**Соціальна робота**

**Соціальна робота з людьми похилого віку**

**ЗМІСТ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ВСТУП........................................................................................................... | | 3 |
| РОЗДІЛ I | ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ …………………………..……………… | 6 |
| 1.1. | Проблеми людей похилого віку…………………………….. | 6 |
| 1.1.1 | Зміна соціального статусу літньої людини і зв'язані з цим психологічні проблеми…………………………………… | 9 |
| 1.1.2 | Психологічний розвиток та особливості особистості в похилому віці. ……………………………………………… | 14 |
| 1.2 | Основні задачі і професійні обов'язки соціального працівника…………………………………………………… | 19 |
| 1.2.1. | Етичні принципи спілкування соціального працівника….. | 23 |
| 1.3 | Поняття і сутність соціальної геронтології ……………….. | 26 |
| 1.4 | Законодавчі основи забезпечення життєдіяльності осіб похилого віку ………………………..…………………….. | 31 |
| РОЗДІЛ II | ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ФОРМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ……………..….. | 35 |
| 2.1. | Обов'язкове державне пенсійне соціальне страхування | 39 |
| 2.2. | Надання медико-соціальної допомоги особам похилого віку………………………………………………………….. | 49 |
| 2.3. | Утримання та обслуговування непрацездатних людей похилого віку………………………………………………… | 63 |
| ВИСНОВКИ................................................................................................….. | | 67 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……………………………….….. | | 69 |

**ВСТУП**

Проблеми соціальної роботи зі старими людьми в даний час знаходяться в центрі уваги багатьох соціальних інститутів, соціальних і дослідницьких програм, спрямованих на забезпечення прийнятного рівня життя літніх і старих людей.

До кінця XX століття демографічна ситуація в корені змінилася: вікова структура населення більшості країн світу, у тому числі і в Украіні, нагадує вже не стільки піраміду, скільки колону, що характеризується щодо малою чисельністю дітей, осіб молодого і зрілого віку і щодо високою чисельністю осіб старших вікових груп.

Для соціальної ж сфери головним є той факт, що серед старих людей виявляється тенденція до повільно наростаючих хворобливих патологічних процесів, що приймають хронічний плин і важко піддається лікуванню. Якщо взяти до уваги, що з 40 - 45 років уже відбувається "нагромадження" хвороб, то зрозуміло, чому так багато серед дуже старих людей осіб, не здатних навіть до самого елементарного самообслуговування.

Обтяжуючими виявилися і результати клініко-епідеміологічних досліджень психічного здоров'я населення похилого віку. Зі збільшенням тривалості життя неухильно росте число психічно хворих старих людей, переважно з деменціями. Відповідно до демографічних пророкувань, число старих людей збільшиться на початку XXІ століття на 50%. Деякі геронтопсихіатри висловлюють думку, що поширення деменцій і інших інтелектуальних порушень у старих людей в останні роки здобуває характер епідемії, "мовчазна епідемія", а сенильная деменція в близькому майбутньому стане "хворобою століття".

Зі збільшенням тривалості життя зростає і період безпомічного існування старих людей з різними хронічними і психічними захворюваннями. Прогресування наслідків хронічних патологічних процесів не завжди можна зупинити за допомогою новітніх фармакологічних засобів.

Старі люди з порушеннями повсякденних функцій складають приблизно 60% усіх тих, хто повідомляє про наявність у них яких-небудь захворювань; лише половина з них у стані виділити якесь основне захворювання. За даними польських геронтологів, тільки 24% осіб старше 60 років, що живуть у комфортних умовах, можна вважати практично здоровими; серед живучих у незадовільних умовах таких старих людей всего 9%; 10% осіб старше 60 років не можуть самостійно виходити з будинку і мають потребу в постійній сімейній, соціальній або медичній допомозі. [ 50 ].

Усе більш важливе місце в діяльності соціальних служб буде займати навчання професіоналів, що виконують програми надання соціальних послуг населенню старших віків. Саме в цьому, по переконанню В.Д. Шапіро, і складається щире розуміння і додаток соціальної геронтології. Усе ще існуюче серед соціальних працівників думка, що їм досить життєвого досвіду і власних спостережень за своїми бабусями і дідусями, не витримує критики. Для соціальних працівників необхідно, насамперед , розуміння безлічі психологічних, психопатологічних, соматичних, морально-етичних проблем, що виникають у літніх і старих людей, оволодіння методиками і технологіями, що допомогли б і полегшили їхнього зусилля в повсякденній практичній роботі і спілкуванні з групами населення, що обслуговуються. У зв'язку з цим першорядною задачею на даному етапі є розширення підготовки фахівців із практичної соціальної роботи зі старими людьми.

Загальновідомо, що переплетення соматичних, психогенних, психологічних проблем старих людей до такого ступеня складно, що часто без достатніх знань і спеціальної підготовки неможливо установити, що визначає стан старої людини - соматичне або психічне захворювання. Від соціальних працівників потрібна оперативність, ініціативність, кмітливість у рішенні конкретних потреб кожної старої людини [ 50 ].

Для рішення першочергових задач обслуговування старих людей необхідна наявність кваліфікованих кадрів соціальних працівників на всіх рівнях.

**Об’єкт дослідження** - особистість похилого віку.

**Предмет дослідження** - особливості соціального роботи з людьми похилого віку.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати закономірності роботи соціальних працівників з людьми похилого віку.

**Завдання дослідження:**

1. Теоретично проаналізувати вітчизняні та зарубіжні теоретичні джерела та обґрунтувати соціальної роботи з людьми похилого віку.
2. Обґрунтувати вплив соціальних працівників на людей похилого віку
3. Визначити основні задачі і професійні обов'язки соціального працівника.
4. Визначити основні етичні принципи спілкування соціального працівника.
5. Визначити законодавчі основи забезпечення життєдіяльності осіб похилого віку.

**РОЗДІЛ 1.**

**ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ**

**1.1. Проблеми людей похилого віку.**

Серед пенсіонерів по праці абсолютна більшість належить пенсіонерам по старості. Є підстави думати, що найближчим часом цей показник буде коливатися в межах 88 - 90% від числа пенсіонерів по праці. Однак 75% пенсіонерів усе ще залишаються поза сферою уваги і діяльності системи соціального захисту. Саме ці літні і старі люди не можуть реалізувати свої потреби в необхідній їм соціальної допомоги, а те, що вона їм необхідна, особливо при рішенні матеріальних і побутових труднощів, не викликає сумніву.

Насторожує і той факт, що близько 50% старих людей після першого контакту з чиновниками системи соціального захисту не приходять за соціальною допомогою повторно, тому що в них залишається почуття гіркоти й образи. Одна з причин виникнення цього почуття - недостатнє фінансування державою соціальних послуг і пільг для малозабезпечених шарів населення, відсутність строгого обліку адресности соціального захисту.

Диференційований підхід повинний стати обов'язковим у соціальній роботі з людьми похилого віку.

У багатьох країнах частка осіб, що досягли пенсійного віку, уже наблизилася до максимальної величини й у майбутньому, ймовірно, не зросте. Однак серед населення літнього і старого віку можуть з'явитися важливі зміни, наприклад, збільшиться число "старих", а число людей, що постаріли не більше ніж на 15 років після виходу на пенсію, знизиться. Важливо не змішувати всі групи людей третього віку, а розглядати кожну групу з розривом не більш 5-10 років. Тільки тоді можна одержати об'єктивні дані, що характеризують старих людей, що можуть бути використані для планування соціальної роботи в майбутньому. Звичайно, неможливо прогнозувати, чи буде сучасне населення у віці 60 - 64 роки через 10 років схоже на групу, який зараз 70 - 74 роки. Однак можна з великою часткою ймовірності припускати, що неминуче зміни в організації соціальних служб і економіці, що вплинуть на зазначені вікові групи. Насамперед , ці дані мають особливе значення для планування діяльності місцевих соціальних служб і установ охорони здоров'я. Так, наприклад, якщо стан здоров'я або фінансово-економічної забезпеченості в якій-небудь вибірці обстежених старих людей виявиться гірше, ніж в інших районах, то можна виділити конкретну проблему, що має безпосереднє значення саме для цієї місцевості, району, регіону. Можуть бути виявлені й інші, не настільки невідкладні, проблеми: демографічні прогнози в більшості районів указують на те, що в наступному десятилітті підвищиться частка старих людей у групі літніх. Таким чином, якщо сучасна система соціальної допомоги і соціальної роботи відповідає потребам цього контингенту і таких служб зараз використовуються в максимальному ступені, то в майбутньому дана система може виявитися неадекватної новим умовам, якщо не запланувати її розширення відповідно до росту чисельності даної групи населення. Ще більш гострою є необхідність одержання об'єктивних зведень для розумного планування і безпосередньої реорганізації соціальних служб у районах або регіонах, де зараз потреби швидко зростаючого числа старих, залежних від цих служб, не задовольняються повною мірою . Для прогнозування потреб у соціальному обслуговуванні і соціальній роботі важливе визначення динаміки росту чисельності осіб у віці від 75 років і більше, а не загальне збільшення числа людей у віці від 55 років. За даними Інститута соціальних досліджень, 80% осіб старше 75 років - це найбільш безпомічні люди і вони мають потребу в повній сторонній допомозі й обслуговуванні.

Особливої уваги заслуговує і відношення самих людей похилого віку до тієї допомоги, що їм роблять соціальні працівники. Практичний досвід і спеціально проведені дослідження дозволяють виділити кілька визначених стереотипів поведінки з людьми похилого віку.

1. часом неприйняття соціальної допомоги в повсякденному житті, недовіра до соціальних працівників, небажання бути залежними від чужих, сторонніх людей;

2. явні установки, прагнення і наполегливість в одержанні як можна більшої кількості послуг з боку соціальних працівників, покладання на останні виконання всіх побутових обов'язків;

3. незадоволеність своїми життєвими умовами переноситься на соціальних працівників, з якими безпосередньо спілкуються;

4. соціальний працівник сприймається як об'єкт, що несе відповідальність за їхнє фізичне здоров'я, моральний і матеріальний стан.

Звичайно, основна частина населення людей похилого віку, з якими ведеться соціальна робота в різних її видах, виражає свою щиру вдячність соціальним працівникам, високо оцінює їхню працю. Однак нерідким є і недоброзичливе відношення, підозрілість, невдоволення послугами, що робляться. Іноді прибігають і до надмірного замилування, вихвалянню соціального працівника, щоб домогтися від нього тих послуг, що не входять у перелік виконуваних обов'язків.

Робота зі старими людьми у всіх країнах вважається однієї з найважчих у всіх відносинах: велике розчарування осіб, що забезпечують обхід за ними; щоб його уникнути, необхідна висока професійна підготовка, розуміння і знання психологічних особливостей людей похилого віку.

Соціальним працівникам потрібно із самого початку готуватися до того, що в їхній роботі подяк буде значно менше, ніж підозрілості, необґрунтованих обвинувачень, а нерідко і незаслужених образ. Соціальні працівники повинні бути підготовлені до того, щоб бути терплячими й турботливими до будь-якому, навіть дуже примхливій і докучливих людей похилого віку.

Не можна сприймати стару людину ізольовану, поза його життєвим шляхом. Навпроти, те, що він являє собою зараз, є відображення багатоаспектного і багатошарового становлення особистості. Біографія кожної старої людини являє собою відображення вдалої або невдалої долі, можливо, розламаної або порушеного життя.

Саме головне - кожна стара людина є особистість і як особистість має найбільше значення. Особистість - серцевина людського буття, його почуттів, переживань і дій. Особистість визначає і поведінка людини в процесі старіння. Кожна людина унікальна у своєму "Я" і ніяк не може бути підмінений іншою людиною, і в такому виді іншої людини не існує.

Самоцінність людини повинна бути збережена цілком, вона повинна бути неподільної, "індивідус" по-латинському значить "неподільний".

Людина вступає в контакти з навколишніми його людьми, створює з ними тривалі або короткочасні зв'язки, підтримує їхній або відкидає; у ході цих контактів виникає приязнь або ворожість, довіра або недовіра.

На третьому етапі, тобто в старості, у людини з'являється шанс, якщо він правильно переборює цей віковий поріг, знову придбати загублену гармонію, причому на більш високому рівні.

Це коротке введення в суть положень психоаналізу, зв'язаних з питанням психічного старіння індивідуума, дозволяє скласти уявлення про всю складність і психологічні трудності діяльності соціальних працівників

**1.1.1. Зміна соціального статусу літньої людини і зв'язані з цим психологічні проблеми**

Зміна соціального статусу людини в старості, викликане, насамперед , припиненням або обмеженням трудової діяльності, трансформацією ціннісних орієнтирів, самого способу життя і спілкування, а також виникненням різних утруднень як у соціально - побутовий, так і в психологічній адаптації до нових умов, диктує необхідність вироблення і реалізації специфічних підходів, форм і методів соціальної роботи з людьми похилого віку. Важливість повсякденної уваги до рішення соціальних проблем цієї категорії громадян зростає й у зв'язку зі збільшенням питомої ваги людей похилого віку в структурі населення України, що спостерігається в останнє десятиліття не тільки в нашій країні, але і в усім світі.

Тенденція росту чисельності людей похилого віку вимагає корінної зміни соціальної політики у відношенні цієї, найбільше соціально незахищеної категорії суспільства, особливо зараз, в умовах переходу до ринкової економіки.

В організації соціальної роботи з людьми похилого віку необхідно враховувати всю специфіку їхнього соціального статусу не тільки в цілому, але і кожної людини окремо , їхнього нестатку, потреби, біологічні і соціальні можливості, визначені регіональні й інші особливості життєдіяльності.

Слід зазначити, що до проблеми старості і її визначення, вчені і практики підходили і підходять з різних точок зору біологічної, фізіологічної, психологічної, функціональної, хронологічної, соціологічної й ін. А звідси і специфіка рішення проблем суспільного і соціального стану, ролі і місця в родині, в організації соціального забезпечення й обслуговування, соціальної реабілітації, соціального піклування над людьми похилого віку і т.д..

Процес старіння окремих груп населення й індивідів відбувається далеко неоднаково.

Таким чином, характеризуючи категорію людей похилого віку як соціальну або вірніше, як соціально-демографічну, необхідно приймати в увагу вікові особливості усередині самої групи людей.

Відповідно до класифікації Всесвітньої організації Охорони здоров'я до літнього віку відноситься населення у віці від 60 до 74 років, від 75 до 89 років - до старого, а 90 років і більше - до довгожителів.

Як відомо, на практиці людьми похилого віку звичайно вважають людей, що вийшли на пенсію. Однак, це мірило не може бути універсальним, тому що пенсійний вік у різних країнах різний. Разом з тим, жінки, як правило, ідуть на пенсію раніш чоловіків. Так, у нашій країні, вони мають право одержувати пенсію по старості з 55 років, тоді як чоловіка - з 60 років. Проте , у переважній більшості країн світу до людям похилого віку відносять громадян у віці 60 років і більше.

Для соціального працівника надзвичайно важливе значення має також цілий ряд факторів соціального і психологічного характеру, зв'язаних з образом і рівнем життя людей похилого віку, положенням у родині, можливістю і бажанням трудитися, станом здоров'я, соціально-побутовими умовами й ін.

Літні - це дуже різні люди. Серед них є здорові і хворі; проживаючі в родинах і самотні; задоволені відходом на пенсію і життям і нещасливі, зневірені в житті; малоактивні домосіди і життєрадісні, оптимістично набудовані люди, що займаються спортом, що ведуть активний спосіб життя і т.д.

