказания адресной социальной помощи отдельным категориям семей и одиноким лицам» (2001 г.).

В последние годы проведено совершенствование системы адресной социальной помощи. Унифицированы подходы к предоставлению данного и иных видов социальной поддержки, основанных на критерии нуждаемости, путем установления единого порядка расчета среднедушевого дохода семьи либо гражданина.

В настоящее время принят ряд мер по обеспечению унификации и комплексности процедур оказания социальных услуг и помощи по принципу «одно окно». В ближайшие годы в этой области будут последовательно решены следующие задачи:

- полное, исключительное закрепление принципа «одно окно» при оказании помощи;
- осуществление перехода от категориального принципа назначения помощи к адресному, то есть сугубо на основе учета доходов граждан;
- трансформация различных социальных программ, основанных на критерии нуждаемости, в единую систему государственной адресной социальной помощи;
- осуществление поэтапного увеличения критерия нуждаемости при предоставлении адресной помощи.

Государственные социальные льготы, права и гарантии (далее — социальные льготы) — это предусмотренные законодательством преимущества, полное или частичное освобождение от исполнения установленных обязанностей либо облегчение условий их исполнения в связи с особым социально-правовым статусом гражданина или особенностями его профессиональной деятельности.

Государственная политика в сфере предоставления социальных льгот направлена на совершенствование государственной социальной поддержки населения, обеспечение экономической эффективности и социальной справедливости и основывается на принципах гуманизма, доступности, адресности, гарантированности.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан» право на социальные льготы имеют:

1. Герои Беларуси, Герои Советского Союза, Герои Социалистического Труда, полные кавалеры орденов Отечества, Славы, Трудовой Славы.

2. Участники Великой Отечественной войны.

3. Инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий на территории других государств.

4. Лица, принимавшие участие в составе специальных формирований в разминировании территорий и объектов после освобождения от немецкой оккупации в 1943–1945 годах.

5. Лица, награжденные орденами и (или) медалями СССР за самоотверженный труд и безупречную воинскую службу в тылу в годы Великой Отечественной войны.

6. Лица, работавшие на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, морских баз, аэродромов и других военных

объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог.

7. Члены экипажей судов транспортного флота, интернированные в начале Великой Отечественной войны в портах других государств.

8. Лица, работавшие на предприятиях, в учреждениях и организациях города Ленинграда в период блокады с 8 сентября 1941 года по 27 января 1944 года и награжденные медалью «За оборону Ленинграда», и лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда».

9. Военнослужащие, в том числе уволенные в запас (отставку), военнообязанные, призывавшиеся на военные сборы, лица начальствующего и рядового состава органов внутренних дел и органов государственной безопасности, работники указанных органов (включая специалистов и советников Министерства обороны СССР, Комитета государственной безопасности и Министерства внутренних дел СССР и БССР), направлявшиеся органами государственной власти СССР в Афганистан или в другие государства, принимавшие участие в боевых действиях при исполнении служебных обязанностей в этих государствах и получившие ранение, контузию или увечье в период боевых действий; военнослужащие автомобильных батальонов, направлявшиеся в Афганистан для доставки грузов в период ведения боевых действий и получившие ранение, контузию или увечье в период боевых действий; военнослужащие летного состава, совершавшие вылеты на боевые задания в Афганистан с территории СССР в период ведения боевых действий и получившие ранение, контузию или увечье в период боевых действий.

10. Граждане, в том числе уволенные в запас (отставку), из числа военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), кроме случаев, когда инвалидность наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства.

11. Инвалиды с детства вследствие ранения, контузии, увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны либо с последствиями военных действий.

12. Родители:

– военнослужащих, партизан и подпольщиков, погибших (умерших) вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период боевых действий в годы Великой Отечественной войны;

– военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, погибших (умерших) при исполнении воинского или служебного долга в Афганистане или в других государствах, где велись боевые действия, а также умерших вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период боевых действий, кроме случаев, когда гибель (смерть) наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства или самоубийства, если оно не было вызвано болезненным состоянием или доведением до самоубийства;

– военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, погибших при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), а также умерших в период прохождения военной службы (службы) вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, непосредственно связанных со спецификой несения военной службы (службы).

13. Граждане, заболевшие и перенесшие лучевую болезнь, вызванную последствиями катастрофы на Чернобыльской АЭС, инвалиды.

Действие норм настоящего Закона распространяется на граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Республики Беларусь.

Все льготы распределяются по следующим группам:

- 1) льготы по лекарственному обеспечению;
- 2) льготы по обеспечению техническими средствами социальной реабилитации;
- 3) льготы по санаторно-курортному лечению и оздоровлению;
- 4) льготы по проезду на городском пассажирском транспорте и автомобильном транспорте общего пользования регулярного междугородного сообщения в сельской местности;
- 5) льготы по проезду на пассажирском транспорте общего пользования регулярного пригородного сообщения;

6) льготы по проезду на пассажирском транспорте общего пользования регулярного междугородного сообщения;

7) льготы по оплате за техническое обслуживание, пользование жилыми помещениями и коммунальные услуги;

Финансирование расходов по предоставлению социальных льгот, предусмотренных настоящим Законом, осуществляется за счет средств республиканского и местных бюджетов, социальных льгот по санаторно-курортному лечению и оздоровлению — за счет средств государственного социального страхования и республиканского бюджета. Порядок возмещения расходов, понесенных организациями в связи с предоставлением социальных льгот, определяется Правительством Республики Беларусь по согласованию с Президентом Республики Беларусь.

Социальное обслуживание

Основные виды социального обслуживания:

- предоставление консультативно-информационных услуг;
- оказание материальной помощи в денежной и натуральной форме;
- предоставление временного места пребывания в социальных приютах;
- обеспечение дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания;
- осуществление социального обслуживания в стационарных учреждениях социального обслуживания и на дому;
- оказание социально-реабилитационных услуг;
- оказание посреднических услуг и др.

Социальное обслуживание в основном предоставляется государственными учреждениями как стационарными, так и нестационарными.

Система социального обслуживания включает:

- государственные органы, осуществляющие управление в области социального обслуживания в пределах своей компетенции;
- центры социального обслуживания семей и различных категорий населения, нуждающихся в социальном обслуживании (детей, молодежи, граждан пожилого возраста, инвалидов и других категорий граждан);
- социально-реабилитационные центры;
- специальные клиники для безнадежно больных людей (хосписы);

- социальные приюты;
- центры психолого-педагогической помощи;
- центры (отделения) социальной помощи на дому;
- центры временного (дневного и ночного) пребывания и патронажа;
- стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для детей с особенностями психофизического развития, специальные дома для одиноких престарелых и др.);
- геронтологические центры;
- организации социального обслуживания, изготавливающие средства реабилитации (протезно-ортопедические изделия, инвалидную технику и т. п.);
- реабилитационно-трудовые мастерские;
- иные юридические лица, предоставляющие социальные услуги в пределах своей компетенции в соответствии с законодательством;
- физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели, предоставляющие социальные услуги, чье право на занятие социальным обслуживанием в рамках системы социального обслуживания официально подтверждено в порядке, установленном законодательством.

Порядок и условия предоставления социальных услуг устанавливаются законодательством Республики Беларусь. Социальное обслуживание осуществляется на безвозмездной и возмездной основе. Социальные услуги предоставляются на основании обращения гражданина, его опекуна, попечителя, другого законного представителя, общественного объединения, лиц, осуществляющих уход за нуждающимися в социальном обслуживании. Любые ограничения права граждан обращаться за предоставлением социальных услуг недопустимы.

