

ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ТИХООКЕАНСКИЙ ИНСТИТУТ
ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ТЕХНОЛОГИЙ



Н. Ю. Василенко

СОЦИАЛЬНАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

Владивосток
Издательство Дальневосточного университета
2003

Программа дисциплины:

Модуль 1. Что за наука – геронтология?

Глава 1.1. Геронтология – наука о старости.

§ 1.1.1. Истоки развития геронтологии.

§ 1.1.2. В поисках «эликсира жизни».

§ 1.1.3. Вклад российской науки в создание геронтологии.

Глава 1.2. Старый человек в старом обществе.

§ 1.2.1. Демографическое старение населения.

§ 1.2.2. Возрастные периоды жизни человека.

§ 1.2.3. Оценка демографической структуры населения.

Глава 1.3. Продолжительность жизни.

§ 1.3.1. Средняя продолжительность жизни.

§ 1.3.2. Демографическая ситуация в истории России.

§ 1.3.3. Рекорды долголетия.

§ 1.3.4. Индекс развития человечества.

Глава 1.4. Старость и власть.

§ 1.4.1. Несколько видов старости.

§ 1.4.2. Социальный возраст старости.

§ 1.4.3. Старость и научно-технический прогресс.

§ 1.4.4. Здоровье и власть.

Модуль 2. Пожилой человек и его окружение.

Глава 2.1. Старость и связанные с ней психологические проблемы.

§ 2.1.1. Изменение социального статуса пожилого человека и связанные с этим психологические проблемы.

§ 2.1.2. Этапы психологического старения.

§ 2.1.3. Пять типов приспособления к старости.

Глава 2.2. Пожилой человек и его семья.

§ 2.2.1. Пожилой человек в семье.

§ 2.2.2. Проблемы взаимоотношений возрастных групп.

§ 2.2.3. Возраст как фактор дискриминации человека.

Глава 2.3. Стресс и фрустрация.

§ 2.3.1. Стресс – болезнь XX века.

§ 2.3.2. Стресс, дистресс и фрустрация.

§ 2.3.3. Стресс в пожилом возрасте.

Модуль 3. Геронтология и гериатрия.

Глава 3.1. Соматические заболевания в пожилом и старческом возрасте.

§ 3.1.1. Фундаментальная геронтология, гериатрия и геропротекция.

§ 3.1.2. Сердечно-сосудистые заболевания.

§ 3.1.3. Заболевания бронхо-лёгочной системы и сахарный диабет.

§ 3.1.4. Опухоли и заболевания мочевыводящей системы.

Глава 3.2. Психические расстройства позднего возраста.

§ 3.2.1. Предстарческие психозы.

§ 3.2.2. Старческое слабоумие.

§ 3.2.3. Основные синдромы, требующие принятия срочных мер.

Модуль 4. Организация медико-социальной работы с лицами пожилого и старческого возраста.

Глава 4.1. Общее состояние проблемы помощи пожилым в современном обществе.

§ 4.1.1. Демографический кризис и кризис здравоохранения развитых стран.

§ 4.1.2. Новые принципы международной политики в отношении пожилых.

§ 4.1.3. Профилактика старения – новое направление медицины XXI века.

Глава 4.2. Медико-социальная работа и этические проблемы ухода за лицами пожилого и старческого возраста.

§ 4.2.1. Медико-социальная работа с лицами пожилого возраста.

§ 4.2.2. Требования к профессионализму социальных работников, обслуживающих лиц пожилого и старческого возраста.

§ 4.2.3. Деонтология в социальной работе с лицами пожилого и старческого возраста.

Глава 4.3. Формы медико-социальной помощи пожилым.

§ 4.3.1. Геронтологические центры.

§ 4.3.2. Гериатрические центры.

§ 4.3.3. Геропрфилактические центры.

Глава 4.4. Опыт медико-социальной работы с пожилыми людьми в зарубежных странах.

§ 4.4.1. Швеция и Великобритания.

§ 4.4.2. Норвегия, Нидерланды и Франция.

§ 4.4.3. Финляндия, Германия, США и Япония.

Аннотация:

Программа курса "Социальная геронтология" составлена в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта Высшего профессионального образования, изучается в блоке специальных дисциплин.

Овладение навыками успешного взаимодействия со старыми людьми требует понимания психофизиологических особенностей пожилого человека и старости как процесса, знаниями о болезнях пожилого и старческого возраста и возможностях их лечения. Дисциплина "Социальная геронтология" раскрывает такие понятия, как биологические, психологические и социальные процессы старения организма, а также включает в себя описание соматических и психических заболеваний, наиболее часто встречающихся в пожилом и старческом возрасте. Программа также предусматривает рассмотрение таких актуальных на сегодняшний день проблем, как демографическое старение населения, проблемы взаимоотношений возрастных групп, насилие в семье, влияние стрессовых факторов, профилактика старения, медико-социальная работа, этические проблемы ухода за лицами пожилого и старческого возраста и др. Главная цель изучения дисциплины, во-первых, представить социальную геронтологию как научную и учебную дисциплину, обобщить и систематизировать материал по социальной геронтологии для данного учебного курса. Во-вторых - дать представление об исторической преемственности формирования социально-геронтологических концепций. В основе базового образования специалиста по социальной работе заложена гуманистическая идея духовного развития, обеспечивающая формирование зрелой личности новой формации, способной акцентировать проблемы социума и личности, решать их, находить способы оптимизации формирования социальной политики региона. Студент должен знать: понятийный аппарат курса, теоретико-методологические основы социальной геронтологии и ее место в системе научных знаний, виды и специфику современных технологий социальной защиты и социального обслуживания пожилых людей. Студент должен уметь: применять знания, практические навыки, полученные при изучении курса в работе с лицами пожилого и старческого возраста. Знание социальной геронтологии обеспечит на этапах обучения студента интеграцию с профессионально значимыми дисциплинами федеральной компоненты учебного плана: психологии, социологии, теории и технологии социальной работы, дисциплин специализации "Содержание и методика социально-медицинской работы", "Основы социальной медицины".

Развёрнутое рекламно-техническое описание:

Учебное пособие «Социальная геронтология» состоит из 13 тем, которые можно условно разделить на четыре блока (модуля). Каждый модуль делится на главы, а те, в свою очередь, на параграфы.

Первый модуль включает в себя четыре главы. В первой главе раскрывается понятие социальной геронтологии как комплексной науки, развивающейся на основе междисциплинарных исследований, говорится об истоках развития геронтологии, поисках «эликсира жизни», начиная с мифов Древней Греции и заканчивая сегодняшним днём, описываются различные способы омоложения организма. Здесь же рассказывается о вкладе российской науки в создание геронтологии.