Тому для того, щоб успішно працювати з людьми похилого віку, соціальному працівникові потрібно знати їхнє соціально-економічне положення, особливості характеру, матеріальні і духовні потреби, стан здоров'я, бути добре обізнаним про досягнення науки і практики в цьому напрямку. Зміна соціального статусу людини в старості, як показує практика, насамперед , негативно позначається на його моральному і матеріальному становищі, негативно впливає на психічний стан, знижує його опірність до захворювань і адаптацію до змін навколишнього середовища.

З переходом у категорію людей похилого віку, пенсіонерів, найчастіше докорінно змінюються не тільки взаємини людини і суспільства, але і такі ціннісні орієнтири, як сенс життя, щастя, добро і зло й ін. Міняється і сам спосіб життя, розпорядок дня, коло спілкування.

З віком змінюється ціннісна ієрархія самооцінки. Люди похилого віку приділяють менше увагу своєї зовнішності, зате більше - внутрішньому і фізичному станові. Міняється тимчасова перспектива людей похилого віку.

Відхід у минуле типовий лише для глибоких старих, інші більше думають і говорять про майбутнє. У свідомості літньої людини найближче майбутнє починає переважати над віддаленим, коротше стають життєві особисті перспективи. Ближче до старості час здається більш скороминучим, але менш заповненим різними подіями. При цьому, люди, що активно беруть участь у житті, приділяють більше увагу майбутньому, а минулому. Перші, тому, більш оптимістичні і більше вірять у майбутнє.

Передбачення старості в уяві часто буває хворобливіше, ніж реальність. Так, В.В.Вересаєв, у юності дуже боявся постаріти, на схилі років писав, що страх цей був даремний, а природна мудрість компенсувала неминучі втрати. З віком з'являється думка про підвищення цінності життя [ 3 ].

Але вік усе-таки є вік. Старість приносить із собою і зміна звичних життєвих стандартів, і хвороби, і важкі щиросердечні переживання. Люди похилого віку виявляються на узбіччі життя. Мова йде не тільки і не стільки про матеріальних труднощів (хоча і вони відіграють істотну роль), скільки про труднощів психологічного характеру. Відхід на пенсію, утрата близьких і друзів, хвороби, звуження кола спілкування і сфер діяльності - усе це веде до збідніння життя, відходові з неї позитивних емоцій, почуттю самітності і непотрібності. Ситуація, однак, така, що з ростом тривалості життя і зниженням народжуваності значну частину населення складають люди літнього віку і, отже, є необхідність спеціальної організації допомоги літній людині.

Необхідно враховувати особливості, що визначаються, принаймні , двома характерними рисами стилю життя людей похилого віку.

Як правило, життя літньої людини не багата різноманітними подіями. Однак ці події заповнюють собою всі його індивідуальний простір і час. Так, прихід лікаря - це подія, що може заповнити весь день. Похід у магазин теж подія, до якого передує ретельна підготовка. Іншими словами, відбувається гіпертрофірованість, "розтягування" подій. Подія, що сприймається молодими як незначний епізод, для старої людини стає справою цілого дня. Крім "розтягнутості" подій заповнювання життя може здійснюватися шляхом гіпертрофинности якої-небудь однієї сфери життєдіяльності [ 7 ].

Друга особливість визначається своєрідним відчуттям часу. По-перше, літня людина завжди живе в сьогоденні. Його минуле також присутнє в сьогоденні - звідси запасливість, ощадливість, обережність людей похилого віку. Вони як би консервуються в сиюминутности, причому такому збереженню піддається і духовний світ, його цінності.

По-друге, рух часу в літньому віці сповільнюється і стає більш плавним.

Ми торкнулися тут психологічних проблем, але головної, напевно, є, як справедливо назвав неї Б.З. Вульфов "драма незатребуваності".

Головна драма літньої людини (якщо не вважати інвалідність, важку хворобу, або убогість) - нереалізований потенціал, відчуття або побоювання власної непотрібності.

Більш того, потенціал літньої людини найчастіше зовні не відповідає (або відповідає дуже мало) менталітетові нових поколінь. Але в них усіх є загальна основа, куди більш значима, чим розбіжності, - загальнолюдські цінності.

Сутність соціальної роботи з людьми похилого віку - соціальна реабілітація. У даному випадку така реабілітація - це відновлення в звичних обов'язках, функціях, видах діяльності, характері відносин з людьми. Головне для соціального працівника це перетворення людини похилого віку з об'єкта (клієнта) соціальної роботи в її суб'єкта. Подолання, зм'якшення драми незатребуваності відбувається на основі власного життєвого в тому числі, професійного, сімейного досвіду. Важливо не тільки давати людині, але і допомогти йому продовжувати віддавати себе, зберігаючи тим самим стійкість, гарантію визначеної стабільності, відчуття доброї перспективи, оптимістичну і реалізовану надію на те, що й у нових обставинах людина залишається потрібною [ 18 ].

Тут розглядалися проблеми морального, психологічного порядку, що незвичайно важливі для розуміння внутрішнього світу людей похилого віку.

Необхідно пам'ятати, що люди похилого віку - це найбільше соціально вразлива частина населення. Їхній дохід звичайно значно нижче середнього, а потреби, особливо в медичному обслуговуванні, дієтичному харчуванні, значно вище. Дуже часто люди похилого віку живуть окремо від родин, і тому їм буває не під силу справитися зі своїми нездужаннями і самітністю. І якщо раніш основна відповідальність за літніх лежала на родині, те зараз її всі частіше беруть на себе державні і місцеві органи, установи соціального захисту населення [ 25 ].

**1.1.2. Психологічний розвиток та особливості особистості**

**в похилому віці.**

По питанню про зміну особистості старих людей існує безліч суперечливих думок. Вони відбивають різні погляди дослідників на сутність старіння і на трактування поняття "особистість". Деякі автори заперечують, істотні зміни особистості в старості. Інші, усі соматичні і психічні зміни, та й саму старість, вважають захворюванням (Пархен і ін.) Пояснюють вони це тим, що старість майже завжди супроводжується різними недугами і завжди закінчується смертю. Це крайні точки зору й існує ще безліч варіантів.

От який опис приводить у своїй роботі Е.З Авербух: "У людей у пізньому віці, як правило, падає активність, сповільнюються психічні процеси, погіршується самопочуття. У процесі старіння міняється відношення до явищ і подій, змінюється спрямованість інтересів. У багатьох випадках відбувається звуження кола інтересів, часте бурчання, невдоволення навколишніми. Поряд з цим має місце ідеалізація минулого, тенденція до спогадів. У старої людини найчастіше знижується самооцінка, зростає невдоволення собою, непевність у собі [ 2 ].

Відзначені зміни не в однаковому ступені властиві всім людям у старості. Загальновідомо, що багато людей до похилого віку зберігають свої особисті особливості і творчі можливості. Усе дріб'язкове, неважливе відпадає, настає відома "просвітленість духу", вони стають мудрими.

Ю.Б. Тарнавский пише про те, що старість - украй критичний період часу. Вона вимагає всіх сил особистості, щоб пристосуватися до навколишнього оточення. Але нерідко людині похилого віку важко звикнути до нового статусу. Автор відзначає, що літній вік характеризується не тільки мінусами. Старість несе в собі багато корисних, позитивних якостей. Людина стає розважливою, досвідченою.

Неминуче наступаючі в старості вікові зниження адаптаційних можливостей компенсується професійною майстерністю, глибокими пізнаннями і навичками, придбаними протягом усього життя. Адаптаційні механізми дійсно знижуються, але це може бути успішно компенсовано високим рівнем суджень, широтою кругозору.

Таким чином, особистість людини в міру її старіння змінюється, але старіння протікає по-різному, у залежності від ряду факторів, як біологічних (конституціональний тип особистості, темперамент, стан фізичного здоров'я), так і соціально-психологічних (спосіб життя, сімейно-побутове положення, наявність духових інтересів, творчої активності). "Людина старіє так і таким чином, як вона жила протягом життя і якою вона була як особистість" .

Старіння особистості може виявлятися у виділеному закордонними авторами синдромі "неприйняття старіння", в основі якого лежить внутрішній конфлікт між потребами особистості й обмеженими в силу фізичного і психічного постаріння можливістю їхнього задоволення. Це протиріччя приводить до явища фрустрації і різних форм соціально- психологічної дезадаптації особистості [ 24 ].

Вплив соціальних і психологічних моментів на процес старіння особистості полягає в обриві звичних соціальних і психологічних зв'язків і відносини особистості літньої людини, що приводить власне кажучи до соціальної деривації, що несприятливо впливає на особистість. Цей ефект підсилюється в більшості випадків у ситуації фізичної і психологічної самітності, настільки частої в пізньому віці.

Таким чином, зміни статусу людини в старості, викликаного, насамперед припиненням або обмеженням трудової діяльності, трансформацією ціннісних орієнтирів самого способу життя і спілкування, а також виникненням різних утруднень, як у соціально-побутовій, так і психологічної адаптації до нових умов. Точне і повне знання особливостей впливу соціально - психологічних і біологічних факторів на процес старіння особистості дозволить направлено змінити умови, спосіб життя старих людей таким чином, щоб сприяти оптимальному функціонуванню особистості старої людини і робити тим самим стримуючий вплив на процес її старіння [ 41 ].

Однією з найважливіших систем, що входять у поняття особистості, є образ самого себе. Це представлення людини про себе, своєї зовнішності, можливості, здібності, переваги і недоліки, а також емоційне відношення до себе. Представлення про самому себе в старої людини залежить головним чином від актуальної життєвої ситуації. Має місце тенденція до підтримки постійного представлення про власне Я. Сталість образу Я дуже важливо для збереження особистісної й емоційної рівноваги. Раптове руйнування самооцінки і сприйняття власного Я може виявлятися у виді неврозів і навіть психозів. Важливу роль грає зворотна інформація, одержувана з приводу себе від середовища, у якому живе людина [ 41 ].

Розповсюджені в суспільстві стереотипи впливають на формування відношення до себе людей похилого віку. Під впливом негативних думок, багато представників пізньої дорослості зневіряються в себе, свої здібності і можливості. Вони знецінюють себе, утрачають самоповагу, відчувають почуття провини, у них падає мотивація і, отже, знижується і соціальна активність.

М. Крайг пише про те, що думка про свої можливості і здібності значно впливає на ефективність діяльності. Деякі люди похилого віку твердо упевнені в тім, що незабаром вони втратять пам'ять і будуть не в змозі робити те, що вдавалося раніше, що вони частково втратять контроль над своїм життям. Під впливом таких думок вони дійсно втрачають і свою компетентність, і контроль над обставинами життя.

Негативна модальність суб'єктивного відношення до себе - важливий фактор не тільки психічного, але і фізичного старіння людини.

Соціально-психологічна недооцінка або знецінювання людей похилого віку тісно зв'язана з іншими несприятливими для їхнього повноцінного функціонування обставинами. До них у першу чергу відносяться: утрата роботи, змушений відхід на пенсію, утрата особистісно-значимих соціальних ролей. У результаті людина позбавляється свого професійного майбутнього. Вона також виявляється виключеною із системи міжособистісних зв'язків, у яку входять представники різних поколінь.

Таким чином, людина, що старіє, попадає в унікальну для неї по ступені складності ситуацію невизначеності. Людині приходиться самостійно виробляти вимоги до своєї поведінки, у чому і полягає одна з труднощів життя в умовах виходу на пенсію. У літературі утримуються суперечливі відомості щодо самооцінки в пізньому віці. В одних роботах висловлюється думка про те, що вік не впливає на самооцінку, самоповагу, інші автори відзначають факт вікового впливу. При цьому по окремим даним самооцінка знижується, захоплюючи сфери стану здоров'я, самопочуття і багато іншіого (Виноградов), а по іншим даним характерний високий рівень самооцінки в пізньому віці в сполученні з властивостями нестійкості і неадекватності по типу завищення. (Болтенко)

А.В. Бороздина й О.Н. Молчанова у своїй роботі описують результати дослідження самооцінки.

При описі себе, найбільше, що згадуються часто в чоловіків, є категорії ділової сфери, а жінки роблять акцент головним чином на особистісні якості. Значне місце в описі займає сфера інтересів, захоплень. Частина людей констатує загальний інтерес до світу, але більшість указують конкретні захоплення. Серед особливо розповсюджених - читання, перегляд фільмів, в'язання, прогулянки, проведення бесід.

Істотною в самоописі є сфера соціальних контактів і, зокрема, родини. Особливо значима ця сфера для жінок. Також важливе місце займає опис здоров'я, самопочуття. Усі перераховані теми є важливими для всього життєвого циклу людини, але в старих деякі з них особливо акцентуються.

У старих, у питанні виділення ведучого елемента самооцінки, як основи регуляції поведінки, орієнтація йде на реальну самооцінку, а не на ідеальну, що типово для попередніх періодів життєвого циклу [ 46 ].

Поряд із загальними особливостями мають місце різко виражені індивідуальні розходження самооцінки. Це є, очевидно, наслідком загального закону геронтогенеза - закону розмаїтості, що виявляється в тім, що показники станів, функцій або властивостей у цьому періоді здобувають варіативність, що підсилюється, значно перевищуючи таку в групах людей зрілого віку.

Крім розглянутих емоційних і особистісних проблем старості, не менш важливим є інтелектуальне функціонування в цьому віці.

Традиційним поглядом на інтелект старих людей була концепція "інтелектуального дефіциту", тобто вважалося, що в старості настає зниження загальних розумових здібностей людини. Але сучасні дослідження не підтверджують цю концепцію.

Потрібно враховувати той факт, що зниження показників інтелекту в літньому віці найчастіше пов'язано з уповільненням швидкості реакцій, через що подовжується час, необхідний для виконання завдання. Якщо не обмежувати строгими рамками часу, то можливо більш успішне виконання завдання.

У міру того, як частка старих у населенні збільшується, усе більш важливим стає розуміння їхнього когнітивного функціонування. Найбільш важливе й істотне питання полягає в тім, наскільки морфо-функціональні зрушення, що визначаються біологічними віковими процесами, можуть відбиватись в психіці людини і її інтелектуальних характеристиках.

Дослідники вважають, що не має сенсу прямо зіставляти дані інтелектуальних тестів осіб молодого і літнього віку, тому що це не виявляє специфіку інтелекту. У літньому віці інтелект якісно інший. Якщо в молодості інтелект переважно спрямований на готовність до навчання і рішення нових задач, то в старості основну роль грає здатність до виконання тих задач, що будуються на використанні накопиченого досвіду й інформації. Велике значення має ступінь розумових здібностей у молодому віці, особливо якщо людина займається творчою, науковою діяльністю. Люди інтелектуальної праці часто зберігають ясність розуму до глибокої старості.

Американські психологи вважають, що в більшості випадків зниження інтелектуальних здібностей у людей похилого віку пояснюється слабким здоров'ям, економічними або соціальними причинами, наприклад ізоляцією, а також недостатньою освітою і деякими іншими факторами, прямо не зв'язаними зі старінням.

Важливе місце при вивченні впливу процесу старіння на психічні процеси приділяється пам'яті. Ослаблення основних функцій пам'яті відбувається не рівномірно. В основному страждає пам'ять на недавні події. Пам'ять на минуле знижується тільки в глибокій старості.

Активне пристосування до нової ситуації, діяльний стиль життя в цей період дає можливість подальшого розвитку людини, зокрема розвитку її особистості.