Государственные социальные программы. Старые люди нуждаются в гарантированном обеспечении своих жизненно важных потребностей: в надежном жилье, полноценном питании, создании благоприятной среды жизнедеятельности и условий для использования остаточной трудоспособности, человеческого общении и внимании, охране здоровья, медико-социальном уходе, а также достойном погребении после смерти. Для решения этих потребностей пожилых людей в республике реализуются четыре государственные социальные программы, среди которых ведущее место

принадлежит Республиканской комплексной программе по проблемам пожилых людей, утвержденной на период 2006–2010 гг. Во всех районах и городах разработаны и утверждены региональные программы подобного типа. Мероприятия этих программ направлены на решение проблем социально-правовой защиты данных категорий граждан, укрепление их здоровья, обеспечение участия в посильном труде. Предусмотрено также развитие инфраструктуры, обеспечивающее социальное обслуживание этой части населения.

В реализации государственных социальных программ особое внимание уделяется социальной поддержке ветеранов Великой Отечественной войны. В настоящее время с учетом проведенных обследований условий жизни и состояния здоровья ветеранов войны удовлетворены их потребности в технических средствах социальной реабилитации, спецавтотранспорте, улучшении жилищных условий, ремонте жилья, средствах телефонной связи.

К сожалению, в последние годы заметно увеличилась численность одиноких пожилых граждан. Особенно трудно прожить одинокому пожилому человеку, проживающему в отдаленном сельском малонаселенном пункте и частично или полностью утратившему двигательную активность. Поэтому все подходы, апробированные при оказании помощи ветеранам Великой Отечественной войны, были заложены в основу реализации Комплексной программы по совершенствованию системы социальной работы с одинокими гражданами пожилого возраста в Республике Беларусь до 2010 года.

Стационарное социальное обслуживание. В настоящее время система социального обслуживания пожилого населения в нашей стране представлена стационарными и нестационарными учреждениями.

До 1986 года основной формой организации обслуживания одиноких нетрудоспособных граждан в нашей республике было помещение их в дома-интернаты. В системе социальной защиты пожилых людей в Республике Беларусь функционируют дома-интернаты для престарелых и инвалидов, республиканские санатории для пенсионеров и инвалидов и дома-интернаты психоневрологического профиля. В них на условиях полного государственного обеспечения постоянно проживают более 15 тысяч одиноких пожилых и престарелых людей. В последние годы стала активно развиваться сеть домов-интернатов малой вместимости, где проживает по 20–22 человека. Преимущество данных учреждений в том,

что пожилые граждане имеют возможность проживать, не покидая пределы своего района, города, не лишаясь, таким образом, своего привычного окружения.

Территориальные центры социального обслуживания населения

Современная модель социальной защиты людей пожилого возраста и инвалидов включает, прежде всего, оказание им социальных услуг в нестационарных условиях, т. е. деятельность служб социальной помощи на дому. Для этого повсеместно созданы территориальные центры социального обслуживания населения, в том числе граждан пожилого возраста и инвалидов. В этих центрах имеется возможность оказывать разностороннюю помощь именно на дому и только в крайнем случае решать вопрос о помещении их в стационар. Эта форма социального обслуживания хорошо себя зарекомендовала как с точки зрения экономичности (она на порядок дешевле, чем стационарные дома-интернаты), так и качества обслуживания населения.

Главной целью создания центров является оказание максимальной и разносторонней помощи нуждающимся, предоставление гражданам пожилого возраста реальной возможности получать необходимую им помощь на дому при сохранении социальных связей, круга повседневного общения, привычного образа жизни.

С 2003 г. создание территориальных центров стало государственным социальным стандартом по обслуживанию населения в системе Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь.

В структуре территориальных центров социального обслуживания открываются специализированные отделения: первичного приема, информации, анализа и прогнозирования; психологической помощи и реабилитации; социальной помощи на дому; срочного социального обслуживания; дневного и круглосуточного пребывания; создаются лечебно-трудовые мастерские, организуются клубы и кружки по интересам для пожилых граждан.

Приоритетной формой социальной помощи пожилым людям в нестационарных условиях является предоставление им социально-бытовых услуг на дому. На сегодняшний день эта форма обслуживания самая востребованная. Услуги, предоставляемые учреждениями системы социальной помощи, являются общедоступными.

Одиноким и одиноко проживающим (не имеющим на территории Республики Беларусь трудоспособных членов семьи, обязанных содержать их по закону) малообеспеченным пожилым гражданам (супружеским парам) и одиноким и одиноко проживающим малообеспеченным инвалидам I и II группы (семьям, состоящим из инвалидов I и II группы) такие услуги предоставляются бесплатно.

Согласно Закону Республики Беларусь «О прожиточном минимуме в Республике Беларусь» малообеспеченными признаются граждане (семьи), имеющие по объективным причинам среднедушевой доход ниже бюджета прожиточного минимума. Остальным категориям граждан социальные услуги предоставляются на условиях частичной либо полной оплаты.

На условиях полной оплаты социальные услуги, предусмотренные перечнем, предоставляются гражданам, имеющим в населенном пункте проживания трудоспособных членов семьи, обязанных содержать их по закону, а также гражданам, проживающим в семьях, имеющих в своем составе трудоспособных членов семьи.

Всем другим категориям нетрудоспособных граждан социальные услуги оказываются на условиях частичной оплаты.

Иные социальные услуги, не входящие в перечень, предоставляются лицам, обслуживаемым на дому, на возмездной основе в порядке, предусмотренном законодательством.

Кроме того, согласно действующему законодательству, местным исполнительным и распорядительным органам предоставлено право принимать решение о бесплатном надомном обслуживании отдельных граждан в порядке исключения. Всего на бесплатном надомном обслуживании и на условиях частичной оплаты находится абсолютное большинство обслуживаемых, и всего лишь около 5 % от общего числа полностью оплачивают свое обслуживание.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении» предусмотрена надбавка к пенсиям за уход, в том числе осуществляемый отделением социальной помощи на дому. Такие надбавки установлены в следующем размере:

✓ инвалидам I группы — 100 % минимального размера пенсии по возрасту;

✓ одиноким инвалидам II группы, нуждающимся по заключению МРЭК или ВКК в постоянной помощи, а также пенсионерам, достигшим 80-летнего возраста, — 50 % минимального размера пенсии по возрасту.

Плата за консультацию или предоставление информации о возможных видах, порядке и условиях оказания социальных услуг не взимается.

В настоящее время для решения проблем одиноких граждан пожилого возраста, в первую очередь, проживающих в сельской местности, проводится целый комплекс мероприятий, который охватывает все важные стороны жизни пожилых одиноких граждан.

Составлены социальные паспорта территорий сельских Советов и административных районов, проведены и продолжаются обследования материально-бытового положения одиноких пожилых граждан во всех населенных пунктах страны, включая самые отдаленные и малочисленные. Выявляются конкретные проблемы и нужды каждого человека, принимаются меры для их решения.

В связи с этим в центрах создаются специальные структуры, которые предназначены для оказания нетрудоспособным гражданам дополнительных услуг:

- ✓ хозяйственные (а в перспективе должны быть и хозрасчетные) бригады, выполняющие разовые услуги на дому, в том числе по ремонту жилья и надворных построек, по доставке, распиловке и складированию топлива, и другие работы;
- ✓ открытие отделений круглосуточного пребывания;
- ✓ проработка проблем о создании службы сиделок;
- ✓ оказание социальной помощи на дому на мобильной основе и другие услуги.

Для сложных случаев, исключающих обслуживание на дому, организуются больницы (палаты или койки) сестринского ухода. Эта форма социального обслуживания особенно актуальна в районах, где отсутствуют стационарные социальные учреждения, так как позволяет обеспечить квалифицированный уход за больными пожилого и старческого возраста, страдающими хроническими заболеваниями.