Во второй главе первого модуля рассматривается такая проблема, как демографическое старение населения, описываются возрастные периоды жизни человека, методы оценки демографической структуры населения.

В третьей главе первого модуля говорится о таких показателях, как «средняя продолжительность предстоящей жизни» и «индекс развития человечества», описывается демографическая ситуация в истории России, рекорды долголетия.

Четвёртая глава первого модуля посвящена проблеме старости и власти. В ней рассматриваются несколько видов старости: хронологическая, физиологическая, психологическая и социальная, приводятся исторические примеры геронтократии.

Второй модуль включает в себя три главы. В первой главе раскрываются психологические проблемы, связанные со старостью, с изменением социального статуса пожилого человека, описываются этапы психологического старения, пять типов приспособления к старости.

Во второй главе второго модуля говорится о пожилom человеке и его ближайшем окружении – его семье, раскрываются проблемы взаимоотношений возрастных групп. Здесь также затрагиваются проблемы насилия над пожилыми людьми и злоупотребления ими алкоголя.

Третья глава второго модуля посвящена проблеме стресса и фрустрации в пожилом и старческом возрасте. В ней рассказывается в общем о стрессе, как о проблеме XX века, вводятся такие понятия, как стресс, дистресс и фрустрация, а также описывается влияние стресса на лиц пожилого и старческого возраста.

Третий модуль состоит из двух глав. В первой главе третьего модуля

рассматриваются наиболее часто встречающиеся соматические заболевания пожилого и старческого возраста: сердечно-сосудистые, заболевания бронхо-лёгочной системы, мочевыводящей системы, опухоли, сахарный диабет. Здесь также раскрываются такие понятия, как фундаментальная геронтология, гериатрия, геропротекция, паспортный и биологический возраст человека.

Вторая глава третьего модуля описывает психические расстройства позднего возраста, в частности предстарческие психозы и старческое слабоумие. Здесь также говорится об основных синдромах, встречающихся в пожилом возрасте, требующих принятия срочных мер.

Четвёртый модуль посвящает проблемы организации медико-социальной работы с лицами пожилого и старческого возраста, он состоит из четырёх глав. В первой главе четвёртого модуля говорится об общем состоянии проблемы помощи пожилым в современном обществе: новые принципы международной политики, демографический кризис и кризис здравоохранения, профилактика старения, как новое направление медицины XXI века.

Во второй главе четвёртого модуля рассказывается о медико-социальной работе с лицами пожилого и старческого возраста и об этических проблемах ухода за пожилыми и старыми людьми.

В третьей главе четвёртого модуля описываются формы медико-социальной помощи пожилым: геронтологические, гериатрические и геропротективные центры.

Четвёртая глава четвёртого модуля рассказывает об опыте медико-социальной работы с пожилыми людьми в зарубежных странах: Швеции, Великобритании, Франции, Германии, США, Японии и др.

Учебное пособие «Социальная геронтология» составлено в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта Высшего профессионального образования.

Данное учебное пособие даёт студенту представление о социальной геронтологии как о науке и учебной дисциплине, а также формирует представление о месте социальной геронтологии в современном обществе, о её взаимосвязи с другими общественными системами.

Целью этого пособия является формирование у студента чуткого, внимательного, гуманного отношения к человеку, нуждающемуся в социальной защите, творческого мышления в решении социальных проблем, использования знаний по социальной геронтологии в социальной работе.

Методические указания для студента:

По завершению обучения по дисциплине «Социальная геронтология» студент должен:

- Овладеть основами знаний по социальной геронтологии.
- Знать и понимать основные проблемы социальной геронтологии.
- Знать научные подходы к решению проблем социальной геронтологии.

Для того, чтобы получить зачёт студенту необходимо пройти тестирование и получить положительную оценку.

Введение:

Прогрессирующее старение населения, т. е. увеличение в нем доли лиц старших возрастов, является общепризнанным в мире. В 2001 г. население мира достигло 6,2 млрд. чел., возраст каждого десятого землянина составил 60 лет и старше. Пожилые люди старше 60 лет — самая быстрорастущая группа населения. По долгосрочным прогнозам ООН к 2050 г. в мире примерно будет 2 млрд. чел., которые достигли возраста старше 60 лет.

В России пожилые граждане составляют 20,5% населения, а в 35 регионах доля лиц старших возрастов достигает 26,6%. Согласно принятой международной классификации, уже с 2004 г. возрастная структура населения России соответствует типу населения в стадии демографической старости, когда доля детей и подростков будет лишь незначительно превышать долю лиц старше 65 лет. Демографическое старение населения в будущем окажет сильное влияние на индивидуальную, общественную и международную жизнь, преобразит все аспекты жизни человека и общества: социальные, экономические, политические, культурные, психологические и духовные.

Взаимосвязь между социальной работой и старением стала объединяться понятиями "старение и социальная работа", "социальная работа с пожилыми людьми" и все чаще встречающейся дефиницией "геронтосоциальная работа". Геронтосоциальная работа наряду с традиционным социальным обслуживанием лиц пожилого возраста, как часть современной работы с пожилыми людьми, стала утверждаться в мировом сообществе, начиная с 1970-х гг. Старение людей стало рассматриваться как поле деятельности представителей многих специальностей, которое предполагает кроме знаний, навыков и умений в своей области наличие знаний в области старения и старости людей.

С принятием термина "геронтосоциальная работа" в полном соответствии с резолюциями ООН определились принципы геронто-социальной работы: независимость, участие, уход, реализация внутреннего потенциала, достоинство пожилого человека, которые определяют профессиональную компетентность, высокую внутреннюю культуру специалистов в работе с пожилыми людьми.