При такому розгляді проблеми старості виникає можливість і необхідність підготовки людей до старіння. Задача, ця полягає не тільки в підтримці фізичного стану індивіда, але і вимагає створення умови для його психологічної адаптації, розробки мір психологічного забезпечення.

**1.2. Основні задачі і професійні обов'язки соціального працівника.**

Якщо виходити з узагальненої системи принципових положень про зміст діяльності соціального працівника, то виявляється можливим і визначення кола основних задач, покладених на працівників соціальної сфери, у процесі безпосереднього спілкування з людьми [ 38 ].

Це, насамперед :

* допомога індивідам і групам, усвідомлювати й усувати утруднення особистого, соціального, екологічного і духовного характеру, що несприятливо впливають на них;
* допомагати людям справлятися з цими утрудненнями шляхом підтримуючого, що реабілітує, захисного або коректуючого впливу;
* захищати безпомічних відповідно до закону, прибігаючи до використання влади;
* сприяти більш широкому використанню кожним клієнтом власних можливостей для соціального самозахисту;
* використовувати всі засоби і джерела для соціального захисту людей похилого віку і ін.

Розглянуте коло задач із усією визначеністю показує, що вони містять у собі найширший діапазон тих навичок і умінь, що будуть потрібні соціальним працівникам для їхнього виконання.

Основними обов’язками соціального працівника є:

створювати і підтримувати робочу обстановку й атмосферу;

виявляти і переборювати негативні почуття, що впливають на людей і на нього самого;

пізнавати і переборювати у відносинах з людьми агресію і ворожість;

сприяти наданню фізичної турботи нужденне і старим;

спостерігати, розуміти й інтерпретувати поводження і відносини між людьми;

спілкуватися вербально і письмово;

організовувати і вести бесіду в різних обставинах;

вести переговори, виступати по радіо і т.д.

Поле діяльності соціального працівника дуже широке:

* сприяє інтеграції діяльності різних державних організацій і установ по наданню соціально-економічної допомоги населенню;
* допомагає в сімейному вихованні;
* проводить роботу з пенсіонерами, інвалідами, дітьми;
* бере участь у роботі для створення центрів соціальної допомоги, соціальної реабілітації;
* працює з неповнолітніми правопорушниками і людьми, що повернулися з ви правничих установ і т.д.

Для виконання цієї багатопланової діяльності соціальний працівник повинний бути готовий виступати в різних якостях, грати безліч ролей.

Розглянуті задачі соціальної роботи, ролі, функції й обов'язку соціального працівника не вичерпують усієї його діяльності, але вони дозволяють простежити і виявити головну, стрижневу ідею, що як би поєднує всі інші складові важкої і вкрай необхідної нині професії соціального працівника, а саме уміння, бажання йти до людей, знаходити форми спілкування з ними, щоб допомогти їм [ 46 ].

Спілкування виступає як одна з головних ролей соціального працівника. При цьому спілкування відбувається на різних рівнях: соціальний працівник як представник держави, що робить допомогу членам суспільства; соціальний працівник-група, і нарешті, соціальний працівник і клієнт. Останнє найбільш значимо, тому що в кінцевому рахунку самим головним є конкретна людина [ 24 ].

Тому оволодіння навичками спілкування вважається дуже важливій і значимим при підготовці соціальних працівників.

До них відносяться:

* уміння вислухати інших з розумінням і цілеспрямовано;
* уміння виявити інформацію і зібрати факти, необхідні для аналізу й оцінки ситуації;
* уміння створити і розвивати відносини;
* уміння спостерігати й інтерпретувати вербальну і невербальну поведінку, застосовувати знання по теорії особистості і діагностичні методи;
* уміння обговорювати гострі проблеми в позитивному емоційному настрої;
* уміння вести дослідження або інтерпретувати висновки;
* уміння бути посередником і згладжувати відносини між конфліктуючими індивідами, групами;
* уміння інтерпретувати соціальні нестатки і доповідати про них у відповідних службах, інститутах;
* уміння активізувати зусилля підопічних за рішенням власних проблем.

У роботі з персоналом необхідно здійснювати індивідуальний підхід до людей на основі не тільки глибокого вивчення особистих і професійно-ділових якостей, але і виявлення інтересів і потреб, створюючи умови для всілякого розвитку творчих здібностей і максимальної трудової віддачі.

Варто також проводити оцінку роботи персоналу соціальних служб. При цьому дуже важливо, щоб вона була об'єктивною тому що це допоможе уникнути помилок і раціонально використовувати кожного працівника [ 30 ].

У її основу повинні бути покладені принципи:

Об'єктивність і незалежність.

Погоджування результатів оцінки з професійним ростом, матеріальним становищем і соціальним статусом оцінюваного.

Щоб атестація проходила на високому організаційно-методичному рівні доцільно використовувати методи експертних оцінок, тестування.

Дуже важливо, щоб у соціальному менеджменті були розвиті такі напрямки як:

* формалізація методів і систем добору соціальних працівників;
* розробка наукового підходу до аналізу потреб в управлінському персоналі;
* підбір і навчання соціальних працівників.

**1.2.1 Етичні принципи спілкування соціального працівника**

Для того, щоб осмислити процес спілкування, важливо визначити його спрямованість, цінності, відповідно до якого воно повинно будуватися. Цінності соціальної роботи формуються відповідно до гуманістичної етики спілкування, а її вищою цінністю є людина [ 24 ].

Етика міжособистісної взаємодії винятково складна. В основі неї - головні принципи довіри і доброзичливості, поваги до іншого людині.

Визнання цінності іншої людини може виражатися й у конкретних оцінках і навіть, якщо ця позитивна оцінка випереджає дійсні достоїнства людини, він буде намагатися неї виправдати, тобто виконати ту соціальну роль, що йому пропонується ззовні.

Терпимість - також один з важливих принципів, що свідчить про культуру спілкування, про моральний кредо соціального працівника. Терпимість допомагає гуманізувати міжособистісні відносини, зробити їхній більш людяними, доброзичливими.

Крім того, гуманістична етика спілкування орієнтується на такі моральні загальнолюдські цінності, як: довіра, відвертість, безкорисливість, милосердя, доброта, турбота, правдивість, виконання боргу і вірність слову. Спілкування припускає і такі почуття як товариство, співпереживання, почуття провини, сорому, каяття [ 38 ].

Ідеальне спілкування невіддільне від таких цінностей, як воля, справедливість, рівність, любов. Цінувати в спілкуванні треба не тільки свою волю, але і волю іншого, повага внутрішнього світу іншого.

Рівень культури спілкування й етика спілкування - близькі поняття. Вони визначаються не тільки досконалістю окремих сторін або аспектів спілкування, вони припускають гармонійне сполучення і розвиненість елементів культури спілкування.

Підсумовуючи усе вищесказане, хотілося б виділити основні етичні стандарти соціального працівника, що можуть послужити допомогою для кожного соціального працівника що займається соціальною роботою. У західних соціальних працівників існує етичний кодекс, розроблений НАСР. До головних його положень відносяться: [ 38 ].

- бути зразком особистої поведінки, у роботі керуватися в першу чергу інтересами клієнтів;

- робити все, щоб сприяти максимальної самостійності клієнтів;

- поважати приватне життя клієнта і тримати в таємниці всю інформацію, отриману в ході роботи з ним;

- у відношенні з колегами бути доброзичливим, поважним;

- у процесі роботи діяти відповідно до цінностей, моральними нормами і призначенням своєї професії;

До етичних стандартів професійного спілкування соціального працівника можна віднести наступне:

Соціальний працівник не повинний брати участь у справах, зв'язаних з неправдою, обманом, підробкою.

Соціальний працівник повинний чітко розмежовувати свої заяви і дії як приватної особи і як соціального працівника.

Соціальний працівник повинний прагнути удосконалювати свої професійні знання і практичний досвід, ставити службовий борг вище усього.

Соціальний працівник повинний направляти зусилля на попередження негуманних або дискримінаційних дій, спрямованих проти однієї людини або груп людей.

Соціальний працівник не повинний використовувати професійні відносини для досягнення особистих цілей.

Соціальний працівник, що займається науковою або дослідницькою роботою, повинний проаналізувати і передбачити її можливі наслідки для людей, переконатися, що учасники дослідження добровільно беруть участь у ньому, інформувати про цьому заздалегідь і не робити на них тиску при цьому зберігати конфіденційність і поважати достоїнство учасників дослідження [ 38 ].

Соціальний працівник повинний захищати своїх підопічних від дискомфорту, шкоди, погроз, позбавлення яких-небудь прав.

Соціальний працівник, що аналізує різноманітні випадки, може обговорювати їх тільки з професійною метою і тільки з людьми, професійно зв'язаними з ними.

Інформація, отримана в процесі дослідницької роботи повинна вважатися конфіденційною. Що стосується безпосередніх етичних обставин соціального працівника перед клієнтом, то:

Інтереси клієнта завжди повинні бути на першому місці.

Соціальний працівник повинний працювати з клієнтом доброзичливо, лояльно, завзято, максимально використовуючи професійні навички.

Ніколи не використовувати взаємини з клієнтом для досягнення особистої вигоди.

Ніколи не виявляти, не сприяти, не брати участь у будь-якій формі дискримінації на основі расових забобонів або в зв'язку зі статтю, віком, віросповіданням, національністю, родинним станом, політичними переконаннями, розумовими або фізичними недоліками, або по якій-небудь іншій ознаці або особистісних характеристиках, умовам, статусові.

Соціальний працівник повинний інформувати клієнта про можливий ризик, права, можливості й обов'язках, що представляються йому соціальною службою.

Варто радитися з колегами, керівниками, якщо це може виявитися корисним для клієнта.

Соціальний працівник може перервати роботу з клієнтом тільки в особливих випадках, прийнявши при цьому міри, щоб нанести клієнтові як можна менший збиток.

Соціальний працівник повинний намагатися максимально давати можливість клієнтові самовизначатися, тобто приймати рішення з приводу своїх проблем, методів "лікування".

Соціальному працівнику не слід брати участь від імені клієнта в дії, що порушує або підриває цивільні або юридичні права клієнта.

Що стосується такого важливого етичного моменту як конфіденційність, те соціальний працівник повинний: [ 39 ].

- поважати особисте життя клієнта і зберігати конфіденційність всієї отриманої інформації;

- інформувати клієнта про границі її конфіденційності в кожній конкретній ситуації, цілях одержання інформації і її використань;

- дістати згоду клієнта на друкування, запис розмов, участь третьої особи;

- у відношенні з колегами повинний бути поважний, справедливий, чесний, коректний.

Варто співпрацювати з колегами для ефективного здійснення професійних інтересів. Ставитися з повагою до думок, кваліфікації, досягненням колег і використовувати відповідні канали для висловлення суджень на цей рахунок.

Якщо соціальний працівник заміщає колегу, то він повинний діяти з урахуванням інтересів, характеру і репутації цього колеги.

Соціальний працівник, що керує своїми колегами, повинний виконувати свої обов'язки в справедливій зваженій манері, оцінюючи їхню діяльність відповідно до чітко сформульованих критеріїв [ 38 ].

**1.3. Поняття і сутність соціальної геронтології.**

Геронтологія - наука про старість. Геронтологія підрозділяється на фундаментальну геронтологію, соціальну геронтологію і геріатрію. Сьогодні можна виділити трохи найважливіших стратегічні напрямки розвитку геронтології:

Соціальна геронтологія як розділ геронтології – це суспільна дисципліна покликана вирішувати демографічні та соціально-економічні проблеми старіння населення [ 1 ].

Соціальна геронтологія вивчає біологічні процеси старіння людини з метою відшукати соціальні можливості для збереження тілесної і духовної значимості, притаманні літньому та старечому вікові.

Термін “соціальна геронтологія” був уперше вжитий американським вченим Е. Стігліцем у кінці 40-х років минулого століття. На початку 60-х р. м.ст. соціальна геронтологія отримала визначення як самостійна наукова дисципліна [ 18 ].

У соціальному аспекті геронтологія вивчає:

- індивідуальні переживання старих людей;

- місце і становище їх у суспільстві;

- соціальну політику стосовно старих людей.

Соціальна геронтологія має ще один важливий аспект своєї діяльності – соціальну роботу, зміст якої полягає у наступному:

* надання практичної допомоги літнім і старим людям, сім’ям та групам осіб старечого віку з низьким рівнем достатку та порушеними соціальними контактами.
* Соціальна реабілітація (процес відновлення основних соціальних функцій) літніх і старих людей, створення умов, які підвищують їхню соціальну активність. [ 7 ].
* Проведення соціальних експериментів з метою отримання результатів і створення банку даних для покращення життєвих умов та матеріального благополуччя старих людей.

Соціальна геронтологія займається проблемами підвищення якості життя старих людей, розвитку для них служб здоров’я, створення такого життя, щоб у ньому знайшлося гідне місце для старих людей.

Одна із перших соціальних теорій старіння була запропонована американськими психологами Каммінзом та Генрі у 1961 році. Це теорія звільнення, роз’єднання.

Теорія активності. Її прибічники вважають, що в середньому віці, при нормальному старіння, повинні підтримуватись соціальні контакти та активність.

Теорія розвитку і неперервності життєвого шляху. Із позицій даної теорії, для адекватного розуміння життя старої людини необхідно знати специфіку її попередніх життєвих етапів, тобто зміст усього життєвого шляху, який передував старості [ 18 ].

Теорія маргінальності подає старість як стан девіантності. Представники старшого покоління безкорисні, маргінальні, ті, що втратили попередні можливості, впевненість у собі і почуття соціальної та психологічної незалежності.

Теорія вікової стратифікації. Прихильники даної теорії розглядають суспільство як сукупність вікових груп, які мають обумовлені віком відомості у здібностях, рольових функціях, правах та звичках, т. б. суспільство розділене у віковому та соціальному відношенні.

Значимою характеристикою старості є соціальний статус – показник становища людини в соціальній ієрархії суспільства [ 18 ].

Він включає в себе:

* + стать;
  + професію та становище;
  + календарний вік.

Соціальний статус старої людини визначається у першу чергу:

* + її професійною активністю, індивідуальними можливостями;
  + інтересами поза межами трудової діяльності;
  + фізичною активністю, яка відповідає стану здоров’я;
  + умовами і способом життя.

Соціальне довголіття являє собою збільшення виживання і середньої тривалості життя у даній популяції, у певний час, у конкретних суспільних, економічних та соціальних умовах.

Індивідуальне довголіття ґрунтується на біологічних особливостях певних індивідів і не залежить від життєвого шляху та соціального статусу.

На думку більшості демографів загальний характер старіння населення знаходиться у прямій залежності від рівня суспільно-політичного розвитку і за своєю природою є прогресивним процесом. Він притаманний тільки нашому часові і має серйозні демографічні, економічні, психологічні, культурні і медичні наслідки. Змінилась вікова структура населення і процеси природного руху – народження і смерті [ 1 ].

Висловлювалась думка, що старіння населення є причиною соціальних конфліктів, оскільки з економічної точки зору старі люди являють для суспільства тягар, причому затрати на їхнє утримання постійно збільшуються (теорія Стігліца) ще в 1949 році особливе незадоволення викликала та обставина, що “сучасна цивілізація дозволяє слабким людям дозріти до літніх років”, у результаті “мільйони таких старих створюють небезпеку для виживання найбільш здібних”. Він вбачав у цьому порушення законів природи, розцінюючи “потурання” суспільства старим людям як “дороговартуюче рицарство”. Саме недомагання та хвороби старих людей, на його думку, є причиною “бюджетної асиметрії” та економічних труднощів.