Помещение в палаты сестринского ухода производится по направлению управления по труду и социальной защите соответствующего района. Нуждающиеся в подобной помощи или их законные представители могут обратиться в территориальный центр социального обслуживания по месту жительства с просьбой о поселении в дом-интернат. Работники центра окажут необходимое содействие в оформлении документов, а до решения вопроса о поселении в дом-интернат лежачего больного можно будет временно (до 6 месяцев) поместить в отделение круглосуточного пребывания центра.

Гражданам, проживающим в отделении круглосуточного пребывания, предоставляется жилая площадь с необходимой мебелью и инвентарем, постельные принадлежности и предметы обихода, трехразовое питание, доврачебная медицинская помощь, культурный досуг. Проживающие в них лица вносят плату в размере 80 % от получаемой ими пенсии.

Лежачим больным, утратившим способность к самообслуживанию, оказывается специализированная помощь с участием территориальных учреждений здравоохранения и районных отделений Белорусского Общества Красного Креста. Специализированное обслуживание осуществляется во взаимодействии социального работника и медицинской сестры.

Для оказания населению бытовых услуг в отдаленных сельских населенных пунктах работают дома социальных услуг. Практика показывает, что создание домов социальных услуг способствует более полному разрешению социальных проблем малочисленных и отдаленных сельских населенных пунктов.

Социальная защита граждан пожилого возраста в других учреждениях. Вопросами социальной защиты граждан пожилого возраста в республике занимаются различные организации торговли и бытового обслуживания, узлы почтовой и электронной связи, трудовые коллективы организаций, учреждения образования и здравоохранения, общественные объединения и др. Так, например, перспективным явлением в республике стало создание социальных столовых, салонов «Милосердие», центров медико-социальной помощи, которые работают с больными, одинокими стариками, оказывая им социальную, психологическую и медицинскую помощь. На базе действующих столовых организуется бесплатное питание, доставка обедов на дом.

В ряде областей существует опыт организации магазинов «Ветеран», «Забота», которые торгуют товарами по сниженным ценам для отдельных категорий граждан. В некоторых регионах существует практика предоставления малоимущим пенсионерам товаров длительного пользования напрокат (стиральные машины, пылесосы, холодильники). В Минской области образованы Советы по координации деятельности государственных и общественных организаций по социальной защите малоимущих граждан. Усилено внимание к оказанию одиноким и одинокопроживающим малоимущим престарелым гражданам натуральной и материальной помощи со стороны предприятий, организаций, колхозов, совхозов.

Во многих районах установлены доплаты к пенсиям за счет средств местных бюджетов.

Поддерживаются отношения с предприятиями, организациями, коммерческими структурами по оказанию шефской помощи. Проводятся благотворительные акции по сбору средств для поддержки малообеспеченных граждан, открываются благотворительные счета, оказывается гуманитарная помощь. В последнее время появились примеры организации социальной помощи пожилым на смешанной основе, т. е. предоставление услуг государственными и негосударственными структурами, создания на общественных началах «отрядов милосердия», состоящих из студентов вузов, учащихся медучилищ, для обслуживания нуждающихся престарелых и инвалидов.

В республике продолжается реализация комплекса мероприятий, направленных на решение проблем занятости инвалидов: развитие сети специализированных предприятий, трудоустройство инвалидов на условиях сокращенного рабочего дня или недели, предоставление дополнительных перерывов в работе и т. д. В целях стимулирования нанимателей по созданию условий для трудоустройства инвалидов законодательно введено льготное налогообложение для предприятий, применяющих труд инвалидов. При финансовой поддержке Программы социальных преобразований в Центральной и Восточной Европе Министерства иностранных дел Нидерландов, общественной организацией «Белорусский фонд милосердия и здоровья» и Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь начата реализация международного проекта «Создание центра социальных работ для безработных, не способных на равных конкурировать на рынке труда», которым предусмотрено строительство трех таких центров с наличием рабочих мест для трудоустройства безработных из числа инвалидов.

В Республике Беларусь осуществляются мероприятия по социальной реабилитации и адаптации инвалидов пожилого возраста, позволяющие улучшить показатели обеспеченности нуждающихся граждан техническими средствами социальной реабилитации, а также неработающих инвалидов и пенсионеров санаторно-курортными путевками. Стабильно функционирует республиканское унитарное предприятие «Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр». Для улучшения обеспечения инвалидов и граждан пожилого возраста техническими

средствами социальной реабилитации, оперативного решения этой проблемы планируется также наладить широкую сеть пунктов проката таких средств.

С учетом большой очередности по обеспечению инвалидов спец-автотранспортом весьма актуальна и перспективна такая форма обслуживания, как «социальное такси», выполняющее на льготных условиях внутригородские и пригородные перевозки. В данной форме обслуживания особенно нуждаются лица пожилого возраста, малообеспеченные граждане.

Тема 14. Современная реформа пенсионного обеспечения в Беларуси

Пенсионная система относится к числу ключевых сфер, определяющих устойчивость социально-экономической системы в целом. От того, как в обществе решена проблема жизнеобеспечения населения после окончания трудового периода, а также отдельных его групп, потерявших трудоспособность раньше, зависит общий социальный климат и перспективы дальнейшего социально-экономического развития общества. Предназначение пенсии — компенсация утраченного дохода человеку, который закончил свой трудовой период.

Действующая в Республике Беларусь пенсионная система является распределительной (солидарной) с установленными выплатами. Текущие пенсионные выплаты финансируются из текущих поступлений страховых взносов. Работа по пенсионному обеспечению населения сложная и кропотливая. Главная цель работы по пенсионному обеспечению населения — переход к условно-накопительной пенсионной системе. Для обеспечения пенсионных выплат собираются финансовые средства. Ими являются взносы на пенсионное страхование работодателей и работников. Сбором взносов занимается Фонд социальной защиты населения. Он же и финансирует выплату пенсий. Объем пенсионных средств относительно ВВП составляет около 10 %, то есть бюджет Фонда по объему незначительно меньше республиканского бюджета.

Назначение пенсий осуществляют органы по труду и социальной защите. Ежегодно в стране назначается 120–130 тысяч новых

пенсий. Это очень ответственный и сложный процесс, так как пенсия — отражение всей предыдущей трудовой деятельности. Следовательно, каждое пенсионное дело уникально. В целом на учете в органах по труду и социальной защите состоят около 2,5 млн пенсионеров (25 % населения). Многие пенсионные дела периодически пересматриваются по тем или иным причинам (у кого-то заработок изменился, стаж увеличился, кто-то решил перейти на другой вид пенсии и т. д.).

В Беларуси укрепились финансовая стабильность пенсионной системы. С января 2003 года на всей территории страны вступил в силу Закон Республики Беларусь «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе государственного социального страхования». При назначении пенсии сведения о стаже и заработке застрахованного лица за период после 1 января 2003 года подтверждаются данными персонифицированного учета.

Кроме того, проводится работа с комитетами по труду и социальной защите областных исполнительных комитетов по выдаче информации о работающих пенсионерах на основе данных индивидуальных лицевых счетов. Наличие указанных сведений значительно упрощает контроль за выплатой пенсий работающим пенсионерам. Управления областных служб занятости своевременно выявляют безработных, состоящих на учете в центрах занятости населения, но осуществляющих трудовую деятельность без соответствующего уведомления вышеуказанных центров. Численность плательщиков страховых взносов, зарегистрированных в органах Фонда соцзащиты населения Министерства труда и социальной защиты, возрастает также за счет включения в число плательщиков индивидуальных предпринимателей.

Ежегодно по несколько раз в году производятся перерасчет трудовых пенсий в связи с ростом средней заработной платы, а также надбавки и повышения к пенсиям.