Работа с пожилыми людьми основана на понимании того, что работа со стареющим и престарелым человеком отличается от работы с лицами молодого возраста. Несмотря на то что в трудных жизненных ситуациях у пожилого человека много проблем общих с молодыми клиентами социальных агентств, но встреча с пожилыми требует от социального работника особых знаний, навыков, умений. Кроме того, в настоящее время в социальной работе наблюдается повсеместная тенденция: лица, посвящающие себя уходу

за старыми людьми и работе с ними, это молодые люди. С этих позиций особенностью геронтосоциальной работы является встреча разных поколений. Возрастная разница в пятьдесят лет вносит в отношения с клиентом свою особую специфику. Нередко некоторые аспекты поведения старых людей вызывают неприятие и удивление молодых, кажутся им необычными или аморальными, на самом деле находятся в рамках культурной нормы прошлого поколения и не свидетельствуют об ухудшении умственных способностей человека. В старом человеке мы видим сегодняшний облик и практически не можем представить его себе ребенком, красивым, сильным, самоуверенным человеком в расцвете лет, устремленным в будущее. Тогда как очень важно, видя перед собой старого и больного человека, воссоздать его облик и помнить, что он несет в себе прошлый опыт: детство и юность, молодость и зрелость. Пожилые клиенты имеют более богатый жизненный опыт, чем молодые клиенты социального работника и большинство самих социальных работников, что составляет особенную специфику работы с пожилыми клиентами. Временное измерение приобретает особый вес в работе с пожилыми клиентами. Долгий жизненный путь и близость смерти являются для них большей реальностью, чем для молодых клиентов. Работая с очень старыми людьми, социальные работники и другие профессионалы явственно ощущают конечность жизни. С этих позиций уход за старыми людьми — это внимательное и заботливое восприятие старых людей такими, какие они есть, умение войти в мир их переживаний.

Овладение навыками успешного взаимодействия со старыми людьми требуют понимания психофизиологических особенностей старого человека и старости как процесса. Социальные работники призваны не только помогать пожилым людям в их повседневных хлопотах, но и научить их достойно преодолевать трудности непростого этапа жизни.

Для социальных работников, испытывающих явный недостаток специальной литературы, данное учебное пособие поможет найти ответы на вопросы, возникающие в их трудной каждодневной практике.

Модуль 1. Что за наука – геронтология?

Глава 1.1. Геронтология – наука о старости.

§1.1.1. Истоки развития геронтологии.

Геронтология — наука о старости, о старении, о стариках, а следовательно, о продолжительности жизни, о здоровье и о болезнях, об образе жизни, который обеспечивает долголетие. Геронтология — наука о жизни, об одном из ее этапов, о том, как сделать его счастливым. О том, когда начинается старость и когда нужно начинать к ней готовиться.

Но не будем спешить, поинтересуемся тем, когда возникла эта наука и как развивалась. Одни считают геронтологию древнейшей наукой, связывая ее рождение с именами основателей медицины Гиппократ и Ибн-Сины, философов Цицерона и Сенеки, живших задолго до нашей эры. Другие авторы утверждают, что она организационно оформилась и ведет свое начало со второй половины нашего столетия и инициаторами были ВВС США, выдавшие заказ науке найти способы продления активной жизни летчиков, чья подготовка обходится очень дорого и продление сроков службы летного состава давало бы громадную экономию. Именно тогда был создан первый научно-исследовательский институт. Как бы то ни было, но правы и те и другие.

Можно сказать, что геронтология — ровесница культуры. Во все времена человеческой истории она вбирала новые знания, создаваемые специалистами самых различных отраслей: врачами и физиологами, философами и биологами, психологами и социологами, географами и этнографами. И это далеко не полный перечень деятелей, трудившихся над ее созданием, сюда же следует включить демографов, правоведов, историков, а также ученых более тонких и молодых отраслей знания: биохимиков, биофизиков, психоаналитиков, психофизиологов. **Геронтология — комплексная наука, развивающаяся на основе междисциплинарных исследований.**

Многое из того, что было привнесено, утратилось и покрылось пылью веков. Что-то, например, наставления основателей медицинской науки, справедливо и поныне. Ибн-Сина (980-1027 гг.) учил:

«Кто стар, тому болезнь повсюду мнится:

Теряет быстро силы поясница.

Желудок слаб и, чтобы не страдать,

Едой нельзя его утяжелять.

Умеренность во всем, душе — покой, —

Полезен старикам режим такой ...

На склоне лет разумнее всего

Поддерживать умело естество ...

Запомни: что полезно молодым,

То в старости быть может роковым»

В «Поэме о медицине» великий мыслитель, врач и поэт Ибн-Сина (латинизированное — Авиценна) завещает своим ученикам:

«Лечи болезнь, пока она снаружи,

Загонишь внутрь — больному станет хуже ...

Лекарства разрушают постепенно:

Лекарств остерегись, корми отменно ...

И снова повторю: лечи причины —

В том главный принцип нашей медицины».

Две тысячи лет назад римлянин Марк Тулий Цицерон в философском трактате о старости обрисовал преимущества старости. Цицерон назвал интересы ума и достоинства характера лучшим оружием против старости. Человек, всю жизнь оттачивающий такое оружие, собирает в старости чудесный урожай. Он добывает для себя ценности постоянные, на всю жизнь, его согревает сознание интересно прожитой жизни и память о добрых свершениях.

Цицерон отвергает четыре главные обвинения против старости: первое — будто бы она препятствует деятельности; второе — будто бы она ослабляет тело; третье — якобы она лишает человека чуть ли не всех наслаждений; четвертое — что она приближает человека к смерти.

1. Старость отвлекает людей от дел? От каких? От тех ли, какие ведет молодость, полная сил? А разве нет дел для стариков, слабых телом, но сильных духом?

Не силой мышц, не проворностью и не ловкостью тела вершатся великие дела. Мудрость, авторитет, здравые, осмысленные решения — эти качества не только не исчезают с годами, но все более укрепляются. Если бы эти качества не были свойственны старикам, то римляне не называли бы свой высший государственный совет «сенатом» (от

латинских слов «старый», «старец»).

В Спарте (Лакедемон) высших магистров называли «старыми», независимо от возраста. Величайшие государства чаще рушатся по вине молодых, а не старых. Говорят, что в старости слабеет память. Это происходит только в том случае, если человек не упражняет свою память или глуп от рождения. Сколько известных людей продолжали учиться и творить до глубокой старости!

2. Слабость. Она чаще всего является наследием молодости. Распушенная и несдержанная молодость передает старости уже истощенное тело. Добродетельный и разумный старец всегда имеет достаточно сил. Юноша хочет жить долго, а старик уже прожил долго. Более того, молодой возраст в гораздо большей степени таит в себе опасность смерти: молодые люди легче заболевают, тяжелее болеют, их труднее лечить, поэтому до глубокой старости доживают немногие.

Но смерть молодого является насилием над природой, а смерть старца подобна падению зрелого плода. Как незрелые плоды можно срывать с деревьев только насильно, а спелые и созревшие опадают сами, так у молодых людей жизнь отнимается насильем, а у стариков — увяданием. (Несчастный, при сочинении своего трактата не знал, что и у него, старика, жизнь отнимут насильно. После убийства Цезаря, Цицерон был фактически главой республиканского Рима, но через год цезарианцы взяли верх и убили шестидесятитрехлетнего старца Цицерона).