Проте таке ставлення до людей, які ще вчора створювали матеріальні та духовні цінності, є дуже цинічним та жорстоким. Заявляючи про те, що ці люди є тягарем для суспільства, сучасні політики і державні діячі повинні пам’ятати, що вони таким чином оцінюють своїх батьків, котрі забезпечили їм можливість отримати освіту і, кінець-кінців, дали їм життя.

Кожна працююча людина рік за роком створює значно більше ніж споживає. З першої хвилини трудової діяльності людина починає повертати свій борг за роки довиробничого віку. Вже у віці 30-35 років людина (працююча) повертає суспільству усі засоби, витрачені на її виховання і навчання, а протягом наступних 20-30 років професійного життя вона створює “залишки”, частину яких суспільство повертає у вигляді пенсії і безкоштовної охорони здоров’я.

Історія розвитку людства свідчить про те, що старі люди у різний час займали різне становище у суспільстві і здійснювали на нього неоднаковий вплив.

Американський антрополог і етнограф Я. Морган виділив 3 основних періоди у розвитку суспільства: дикість, варварство і цивілізацію [ 1 ].

16 грудня 1991 року Генеральною Асамблеєю ООН прийнята Декларація прав старої людини, яка являє собою збірку етичних норм щодо старих людей.

Одним із перших дослідників соціально-психологічних аспектів старості вважається американський вчений Дж. Холл, а його монографія “Старіння, остання половина життя” (1922 р.) була прологом нової науки – соціальної геронтології. Вона почала швидко розвиватися після II світової війни.

Батьківщиною соціальної геронтології вважається США, які першими зіткнулися з економічними проблемами старих людей. Потрясіння, викликані “Великою депресією”, і масові рухи старих людей у 30-ті роки вперше показали, що їхні соціально-психологічні труднощі являють собою гостру соціальну проблему.

У 1928 р. була організована Американська асоціація захисту старості, а в сер.60-х рр.. у Мічиганському університеті була розроблена програма нової навчальної дисципліни – соціальної геронтології.

У наш час США вважаються центром теоретичної соціальної геронтології.

Першочерговим завданням є підготовка спеціалістів – соціальних геронтологів, які повинні добре знати і розуміти процеси старіння, пропонувати реальні заходи для підвищення соціальної захищеності старих людей.

**1.4. Законодавчі основи забезпечення життєдіяльності осіб похилого віку**

У сучасних умовах особливостями цього процесу є, зокрема старіння виключно через зниження народжуваності, а не внаслідок підвищення тривалості життя в старших вікових групах, різка нерівномірність старіння за типами населених пунктів (за даними перепису 2001 року, частка осіб у віці 60 років і старше в містах становила 19,1, а у сільській місцевості - 26,1 відсотка) та за статтю (на 100 жінок віком 60 років і старше припадає 56 чоловіків, у тому числі в містах - 59, у селах - 54). Збільшення частки осіб пенсійного віку призводить до збільшення обсягів споживання суспільних ресурсів на соціальне забезпечення в старості. В умовах обмеженості таких ресурсів поширюється бідність та поглиблюється соціальна нерівність за віком. Бідність населення похилого віку зумовлює посилення тиску осіб пенсійного віку на ринок праці та додаткові матеріальні обов'язки працездатного населення. Збільшення частки осіб похилого віку формує специфічні потреби у товарах і послугах, житлі, медичному та соціальному обслуговуванні. Зміни у співвідношенні поколінь впливають на відносини у сім'ї та суспільстві, зокрема загострюють антагонізм між молоддю та особами похилого віку, платниками податків і пенсіонерами.

Подолання негативних наслідків старіння населення Для адаптації українського суспільства до процесу демографічного старіння населення, забезпечення гармонізації соціальних відносин між представниками різних поколінь передбачається: формування громадської усвідомленості невідворотності демографічного старіння населення та сприяння його адаптації до цього процесу; виховання дітей та молоді у дусі поваги до громадян похилого віку та їх заслуг перед суспільством; виховання почуття відповідальності у дітей за долю літніх батьків, підвищення престижу сім'ї, в якій живуть кілька поколінь; забезпечення економічного благополуччя осіб похилого віку створення умов для реалізації творчого і трудового потенціалу осіб похилого віку; забезпечення рівного доступу осіб похилого віку до засобів збереження здоров'я та активного дозвілля; удосконалення системи соціального забезпечення осіб похилого віку; створення умов для реалізації економічної активності осіб похилого віку; розроблення та здійснення заходів, спрямованих на підвищення тривалості самостійного незалежного життя осіб похилого віку; поліпшення координації діяльності міністерств та інших центральних органів виконавчої влади у розв'язанні проблем, пов'язаних із життєдіяльністю осіб похилого віку; розроблення регіональних та галузевих програм поліпшення соціального захисту осіб похилого віку, насамперед ветеранів праці; здійснення заходів щодо недопущення незаконного обмеження прав працівників, які досягли пенсійного віку; налагодження виробництва продуктів харчування, одягу, взуття, предметів особистого користування, спеціальних меблів, предметів побуту, засобів реабілітації, пристосованих для потреб осіб похилого віку; забезпечення безперешкодного доступу та комфортності перебування осіб похилого віку на об'єктах житлового та громадського призначення; підвищення якості соціальних послуг, що надаються особам, нездатним до самообслуговування у зв'язку з похилим віком; вдосконалення мережі територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян (реабілітаційні відділення, відділення денного, тимчасового, стаціонарного перебування) та відділень соціальної допомоги вдома самотнім особам похилого віку; забезпечення гарантованого рівня та високої якості безоплатної кваліфікованої медичної допомоги, що надається особам похилого віку; забезпечення доступності сучасних засобів діагностики, профілактики, лікування та реабілітації для осіб похилого віку з незахищених малозабезпечених верств населення; посилення координації діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій, з питань захисту та забезпечення реалізації прав осіб похилого віку. Демографічний розвиток регіонів Пріоритетами Стратегії стосовно демографічного розвитку регіонів є: забезпечення державних соціальних стандартів та державних соціальних гарантій для населення в усіх регіонах та населених пунктах країни; забезпечення координації заходів щодо демографічного розвитку на рівні регіонів, визначених у державних цільових програмах, державних і регіональних програмах економічного та соціального розвитку, програмах державного стимулювання розвитку депресивних територій; проведення соціального діалогу, підтримка регіональних і місцевих ініціатив щодо розв'язання регіональних проблем демографічного розвитку; зменшення міграційного відпливу населення; зниження в регіоні рівня смертності, зокрема дитячої; створення стимулів для заохочення сімей до народження другої дитини. Умови реалізації Стратегії Для реалізації Стратегії необхідно продовжити роботу з удосконалення нормативно-правової бази щодо демографічного розвитку. Особлива увага повинна приділятися таким питанням: законодавче врегулювання проблеми будівництва соціального житла, зокрема для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування; внесення змін до законодавства про працю щодо можливості для жінок, які мають дітей, обирати зручний для них графік роботи; посилення державних гарантій щодо забезпечення охорони материнства і дитинства; створення законодавчої бази з питань загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування; адаптація вітчизняного законодавства про охорону праці, охорону навколишнього природного середовища, охорону здоров'я до відповідного законодавства ЄС; внесення змін до Законів України "Про імміграцію" та "Про громадянство України" відповідно до завдань цієї Стратегії; нормативно-правове забезпечення введення другого (накопичувального) рівня державного пенсійного страхування; підготовка нової редакції Закону України "Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту" удосконалення механізму колективно-договірного регулювання соціально-трудових відносин з урахуванням особливостей демографічного розвитку регіону; удосконалення нормативно-правового забезпечення з питань: кредитування житлового будівництва та надання кредитів для здобуття освіти; діяльності закладів первинної лікувально-профілактичної допомоги, що працюють на засадах сімейної медицини, сімейних лікарів; соціального захисту сімей з дітьми, зокрема сімей з усиновленими дітьми, а також законодавства щодо усиновлення дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, розвитку сімейних форм виховання; охорони здоров'я в частині посилення захисту прав пацієнтів з урахуванням відповідного міжнародного досвіду та надання платних медичних послуг; пенсійного забезпечення на засадах соціальної справедливості з урахуванням страхового стажу та суми сплачених страхових внесків; бюджету, зокрема порядку перерахування дотацій вирівнювання та субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам, між бюджетних трансфертів, внесення змін до Формули розподілу обсягу між бюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами з метою виконання регіональних програм демографічного розвитку; працевлаштування громадян України за кордоном.

**РОЗДІЛ 2**

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ ФОРМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ**

Правову основу соціальної роботи становлять Конституція України, цей та інші закони України, міжнародні договори, згода на обов’язковість яких надана Верховною Радою України, а також інші нормативно-правові акти, видані на виконання відповідних законів. Правове регулювання соціальної роботи є безпосереднім або опосередкованим, воно стосується як діяльності самих соціальних працівників, прав клієнтів на отримання різного роду послуг, так і дотичне до різних аспектів управління соціальною сферою [ 15 ].

2. Права та обов’язки соціальних працівників визначаються відповідно до Закону України „Про соціальні послуги”, на них також поширюються пільги для працівників відповідної галузі, до якої вони залучені.

3. Громадяни України та особи без громадянства мають право на допомогу соціального працівника згідно з чинним законодавством України та статутними документами соціальних служб.

4. Соціальна робота – це фахова практика, що ґрунтується на системі відповідних теоретичних знань. Вона має за мету забезпечення гуманізму та соціальної справедливості шляхом активізації і підтримки найменш захищених груп і членів суспільства та протидії факторам соціального виключення. Соціальна робота є інструментом реалізації соціальної політики й може здійснюватися через соціальну діагностику, соціальну корекцію, соціальну педагогіку, соціальну профілактику, соціальну реабілітацію та інші механізми.

4. Завданнями соціальної роботи є: [ 18 ].

1) розширення можливостей та самостійності клієнтів у подоланні їхніх життєвих проблем;

2) встановлення зв`язків клієнтів з соціальними службами та іншими організаціями, які мають необхідні ресурси, надають відповідні послуги;

3) сприяння розвитку служб, які відповідають потребам клієнтів, та вплив на формування ефективної соціальної політики.

5. Соціальна робота як фахова діяльність виконує такі основні функції:

1) діагностична – вивчення, аналіз та оцінка життєвого поля клієнта (індивіда, групи, громади), оцінка результатів, досягнутих у процесі роботи;

2) прогностична – розробка послідовного плану розв’язання проблеми клієнта або соціальної проблеми в суспільстві з урахуванням можливих альтернатив, перспектив і варіантів змін;

3) організаторська – діяльність соціальної служби та її працівників щодо забезпечення взаємодії всіх учасників та установ, залучених до роботи з клієнтом;

4) комунікативна – встановлення, продовження й припинення необхідних професійних контактів, обмін інформацією;

5) правозахисна – використання законів та правових норм для забезпечення прав і інтересів клієнтів;

6) превентивна – запобігання виникненню негативних життєвих колізій у окремих індивідів і груп ризику;

7) коригуючa – конструктивні зміни в мікросоціумі та системі життєзабезпечення людини;

8) соціально-економічна – задоволення матеріальних інтересів і потреб бідних клієнтів;

9 інші функції (правотворча, дослідницька, навчальна тощо).

*Згідно 3 статті Конституції України, основні принципами соціальної роботи є:*

1) повага до гідності особистості: кожна людина е неповторною та унікальною, що необхідно враховувати соціальним працівникам, не допускаючи жодного прояву зневаги до клієнта. Кожна людина має право на самореалізацію, яка не призводить до порушення подібних прав інших. Соціальна робота несумісна з прямим чи опосередкованим примусом клієнтів до будь-яких дій, навіть на користь клієнта або його близького соціального оточення;

2) пріоритетність інтересів клієнтів: соціальні працівники спрямовують всі свої зусилля, знання та навички на допомогу окремим громадянам, сім'ям, групам, спільнотам та громадам для їх вдосконалення, а також з метою розв'язання виниклих конфліктів та подолання їх наслідків;

3) толерантність: соціальні працівники повинні виявляти терпимість до різних емоційних проявів клієнтів, за будь-яких обставин зберігати рівновагу, сприймати проблеми і обставини клієнтів незалежно від способу життя останніх, їхньої поведінки, соціального й національного походження, статі тощо;

4) довіра та взаємодія у вирішенні проблем клієнта: соціальні працівники співпрацюють з клієнтами, намагаючись розв'язувати будь-які завдання, з якими вони стикаються, найкращим чином з метою задоволення інтересів клієнтів; сприяють добровільній участі клієнтів у процесі надання соціальної послуги, а також максимальній самостійності клієнтів у розв'язанні їх соціальних проблем; створюють доброзичливу атмосферу спілкування з клієнтом;

5) доступність послуг: соціальні працівники надають допомогу кожному, хто звертається до них за захистом, підтримкою, консультацією чи порадою, без будь-якої дискримінації на підставі статі, віку, фізичних або розумових обмежень, соціальної чи расової приналежності, віросповідання, мови, політичних поглядів, майнового стану, сексуальної орієнтації. Право на отримання того чи іншого виду послуг гарантується клієнтам і регулюється відповідним законодавством;

6) конфіденційність: соціальні працівники в будь-якій ситуації інформують клієнтів про те, як забезпечується конфіденційність, для чого вона необхідна, а також про обмеження щодо її дотримання. Обов'язок соціальних працівників полягає в нерозголошенні будь-яких відомостей про клієнтів, за винятком тих випадків, коли це робиться з їх згоди чи у встановленому законом порядку;

7) дотримання норм професійної етики: соціальні працівники сприяють формуванню та реалізації заходів у межах соціальної політики, забезпеченню благополуччя людини, несуть відповідальність за розвиток та використання професійних норм при розв'язанні практичних завдань соціальної роботи.

*Згідно 4 статті Конституції України, основними різновидами соціальної роботи є:*

1. Соціальні працівники використовують у своїй роботі різноманітні засоби і методи:

1) соціально-економічні (надання натуральної і грошової допомоги; допомога у використанні пільг, компенсацій та виплат; догляд та побутове обслуговування тощо);

2) організаційно-розпорядчі (встановлення регламентів та норм діяльності соціальних служб, консультування клієнтів щодо порядку отримання послуг; ці методи спираються на нормативно-правові документи, регламентуючі акти);

3)психолого-педагогічні (безпосередня взаємодія з клієнтом через механізм соціально-психологічної, педагогічної зміни його поведінки, самопочуття тощо - підтримка, надання інформації, роз'яснення, рекомендації, моральне заохочення та інші форми роботи).

2. Загальними підходами до процесу надання допомоги, якими керуються соціальні працівники у своїй діяльності, є:

1) пряме втручання (догляд, соціально-психологічне консультування, навчання, зміна поведінки клієнтів);

2) опосередковане втручання, спрямоване на зміну середовища, в якому перебувають клієнти (планування, адміністрування, збирання даних, управління, дослідження);

3) комбіноване втручання (сприяння роботі групи, мобілізація, представництво інтересів, консультування, взаємодія з іншими фахівцями).