Сегодня пенсионная система Беларуси отличается от пенсионных систем большинства республик бывшего СССР относительно высоким уровнем назначаемых пенсий. Постепенно возрастает минимальный размер пенсии по возрасту и приближается к бюджету прожиточного минимума (БПМ) пенсионера.

Общепризнанным в мире критерием при оценке уровня и качества пенсионного обеспечения является так называемый коэффициент замещения (соотношение среднего размера пенсии по возрасту и средней заработной платы по стране). Величина его

в разных странах различна. В мировой практике — не менее 40 %. В Германии, где недавно был принят новый закон о пенсионном страховании, средняя пенсия составляет около 48 % средней заработной платы. В Республике Беларусь соотношение среднего размера пенсии по возрасту со средней заработной платой составляет 43 %. В Беларуси за последние 10 лет этот коэффициент практически не изменился (1995 г. — 43 %, 2004 г. — 43,4 %). Этот показатель является одним из самых высоких среди государств-членов СНГ. К примеру, в Российской Федерации он на уровне лишь 28 %. Это означает, что в Беларуси работающее поколение обеспечивает уровень пенсий по отношению к уровню своей заработной платы в полтора раза выше. Выше в Беларуси и покупательная способность пенсий. Однако следует иметь в виду, что некорректно сопоставлять уровень и качество жизни среднего пенсионера в Беларуси и, например, в Германии, где средняя заработная плата в 10 раз выше, чем в Беларуси (2500 евро).

В то же время пенсионная система Республики Беларусь находится под воздействием ряда неблагоприятных факторов внешнего и внутреннего характера.

Прежде всего, серьезным долговременным фактором внешнего воздействия на пенсионную систему является постарение населения. В Беларуси доля лиц, достигших 65-летнего возраста, уже сегодня в два раза выше критерия ООН (12 %), относящего население к старому. Это является следствием и резкого снижения рождаемости. Так, в сравнении с 1990 годом более чем на треть упала рождаемость в стране.

Деформация возрастной структуры общества сопровождается проблемами на рынке труда, в частности снижением численности занятых в экономике.

Общеизвестно, что главным источником увеличения заработной платы является рост производительности труда. Причем оптимальным в рыночных условиях считается такое соотношение, когда на 1 % роста производительности труда приходится 0,7 % роста заработной платы. В противоположной ситуации идет процесс «проедания» существующего физического капитала, который характерен для современной экономики Беларуси. Поэтому при законодательно закреплённой гарантии обеспечения роста величины средней пенсии по мере роста средней заработной платы в экономике процесс деструктивного развития («проедания») физического капитала белорусских предприятий ускоряется дважды. Первый

раз за счет диспропорции в росте производительности труда и средней зарплаты самих работников. Во втором случае пропорционально росту средней пенсии и числа пенсионеров.

По прогнозам специалистов, к 2025 году доля населения в возрасте старше пенсионного (55–60 лет) в республике составит 28 %. Общая же доля получателей пенсий (включая пенсионеров по инвалидности и по случаю потери кормильца в возрасте ниже пенсионного) к тому времени может превысить 32 %.

По оценке специалистов Всемирного банка, в 2050 г. у нас на одного пенсионера будет приходиться уже только один работающий. Если действующую пенсионную систему не реформировать, то в 2050 г. пенсионный тариф должен составить около 60 % фонда оплаты труда нанимателя.

Возможности дальнейшего повышения размера пенсий в распределительной системе полностью исчерпаны, поскольку ограничиваются объективными факторами, влияющими на наполняемость бюджета пенсионного фонда. Сегодня уже нельзя обеспечить пенсионную систему необходимыми средствами и сохранить ее финансовую стабильность на будущее через простое повышение тарифа страховых взносов (тем более что в течение вот уже целого десятилетия он является неизменным). Известно, что нынешний тариф взносов на пенсионное страхование один из самых высоких в сравнении с другими государствами. Достигнутый 100-долларовый рубеж обеспечивается на основе практически самого высокого тарифа взносов на пенсионное обеспечение среди европейских стран. Для белорусских нанимателей он составляет в основном 29 % фонда заработной платы, для работников — 1 % индивидуальной заработной платы. В России пенсионный тариф (в составе ЕСН) в среднем составляет 20 % фонда заработной платы, в Эстонии — 20 %, Литве — 23,5 %. Сумма пенсий, выплачиваемых из Фонда социальной защиты населения (ФСЗН), составляет около 10 % ВВП. Кроме того, пенсионный тариф играет не последнюю роль в ослаблении конкурентоспособности национальной экономики. Нельзя не согласиться с тем, что «пенсионная нагрузка» на фонд оплаты труда, а значит, на себестоимость и цену продукции белорусских товаропроизводителей, является критической с точки зрения ее конкурентоспособности на мировом рынке. Повышение пенсионного тарифа в корне противоречило бы выработанной Правительством стратегии в области бюджетно-налоговой политики, направленной на снижение налоговой нагрузки.

Финансовые возможности пенсионной системы сдерживаются также многочисленными внутренними проблемами и нерациональными расходами. Много споров возникает по поводу справедливости сложившейся системы перераспределения пенсионных средств. Однако на данном этапе это обусловлено, с одной стороны, обязанностью пенсионной системы обеспечивать минимальные гарантии, с другой — финансировать различные надбавки, повышения и другие выплаты нестрахового характера. Вместе с тем очевидно, что действующая пенсионная формула, по которой размеры пенсий при прошлых высоких заработках имеют относительно низкий коэффициент замещения (около 15–20 %), ограничивает возможности «зарабатывания» более высоких пенсий, а значит, снижает мотивацию к уплате страховых взносов.

Серьезной проблемой является возраст выхода на пенсию. Беларусь, как известно, входит в число трех государств, сохраняющих возрастные критерии выхода на пенсию: женщины — в 55 и мужчины — в 60 лет. А это, в свою очередь, предопределяет высокую численность пенсионеров. Более того, имеется широкий круг оснований для выхода работникам на пенсию раньше установленного законодательством возраста — на 5 и 10 лет. Большинство нанимателей, имеющих в своих организациях рабочие места с особыми условиями труда, дополнительной нагрузки по оплате льгот своим работникам практически не несут.

Сегодня в республике свыше 500 тысяч пенсионеров продолжают работать, то есть это составляет 20,4 % от общей численности получателей пенсий. Эта категория работников имеет доходы как минимум из двух источников. Расходы на финансирование пенсий работающим пенсионерам составляют почти 20 % средств пенсионного страхования. Изменение подходов к выплате пенсий работающим позволило бы сделать более существенными выплаты тем, кто уже не в состоянии трудиться и живет лишь на пенсию.

Одной из острых проблем в действующей пенсионной системе Республики Беларусь является отсутствие у нанимателей (в большинстве случаев это коммерческие организации и индивидуальные предприниматели) обязанностей по сохранности документов о трудовом стаже и зарплатке. В результате утраты указанных документов работнику причиняется ущерб, выражающийся в получении пенсии в меньшем размере, что является нарушением его конституционного права на пенсионное обеспечение. В соответствии с законодательством ответственность за полноту и достоверность

выдаваемых для назначения пенсии документов несет наниматель. В случае ликвидации юридического лица или иных причин прекращения его деятельности необходимые документы о стаже и заработке выдаются его правопреемником или соответствующим архивом. Кодексом Республики Беларусь об административных правонарушениях для должностных лиц предусмотрена административная ответственность за утрату или незаконное уничтожение документов постоянного или долгосрочного хранения. Кроме этого, нужно иметь в виду, что работник имеет право на защиту своих прав в суде в соответствии с положениями Гражданского кодекса Республики Беларусь.