Определенные желания свойственны детству, юности, зрелости и старости. С возрастом они проходят, видоизменяются в новые, соответствующие новому возрасту, но когда старик расстается со своими желаниями, то других новых уже не будет, значит приходит время умирать. Из жизни надо уходить, как из гостиницы, а не как из собственного дома; природа дала нам жизнь как жилище временное, а не постоянное.

Таков краткий пересказ трактата. Великие потому и бессмертны, что их мысли не теряют своей мудрости и по прошествию тысяч лет. Размеренный образ жизни, философское отношение к ее тяготам и к самой старости и даже смерти, физические и умственные упражнения, творческая активность и бодрость духа. Разве эти наставления устарели и не полезны для наших пожилых современников?

§1.1.2. В поисках «элексира жизни».

От средних веков и до наших дней продолжают поиски «элексира жизни». Алхимики искали «философский камень», нынче эскулапы заняты поисками чудодейственных лекарств и бальзамов, способных излечить от всех хворей и продлить жизнь. Реклама постоянно радует обывателей, что нечто подобное уже готово к употреблению. Недавно разразился мировой скандал, по поводу производимого в США

средства под названием «мелатонин». Власти ряда европейских государств запретили ввоз мелатонина как непробированного средства. Однако разработчики этого средства утверждают: «Благодаря мелатонину можно затормозить наступление старости и активизировать наш биологический потенциал, продлив жизнь до 100 и более лет». Люди испокон веков мечтали изыскать способ или средство, с помощью которого можно было бы вернуть молодость, «повернуть реку времени вспять». Иллюзорность таких мечтаний, пожалуй, лучше других, устами Мефистофеля, объяснил Гете: молодость можно удержать с помощью простого, скромного образа жизни, но вернуть ее в состоянии только волшебство и колдовство.

В греческой мифологии такими способностями наделялась волшебница Медея, в древнеегипетской можно найти красивый миф о воскрешении и омоложении Озириса. Птица Феникс постоянно молода, возрождаясь из пепла. Вспомним старинные русские сказки о живой и мертвой воде.

Фанатичные алхимики были уверены в существовании философского камня, который способен превращать неблагородные металлы в золото и серебро, а старых — в молодых.

Оригинальный философ Роджер Бэкон (XIII век) выпускник, а затем преподаватель Оксфорда, предсказавший ряд открытий: телескопа, самодвижущейся повозки, летательного аппарата; требовавший искоренения невежества и расширения светского образования, за что и угодил в тюрьму; между тем верил в сокровенные средства. К таковым он причислял: чистое золото, ладан, жемчуг, розмариновое масло, костный мозг оленя, сырое мясо гадюки и дыхание молодых людей. «Сведушие люди, — писал Р.Бэкон, — полагают, что подобно тому, как с помощью магии можно очистить основные металлы от всех примесей и загрязнений и превратить в чистое золото и серебро, так можно человеческое тело освободить от всех неправильностей и продлить жизнь на многие столетия». Однако геронтология благодарна Роджеру Бэкону за специальную работу, посвященную гигиене пожилого возраста, в которой содержатся советы, близкие по смыслу к высказываниям уже названного Ибн-Сины (Авиценны).

Пробовали проводить омоложение с помощью переливания крови, в том числе и от баранов. Острословы-противники этого метода говорили, что для процедуры необходимо три барана: у одного берут кровь, другому ее переливают, а третий баран проделывает эту операцию. До той поры, пока не было известно, что необходимо совпадение группы крови у донора и пациента, такие процедуры заканчивались катастрофически.

Было бы несправедливым считать, что многовековой, подчас равный каторжному по затратам усилий поиск чудодейственного средства, дарующего молодость оказался напрасным. Сколько потрясающих открытий и удивительных лекарств подарила медицина человечеству, продлив тем самым сроки жизни, Тем не менее, попытки найти такое средство, которое излечивало бы от старости, не прекращаются и поныне. А люди

по-прежнему стареют и умирают.

Только в нашем веке ученые смогли установить, что регулирует работу всех внутренних органов человека особый участок головного мозга — гипоталамус, который и определяет такие процессы как сон и бодрствование, эмоциональные проявления и артериальное давление, терморегуляция и обмен веществ, ассимиляция и диссимиляция. Гипоталамус обрабатывает информацию, получаемую от внутренних органов и посылает импульсы-команды для них. Позже выяснили, что эти импульсы имеют электрическую природу, а нарушения в этой системе, как бы «короткие замыкания», оборачиваются различными заболеваниями. Открывшийся в 1952 году в Киеве Институт геронтологии Академии медицинских наук был нацелен на поиск «элексира молодости» — геровила. Но исследования зашли в тупик, стало ясно, что такого фармацевтического средства найти невозможно. И только развитие электронной промышленности помогло найти сверхоригинальное решение: электронщики в соавторстве с медиками изготовили микропроцессор, способный имитировать сигналы, посылаемые из мозга во все внутренние органы человека. Электрические воздействия устраняют возможные сбои в системе. Была изобретена так называемая «электронная таблетка», посылающая импульсы в центральную нервную систему и вызывающая ответные реакции. Результат: улучшение кровообращения, увеличение иммунитета, нормализация работы желудка, печени, почек, представительной железы. Но что особенно важно для людей пожилого возраста — это положительное воздействие на заболевание, чаще всего встречающееся в историях болезни этих людей — [атеросклероз](#).

Производителем таблеток стал один из строго засекреченных военных заводов, потребителем — четвертое управление, где лечились члены Политбюро и их «братья по классу» из дружественных стран. «Выдающиеся деятели определенного движения» преклонного возраста после приема электронного чуда начинали лучше двигаться. Чудо-таблетка держалась в таком секрете, что о ней не слышали и не знали не только аптекари, но и главный геронтолог страны. Но и в настоящее время это научное открытие не получило широкого распространения в нашей стране.

Другое древнее средство «омоложения» — использование в пищу отдельных органов животных, обладающих якобы «целительной жизненной силой». Возможно, здесь истоки пути, приведшего к идее использовать органы животных как донорские для человека.