3. Практична соціальна робота може здійснюватися на трьох рівнях:

1) індивідуальному - вирішення проблеми клієнта шляхом надання йому підтримки та заохочення розібратися у власних труднощах і подолати їх. Процес індивідуальної роботи складається з кількох етапів: встановлення контакту, вивчення та аналіз проблемної ситуації, визначення цілей і завдань співпраці, здійснення запланованого, оцінка досягнутого;

2) груповому – надання допомоги клієнту через передачу досвіду інших для розвитку його фізичних і духовних сил, формування соціальної поведінки;

3) в громаді - передбачає розвиток соціальних зв’язків у селі, мікрорайоні, колективі тощо, організацію системи взаємодопомоги та кооперації певної групи людей, розробку, впровадження та оцінку ефективності різних соціальних програм, що пов’язані з потребами чи інтересами населення.

**2.1. Обов'язкове державне пенсійне соціальне страхування.**

Соціальне страхування є джерелом матеріального забезпечення громадян у разі безробіття, захворювання, нещасного випадку, а також у старості [ 18 ].

Його можна собі уявити як соціальну систему, що ставить за мету створення загальнонаціональної організації взаємодопомоги обов'язкового характеру, яка зможе діяти з найвищою ефективністю лише у тому випадку, якщо вона буде всеосяжною як з точки зору охоплення нею населення, так і з точки зору покриття ризиків. Кінцева мета полягає в реалізації плану, який захищав би всю сукупність населення від всієї сукупності факторів нестабільності. Тобто всеосяжність та універсальність є одним із способів символічного стирання класових відмінностей у сфері соціального простору.

Проте таке розуміння суспільством концепції соціального страхування прийшло не одразу, а поступово, через що важливо розглянути розвиток соціального страхування саме в історичному аспекті.

Початку ХХ століття питання долі бідняків, які не в змозі були працювати, та бідних працівників, розглядались з однаковими підходами. Лише через деякий час поступово почали розрізняти два різних поняття - соціальне страхування та соціальна допомога.

У галузі соціальної допомоги Французька революція передала ХІХ століттю подвійну спадщину, у якій необхідно розглядати декілька понять. З одного боку, признаючи соціальне коріння бід, які потріпають окрему людину, революція замінила благодійність, яка мала церковне походження, на суспільну благодійність, як спосіб вирішення проблеми злиденності.

Законність втручання держави обґрунтовувалась необхідністю захисту прав людини, що порушуються у випадку, коли бідним не надається допомога. До цього ніхто не оцінював прав бідної людини по відношенню до суспільства та прав суспільства по відношенню до бідної людини. За такої перспективи отримання допомоги вже не засновувалось на милостині, як на не обов'язковому акті, а на абсолютному і об'єктивному праві, яке надано людині, тобто справжньому " праві вимагати ", якому відповідає обов'язок суспільства.

Таким чином, благодійна допомога стала "священним обов'язком" суспільства. Але якщо є право сказати суспільству: дай мені на життя, то і суспільство повинно мати право відповісти: віддай мені свою працю. Праця залишається, таким чином, не тільки єдиним засобом залучення особи до суспільної діяльності, але й суспільним обов'язком. Лише нездатність до праці виправдовує соціальну допомогу калікам, дітям та людям похилого віку.

Під час міжнародного конгресу з державної благодійності, який відбувся в Парижі у 1889 році, були сформовані три фундаментальні принципи соціальної допомоги:

* соціальна допомога знаходиться у веденні місцевих органів влади;
* соціальна допомога надається за територіальною ознакою і держава приймає в цьому обмежену фінансову участь;
* соціальна допомога, що призначена для людей, які не мають засобів до існування і які не можуть працювати, субсидується державою на відміну від деяких інших видів допомоги. Таким чином , вона виконує роль " засобу останньої надії ".

У цьому документі вперше було проголошено, що соціальна допомога є суспільним обов'язком і відповідальність за його виконання покладається на місцеву владу. Після цього конгресу у багатьох країнах Європи між 1893 і 1906 роками було прийнято низку законів про соціальну допомогу. Їх часто називають "програмами останньої надії". В основу їх покладена допомога людям, які не мають доходу з інших джерел або чий дохід недостатній, щоб забезпечити їм мінімальний стандарт проживання в даному суспільстві. Походять вони від різних церковних програм допомоги бідним, доброчинних організацій та місцевих урядів. Коріння такого підходу, очевидно, сягають 1349 року, коли в Англії був прийнятий Декрет про чорноробів, що запровадив принцип відповідальності місцевих властей за допомогу бідним.

Найбільший вплив на розвиток системи соціального страхування внесли Канцлер Німеччини Отто фон Бісмарк, який в 1883 - 1889 роках чи не вперше в світі в законодавчому порядку запровадив систему соціального страхування, та лорд Великої Британії Вільям Беверідж, який в 1942 році підготував доповідь, у якій були запропоновані нові підходи до політики соціального забезпечення.

Звичайно, до Бісмарка також можна знайти свідчення наявності колективної соціальної політики. Засновані церквами оздоровчі та навчальні системи існували віками. У козаків на початку ХVІІІ ст. існувала форма компенсації за виробничі травми . У ХІІІ ст. у місті Дубровник була проголошена програма страхування здоров'я способом внесків. Навіть іще за часів Римської імперії чимось подібним до об'єктів соціальної політики були акведуки (водогони), лазні та громадські туалети. Проте в наступних століттях, разом із послідовним розвитком ролі держави в соціальній політиці, потрібно було очікувати роз'єднання функцій церкви і держави.

Модель Бісмарка

Запровадження обов'язкового соціального страхування в Німеччині було одним з елементів Realpolitik Бісмарка. Єдиним способом можна уникнути втрат робітничого класу, писав Бісмарк у листі до міністра торгівлі, - це перехопити ініціативу у соціалістів та здійснити їх вимоги щодо запровадження соціального страхування, що мали зовсім законний вигляд і могли бути втіленими у життя в інтересах зміцнення держави та соціального порядку.

Прямуючи вслід за цією концепцією та не дивлячись на опозицію з боку Рейхстагу, канцлер Бісмарк менш ніж за десять років створив завершену систему соціального страхування: закон про страхування на випадок хвороби в 1883 році, закон про страхування від нещасних випадків на виробництві в 1884 році, закон про страхування на випадок старості та інвалідності в 1889 році.

Систему Бісмарка визначають чотири фундаментальних принципи:

* забезпечення засновано виключно на праці і тому обмежене лише тими особами, які зуміли завоювати для себе це право на забезпечення через свою працю;
* обов'язкове забезпечення лише для тих найманих працівників, заробітна плата яких нижча визначеної мінімальної суми, тобто для тих, хто не може користуватись індивідуальним страхуванням;
* забезпечення, яке засноване на методології страхування, що встановлює паритетне відношення між внесками найманих працівників та працедавців, а також між виплатами та внесками;
* забезпечення, яким управляють самі працедавці та наймані працівники.

Фундаментальною новацією Бісмарка стало положення про запровадження обов'язкового характеру системи соціального страхування.

Ідея соціального страхування була прийнята консервативним суспільством Німеччини часів Бісмарка тому, що вона пропонувала маловитратний механізм, здатний задовольнити деякі соціальні потреби і водночас передати соціальне управління в руки працедавців і робітників, платників внесків для своїх власних пенсій.

Прийняття страхового принципу мало важливі наслідки для розвитку соціальної політики. У здійсненні різноманітних заходів щодо збільшення пенсій часом підривалась справжня страхова основа, але принцип паритету у сплаті внесків залишався важливим політичним символом і, час від часу, робились спроби повернути систему соціального страхування ближче до її витоків. Завжди важко поєднати тверезі принципи актуарного аналізу страхування з зацікавленістю в ефективному і всебічному соціальному захисті, бо, як відзначав англійський лорд Вільям Беверідж, - коли політичною альтернативою соціального страхування є лише перевірка матеріального стану сім'ї, тобто державна допомога, як засіб останньої надії, принцип внесків має величезну привабливість. Беверідж мав відіграти важливу роль в сорокових роках ХХ століття в захисті страхового підходу до соціального страхування.

*Зародження соціального страхування в Україні*

Україна, як відомо, майже 350 років знаходилась у колоніальному стані, будучи частиною імперії, як у складі царської Росії, та і в складі СРСР. У цей період вона ніколи не проводила самостійної соціальної політики і не приймала самостійних рішень щодо соціального страхування і соціального забезпечення. Центральна влада метрополії завжди займала тут монопольне положення, виступаючи і законодавцем і виконавцем відповідної сфери державної політики.

Зародження страхування на терені України припадає на 90-ті роки ХІХ століття, коли в південному регіоні у 1899 році почало діяти Одеське товариство взаємного страхування фабрикантів та ремісників від нещасних випадків з їх робітниками і службовцями. У 1903 році був прийнятий Закон "Про відповідальність підприємців за нещасні випадки з працівниками", за яким встановлювалась винагорода робітників і службовців, що потерпіли від нещасних випадків на виробництві. Цей закон започаткував підвалини страхування працівників на випадок травм і захворювань. Ранні форми соціального страхування робітників часто розвивалися з ініціативи працедавців, які прагнули уникнути відповідальності у разі судового розгляду справи після нещасного випадку, поранення чи смерті людей на робочому місці. Соціальна програма, таким чином, заміняла судочинство, як спосіб розв'язання конфліктних ситуацій.

У 1912 році під тиском політичних страйків у зв'язку з розстрілом робітників на річці Лені царський уряд Росії прийняв закони про страхування від нещасних випадків та страхування на випадок хвороби, юрисдикція яких поширювалась і на територію українських губерній Однак інші види страхових ризиків не були охоплені системою соціального страхування. Та навіть і страхування від нещасних випадків та на випадок хвороби не поширювалось на численні галузі економіки - залізничний та морський транспорт, будівництво, сільське господарство тощо. Разом з тим прогресивним моментом прийнятих законодавчих актів було те, що вони замінили індивідуальну відповідальність підприємця за заподіяну шкоду, тобто цивільно - правову форму відповідальності на принцип страхування. Цей вид страхування припинив існування у 1917 році у зв'язку із громадянською війною та зміною державного устрою і був відновлений тільки у 1921 році.

Відповідно до рішень Празької конференції РСДРП (б) та Краківської наради більшовики активно використовували тяжкий стан робітничого класу та неврегульованості питань соціального страхування у своїх політичних цілях. Вони, зокрема, заволоділи легальними організаціями соціального страхування (лікарняними касами тощо), як опорними пунктами революційної боротьби. Під контролем більшовиків у березні 1917 року відбулась перша петроградська страхова конференція, яка прийняла ленінську страхову програму, що передбачала звільнення робітників від сплати страхових внесків та інші заходи щодо розширення соціального страхування.

Після жовтневого перевороту, уже 27 жовтня 1917 року, рішенням ІІ Всеросійського з'їзду Рад створюється спеціальний державний орган - Народний комісаріат праці, що був покликаний здійснювати більшовицьку революційну політику у галузі охорони праці і соціального забезпечення. Так, 11 листопада 1917 року, чи не вперше у російській практиці, приймається Положення про страхування на випадок безробіття, 22 грудня 1917 р. затверджується Декрет "Про страхування на випадок хвороби".

Положення про страхування на випадок безробіття розповсюджувалося на всіх робітників і службовців, за виключенням тих працівників, заробіток яких перевищував тримісячний середній заробіток у даній місцевості.

Декрет страхування на випадок хвороби передбачав надання допомоги у разі пологів, хвороби, смерті працівника, а також такі види лікарської допомоги: невідкладну медичну допомогу, амбулаторне лікування, лікування на дому, допомогу у пологовому будинку, стаціонарне лікування з повним утриманням, санаторне та курортне лікування тощо.

Після проголошення більшовиками політики "воєнного комунізму" соціальне страхування було замінене на соціальне забезпечення на підставі Положення про соціальне забезпечення трудящих , яке було затверджене 31 жовтня 1918 року. Фінансування за рахунок страхових внесків поступово було замінене на пряме фінансування за рахунок державних асигнувань з бюджету. Для організації соціального забезпечення при місцевих органах Наркомпраці були створені підвідділи соціального забезпечення і охорони праці, на які покладалось завдання організації матеріальної допомоги, включаючи і натуральну допомогу в основному сім'ям червоноармійців та хворим пролетарям.

Після закінчення громадянської війни і оголошення більшовиками нової економічної політики знову постало питання про зміни в політиці соціального страхування. 15 листопада 1921 року В.І. Ленін підписав декрет РНК "Про соціальне страхування осіб, зайнятих найманою працею". Цим декретом було відновлено соціальне страхування осіб, зайнятих найманою працею, в державних, кооперативних, громадських, концесійних, орендних, приватних підприємствах, установах, господарствах. Страхування розповсюджувалось на всі види тимчасової та постійної втрати працездатності, на випадок безробіття, а також на випадок смерті. Сплата страхових внесків була повністю покладена на підприємства і установи, при чому на приватний сектор - у підвищеному розмірі. На соціальне страхування був покладений обов'язок фінансування медичної допомоги населенню через страхові каси.

З 1924 року органи соціального страхування приступили до організації санаторно - курортного лікування і будинків відпочинку, які до цього часу були у віданні органів охорони здоров'я та профспілок.

До жовтня 1917 року соціальне забезпечення людей похилого віку на території царської Росії будувалось не на основі врахування досягнутого віку, а на підставі втрати працездатності та настання інвалідності. Не дивлячись на те, що багато країн Європи вже на початку ХХ століття почали запроваджувати соціальне страхування по старості, в Росії, а потім і в СРСР випадок настання старості аж до 1928 року не включався до сфери соціального страхування. Лише втрата працездатності та інвалідність визнавались пролетарською державою сферою соціального забезпечення на підставі ось такого принципу:"... фарисейська повага до сивини та зморщок - це витівка для пролетарської моралі... Якщо ти старий, але ще здатний до праці - працюй. А якщо перестав бути працездатним - одержуй пенсію".

Проте для окремих категорій працівників пенсійне забезпечення по старості почали запроваджувати дещо раніше. Так, викладачі вищих навчальних закладів були охоплені пенсійним забезпеченням по старості з 1924 року при досягненні 65 років, робітники текстильної промисловості - з 1928 року, зайняті в провідних галузях важкої промисловості та транспорту - з 1929 року. Таким чином, пенсійне забезпечення на той час не носило всеохоплюючого характеру. Лише в 1932 році після проведеного обстеження робітників, які виходили на пенсію по інвалідності у зв'язку з втратою працездатності, воно було розповсюджене на робітників усіх галузей народного господарства.

Законодавче встановлення пенсійного віку - 55 років для жінок і 60 років для чоловіків було здійснене в СРСР протягом 1928 - 1932 років. У той час вважалося, що на межі названого віку у більшості людей чітко виявляються ознаки постаріння організму, що ускладнює їх регулярну професійну діяльність. Виходячи з цього і був встановлений хронологічний пенсійний вік, який відтоді не змінювався.

Сьогодні в Україні навіть не кожен фахівець може правильно пояснити цей "феномен". Насправді ж, рішення щодо різного пенсійного віку не мало ніяких фізіологічних обґрунтувань. Так склалося історично, з самого початку запровадження солідарної пенсійної системи, і не в Радянському Союзі, а у Німеччині часів канцлера Отто фон Бісмарка. Демографи стверджують, що наприкінці ХІХ століття у середньо - статичній німецькій сім'ї чоловік був на п'ять років старший за дружину. Це означає, що якби пенсійний вік був однаковим, то чоловіки виходили б на пенсію на цілих п'ять років раніше, ніж їхні дружини. Чи можна було тоді уявити немолодого вже чоловіка, дружина якого працює, а він нудьгує цілий день вдома, залишаючись сам-на-сам з каструлями та клопотами по веденню господарства? Виходячи суто з соціально-побутових міркувань, німецький уряд такого не міг допустити, і фактично подбав не про жінок, а навпаки - про комфортне життя чоловіків.