В условиях ограниченности финансовых ресурсов в начале 1990-х гг. в стране была создана пенсионная система, которая представляет собой систему с установленными размерами страховых взносов и пенсий. Порядок исчисления размеров пенсий застрахованных лиц, в соответствии с которым работающие пенсионеры с индивидуальным коэффициентом заработка (далее — ИКЗ), равным 1,3 и выше, по существу «усреднял» пенсию. В результате высокооплачиваемые в прошлом работники при выходе на пенсию теряли до 80 % доходов.

В соответствии с применяемыми уравнительными принципами производится увеличение пенсий низкооплачиваемых в прошлом работников за счет пенсионных средств общей пенсионной системы. Все пенсионеры, у которых ИКЗ равен 0,4 и ниже, получают нестраховые доплаты до минимального размера пенсии из средств данной пенсионной системы. Таким образом, низкооплачиваемым работникам выгодно выходить на пенсию, т. к. ее размер превышает получаемую ими в прошлом заработную плату.

Уравнительность в пенсионном обеспечении, нестраховые выплаты низкооплачиваемым в прошлом работникам и обезличенность вносимых страховых взносов формируют у работников представление об их непричастности к функционированию пенсионной системы. По этой причине работники нередко соглашались на неофициальный размер заработной платы, поощряя тем самым уклонение нанимателей от уплаты страховых взносов.

Меры по социальной защите низкооплачиваемых в прошлом работников, безусловно, необходимы, но их применение не должно способствовать развитию уравнительности в пенсионном обеспечении граждан. Данная проблема может быть успешно решена введением накопительной пенсионной системы, которая в наи-

большей мере соответствует страховым принципам пенсионного обеспечения.

Первый шаг в этом направлении — введение системы персонализированного учета вносимых работниками и за них нанимателем страховых взносов. Следующий шаг — введение накопительного метода, в соответствии с которым размер пенсии каждого гражданина будет полностью зависеть от той суммы средств, которые накоплены на его индивидуальном лицевом счете.

Важнейшей *особенностью пенсионной системы* является то, что между финансированием пенсий посредством уплаты страховых взносов и выплатой пенсий застрахованным лицам при достижении ими пенсионного возраста имеется большой временной промежуток. В частности, его продолжительность у мужчин может достигать 44 лет при начале трудовой деятельности застрахованного лица в 16 лет. Это обстоятельство все более широко используется в мировой практике для осуществления пенсионных накоплений. Создание накопительных пенсионных счетов позволяет использовать данную особенность для капитализации пенсионных средств и их применения в качестве долгосрочных инвестиционных ресурсов. Использование таких финансовых средств в качестве инвестиционных ресурсов поможет ускорить рост пенсионных накоплений и размеров пенсий за счет получаемых инвестиционных доходов.

Особенностью *накопительной системы* является то, что поступающие страховые взносы не являются обезличенными и не направляются на текущие пенсионные выплаты, а накапливаются на индивидуальном лицевом счете каждого застрахованного лица. Однако использовать эти средства граждане смогут только в форме ежемесячных или единовременных пенсионных выплат при достижении пенсионного возраста или наступлении иного страхового случая. В течение всего накопительного периода эти средства используются государственными и (или) негосударственными пенсионными фондами в качестве инвестиционных ресурсов, а объемы этих средств прирастают не только за счет очередных поступлений страховых взносов, но и за счет инвестиционных доходов.

Переход на накопительные методы формирования пенсионных ресурсов требует тщательной разработки правовой базы, создания организационной структуры, обеспечивающей эффективное управление пенсионными активами. При этом особое внимание должно

быть обращено на обеспечение сохранности пенсионных средств, адекватности пенсионных выплат размеру страховых взносов, недопустимость использования пенсионных накоплений на цели, не связанные с увеличением пенсионных накоплений на индивидуальных лицевых счетах застрахованных граждан.

Организация пенсионной системы на основе метода накопления позволяет не только решать проблемы трудовой мотивации работников и дифференциации размеров пенсий, но и осуществлять нормальное пенсионное обеспечение в условиях сложившейся в стране неблагоприятной демографической ситуации. При накопительной системе пенсионного обеспечения размер пенсии не ставится в прямую зависимость от численности работающих граждан и пенсионеров.

Привлекательность такой системы состоит и в том, что создаваемые пенсионные фонды, в отличие от страховых компаний, функционируют как некоммерческие организации, поэтому основная часть полученного фондами инвестиционного дохода предназначена застрахованным гражданам, участникам фонда. Таким образом, даже при одинаковых размерах пенсий размер страховых взносов при накопительной системе будет ниже, чем при распределительной.

Введение на накопительных принципах дополнительного обязательного пенсионного страхования работников, занятых в особых условиях труда и отдельными видами профессиональной деятельности, должно предшествовать переводу на накопительные методы общеустановленной государственной пенсионной системы. Введение так называемой профессиональной пенсионной системы может быть использовано как своеобразная форма апробации накопительного компонента пенсионной системы в Беларуси.

Дополнительное обязательное профессиональное пенсионное страхование за счет страховых взносов нанимателей, уплачиваемых по дополнительному тарифу, который устанавливается дифференцированно в зависимости от продолжительности досрочного пенсионного периода и профессионального стажа застрахованного лица, должно стать важным элементом пенсионной системы страны, направленным на упорядочение источников финансирования пенсионного обеспечения работников, занятых в особых условиях труда, а также на повышение заинтересованности нанимателей в улучшении условий и безопасности труда в организациях.

Недостатки (риски) чисто накопительной системы пенсионирования. К недостаткам накопительных систем можно отнести их неспособность преодолеть собственными силами инфляцию больших размеров. Часто в этих системах издержки инфляции перекладываются на пенсионеров, так как накопительная система не предполагает компенсацию потерь пенсионеров. Возместить эти потери может только государство. Это еще раз подтверждает вывод о нецелесообразности перевода всей пенсионной системы на накопительные принципы и необходимости частичного сохранения распределительной системы.

На пути перехода на накопительные методы финансирования пенсий могут возникнуть серьезные препятствия, связанные с необходимостью в переходный период обеспечения текущих пенсионных выплат наряду с накоплением пенсионных средств. Поэтому речь можно вести о постепенном переходе от ныне действующей распределительной системы к накопительной. При этом переход к полностью накопительной системе в мировой практике осуществляется редко по причине возрастания рисков сохранности больших финансовых накоплений. Отчасти по этой причине в мире широко применяется смешанная распределительно-накопительная система, при которой в конечном итоге около половины поступлений страховых взносов направляется на текущие пенсионные выплаты, а половина — на реальное накопление.

На переходном этапе вместо распределительной часто применяется условно-накопительная система, при которой производится учет страховых взносов на индивидуальном лицевом счете каждого застрахованного лица, но денежные средства не капитализируются, а направляются на текущие пенсионные выплаты. Одновременно с введением условно-накопительной системы может быть начат переход на реальные накопления, в соответствии с которым часть страховых взносов направляется на эти накопления. В условно-накопительной системе, также как и в чисто накопительной, каждый работающий располагает индивидуальным счетом, на котором аккумулируется информация о суммах его пенсионных отчислений. Но в отличие от реальных накоплений эти взносы используются для выплаты пенсий в текущий момент и, таким образом, не идут на инвестирование. Капитал, который создается, — условный, и его размер на момент выхода на пенсию будет рассчитываться исходя из суммы пенсионного капитала и периода выплаты пенсии. Тесная увязка размера

пенсии с финансовым вкладом стимулирует «зарабатывание» пенсии (чем больше пенсионный капитал, тем больше пенсия) и отдаление фактического возраста обращения за ней. Освобождение системы от финансирования пенсионных льгот (включение в трудовой стаж так называемых кредитных периодов, когда не производилась уплата страховых взносов, — служба в армии, обучение в средних специальных и высших учебных заведениях и пр.), практическое отсутствие перераспределения становятся надежной предпосылкой для ее финансовой стабильности и привлекательности.