В лечебном арсенале древних были более пикантные способы омоложения замерзающей крови властных старцев — дыхание девственниц, но такая «физиотерапия» у последующих поколений не нашла признания. Хотя теория, объясняющая старение как результат ослабления деятельности половых желез, распространившаяся в конце XIX века, может быть представлена как модификация древней идеи. Руководствуясь этой теорией, ее приверженцы предлагали различные «радикальные» методы омоложения:

впрыскивание экстракта спермиев, перетяжка семявыносящих канальцев, пересадка семенников.

История геронтологии хранит немало анекдотов о различных способах «омолаживания». Один из них о работах пламенной революционерки, соратнице Ленина и Крупской — О.Б.Лепешинской, полагавшей себя великим биологом, проводником учения Сталина в биологии, и видимо за это избранная членом АМН и награжденная премией имени своего учителя. В конце сороковых годов Ольга Борисовна сообщила о «крупном открытии» — содовых ваннах, которые якобы возвращают старым людям молодость, поддерживают бодрость духа и тела. Испытания были поведены на отдыхающих санатория «Барвиха», где тогда, как и сейчас, лечились высокопоставленные деятели государства. Они дали высокую оценку работе «большевика советской биологической науки». Рецепт «омоложения» был широко разрекламирован и сода надолго исчезла из продажи. Когда же блеф стал явным, шум — утих, сода вернулась на прилавки.

Небезынтересна для истории геронтологии жизнь и судьба великого И.И.Мечникова и его научных исканий. Автор книги «Охотники за микробами» Поль де Крюи посвятил ему отдельную главу и утверждает, что именно Мечников придумал звучное название науке о старости — «геронтология», а науке о смерти — «танатология».

«Болезнь — это не более как эпизод, — писал Мечников. — Недостаточно заниматься одним только выдумыванием способов лечения; нужно взяться за изучение общего вопроса о судьбе человеческой: почему человек неуклонно стареет и в конце концов умирает, когда в нем еще так велика жажда жить?» Мечников стал изучать старость на животных: старых собаках, котах, попугаях и даже черепахах. Он искал способ приостановления старости, пытался разгадать ее основную причину. Присоединившись к мнению других ученых о том, что человек стар насколько, насколько затвердели его артерии, что вызывается алкоголизмом и рядом болезней, он назвал еще одну причину, посчитав ее наиважнейшей. Этой причиной, по мнению ученого, является аутоинтоксикация, та есть самоотравление организма гнилостными бактериями, паразитирующими в толстых кишках.

В поисках противоядия он побывал в Болгарии, в одной деревушке, славящейся большим числом столетних долгожителей. Он узнал, что патриархи этой местности питаются главным образом кислым молоком. Изучив микроб, окисляющий молоко, он создал знаменитую болгарскую палочку, ставшую патентованным медицинским средством.

«Этот микроб с помощью вырабатываемой им молочной кислоты изгоняет диких ядовитых бактерий из нашего кишечника», — писал Мечников:.

Он сам перешел на кисломолочную пищу, а затем вообще стал питаться чистой культурой болгарской палочки.

Но увы, умер великий естествоиспытатель, не исчерпав даже видовой продолжительности человеческой жизни, на семьдесят первом году.

Открытие Мечникова получило широкое признание в России и до недавнего времени, какого бы низкого качество ни было бы заводское кислое молоко, на этикетках красовалась надпись: «простокваша Мечникова».

§1.1.3. Вклад российской науки в создание геронтологии.

Вклад российской науки в создание геронтологии во всех учебниках мира связывается с выдающимися трудами научных школ С.П.Боткина, А. А. Богомольца, И.И. Павлова.

С.П.Боткину и его ученикам принадлежит разработка первой программы изучения долголетия. Они организовали и провели массовое обследование престарелых, живущих в богадельнях Петербурга в 1889 году. Ученый и врач Боткин выдвинул идею о разграничении старости на физиологическую и патологическую (преждевременную), то есть о возможности дожития, при определенных внешних условиях и образе жизни, до видового предела — 100 или более лет.

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

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

В 30-х годах нашего столетия геронтология разделилась на ряд научно-исследовательских отраслей: человека, животных, растений, обособились в качестве самостоятельных наук молекулярная и биохимическая, экологическая и эволюционная геронтологии.

Одновременно произошла дифференциация исследований процессов старения на теоретические и прикладные, а самой науки — на теоретическую и прикладную геронтологию. Но основная масса исследований и публикаций была посвящена биологическим проблемам старения и старости.

Рост продолжительности жизни и вместе с ним численности людей пожилого возраста после второй мировой войны во всех развитых странах заставили обратить внимание общества на положение престарелых, их нужды и проблемы социальной защищенности. Решение практических, а затем и теоретических вопросов положения стариков вызвало появление новой отрасли геронтологического знания — социальной геронтологии. При развитии этого направления на первый план вышли разработки

социологических, социальнопсихологических, экономических, этических проблем старения. **Социальная геронтология изучает человека как социобиологическое существо и потому интегрирует гуманитарный и медико-биологические подходы к решению собственных проблем.**

Социальная геронтология переросла рамки узкоакадемических исследований, приобрела статус самостоятельной науки и учебной дисциплины. Она преподается более чем в 800 университетах и колледжах США. В России преподавание этой дисциплины включено в учебные планы подготовки медицинских и социальных работников.

Примечательно, что в России социально-геронтологические исследования намного опередили вхождение в научный обиход самого названия этой отрасли. В работах А.А.Богомольца по проблемам продолжительности жизни медицинские проблемы разрабатывались наряду с социальными. Богомолец давал аргументированные рекомендации о поведении людей, об их взаимоотношениях, способствующих продлению жизни. Если в США и других западных странах сторонниками самостоятельности социальной геронтологии как науки были социологи, то в России этим занимались гигиенисты; среди которых одним из первых был З.Г.Френкель.

В работе «Удлинение жизни и деятельная старость» (1949) он обосновал идею, которую затем развивал в других своих работах, о необходимости посильного труда для пожилых людей. Он считал, что одним из самых главных условий поддержания ритма во всей жизни человека является его общее состояние, которое во многом определяется сознанием и направленностью твердой воли человека. Академик и сам следовал своим рекомендациям, прожив более ста лет и работая до последнего дня.

Еще двести лет назад, задолго до появления самого слова геронтология, в России была издана книга с весьма примечательным названием «О продлении человеческой жизни. Как достигать здоровой, веселой и глубокой старости». Ее автор П. Енгальчев на уровне своего времени давал советы о ряде гигиенических требований, диете, своевременном лечении и об использовании «лечебной силы природы». И сегодня, когда изучение процессов старения углубилось до молекулярного и клеточного уровня, проблема «веселой старости» еще более актуальна.