В 1990 році, після прийняття законів СРСР "Про пенсійне забезпечення громадян в СРСР" та "Про пенсійне забезпечення військовослужбовців", практично завершився процес створення єдиної всеохоплюючої системи пенсійного забезпечення, яка діяла за єдиними умовами та нормами. Звичайно, ця система не була побудована повністю на принципах страхування, - фактично це було поєднання принципів соціального страхування і соціальної допомоги, але вона закладала страхові основи, передбачивши відокремлення пенсійної системи від держбюджету.

Джерелом коштів для фінансування пенсій став не Державний бюджет, як раніше, а Пенсійний фонд, який формувався за рахунок коштів, що відраховувалися підприємствами і організаціями з фонду оплати праці, а також страхових внесків громадян. Крім того, кожному працюючому за місцем роботи щорічно заповнювалась вкладка до трудової книжки з відміткою сплаченої суми страхових внесків у розмірі одного відсотку нарахованого заробітку. Це була своєрідна перехідна форма до запровадження персоніфікованого обліку страхового стажу та сплачених внесків до Пенсійного фонду, і вона була розрахована на створення в майбутньому більш справедливої пенсійної системи. На жаль, ця перехідна система не була пристосована до нових економічних умов і тому не мала успіху.

Таким чином, підсумовуючи сказане, можна зробити висновки стосовно засад, на яких базувалася країна "соціалістичного добробуту":

* повна (або соціальна) зайнятість;
* дотації на ціни на споживчі товари та послуги (включаючи житло);
* суспільна служба охорони здоров'я, послуги в галузі освіти та культури, які надаються безплатно або за номінальними цінами;
* пов'язані з трудовою діяльністю допомоги із соціального страхування охоплювали майже 100 відсотків населення;
* різноманітні натуральні та грошові соціальні допомоги, що надавалися через державні підприємства, включаючи і колгоспи.

Державна соціальна допомога, якщо й існувала, але надавалась обмеженим групам населення - інвалідам або тим, що потерпіли через соціальні хвороби, окремим сім'ям з дітьми.

Головний висновок полягає в тому, що суспільні відносини на той час регулювалися галузевими нормами права - трудового, адміністративного, колгоспного права тощо. Соціальне забезпечення, як відокремлена, самостійна галузь права, не існувало. Наприклад, державне соціальне страхування робітників і службовців та їх сімей належало до предмету трудового права.

Економічний та політичний перехідний період фундаментально змінив, якщо зовсім не відмінив, непрямі механізми колишньої системи соціального захисту. Водночас постало питання про необхідність становлення соціального забезпечення як самостійної галузі права.

2.2. **Надання медико-соціальної допомоги особам похилого віку**

В Україні в умовах поглиблення соціальних проблем, погіршення показників здоров'я населення зростає об'єктивна потреба рішення взаємозалежних задач медичного і соціального характеру на якісному новому рівні. З потреб практики виникла необхідність створення нових механізмів, форм і методів медико-соціальної допомоги як комплексу соціальних послуг. У цьому зв'язку в 90-і роки в нашій країні як якісно новий напрямок соціальної роботи і вид професійної діяльності став розвиватися медико-соціальна робота [ 24 ].

*Найбільш частими захворюваннями людей похилого віку є:*

*Артеріальна гіпертонія* в людей похилого віку нерідко відрізняється по своїх характеристиках від такої в більш молодому віці. Гіпертонія може бути ускладненням іншого захворювання, найчастіше пієлонефріта. Артеріальна гіпертонія спостерігається у всіх хворих із хронічною нирковою недостатністю.

Причини розвитку артеріальної гіпертонії до кінця не ясні. Велике значення має зловживання сіллю - люди, схильні досолювати їжу істотно частіше хворіють на гіпертонію. Однак частина людей не чуттєва до сольового навантаження. Гіпертонії сприяє сидячий спосіб життя, відсутність фізичних навантажень, постійний стан підвищеної емоційності (особливо - придушення внутрішніх емоцій, відсутність розрядки, зміни обстановки і роду діяльності).

У людей похилого віку нерідко можна виявити так називану "склеротичну гіпертонію". Артеріальний тиск підтримується силою скорочення серця, що виштовхує кров в аорту. У цей момент аорта розтягується.

Лікування артеріальної гіпертонії повинне бути постійним. Не можна лікувати гіпертонію від випадку до випадку, коли підвищується тиск. Обов'язковим елементом лікування повинне бути зниження споживання повареної солі до 2-3 м у добу. Нерідко застосовують рисово-компотну дієту, коли пацієнт протягом доби їсть винятково плов із сухофруктами.

*Стенокардія* - дуже чітко обкреслений клінічний синдром: болю за грудиною, звичайно стискаючого, що давить характеру, чітко зв'язані з навантаженням або виходом на холод, продовжуються не більш 10-15 хвилин, а при прийомі нітрогліцерину - близько 5 хвилин. Болі ці віддають у ліву руку, лопатку рідко, лише в третини хворих. Біль виникає через недостатнє надходження кисню до серцевого м'яза при підвищенні потреби в ньому. При фізичному навантаженні серце б'ється швидше, тому йому потрібно більше збільшити обсяг протікаючій до нього по коронарним (серцевим) артеріях крові, що несе кисень. Якщо ці артерії звужені за рахунок атеросклерозу (бляшки, що виступає в просвіт судини), то резерви збільшення кровообігу швидко вичерпуються і серцевий м'яз приходить у стан кисневого голодування. "Голодні" м'язові клітки викидають фактори, що приводять до зміни плинності крові - починається склеювання кліток крові, утворення тромбу. У цей момент з'являється біль.

Звичайно людина знає, при якому обсязі навантаження в нього з'являється біль - скільки кроків він може пройти і з якою швидкістю, на скількох ступіней він може піднятися без болю. Нерідко болю виникають у момент виходу з теплого приміщення на вулицю, або в момент питва холодного напою.

Але іноді, коли атеросклеротична бляшка росте, розвалюється, або навколо неї розвивається запалення, стенокардія може різко змінити свій характер: зменшиться дистанція, яку можна пройти без болів, перестане діяти колись ефективний нітрогліцерин або прийдеться застосовувати 2-3 його таблетки, щоб купировать біль. Саме небезпечне, коли болі починаю з'являтися вночі. В усіх випадках говорять про нестабільну стенокардію, припускаючи під цим передінфарктний стан.

Стенокардія лікується в основному такою групою препаратів, як нітрати. Приймають препарати тривалої дії, такі як нітросорбіт - вони зменшують частоту приступів і збільшують переносимість фізичного навантаження. При болях необхідно обов'язково приймати нітрогліцерин під мову, або користуватися нітрогліцериновим спреєм. У деяких випадках до нітратів тривалої дії додають в-блокатори.

Серцева недостатність - стан, зв'язаний з старінням, зі змінами серцевого м'яза, або із серцево-судинними захворюванням, такими як - артеріальна гіпертонія, стенокардія, порушення ритму серця, міокардит і т.д. Серцева недостатність характеризується падінням насосної функції серця. На початкових стадіях серцевої недостатності змінюється здатність серця розслаблюватися, камера лівого желудочка менше заповнюється кров'ю і, відповідно, зменшується обсяг що виштовхується желудочком крові. При цьому в спокої серце справляється, обсяг крові компенсує потреби. Під час навантаження, коли серце починає битися частіше, сумарний викид крові зменшується і людина починає відчувати недолік кисню - з'являється слабість, задишка при підйомі по сходам і т.д. Але практично в кожної людини при підйомі по сходам з'явитися задишка. Серцева недостатність починається там, де знижується переносимість фізичного навантаження.

За допомогою "навантажувальних тестів" - наприклад, при використанні велоэргометра - можна уточнити, яка навантаження викликає порушення діяльності серця. Існують норми діяльності серця при навантаженні, тому, при підозрі на появу схованої серцевої недостатності необхідно провести таке дослідження з дозованим навантаженням і ультразвуковим дослідженням серця (доплероэхокардиография). Іншого способу визначити початкові стадії серцевої недостатності не існує. На жаль значна частина літніх хворих не може виконати необхідну для дослідження фізичне навантаження і тоді просто проводиться доплерэхокардиография.

Клінічно виражена серцева недостатність уже не вимагає таких дорогих досліджень. Хворі скаржаться на слабість (найчастіша ознака), задишку при відносно невеликому фізичному навантаженні. У більш вираженій стадії з'являються набряки ніг (спочатку - прихожі, що іноді зникають уночі), пізніше збільшується печінка, з'являється рідина в животі і легенях.

З інших ознак звертають увагу на появу сухого кашлю по ночах, необхідність спати високо або напівсидячи. У важких випадках пацієнт може тільки сидіти, схиливши вперед і упираючись руками в ліжко. Пізніше з'являється хрипкий подих, кашель з мокротинням, може розвитися набряк легень з відхаркуванням пінистої, зрідка рожевого мокротиння.

Від появи перших ознак серцевої недостатності до смерті звичайно проходить близько 5 років. Якщо в хворого серцева недостатність є наслідком прогресуючого серцево-судинного захворювання (важка стенокардія, аритмія, виражений артеріальна гіпертонія), то серцева недостатність прогресує набагато швидше. Саме тому для попередження прогресування серцевої недостатності необхідно лікувати захворювання, що привело до неї.

*Порушення ритму серця.* Серед усіх порушень ритму серця потрібно виділити миготливу аритмію і повну блокаду провідної системи серця. Ці два порушення можуть викликати важкі ускладнення і привести хворого до смерті, причому якщо перше порушення може зустрічатися в будь-якому віці, хоча його частота з віком росте, те друге є характерним саме для літніх хворих. Миготлива аритмія є наслідком того, що електричні імпульси, що виходять з "водія ритму", що знаходиться в правому передсерді, починають блукати по провідній системі серця, складатися або взаємно погашати один одного і зненацька збуджувати скорочення міокарда. Така ситуація можлива, якщо порушується будівля провідної системи серця: унаслідок розтягування камер серця або склерозу окремих ділянок. Миготлива аритмія можлива і внаслідок появи додаткових провідних пучків (це уроджений дефект, звичайно виявляється у відносно молодому віці).

Лікування постійної форми миготливої аритмії спрямовано на зниження частоти серцевих скорочень до нормального їхнього числа - бажано не більш 80-90 ударів у хвилину. При цьому звичайно зникає дефіцит пульсу і зменшуються прояви серцевої недостатності.

Приступ (пароксизм) миготливої аритмії виявляється раптовим порушенням ритму, звичайно знижується артеріальний тиск, іноді до дуже низьких цифр, може з'явитися задишка, занепокоєння. Ситуація вкрай небезпечна, необхідно викликати "швидку допомогу". До її приїзду можна спробувати зменшити приступ сильно надавивши на очні яблука або боляче масажувати надключичну область, змусити хворого швидко присісти на карточки (очевидно, що це не завжди можливо). Рефлекс, що виникає в цьому випадку, може позитивно позначитися на роботі серця аж до зникнення аритмії.

Хронічний бронхіт зустрічається частіше в курців або в страждаючою бронхіальною астмою. Хронічний бронхіт виявляється постійним вологим кашлем, відділенням мокротиння, іноді - невеликим підвищенням температури, пітливістю. Останні дві ознаки більш характерні для загострення інфекційного процесу. Хронічний бронхіт веде до розвитку емфіземи легень і специфічної серцевої недостатності - легеневому серцю. Любою постійно кашляє протягом декількох місяців людина, відхаркуючись при кашлі мокротиння страждає хронічним бронхітом.

Лікування хронічного бронхіту - складна лікарська задача. Ця хвороба характеризується завзятим плином, важко піддається терапії. Важливо усунути провокуючі фактори - у першу чергу відмовитися або хоча б значно зменшити кількість сигарет, що викурюються. Варто уникати застуд, протягів, спілкуватися з хворими вірусними респіраторними інфекціями, одягши на особу марлеву маску. Ці міри зменшують ризик і частоту загострень хвороби. Власне лікування хронічного бронхіту є лікарською задачею.

Бронхіальною астмою люди частіше страждають з молодого років, украй рідко занедужують нею в літньому і старечому віці. Бронхіальна астма виявляється приступами ядухи, свистом при подиху, іноді приступо-образним кашлем, особливо при сміху або фізичному навантаженні. Кожний з ознак може зустрічатися ізольовано. Бронхіальна астма веде до розвитку хронічного бронхіту й емфіземи легень, разом з тим ця хвороба може продовжуватися десятиліттями до глибокої старості. Потрібно відзначити істотний ріст частоти бронхіальної астми в останні роки.

Важливим елементом боротьби з астмою є загартовування. Контрастний душ, обливання холодною водою, миття ніг у холодній воді, баня з зануренням у сніг або крижану воду (не всім це можна через проблеми із серцем!) сприяють зменшенню прояву астми. Починати треба з малого, але не доводити до купання в крижаній воді - у прорубі - це шкідливо!

Деякі хворі постійно одержують преднізолон або інший гормон. Це неправильна терапія, хоча і часто застосовувана через свою швидку ефективність. Однак, у наслідок хворої стає гормонозалежність, він усе рівно буде змушений приймати інгалятори, намагатися справитися з астмою "вольовим подихом". Прогноз захворювання гормони не поліпшують, зате викликають масу ускладнень - ожиріння, артеріальну гіпертонію, остеопороз, цукровий діабет, сприяють розвиткові інфекцій. Літнім хворим варто призначати гормони тільки в крайніх випадках, намагатися обходитися "вольовим подихом", уникати зайвих інгаляцій (можуть бути аритмії). Однак, якщо приступ затягується, справитися з ним не вдається, те хворого потрібно госпіталізувати.

Цукровий діабет захворювання, частота якого в останні роки швидко росте. Можна говорити, що, поряд із серцево-судинними захворюваннями і пухлинами, цукровий діабет став самою частою хворобою літнього віку. Суть захворювання зводиться до прогресивної поразки великих і дрібних судин, причина якого до кінця не ясна. Зовнішнім проявом діабету є порушення засвоєння цукру (глюкози) клітками. У результаті рівень цукру крові підвищується, і при відсутності корекції можуть наступити ускладнення, зв'язані саме з високим змістом цукру - гіперосмолярні грудки, діабетичні грудки. У літньому віці ці ускладнення зустрічаються рідко.

Виділяють два типи діабету - цукровий діабет молодих (1-го типу) і цукровий діабет літніх (2-го типу). Для лікування діабету 1-го типу необхідні щоденні ін'єкції інсуліну, що стимулює засвоєння цукру клітками, для терапії діабету 2-го типу спочатку використовують дієту з низьким змістом цукру і вуглеводів, а пізніше, при неефективності дієти, - цукрознижуючі препарати. Цукровий діабет 1-го типу обумовлений, головним чином, генетичними причинами, а 2-го типу - є результатом впливу багатьох факторів, серед яких алкоголь і паління, можливо - важкі стреси. Останнім часом обговорюють складний імунологічний механізм розвитку діабету 2-го типу, у якому не виключене значення інфекційної патології. Зв'язок діабету зі зловживанням цукром, з підвищеною вагою (за винятком випадків важких гормональних порушень) в останні роки представляється сумнівної.