Государственные гарантии сохранности и доходности отчислений в условиях функционирования условно-накопительной пенсионной системы. Страховые взносы, израсходованные на выплату пенсий, не участвуют в инвестировании (как в чисто накопительной системе) и, соответственно, не приносят реального дохода. Страховые взносы, уплаченные, к примеру, в первые годы трудовой деятельности, могут утратить свою значимость через 35–40 лет, ко времени исчисления пенсии (особенно если имели место периоды с высокой инфляцией). Поэтому на суммы взносов начисляется условный доход, который обеспечивается путем ежегодного увеличения страховых взносов на индекс роста средней начисленной заработной платы/средней страховой заработной платы/фонда заработной платы/ВВП или индекс, учитывающий комбинацию этих показателей. К примеру, в Латвии прирост условного капитала увязан с приростом базы взносов на социальное страхование, в Швеции — с индексом заработной платы.

Для Республики Беларусь предпочтительным представляется применение индекса фонда заработной платы. Этот показатель, в отличие от индекса средней заработной платы, учитывает изменение численности занятых, рост производительности труда, уровень заработной платы, демографические факторы (снижение рождаемости, миграция населения трудоспособного возраста). Это позволяет избежать переоценки взносов относительно текущих финансовых возможностей пенсионной системы.

Что касается пенсионных выплат, то поддерживать их уровень позволяет механизм индексации. Так, механизм индексации пенсий, исходя из роста доходов работников, является наиболее благоприятным для пенсионеров, однако в условиях стабильной экономики это наиболее затратный подход для пенсионной системы. При индексации, исходя из роста потребительских цен, обе-

спечивается защита пенсий от инфляции, но их реальный рост не происходит. Такой механизм, как правило, обеспечивает значительную экономию средств. В Республике Беларусь в основу индексации пенсии положен рост заработной платы работников.

Оптимальным подходом представляется смешанный вариант индексации: комбинация двух индексов (роста заработной платы и потребительских цен) в равных долях. С одной стороны, он в определенной степени обеспечивает экономию средств (в сравнении с полной индексацией по росту заработной платы), с другой — не «замораживает» реальные пенсии во времени, а позволяет в некоторой мере учитывать экономический рост в их размерах.

Принцип обязательности уплаты страховых взносов необходим. Это характерно для всех общих (основных) пенсионных систем независимо от их моделей. Главный аргумент в пользу обязательности пенсионного страхования — это то, что молодые люди в силу недостаточности информации и легкомысленности своего возраста будут делать не оптимальный выбор с точки зрения своих потребностей. Принцип обязательности страховых взносов гарантирует, что в старости они не станут обузой для общества; оправданно это и для обеспечения страхования от событий, о которых невозможно знать заранее.

Условно-накопительная пенсионная система создает гибкие условия, позволяющие сочетать работу с получением пенсии, без принятия административных мер по снижению пенсионных выплат. Для тех пенсионеров, которые продолжают трудовую деятельность, предоставляется возможность выбора размера пенсии (частичной или полной) или вообще отказа от получения пенсии на период работы. Дело в том, что после прекращения трудовой деятельности пенсионером при перерасчете размеров его пенсии вычитаются выплаченные работнику суммы в виде пенсий и плюсятся накопленные на индивидуальном счете за время работы после выхода на пенсию суммы страховых взносов. Работающие пенсионеры, как правило, заинтересованы сохранить и увеличить объемы пенсионных накоплений с целью увеличения размеров пенсий в пожилом возрасте, поэтому им выгоднее получать неполный размер пенсии или вообще отказаться от ее получения в период трудовой деятельности в пенсионном возрасте.

Главное преимущество накопительной системы заключается в том, что она в большей степени, чем распределительная, соответствует принципу социальной справедливости. Данная система за-

медляет темпы ухудшения материального положения пенсионеров при неблагоприятной демографической и экономической ситуации и способствует улучшению материального положения пенсионеров более высокими темпами при экономическом росте, т. к. размер пенсий возрастает не только в связи с ростом заработной платы, но и за счет инвестиционных доходов.

Реформирование действующей пенсионной системы. Реформирование действующей пенсионной системы будет осуществляться постепенно, с учетом реальной ситуации в стране. В соответствии с Национальной стратегией устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2020 года приоритетной задачей совершенствования пенсионной системы является создание многоуровневой пенсионной системы, сочетающей программы обязательного и дополнительного (добровольного) пенсионного страхования, распределительных и накопительных механизмов финансирования.

Стратегической задачей является создание стабильно функционирующей пенсионной системы, отвечающей интересам разных поколений, и обеспечение более высокого уровня жизни в старости и при нетрудоспособности.

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 17 апреля 1997 г. № 349 утверждена Концепция (Программа) реформы системы пенсионного обеспечения в Республике Беларусь.

Основными целями пенсионной реформы являются:

- реализация гарантированного Конституцией Республики Беларусь права на пенсионное обеспечение в установленных законом случаях;
- обеспечение финансовой стабильности пенсионной системы;
- адаптация системы пенсионного обеспечения к изменяющимся экономическим условиям и обеспечение ее устойчивого развития на основе государственного и негосударственного (дополнительного) пенсионного страхования и бюджетного финансирования;
- повышение эффективности пенсионного обеспечения путем рационализации и оптимизации условий пенсионного обеспечения;
- приведение уровня пенсионного обеспечения в соответствие с объемом участия в финансировании пенсионной системы и величиной прожиточного минимума, а в перспективе — минимального потребительского бюджета пенсионера;
- совершенствование системы управления пенсионным обеспечением.

В Концепции очерчена структура будущей трехуровневой пенсионной системы:

- Первый уровень — социальная пенсия.
- Второй уровень — трудовая (страховая) пенсия, финансируемая за счет текущих взносов.
- Третий уровень — дополнительная, негосударственная пенсия.

Основой пенсионной системы становится второй уровень с сохранением нынешнего (распределительного) режима финансирования, основанного на принципе солидарности поколений.

Новая пенсионная система состоит из следующих частей:

- государственного пенсионного страхования – системы мероприятий по обязательному страхованию социальных рисков (старости, инвалидности, смерти кормильца), сбору обязательных страховых взносов от работодателей и работников, финансированию за счет этих средств выплаты страховых пенсий;

- государственного пенсионного обеспечения — системы мероприятий по выплате пенсий, которые не обусловлены предварительной уплатой взносов на государственное страхование и осуществляются за счет средств республиканского бюджета на социальные пенсии;

- дополнительного пенсионного страхования и дополнительного пенсионного обеспечения — системы мероприятий, обеспечивающих дополнение к государственному пенсионному страхованию или государственному пенсионному обеспечению — предоставление дополнительных пенсионных выплат за счет иных (альтернативных) источников.

В этой системе предусматривается следующее:

- все, работающие по найму, подлежат обязательному государственному социальному страхованию, включая пенсионное;

- пенсионное страхование из государственного фонда социального страхования гарантируется при условии уплаты страховых взносов;

- взносы по социальному страхованию аккумулируются в страховом фонде, финансирующем выплату трудовых (страховых) пенсий;

- размер трудовой (страховой) пенсии увязывается с продолжительностью страхования и заработка, с которого уплачиваются страховые взносы;

- средства пенсионного страхования используются исключительно на выплаты пенсий застрахованным по правилам и нормам

законодательства о пенсионном страховании. Временно свободные средства капитализируются и инвестируются в установленном порядке;

- расходы на пенсионное обеспечение лиц, не участвовавших в системе пенсионного страхования (в период службы в армии, учебы, ухода за детьми и т. п.), покрываются за счет бюджетных средств;

- страхование от трудового увечья и профессионального заболевания финансируется за счет нанимателя при возможном участии государства.