Академик Д.Ф.Чеботарев, выдающийся современный геронтолог, считает, что, в распространенной формуле, определяющей конечные цели геронтологиче: «Не только добавить годы к жизни, но и жизнь к годам» — воплощены и тактические, и стратегические задачи этой науки, объединены и медицинские и социальные проблемы старения. Чеботарев пишет: «Тактические задачи — борьба с преждевременным старением и хотя бы частичное освоение тех резервов, которые безусловно есть у человека и которые определяются неиспользованным периодом между современной средней и видовой продолжительностью жизни (между 70 и 100 годами), сохранение практического здоровья во весь период так называемого третьего возраста.

Стратегические задачи — продление активного долголетия сверх сроков видовой, биологической длительности жизни человека».

Глава 1.2. Старый человек в старом обществе.

§ 1.2.1. Демографическое старение населения.

Люди всегда были склонны идеализировать свое время как необычное, непохожее ни на какое другое. Но, пожалуй, самым необыкновенным из всех необыкновенных веков истории, стал уходящий XX век. Ни один из предшествующих веков не внес столько изменений в жизнь общества, как этот, ни один не вобрал в себя такого количества революций: политических и экономических, социальных и экологических, промышленных и научно-технических, и даже сексуальных. Еще никогда на Земле не сосуществовало такого огромного числа потомков Адама и Евы и еще никогда в этом макросемействе не было столько скандалов, драк, войн, катастроф, уносящих жизнь людей сотнями тысяч и десятками миллионов. И что не менее удивительно — при всем при этом человечество сохраняет самое большое количество старых и пожилых людей. Их численность превышает численность всего населения Планеты в XVII веке.

Для XX века характерны колоссальные демографические изменения: в начале века в мире проживало 1 миллиард 630 миллионов человек, а к концу его эта цифра вырастет как минимум в 3,5 раза. За три предшествующих века (1600-1900 годы) численность населения увеличилась лишь в три раза, то есть скорость (темпы) роста населения увеличились в XX веке более, чем втрое. Но еще стремительнее этот процесс начал развиваться во второй половине века. Более всех других демографических параметров в послевоенное время изменилась возрастная структура населения, которая определяется уровнями рождаемости и смертности и обуславливает долю экономически активного населения, степень обеспеченности страны трудовыми ресурсами.

По данным ООН в 1950 году в мире было 214 млн. людей старше 60 лет; по прогнозам в 2000 году их уже будет 590 млн, а в 2025 году — 1100 млн, т.е. численность пожилых людей возрастет за эти годы в 5 раз, тогда как население планеты за это время увеличится лишь в 3 раза. В связи с этим стали говорить о «старении» общества. В нашей стране по тем же прогнозам к 2000 году 25 % населения будет старше 50 лет. Время бежит со скоростью спринтера и со старческой одышкой.

Различают три основных типа возрастной структуры. Первый (к нему принадлежит большинство развивающихся стран с высокой рождаемостью и смертностью и сравнительно низкой средней продолжительностью жизни) отличается очень высокой долей в численности населения детских возрастов (0-15 лет) и небольшим процентом людей пожилого возраста (60 лет и старше). Второй тип характеризуется почти равными долями детей и старших возрастных групп, со средней продолжительностью жизни, с небольшим приростом населения), к нему принадлежат страны, занимающие

промежуточное положение между первым и третьим типами, в основном — это страны Восточной Европы). К третьему типу относятся страны Западной Европы, Северной Америки, Япония, Австралия. К этому типу принадлежит и Россия. Характерные особенности последнего типа: невысокая рождаемость, сравнительно низкая общая смертность и относительно большая продолжительность жизни.

Демографы называют первый тип — «прогрессивным», так как ему соответствует высокий показатель естественного прироста населения, второй — «стационарным», здесь естественный прирост находится на неизменном уровне, третий — «регрессивный», отличается большой долей пожилых людей и суженным или убывающим ростом населения.

Демографическое старение — результат длительных изменений в характере воспроизводства населения. Старение идет как бы с двух сторон — «снизу», из-за постоянного сокращения численности детей вследствие снижения рождаемости, и «сверху», вызванное увеличением числа пожилых и старых людей, чему способствует сокращение смертности этих людей. Отдельная проблема — миграция, меняющая возрастную структуру. Уезжают обычно молодые, остаются старики. В результате в местах прибытия население «молодеет», а в местах убытия — «стареет».

Однако, известный французский демограф Р.Пресса в своей книге «Народонаселение и его изучение» высказывает другой подход к проблеме старения населения, не отрицая влияния миграции. Он утверждает, что старение населения вызывается исключительно снижением плодovitости, поскольку снижение смертности касается всех возрастов, а не только старших поколений. Он полагает, что на указанный процесс оказывает влияние лишь смертность людей в фертильных (обеспечивающих плодovitость) возрастах, от них зависит численность детей. Еще один важный фактор, по мнению француза, заключается в процессе урбанизации, оттягивающей сельскую молодежь в города и задающей свою моду на пониженную численность детей в семье.

§ 1.2.2. Возрастные периоды жизни человека.

Но пора, однако, договориться о том, какой возраст называют пожилым и старым. В российской демографии и статистике чаще используют термин — «старше трудоспособного возраста». Журналисты выбирают более деликатный термин — «третий возраст». В возрастной периодизации жизни человека испокон веков было много субъективного.

Свой отпечаток накладывали конкретно-исторические условия и средняя продолжительность жизни в то или иное время, в той или иной стране, но обо всем этом несколько позже.

Известный исследователь Э.Россет приводит несколько примеров из многочисленных попыток установления возраста начала старения человека.

Согласно древней китайской классификации человеческая жизнь делится на семь фаз.

Возраст от 60 до 70 назван желанным. Может быть, потому что до него редко доживали, но желали дожить? А может быть, потому что в этом возрасте, полагали китайцы, начинается умиротворение плоти и обретение мудрости? Кстати, Лев Толстой перед шестидесятилетием с большим увлечением изучал Конфуция и мечтал о том, чтобы избавиться, наконец, от мучительной борьбы двух крайностей — порывов духа и власти плоти. Об этом можно прочесть в его дневниках.

А вот древнегреческий мыслитель Пифагор (VI в. до н.э.) считал, что четырем временам года соответствуют четыре периода жизни человека, каждый из которых равняется 20-ти годам.