Хворі з цукровим діабетом худнуть, у них може з'явитися сверблячку (характерна сверблячка промежини), знижується апетит, хворі починають багато пити води. На жаль, цими симптомами звичайно вичерпуються початкові ознаки діабету, та й ці ознаки бувають не у всіх літніх хворих. Єдиним критерієм діагностики цукрового діабету є підвищення рівня цукру в крові - від разового аналізу, до порушеного добового профілю цукру крові.

Лікування цукрового діабету в похилому віці проводитися за допомогою дієти. Основним є скорочення в дієті цукру і продуктів, що містять вуглеводи. Замість цукру для смаку використовують його замінники - сахарин і аспартам.

Цукровий діабет викликає прогресування стенокардії, серцевої недостатності, особливо при сполученні з артеріальною гіпертонією. Ще одним важливим ускладненням цукрового діабету є гіпогликемічний стан, що може привести до коми. Хворі, що не вживають у їжу цукру і вуглеводів, у результаті підвищеного навантаження можуть утилізувати весь цукор, що знаходиться в крові. У результаті з'являється сисне почуття голоду, неприємні відчуття у верхній частині живота, різка слабість, на чолі виступає піт. Падіння артеріального тиску може привести до непритомності. Діагностика цього стану вимагає визначення цукру крові, що, як правило, неможливо. У будь-якому випадку такому хворому потрібно негайно покласти шматочок цукру під язик. Якщо хворому стане краще, те діагноз вірний, якщо немає - швидше за все мається гіперглікемічний стан. Але в цьому випадку шматочок цукру не помішає! Гіперглікемічний стан лікуватися обережним уведенням невеликих доз інсуліну під контролем змісту цукру в крові.

При тривалому існуванні цукрового діабету поза залежністю від рівня цукру і застосовуваної терапії, через 5-8 років у хворих з'являється діабетична нефропатія. Вона може виявлятися діабетичним піелонефрітом і поразкою ниркових мікросудин. В останньому випадку з'являється білок у сечі, спочатку в дуже малих кількостях - мікроальбумінурія, потім може розвитися нефротичний синдром і хронічна ниркова недостатність. Ці зміни рано або пізно розів'ються в хворих цукровим діабетом, вони є його обов'язковим супутником. Методом терапії диабетической нефропатії є призначення інгібіторів АПФ, що значно знижують швидкість прогресування ниркової недостатності в цих хворих.

Діабетична поразка судин - нижні кінцівки. Звуження великих артерій приводить до розвитку ішемії нижніх кінцівок - спочатку з'являються болі при ходьбі (перемежована кульгавість), ноги німіють, пізніше з'являються болі в спокої, виразки і некрози на гомілках і стопах. При відсутності лікування ішемічна поразка нижньої кінцівки закінчується ампутацією ноги.

Крім описаної картини при цукровому діабеті може бути "синдром діабетичної стопи". Поразка дрібних судин, що харчують нервові закінчення, приводить до втрати чутливості шкіри ніг, порушенням її харчування. У результаті хворої не почуває потертостей, що перетворюються в незагойні ранки, легко ранить себе при стрижці нігтів, зрізанні мозолей. Попрілості, інфікування довершують порушення, з'являються виразки, гнійні поразка шкіри стопи. У сполученні з ішемією нижніх кінцівок або без них "діабетична стопа" може стати причиною ампутації.

Для діабетичної стопи дуже важливий правильно організований догляд за шкірою ніг. Ноги потрібно щодня мити з милом, носити вільне м'яке взуття, удягати теплі носки, берегти ноги від переохолодження. Особливо ретельно необхідно дотримувати безпеку при стрижці нігтів, доручати її партнерові або що доглядає. При потертостях потрібно використовувати різні креми, зокрема - контратубекс.

Піелонефріт часто розвивається в літніх хворих, чому сприяє мочекаменная хвороба, аденома простати, інші порушення проходження сечі по сечових шляхах, цукровий діабет, недостатня санітарна обробка промежини (відсутність щоденного відходу) і т.д. Пиелонефрит протікає хронічно, рідко даючи клініку гострої сечової інфекції. Навіть поява гнійних розплавлювань у бруньках не завжди супроводжується в літніх адекватною картиною. Нерідко ознакою важкої інфекції стає різка зміна свідомості і психіки - раптова гневливость, дратівливість, лайка. Часто в літніх при важкому запаленні не буває температури. З інших симптомів може бути біль у попереку, що іноді віддає в промежину, познабливания, пітливість, слабість, різі при сечовипусканні. Проявом пиелонефрита може бути й артеріальна гіпертонія.

Піелонефріт діагностується при виявленні в сечі лейкоцитів. Їх може бути різна кількість - від 2-3 до густо покриваючі всі поля зору в мікроскопі. У будь-якому випадку аналіз сечі потрібно повторити, провівши ретельну санітарну обробку зовнішніх полових органів і промежини теплою водою з милом.

При виявленні лейкоцитів у сечі необхідно проконсультуватися з лікарем. Лікування піелонефріта - складна і тривала робота, це захворювання важке піддається терапії, у тому числі і тому, що рідко вдається усунути причину, що послужила початком піелонефріта. Звичайно для лікування піелонефріта застосовують антибіотики, чергуючи них з нирковими травами, що володіють антисептичними і сечогінними засобами.

*Хронічна ниркова недостатність* є результатом плину захворювань сечевідвідних шляхів (піелонефріт, аденома простати), при цукровому діабеті або артеріальній гіпертонії, а може бути наслідком процесу - старіння.

Самою ранньою ознакою ниркової недостатності є нічне сечовипускання, що може на багато років з'явитися раніш, ніж інші симптоми. Довгий час навряд чи не єдиною ознакою ниркової недостатності буде артеріальна гіпертонія. Ще одною ознакою є швидке схуднення хворих.

Простим і надійним лабораторним тестом є виявлення невеликих кількостей білка в сечі, стійке зниження питомої ваги сечі - ці зміни можуть з'явитися задовго до клінічних ознак ниркової недостатності.

Ниркова недостатність починає швидко прогресувати при неконтрольованій артеріальній гіпертонії і при цукровому діабеті, при загостренні будь-якої інфекції, зокрема пиелонефрита, при порушеннях пасажу сечі при аденомі простати. З'являється різка слабість, порушується нічний сон, можна знайти анемію, підвищується рівень азотистих шлаків - сечовина, креатинін. При відсутності лікування ниркова недостатність прогресує, з'являються носові кровотечі, різка сухість шкіри, сверблячка, солодкуватий запах з ротової порожнини. Пізніше порушується свідомість, хворий впадає в уремічну кому.

При виявленні біла в сечі і низькій питомій вазі варто обстежитися в лікаря, визначити функцію бруньо. Проводиться лікування, спрямоване на корекцію того захворювання, що привело до ниркової недостатності - артеріальної гіпертонії, цукрового діабету, пиелонефрита. Поліпшити функцію бруньок або сповільнити прогресування ниркової недостатності можна інгібіторами АПФ, антиагрегантами (тиклид плавикс), гепарином (фраксипарином, фрагмином). Однак, це лікування потрібно погодити з врачем.

*Аденома простати* останнім часом залучила до себе увага новими можливостями терапевтичної корекції. Раніше вважалося, що це опухолевидное захворювання, що розвивається тільки в чоловіків поступово прогресує і неминуче приводить до розвитку важких ускладнень практично у всіх чоловіків літнього віку. Тому широко використовувалося оперативне лікування цієї патології. Останнім часом виявилося, що усунення порушень сечовипускання дозволяє уникнути операції, а ряд препаратів сприяє зменшенню розмірів простати.

Якщо в літнього чоловіка постійна потреба до сечовипускання, почуття неповного спорожнювання сечового міхура необхідно звернутися за консультацією до уролога - при ультразвуковому дослідженні можна визначити обсяг залишкової сечі в міхурі і вирішити питання про хірургічний (якщо затримується багато сечі) або терапевтичному лікуванні аденоми.

*Холецистит захворювання жовчного міхура*, зв'язане з порушенням його здатності скорочуватися і викидати жовч, необхідну при переварюванні їжі. У результаті в жовчному міхурі з'являються камені, розвивається інфекційно-запальний процес. Дрібні камені можуть попадати в просвіт, перекриваючи шлях жовчі викликати жовтяницю. Звичайно такий стан супроводжується печіночною колькою - гострими вираженими болями в правому підребер'ї. Хронічний холецистит виявляється постійними або приступообразными болями в правому підребер'ї, нерідко зв'язаними з прийомом жирної, смаженої їжі. Іноді холецистит супроводжується рефлекторною стенокардією.

Лікування хронічного холециститу включає дієтичні обмеження, жовчогінні препарати. Необхідно виконати ультразвукове дослідження жовчного міхура з метою виявлення каменів - це допоможе вирішити питання про операції. Операцію краще виконувати планово, поза періодом загострення, гірше - у період печіночної кольки, коли вона може стати життєво необхідної, екстреної.

Її становлення обумовлене сучасним станом охорони здоров'я соціального захисту населення і, зокрема , осіб літнього віку умовах проведення реформ в економічній і соціальній областях

Медико-соціальна робота розглядається і як новий вид мульти-дисциплінарной професійної діяльності медичного. психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, спрямованої не тільки на відновлення, але і збереження, і зміцнення здоров'я в тому числі й осіб літнього віку.

Вона принципово змінює існуючий підхід до охорони здоров'я, тому що припускає системний медико-соціальний вплив на більш ранніх етапах розвитку хворобливих процесів, що потенційно ведуть до важких ускладнень, інвалідизації і летальному результатові. Таким чином, медико-соціальна робота здобуває не тільки виражену реабілітаційну, але і профілактичну спрямованість, що має особливе значення для літніх.

Метою медико-соціальної роботи є досягнення оптимальне можливого рівня здоров'я, функціонування й адаптації осіб літнього віку, осіб з фізичною і психічною патологією, а також соціальним неблагополуччям. Об'єктом медико-соціальної роботи є різні контингенти осіб, у тому числі і літні, що мають виражені медичні і соціальні проблеми, що тісно взаємозалежне і їхнє рішення скрутне в рамках однобічних професійних заходів. Робота з такими контингентами однаково важка і недостатньо ефективна як для медичних працівників, так і для фахівців соціальних служб, оскільки неминуче вони виявляються перед навкруги проблем, що виходять за рамки їхньої професійної компетенції.

Медико-соціальну роботу умовно можна розділити на два основні аспекти: медико-соціальну роботу профілактичної спрямованості і медико-соціальну роботу патогенетичної спрямованості.

Медико-соціальна робота профілактичної спрямованості включає виконання заходів щодо попередження соціально залежних порушень соматичного психічного і репродуктивного здоров'я, формування установки на здоровий спосіб життя, забезпечення доступу до інформації з питань здоров'я, участь у розробці цільових програм медико-соціальної допомоги на різних рівнях, соціальне адміністрування, забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я й ін.

Медико-соціальна робота патогенетичної спрямованості включає заходу щодо організації медико-соціальної допомоги; проведення медико-соціальної експертизи; здійснення медичної, соціальної і професійної реабілітації літніх і інвалідів; проведення соціальної роботи в окремих областях медицини й охорони здоров'я, проведення корекції психічного статусу клієнта й особливо осіб літнього віку, створення реабілітаційної соціальне - побутової інфраструктури, забезпечення наступності у взаємодії фахівців суміжних професій і ін.

Основною стратегічною задачею медико-соціальної роботи з людьми похилого віку варто вважати збереження і поліпшення якості їхнього життя.

Якість життя є інтегральним поняттям, що відбиває не тільки виразність симптомів захворювання, але і функціональний стан літньої людини, стан його фізичного і психічного здоров'я, соціальну активність, здатність до самообслуговування, матеріальне забезпечення й умови життя, а також задоволеність відчуттям власного фізичного і психічного благополуччя. Однієї з особливостей періоду літнього і старечого віку як у відносно здорових, так і хворих людей є наступаюча соціально-психологічна перебудова, що викликає значні стреси і напруги адаптаційно-пристосувальних механізмів організму.

Зміна соціального статусу літньої людини зв'язано з різними факторами, у тому числі з виходом на пенсію, утратою близьких родичів і друзів у зв'язку з їхньою смертю, обмеженням можливості спілкування з у самообслуговуванні, що, погіршенням, що залишились в живих, трудностями економічного становища. Усе це порушує звичні життєві стереотипи, вимагає мобілізації фізичних і психічних резервів. Ступінь пристосування літньої людини до свого нового соціального статусу визначається значною мірою станом рівня його здоров'я. Очевидно, що виражене зниження функціонального стану організму літньої людини роблять його положення більш залежним від суспільства. При цьому істотно важливого значення набуває медико-соціальна робота профілактичної і патогенетичної спрямованості, що забезпечує мобілізацію і збільшення адаптаційних можливостей, збереження рівня здоров'я літніх і поліпшення якості їхнього життя. В останні роки в Україні йде активний процес формування правової бази, що дозволяє розробляти галузеві нормативні правові документи по забезпеченню літніх медико-соціальною допомогою на рівні професійної медико-соціальної роботи. На підставі правової бази на рівні відомств розробляються нормативно-правові документи, що дозволять впровадити в практику соціальних інститутів суспільства затребувану часом медико-соціальну роботу.

Позначаючи місце медико-соціальної роботи серед суміжних видів діяльності, необхідно відзначити координуючу роль фахівця з медико-соціальної роботи в дозволі комплексу проблем, що виникають особливо в людей похилого віку, і потребуючої співучасті фахівців суміжних професій - лікарів, психологів, педагогів, юристів і інших. Будучи видом мультидисциплінарної діяльності і реалізуючі в області взаємних інтересів охорони здоров'я і соціального захисту населення, медико-соціальна робота використовує форми і методи, що склалися в системі охорони здоров'я - профілактичні, реабілітаційні, психотерапевтичні й ін.; у системі соціального захисту населення - соціальне консультування, соціальні посібники, соціальне обслуговування вдома соціальне обслуговування в стаціонарних установах, організація денного перебування в установах соціального обслуговування, надання тимчасового притулку й ін.

Медико-соціальна робота має багато загального по своїй суті з медичною допомогою і діяльністю органів охорони здоров'я в цілому. Але при цьому вона не перевищує межі своєї компетенції, не претендує на виконання лікувальних функцій, а передбачає тісна взаємодія з медичним персоналом і чітке розмежування сфер відповідальності. Таким чином, з іншої сторони, медико-соціальну роботу варто розглядати як різновид соціальної роботи, спрямованої на охорону і підтримку фізичного і психічного здоров'я й у першу чергу лиц. літнього віку, а з іншого боку - це вид діяльності, спрямованої на досягнення "соціального благополуччя" і значне поліпшення якості їхнього життя.

**2.3. Утримання та обслуговування непрацездатних людей похилого віку**

Система соціально-культурного обслуговування та утримання поділена сьогодні на два основних сектори — державний і недержавний. Це — обласні, муніципальні, районні управління і відділи культури. Недержавними формами соціально-культурного обслуговування займаються суспільні об’єднання, в тому числі професійні асоціації, благодійні та релігійні організації. Виконуючи «соціально-культурне замовлення», суспільні формування шукають конкретні шляхи виходу суспільства з серйозної політичної, економічної та духовної кризи. За функціональною ознакою ці формування можна класифікувати: перша група — державні і суспільні служби соціального захисту і соціальної допомоги, друга група — багаточисленна мережа центрів і служб соціально-медичної реабілітації, третя група — центри і служби психологічної допомоги, четверта група - державно-суспільна система утримання і виховання, п’ята — неформальні групи та об’єднання різних соціальних і вікових груп, шоста — товариства та асоціації професійних працівників соціальної сфери, сьома — товариства та об’єднання осіб, які потребують соціальної допомоги і підтримки, восьма - різноманітні навчально-розвиваючі та соціально-просвітницькі центри й інститути.