Преобразование пенсионной системы предполагается осуществить по двум основным направлениям:

- 1) упорядочение (оптимизация) системы, элементов и принципов, направленное главным образом на укрепление страховых основ;

- 2) формирование многоуровневой системы, включающей разные формы пенсионного обеспечения.

Введение в государственную пенсионную систему социальных пенсий и осуществление страховыми организациями дополнительного пенсионного страхования обусловили необходимость развития в стране трехуровневой системы пенсионного обеспечения, что является практически мировым стандартом.

Милькаманович Владимир Константинович

СОЦИАЛЬНАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Учебно-методический комплекс

Редактор Г. А. Пушня

Компьютерная верстка М. Р. Бобко

Подписано в печать 17.12.2009. Формат 60х84/16. Бумага офсетная.

Печать офсетная. Усл. печ. л. 19,07. Уч.-изд. л. 16,35.

Тираж 500 экз. Заказ

Отпечатано с оригинала-макета заказчика

в Республиканском унитарном предприятии

«Издательский центр Белорусского государственного университета».

ЛП 02233/0056850 от 30.04.2004, Минск, ул. Красноармейская, 6.

Учреждение образования «Государственный институт управления
и социальных технологий БГУ».

ЛИ № 02330/0494050 от 03.02.2009. Ул. Обойная, 7, 220004, Минск.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ БГУ

предлагает следующие издания:

Бригадин, П. И. История Беларуси в контексте европейской истории : курс лекций / П. И. Бригадин. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 336 с. : ил., карт.

Цена: 16 000 руб.

Бригадин, П. И. Минские губернаторы: история власти / П. И. Бригадин, А. М. Лукашевич. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2009. – 320 с.

Цена: 53 970 руб.

Бригадин, П. И. Мятежный корпус: из истории Александровского Брестского кадетского корпуса (1842–1863) / П. И. Бригадин, А. М. Лукашевич. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 183 с.

Цена: 11 100 руб.

Искусство и философия : материалы Международной научной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения Ж.-П. Сартра и Э. Левинаса (Минск, октябрь 2005 г.) / редкол.: П. И. Бригадин [и др.]. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 301 с.

Цена: 23 780 руб.

Воробьева, И. В. Культурология : учеб.-метод. пособие / И. В. Воробьева. – 2-е изд., испр. и доп. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2006. – 191 с.

Цена: 9 170 руб.

Духан, И. Теория искусств: Категория времени в изобразительном искусстве и архитектуре: учеб. пособие / Игорь Духан; предисл. Дж. Бараш. – Минск : БГУ, 2005. – 104 с.: ил. (*Гриф Министерства образования Республики Беларусь*)

Цена: 9 340 руб.

Круглова, Г. А. Христианская глобалистика: генезис и основные концепции : учеб. пособие / Г. А. Круглова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 127 с.

Цена: 4 840 руб.

Мах, И. И. Административно-правовое регулирование в отраслях и сферах : учеб. пособие / И. И. Мах. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2008. – 165 с.

Цена: 9 590 руб.

Мах, И. И. Административное право Республики Беларусь: курс лекций / И. И. Мах. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2006. – 543 с.

Цена: 15 240 руб.

Дикун, И. П. Административный процесс : учеб. пособие / И. П. Дикун. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2009. – 210 с.

Цена: 9 820 руб.

Белорусская юридическая энциклопедия. В 4 т. Т. 1. А–К / редкол.: С. А. Балашенко [и др.]. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 600 с.

Цена: 24 180 руб.

Белорусская юридическая энциклопедия. В 4 т. Т. 2. К–О / редкол.: С. А. Балашенко [и др.]. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2009. – 584 с.

Цена: 33 060 руб.

Договоры, претензии, исковые заявления, жалобы в хозяйственном судопроизводстве: теория, практика, образцы документов / авт.-сост. В. С. Каменков [и др.]; под общ. ред. В. С. Каменкова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2005. – 316 с.

Цена: 7 160 руб.

Ильинский, Н. И. История политических и правовых учений : курс лекций / Н. И. Ильинский. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2009. – 368 с.

Цена: 17 740 руб.

Дикун, И. П. Криминология : учеб. пособие / И. П. Дикун. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2008. – 312 с.

Цена: 15 190 руб.

Научно-практический комментарий к Закону Республики Беларусь «О личных подсобных хозяйствах граждан» / И. П. Кузьмич [и др.]; науч. ред. И. П. Кузьмич. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2009. – 264 с.

Цена: 22 720 руб.

Основы юридической практики / С. А. Балашенко [и др.]; под общ. ред. С. А. Балашенко. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2009. – 400 с.

Цена: 18 060 руб.

Подготовка к рассмотрению дел в хозяйственном суде: практ. пособие / А. А. Гарновский [и др.]; под общ. ред. В. С. Каменкова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 287 с.

Цена: 19 720 руб.

Постатейный научно-практический комментарий к Закону Республики Беларусь «Об экономической несостоятельности (банкротстве)» / В. С. Каменков [и др.]; под общ. ред. В. С. Каменкова, Л. Г. Козыревой. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2005. – 496 с.

Цена: 19 350 руб.

Василевич, Г. А. Правотворческий процесс : учеб. пособие / Г. А. Василевич, С. М. Сивец. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2008. – 303 с.

Цена: 13 780 руб.

Сборник нормативных правовых актов Республики Беларусь об экономической несостоятельности (банкротстве) / авт.-сост. В. С. Каменков, В. В. Жандаров, Ю. К. Грушецкий; идея и общ. ред. В. С. Каменкова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2005. – 360 с.

Цена: 15 580 руб.

Беспалый, В. О. Социология права : учеб.-метод. комплекс / В. О. Беспалый. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2009. – 175 с.

Цена: 10 430 руб.

Судебная практика по уголовным делам: вопросы уголов. и уголов.-процессуал. права : сб. действующих постановлений Пленума Верхов. Суда Респ. Беларусь, обзоров судеб. практики, постановлений и определений кассац. и надзор. судеб. инстанций за 1999–2004 гг. / сост. Н. А. Бабий; отв. ред. В. О. Сукало. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2005. – 736 с.

Цена: 19 540 руб.

Шостак, М. А. Уголовный процесс: учеб. пособие / М. А. Шостак. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2008. – 165 с. – 630 с. (*Гриф Министерства образования Республики Беларусь*)

Цена: 25 660 руб.

Пилипенко, А. А. Финансовое право: библиографический указатель / А. А. Пилипенко. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2008. – 294 с.

Цена: 21 460 руб.

Каменков, В. С. Финансовое право Республики Беларусь : учеб.-метод. комплекс / В. С. Каменков, А. В. Каменков. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2008. – 439 с.

Цена: 19 820 руб.

Экономическое правосудие в государствах – участниках Содружества Независимых Государств (судоустройственный и процессуальный аспекты) / Ю. К. Грушецкий [и др.]; под общ. ред. В. С. Каменкова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 159 с.

Цена: 20 960 руб.

Антикризисное управление предприятием : учеб.-метод. комплекс / сост. Э. В. Крум. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2009. – 284 с.

Цена: 14 410 руб.

Воробьева, Е. М. Интеллектуальный ресурс современной экономики и проблемы его воспроизводства в Республике Беларусь : учеб. пособие / Е. М. Воробьева. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2008. – 208 с.

Цена: 13 630 руб.

Телевич, Н. М. История экономической мысли : учеб. пособие / Н. М. Телевич. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2006. – 224 с.