Ибн Сина (Авиценна, 980-1037 г.г.) философ и врач считал, что возраст 50-60 лет — это уже начало глубокой старости. Виктор Гюго называл возраст 40-45 лет периодом «старости юности» или «юности старости», уверяя, что с этих лет человек начинает стареть. Правда, именно в этом возрасте у Гюго был скандальный роман с замужней женщиной, когда его возлюбленная была посажена в тюрьму за прелюбодеяния, а он сам избежал наказания лишь потому, что принадлежал к сословию пэров.

Уже в начале нашего века американский врач Ослер, будучи пожилым человеком, пропагандировал идею безболезненного умерщвления стариков, чтобы они не были в тягость ни себе, ни близким людям, но сам спокойно дожил до глубокой старости.

Философы почитают Гиппократом основателем любомудрия. Врачи называют его родоначальником своей науки и присягают верности профессиональному долгу с его именем. Правда на стороне медиков. Доказательством тому служит то, что великий мыслитель древности периодизировал жизнь человека не по уровням становления личности, а по физиологическим циклам. Гиппократ называл 10 периодов по 7 лет каждый, начиная с нулевого возраста. Идея, заложенная первым лекарем мира, стала основополагающей для всех его коллег-последователей.

Немецкий физиолог М. Рубнер предлагал следующее деление:

младенчество — до 9 месяцев,

раннее детство — до 13-14 лет,

юношеский возраст — до 19-21 года,

зрелость — до 41-50 лет,

старость — от 50 лет,

почтенная старость — от 70 лет.

Немецкий ученый патологоанатом Л. Ашофф предложил классификацию с тем же числом периодов, что и у Гиппократов, но с другими временными границами. Интересно, что первым периодом назван внутриутробный, затем следует время новорожденного — до 7 дня жизни, младенчество длится до 7 лет, отрочество — до 14 лет, годы созревания — до 25 лет, зрелый возраст продолжается до 45 лет. И дальше, до 65 лет — наступает время начала старости, собственно старость охватывает период от 65 до 85 лет, а после этого возраста приходит почтенная старость. Немецкие исследователи опубликовали свои гипотезы на рубеже двух веков — прошлого и нынешнего.

Современные английские физиологи выделяют 5 периодов в жизни человека: раннее детство — до 7 лет, позднее детство продолжается до 14 лет, время молодости — до 25 лет, затем четверть века человек находится в поре зрелости, а после 50 наступает старость.

Русский профессор-демограф А.П.Рославский-Петровский 150 лет назад предложил свое деление человеческой жизни на этапы с романтическими названиями для поколений:

подрастающее — от 0 до 15 лет (малолетние — до 5, дети — до 15 лет);

цветущее — от 16 до 60 лет (молодые — до 30, возмужалые — до 45 и пожилые — до 60 лет);

увядающее — от 61 до 100 и старше (старые — до 75, долговечные — до 100 лет и старше).

Два самых известных советских демографа, к сожалению, оба уже покойные, С.Г.Струмилин и Б.Ц.Урланис обосновали весьма оригинальную схему деления возрастов на три периода, каждый из которых включает в себя три отрезка времени. В основе классификации — отношение к трудовой деятельности: дорабочий, рабочий, послерабочий.

Рабочий включает: юность (16-24), зрелость (25-44), поздняя зрелость (45-59).

Старость подразделяется на пожилой возраст (60-69), раннюю старость (70-79), глубокую старость — после 80 лет.

И, наконец, классификация, принятая в международных сравнениях. В ней предусматривается 8 периодов:

младенчество — до 1 года,

дошкольный возраст — от 1 до 4 лет;
школьные годы — 5-14 лет;
юношеские годы — 15-24 года;
годы наибольшей активности— 15-44 года;
средний возраст — 45-64 года;
ранний период старости — 65-74 года;
старость от 75 лет.

Как мы видим, в определении того, что назвать старостью и кого назвать стариком, нет единообразия и «полного единодушия». Но некоторые общие подходы весьма заметны и во взглядах древних, и у современных классификаторов. Во-первых, большинство исследователей связывают старость с шестидесятилетием. Во-вторых, и демографы, и физиологи признают, что старость — это длительный период жизни, такой же, как молодость или зрелость и для понимания тех изменений, которые претерпевает человек в этом возрасте, необходима более подробная классификация, выделение субпериодов. Но даваемые им названия не всегда объяснимы: «ранняя», «почтенная», «глубокая» старость. Как будто могут быть поздние, неприличные или мелкие старики. Но это уже проблемы филологии.

§ 1.2.3. Оценка демографической структуры населения.

Все сказанное относится к определению индивидуальной старости, точнее — определению возрастных границ старости индивида. Не меньшее разнообразие предложений имеется, когда речь заходит об определении параметров демографического старения населения, выражаемого через удельный вес старшей возрастной группы в общей численности населения.

ООН использует свою шкалу для оценки демографической структуры населения. В ней заложен и более высокий возрастной порог для лиц, включаемых в старшую по возрасту группу — 65 лет и старше, и другая градация при определении ее удельного веса в общей численности населения: 4 % и менее — население страны молодое; от 4% до 7% — население на пороге старости; более 7% — население старое.

Наиболее известна шкала, предложенная французской исследовательницей Ж. Боже-Гарнье и развитая уже названным Э. Россетом:

Если пользоваться такими критериями применительно к Европе, то может получиться довольно грустная, сказка: старенькие дедушка и бабушка жили в стареньком

домике, у них была старенькая кошка, которая бегала за старенькой мышкой ... Еще в 1870 году по Франции 12% населения было старше 60 лет. В 1901 году порог старости перешагнула Швеция. В 1931 году население Великобритании можно было называть старым. Через шесть лет ее догнала Германия. В настоящее время список с демографически старым населением значительно пополнился. За последние 10-15 лет численность престарелых людей в западных странах утроилась и составляет примерно 15%. Особенно остро эта проблема стоит перед США и Японией. А вот в Азии, Латинской Америке, Африке, благодаря высокой рождаемости доля старых людей не превышает 5-6%.

Этап	Лица в возрасте 60 лет и старше, в % ко всему населению	Этапы старения и уровни старости населения
1-й	Ниже 8	Демографическая молодость
2-й	8-10	Первое преддверие старости
3-й	10-12	Собственно преддверие старости
4-й	12 и выше	Демографическая старость
	12-14	Начальный уровень демографической старости
	14-16	Средний уровень
	16-18	Высокий уровень
	18 и выше	Очень высокий уровень

В Соединенных Штатах в течение XX века доля пожилых людей в общей численности населения выросла более, чем в три раза. В начале периода, в 1900 году людей старше 65 лет было 3,1 млн. или 4,0%, к середине века уже вдвое больше — 8,1%, а в абсолютных величинах вчетверо больше — 12,2 млн, в 1980 году — 25 млн. человек или 11,3%; по прогнозам в конце века будет 35 млн. пожилых и старых американцев, они составят 13,1% нации, а к 2020 году за счет всплеска рождаемости в 50-60 годах — 50 млн, что будет равно 17,3%.