Потужною соціальною, правовою, медико-реабілітаційною, психологічною та культурницькою діяльністю займаються Фонд соціального захисту ветеранів Великої Вітчизняної війни (створений відповідно до указу Президента України від 20. 04. 1995.), Всеукраїнська благодійна організація інвалідів та пенсіонерів «Обличчям до істини»,Спілка колишніх в’язнів фашизму-жертв нацизму, Громадська організація «Турбота про літніх в Україні», Благодійний фонд «За виживання» (працює вже 12 років), Благодійний фонд «Ветеран преси», Громадська організація «Асоціація психодрами», Союз організацій інвалідів України, Київська організація незрячих юристів, Товариство Червоного хреста України (здійснює 10 цільових гуманітарних програм), Союз православних братств України, Ліга розвитку людини, Громадська фізкультурно-оздоровча і реабілітаційна організація інвалідів ЧАЕС «Здравобор» та ін.

Так, Українське товариство глухих (існує з 1926 р.) є організаційно-методичним та інформаційно-реабілітаційним центром з обслуговування інвалідів по слуху, яких у Києві близько 5 тис. (всього 60 тис. членів УТОГ, які мешкають в Україні). До структурних підрозділів культурного центру УТОГ відносяться: професійний театр нечуючих (30 р.), 32 роки існує музей історії глухих України, бібліотека з книжковим фондом понад 28 тис. примірників, картинна галерея нечуючих художників, літній майданчик з рекреаційною зоною для відпочинку і спілкування, телекомунікаційний центр з функціональними можливостями у трьох залах центру та ін. У Центрі працюють більше 30 творчих об’єднань, клубів за інтересами, в які входять нечуючі художники, туристи, шахматисти та ін. Українське товариство сліпих (існує з 1925 р.) здійснює соціально-трудову та медичну реабілітіцію незрячих.

Спілкою Самаритян України створено Центр соціальної допомоги, де надається всебічна допомога та здійснюється інноваційна практична діяльність у сфері соціального захисту малозахищених верств населення. Впроваджено новий проект «Мобільна швидка допомога». За даними досліджень Інституту Геронтології АМН, 12% всіх людей похилого віку та 25–30%  старих людей прикуті до ліжка (5). Так, лише в Києві державні соціальні служби обслуговують 50 тис. людей на дому [ 24 ].

Проблеми організації вільного часу людей похилого віку та реалізації їх рекреаційно-розвиваючого потенціалу є актуальними сьогодні для багатьох розвинених країн світу. Так, починаючи з 1990 р. населення людей похилого віку в Америці збільшилося більше, ніж втричі, з 1% в 1900 до 12,8%  (33,9 мільйона в 1996 (за даними ААRР і Управління зі справ старіння, 1997). Передбачається, що в період 2010 — 2030 р.р., населення віком від 65 і старіше сягне 75% (більше, ніж 69 мільйонів). Оскільки населення в Америці продовжує старіти, мають відбутися функціональні зміни в структурі життєдіяльності людей, побуту, сім’ї, роботи і дозвілля. І помітну роль у цих процесах відіграють державні і недержавні, в т. ч. громадські, неприбуткові, благодійні, комерційні та релігійні організації. [ 30 ].

В будинках-інтернатах загального типу (для людей похилого віку та інвалідів) проводиться робота з соціально-психологічної адаптації людей похилого віку до нових для них умов, самоідентифікації особистості.

Вивчаються їх особливості, звички, інтереси, установки; їх потреби у трудовій зайнятості; переваги у змістовному дозвіллі тощо. Спеціалісти галузі «терапії рекреацієй» визнають, зокрема, що одним із засобів такої терапії може стати перебування в колі найбільш пам’ятних предметів (речей), реліквій. Особливі речі та майно з їх символічним значенням та асоціаціями можуть допомогти старим людям пристосуватись до нового оточуючого середовища, полегшити адаптацію, забезпечити комфортність перебування, почуття належності і цілісність інтегрованої особистості. Виділяють загальні та особистісно-характерні категорії значень, які мають відношення до особливого майна. Часто літні люди ідентифікують себе з дорогими для них речами та майном (фотографіями, виробами релігійного характеру, коштовностями, меблями, зразками візуального мистецтва та ін.). Досвід вивчення проблем старих людей, які проживають в будинках-інтернатах, показує більш високе задоволення життям у тих, хто зберігає деякі предмети і речі. Виникають форми спілкування, які раніше не практикувалися. В центрах опіки США вже стало традицією створювати спеціальні виставкові вітрини в кімнатах активного відпочинку, де особливі речі є доступними для огляду і в той же час надійно захищені. Вони використовуються під час спільної діяльності людей похилого віку, їх активного відпочинку, а також для оцінки цього досвіду.

**ВИСНОВКИ**

В даній роботі було теоретично проаналізовано вітчизняні та зарубіжні теоретичні джерела та обґрунтовано закономірності роботи соціальних працівників з людьми похилого віку.

Було визначено, що зміни статусу людини в старості, викликаного, насамперед припиненням або обмеженням трудової діяльності, трансформацією ціннісних орієнтирів самого способу життя і спілкування, а також виникненням різних утруднень, як у соціально-побутовій, так і психологічної адаптації до нових умов. Точне і повне знання особливостей впливу соціально - психологічних і біологічних факторів на процес старіння особистості дозволить направлено змінити умови, спосіб життя старих людей таким чином, щоб сприяти оптимальному функціонуванню особистості старої людини і робити тим самим стримуючий вплив на процес її старіння.

Сутність соціальної роботи з людьми похилого віку - соціальна реабілітація. У даному випадку така реабілітація - це відновлення в звичних обов'язках, функціях, видах діяльності, характері відносин з людьми. Головне для соціального працівника це перетворення людини похилого віку з об'єкта (клієнта) соціальної роботи в її суб'єкта.

Соціальна геронтологія як розділ геронтології – це суспільна дисципліна покликана вирішувати демографічні та соціально-економічні проблеми старіння населення.

Соціальна геронтологія вивчає біологічні процеси старіння людини з метою відшукати соціальні можливості для збереження тілесної і духовної значимості, притаманні літньому та старечому вікові.

Переважна більшість старих людей має потребу в самому широкому спектрі послуг і допомоги, що робиться їм сторонніми людьми, будь те члени родини, сусіди, медичні, соціальні або благодійні організації. Стосовно до Росії в основній своїй масі родини нездатні, узяти на себе всі турботи про старих і безпомічних родичів. Уся вага по відходу за старими людьми ляже в першу чергу на плечі державних соціальних служб, а також на органи охорони здоров'я.

На думку соціальних геронтологів західних країн, головна задача соціальної роботи полягає в тому, щоб зв'язати індивіда, родину або громаду з зовнішніми і внутрішніми джерелами тих ресурсів, що необхідні для виправлення, поліпшення або збереження визначеної ситуації.

Було визначено, що основними задачами та професійними обов'язками соціального працівника є:

* допомога індивідам і групам, усвідомлювати й усувати утруднення особистого, соціального, екологічного і духовного характеру, що несприятливо впливають на них;
* допомагати людям справлятися з цими утрудненнями шляхом підтримуючого, що реабілітує, захисного або коректуючого впливу;
* захищати безпомічних відповідно до закону, прибігаючи до використання влади;
* сприяти більш широкому використанню кожним клієнтом власних можливостей для соціального самозахисту;
* використовувати всі засоби і джерела для соціального захисту людей похилого віку і ін.

Отже, соціальний працівник повинний прагнути удосконалювати свої професійні знання і практичний досвід, ставити службовий борг вище усього.

Соціальний працівник повинний направляти зусилля на попередження негуманних або дискримінаційних дій, спрямованих проти однієї людини або груп людей.

У роботі з людьми похилого віку необхідно здійснювати індивідуальний підхід до людей на основі не тільки глибокого вивчення особистих і професійно-ділових якостей, але і виявлення інтересів і потреб, створюючи умови для всілякого розвитку творчих здібностей і максимальної трудової віддачі.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:**

1. Актуальные проблемы в геронтологии: Сообщ. конф/Подгот. Г. Суворова //Врач. – 1996 - №7 – с. 37-38.
2. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Л. 1969 – 285 с.
3. Альперович В.Д. Геронтология. Старость. Социокультурный портрет: Учеб. пособие – М.: Приор: эксперт. бюро, 1998 – 270с.
4. Амосов Н.М. Эксперимент по преодолению старости. – М.: АСТ; Донецк: Сталкер, 2003 – 130с.
5. Бордаренко И.Н.// Медицинские и социальные вопросы в геронтологии: Сборник статей и тезисов докладов 2-го Международного семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции». – Самара. 1997. – Ч1. – с 27-29.
6. Бедный М. С. Демографические процессы и прогнозы здоровья насиления. – М., 1980.
7. Вопросы геронтологии. Материалы Всероссийской научной конференции по геронтологии и гериатрии, организации медицинской, лекарственной и медико-социальной помощи ветеранам отечественной войны, посвященной 50-летию победы. Под ред. Ю.С. Пименова , Г.П. Котельникова, О.Г. Яковлева. Самара: Самарский Дом печати, 1995 – 252с.
8. Галкин Р.А., Гехт И.А., Суслин С.А. Организация медико-социальной помощи лицом пожилого возраста в сельской местности / Под ред. Р.А. Галкина. – Самара: Издательство ГП «Перстектива», 2001 – 208с.
9. Галкин Г.А., Котельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О. Пожилой пациент. – Самара. ГП «Перспектива» - 1999 – 544с.
10. Гериатрия: Учеб. пособие / Д.Ф. Чеботарев, В.В. Фролькис, О.В. Коркушко и др., Под ред. Д.Ф. Чеботарева. – М.: Медицина, 1990 – 240с.
11. Гурович И.Я. Социальная и клиническая психиатрия. 1995; 4: 42 - 52.
12. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. - М.: Медицина, 1977, 173 с.
13. Журавлева Т.П. Основы гериатрии: Учебное пособие для студентов учреждений сред. проф. образования. – М.: ФОРУМ: ИНФРА – М, 2003 – 271с.
14. Зозуля Т.В., Телешова Е.С. Вопросы стационарной геронтопсихиатрической помощи и влияние психосоциальных факторов на частоту госпитализации. Сборник ВНЦПЗ РАМН. М., 1991.
15. З а к о н У к р а ї н и “Про соціальну роботу” проект прийнято за основу 29.11.2005.
16. Карсаевская Т.В. Человек стареющий. Л. 1989
17. Киселев С.Г. // Медицинские и социальные вопросы в геронтологии: Сборник статей и тезисов докладов 2-го Международного семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции». – Самара. 1997. – Ч1. – с 27-29.
18. Козлов А. А. Социальная герентология. – М., 1995.
19. Козлов А.А. Социальная работа за рубежом: состояние, тенденции, перспективы: Сборник научных очерков. – М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 1998 – 224с.
20. Коркушко О.В., Чеботарев Д.Ф. Колинковская В.Г. / Гериатрия в терапевтической практике. – Киев: Здоровье, 1993. – 840с.
21. Котельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О. Геронтология и гериатрия: Учебник. – Москва, Самара: Самарский Дом печати, 1997. – 800с.
22. Курцмен Дж., Гордон Ф. Да сгинет смерть! Победа над старением и продление человеческой жизни. М. 1987.
23. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию / Г.П. Медведева. Академия педагогических и социальных наук; Московский психолого-социальный институт. – М., Воронеж, 2000 – 95с.
24. Медико-соціальні основи здоров'я: Навчальна програма базової підготовки по соціальній роботі / А.В. Мартыненко. - М.: Інститут молоді, ММА ім. И.М. Сєченова, 1993. -116с.
25. Медицинская карта гериатрического стационарного больного – быть или не быть? / Э.С. Пушкова, Г.М. Подопригора // Сестринское дело. – 2004 - №2 – с. 26-29
26. Медицинские и социальные проблемы в геронтологии: Материалы III Международного семинара по проблемам пожилых «Самарские лекции». Под ред. Г.П. Котельникова, О.Г. Яковлева, Н.О. Захаровой. Самара: Самарский Дом печати; 1998 – 176с.
27. Медицинские проблемы пожилых: Сборник научных работ / Республиканская больница ветеранов войны, Мар. Университет, Мар. республиканское отделение научного общества геронтологов, РАН; Под редакцией А.В. Смирнова. – Йошкар-Ола: 1999 – 207с.
28. Медицинские проблемы пожилых. Сборник научных статей, - Йошкар-Ола: 1999 – 209с.
29. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ, Женева. Санкт-Петербург: Оверлайнд, 1994. 303 с.
30. Основы соціальної медицини: Учбово-методичний посібник /Під ред. А.В. Мартыненко. - М.: Соціум, 1998. - 89 с.
31. Руководство по гериатрии. / Под ред. Д.Ф. Чеботарева. - М.: Медицина, 1982.
32. Руководство по гериатрии / Под ред. А.В. Снежневского. Том 2., - М.: Медицина, 1983.
33. Судаков К.В. Диагноз здоровья. - М., 1993. - С. 21-22.
34. Сачук Н.Н. К вопросу изучения взаимосвязи между состоянием здоровья пожилых людей и их семейным положением // Здравоохранение РФ. – 1984.
35. Сестринские инновации – итоги внедрения: Материал конференции / Подготовила В. Леонова // Сестринское дело. – 2004 - №1. – с. 13-16
36. Современные аспекты сестринского дела в гериатрии / Г.М. Подопригора // Медицинская сестра. – 2002 - №3 – с. 3-9
37. Социальная составляющая гериатрической практики / И.В. Маругина // Медицинская сестра. – 2002 - №3 – с. 13-16
38. Соціальна робота: Навчальний посібник /Під ред. А.М.Панова, Е.И. Холостовой. - М.: Соціально-технологічний інститут, 1997. - 234 с.
39. Соціальна робота /Під загальною редакцією проф. В.И.Курбатова. - М., Ростову-на-Дону, "Фенікс", 1999, 576 с.
40. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых / Под редакцией Л.И. Дворецкого, Л.Б. Лазебника. – М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2000 – 543с.
41. Стюарт-Гамельтон Ян. Психология старения: (Перевод с английского) Ян Стюарт-Гамельтон – 3-е международное издание – СПб., М.: Харьков: Питер, 2002 – 256с.
42. Толстых А. Возрасты жизни. М. 1988. - 223с.
43. Хрисанфова Е.Н. Основы геронтологии. М. 1999.- 192с.
44. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие 2-е издание – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и КО», 2003 – 340с.
45. Холостова Е.И., Егоров В.В., Рубцов А.В. Социальная геронтология: Учебное пособие.- М.: .: Издательско-торговая корпорация «Дашков и КО», 2004 – 296с.
46. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учебное пособие Е.И. Холостова – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и КО», 2002 – 295.
47. Шапиро В.Д. Социальная активность пожилых людей в СССР. М. 1983.
48. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М. Медицина. 1996. - 303с. 50.
49. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия.-М.:Медицина,1977. 214с.
50. Яцемирская Р.С., Біленька И.Г. Соціальна геронтологія. - М.: Владос, 1999.-202 с.