Цена: 6 020 руб.

Борздова, Т. В. Математические основы оценочной деятельности : практикум / Т. В. Борздова, А. Э. Титовицкая. — Минск : ГИУСТ БГУ, 2008. – 100 с.

Цена: 9 510 руб.

Вайнштейн, Л. А. Психология управления и основы лидерства : учеб. пособие / Л. А. Вайнштейн. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2008. – 279 с.

Цена: 11 760 руб.

Лобан, Л. А. Реструктуризация предприятий : учеб.-метод. комплекс / Л. А. Лобан. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 183 с.

Цена: 10 020 руб.

Теория управления. Менеджмент. В 3 ч. Ч. 1. Общая теория систем – основа теории управления : хрестоматия / сост. Л. П. Черныш, Л. П. Ермалович, Е. М. Бурак. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 223 с.

Цена: 7 429 руб.

Теория управления. Менеджмент. В 3 ч. Ч. 2. Классики менеджмента : хрестоматия / сост. Л. П. Черныш, Л. П. Ермалович, Е. М. Бурак. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 375 с.

Цена: 13 090 руб.

Теория управления. Менеджмент. В 3 ч. Ч. 3. Японский менеджмент : хрестоматия / сост. Л. П. Черныш, Л. П. Ермалович, Е. М. Бурак. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 271 с.

Цена: 8 805 руб.

Якимахо, А. П. Управление объектами интеллектуальной собственности : учеб. пособие / А. П. Якимахо, Г. И. Олехнович. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2006. – 335 с.

Цена: 9 550 руб.

Черныш, Л. П. Экономическая политика : учеб.-метод. комплекс / Л. П. Черныш. — Минск : ГИУСТ БГУ, 2006. – 367 с.

Цена: 8 450 руб.

Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студентов специальности «Социальная работа» / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.

Цена: 5 200 руб.

ВЫЙДУТ В СВЕТ В ЯНВАРЕ 2010 ГОДА

Научно-практический комментарий к Уголовному кодексу Республики Беларусь / Н. Ф. Ахраменка, Н. А. Бабий, А. В. Барков [и др.] ; под общ. ред. А. В. Баркова. – 2-е изд., изм. и доп. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2010. – 1100 с.

В книге дается научное толкование норм Уголовного кодекса Республики Беларусь. Авторы являются членами авторитетного научного коллектива кафедры уголовного права Белорусского государственного университета. Вниманию читателя предлагается основанный на новейших достижениях науки уголовного права и сложившейся за пять лет судебной практики системный анализ норм Кодекса. Книга содержит, помимо констатации сложившихся подходов к пониманию норм и институтов уголовного права, полемические замечания и авторские позиции. Нормы уголовного закона

комментируются с учетом изменений и дополнений, внесенных в УК по состоянию на 1 ноября 2009 г.

Рекомендуется в качестве учебного и практического пособия для судей, работников правоохранительных органов, адвокатов, студентов, аспирантов и преподавателей юридических учебных заведений.

Белорусское законодательство о суде, прокуратуре, адвокатуре и органах охраны общественного порядка (1919–1991) / сост. В. Н. Бибило. — Минск : ГИУСТ БГУ, 2010. — 387 с.

В книге помещены основные нормативные правовые акты о статусе суда, органов юстиции, прокуратуры, адвокатуры и органов охраны общественного порядка за период с января 1919 г. по сентябрь 1991 г., принятые белорусскими органами государственной власти. Такой сборник составлен впервые. Тексты нормативных актов взяты из опубликованных официальных изданий и размещены в хронологическом порядке по соответствующим разделам. Каждый нормативный акт имеет название и содержит наименование органа, издавшего его, дату издания (или опубликования) и ссылку на официальный источник, из которого взят текст. Все нормативные акты приведены в их первоначальной редакции.

Для студентов, аспирантов и преподавателей юридических учебных заведений, сотрудников правоохранительных органов, юристов-практиков.

Научно-практический комментарий к Кодексу Республики Беларусь о браке и семье / С. М. Ананич [и др.] ; под. ред. В. Г. Тихини, В. Г. Голованова, С. М. Ананич. — Минск : ГИУСТ БГУ, 2010. — 680 с.

В издании дается научное толкование норм Кодекса Республики Беларусь о браке и семье. Разъясняются и другие нормативные правовые акты, связанные с регулированием законодательства о браке и семье. Нормативные правовые акты Республики Беларусь приводятся по состоянию на 1 ноября 2009 года.

Для практических работников судов, адвокатуры, прокуратуры, местных исполнительных и распорядительных органов, а также в качестве учебного и практического пособия для студентов, аспирантов и преподавателей юридических учебных заведений.

СКОРО ВЫЙДУТ В СВЕТ

Бабий, Н. А. Уголовное право Республики Беларусь. Общая часть: учебник / Н. А. Бабий. — Минск : ГИУСТ БГУ, 2010. — 700 с.

Учебник подготовлен в соответствии с действующим уголовным законодательством Республики Беларусь. В нем в развернутом виде изложены все основные понятия Общей части уголовного права. Излагаемые темы и объем понятийного аппарата соответствуют требованиям учебной программы для высших учебных заведений по специальностям Г.09.01.00 – «Правоведение», Г.09.05.00 – «Экономическое право».

Предназначен для студентов, аспирантов, преподавателей юридических вузов и факультетов, а также для практических работников.

Гулякевич, Д. Л. Уголовное право. Общая часть : учеб.-метод. пособие / Д. Л. Гулякевич, Э. А. Саркисова. — Минск : ГИУСТ БГУ, 2010. — 352 с. (Гриф Министерства образования Республики Беларусь)

В учебно-методическом пособии, подготовленном в соответствии с программой курса «Уголовное право», представлено краткое содержание основных вопросов Общей части уголовного права; содержатся вопросы и задания для самоконтроля знаний, в том числе тесты и задачи по каждому вопросу. В пособии также приводятся тексты соответствующих статей Уголовного кодекса Республики Беларусь.

Судебная практика по уголовным делам: вопросы уголовного и уголовно-процессуального права: сборник действующих постановлений Пленума Верховного Суда Республики Беларусь, обзоров судебной практики, постановлений и определений кассационных и надзорных судебных инстанций за 2005–2008 гг. / сост. Н. А. Бабий. — Минск : ГИУСТ БГУ, 2010. — 522 с.

Данное издание является продолжением ранее опубликованных систематизированных сборников материалов судебной практики Республики Беларусь за 1994–1998 и 1999–2004 гг. В настоящем сборнике помещены действующие руководящие разъяснения Пленума Верховного Суда Республики Беларусь по состоянию на 1 марта 2009 г., постановления Пленума и Президиума, определения судебной коллегии по уголовным делам Верховного Суда Республики Беларусь, постановления президиумов областных и Минского городского судов по уголовным делам за 2005–2008 гг., а также обзоры судебной практики.

Сборник предназначен для судей, прокуроров, следователей, адвокатов, научных работников, педагогов и студентов юридических вузов.

Ильинский, Н.И. История государства и права зарубежных стран: учеб. пособие / Н.И. Ильинский, Г.К. Аргучинцев. — Минск : ГИУСТ БГУ, 2010. — 610 с.

✉ **Оформление заказа (оплата по безналичному расчету):**

Ул. Ботаническая, 15, 220037, г. Минск.

Тел.: (017) 245 32 41; 233 98 46; 210 01 10; (029) 379 99 37; 635 17 22.

Факс: 285 31 77. E-mail: bobkova@e-edu.by; ic@e-edu.by

📖 **Книжный киоск:** Ул. Обойная, 7 (к. 101), 220004, г. Минск. Тел. (017) 306 00 34.
Время работы: 10.00–13.30; 14.00–16.00