Обращает внимание то, что всплески и падения рождаемости по прошествию 60-65 лет оказывают серьезное влияние на численность демографической группы такого же возраста. Так отразились последствия Великой Отечественной войны на возрастной структуре населения СССР.

По переписи 1989 года людей предвоенных 1935-1939 годов рождения было около 18 млн, тогда как поколение родившихся в военные 1940-1944 годы едва достигало 15 млн. А вот послевоенное поколение 1950-1954 годов составляло уже 21 млн. Конечно, эти цифры не учитывают влияние естественной смертности. Но так или иначе, когда наступит пенсионный возраст поколений послевоенных лет рождения, то это приведет к

увеличению доли пожилых и старых людей. По расчетам, ожидаемая численность людей в возрасте 60-64 года в 2001 году (то есть родившихся перед войной) составит в России 9 млн. человек, а тех, кто младше их на 5 лет (1942-1946 годов рождения), будет чуть больше 5 млн.

Россия до 20-х годов нынешнего века (за счет высокого уровня рождаемости) отличалась медленными темпами увеличения доли пожилых людей. С 6,9 % в 1897 году (последняя перепись населения России в XIX веке) эта доля возросла до 9% в 1959 году, то есть за 62 года увеличилась на 2,1 пункта. Конец 50-х и начало 60-х характеризуются резким падением рождаемости и потому демографическое старение населения стало особенно выраженным: в 1989 году — уже 15,3%.

В 1992 году 24 % населения было моложе трудового возраста и 19% — старше. В сравнении с данными 1959 года, относительная численность пожилых людей возросла в 1,6 раза. Если в 50-х годах население младших возрастных групп превышало долю пожилых в 2,52 раза, то сейчас лишь в 1,3 раза.

Процент пожилых людей различен по российским регионам: в Тверской и Калининградской областях — 26,1 %, это наибольшая величина в России, наименьшая — 5 % — на Камчатке. Во всех автономиях, где относительно высок уровень рождаемости, доля молодежи в 2 раза (а в Туве более чем в 4 раза) превышает долю старших возрастов, тогда как в Центральной России доля пожилых людей значительно превышает долю лиц младшей возрастной группы (23 % против 19-20 %).

Благосостояние любой семьи определяется соотношением работающих и неработающих членов семьи. Когда речь идет о государстве в целом, то исчисляют **показатель «демографической нагрузки»**, определяемый как отношение числа детей и стариков к численности трудоспособного населения в расчете на 1000 человек.

В целом по России этот показатель составляет 768, но в Центральной России, на Северном Кавказе и некоторых других областях он доходит до 944, то есть практически на одного работающего приходится один неработающий. Почти во всех регионах России доля лиц старше трудоспособного возраста в сельской местности выше, чем в городе. Такое положение в основном представляет собой результат миграции «село-город», пишущей нерадостную картину: отъезд молодежи в города и доживающие свой век деревни.

Еще одна особенность России — это превышение численности женщин над численностью мужчин, причем такая диспропорциональность наиболее показательна для старших возрастных когорт. По переписи населения 1989 года превышение численности женщин старших возрастов над численностью мужчин-ровесников составила 343 (на 1000 мужчин — 1343 женщины). У поколения 50-х годов рождения и позже практически существует равновесие, у тех, кто родился в 20-х, превышение в два и более раз, у

долгожителей — более, чем в три раза. Что касается самых старших возрастов, то здесь диспропорциональность объясняется огромными потерями мужского населения во время войны, у тех, кто помоложе, другие причины — повышенная мужская смертность; более низкая, чем у женщин, продолжительность жизни, чему, в свою очередь, тоже есть объяснения, но об этом позже.

Наиболее «неблагополучна», с точки зрения демографической ситуации, обстановка, сложившаяся во всех областях Центрального и Центрально-Черноземного районов, в Новгородской, Псковской и Ростовской областях, в Краснодарском крае.

Особенно значителен удельный вес людей пожилого и преклонного возрастов в крупных городах, в том числе Москве, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону; среди этих категорий населения женщин в 2-3 раза больше, чем мужчин.

Итак, если попытаться дать обобщенный портрет российского пожилого человека, то чаще всего это: женщина в возрасте за 60 (люди более ранних возрастов себя к пожилым не относят); пенсионерка (размер пенсии — небольшой, потому что в России и в советский период, и сейчас «женская» заработная плата, а соответственно и пенсия, в среднем на четверть ниже «мужской»); вдова (разница в средней продолжительности мужской и женской жизни приводит большинство женщин к этому печальному этапу); проживает в сельской местности, но может быть и столичной горожанкой.

Глава 1.3. Продолжительность жизни.

§ 1.3.1. Средняя продолжительность жизни.

То в одном, то в другом средстве массовой информации появляются сообщения о средней продолжительности жизни наших соотечественников. И день ото дня цифры эти все меньше и меньше. Вам повезло, если вы родились женщиной, мужчинам гораздо хуже — почти никаких перспектив. Одна ростовская газета недавно известила их, что жить им 59,6 года. «Аргументы и факты» преподнесли еще более страшный «факт»: «мужчины наши и вовсе живут до 57,7 лет».

Леденящие душу цифры, особенно для тех, кому под 60. Зато специалисты, верстающие госбюджет, могут облегчить свою задачу: закладывая суммы для выплаты пенсий мужчинам не нужно. Все равно не доживут.

Итак, с точностью до десятых сообщено, когда вы упадете, остается только заготовить соломку и все остальное. Те, кто ужаснулся — успокойтесь. Газетчики пропустили, а может быть, просто выпало из набора одно, но очень важное слово: «ожидаемая». Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни или средняя продолжительность является показателем демографической статистики. И он вовсе не

указывает, что жизненный путь всех, кому 57 лет — окончен.

Расчет средней продолжительности жизни основан на теории вероятности, построении таблиц смертности и исчисляется как соотношение между числом живущих и числом умерших в отдельных возрастах на определенный момент. Этим моментом является тот год, в котором ведется подсчет. Публикуемые показатели не относятся к продолжительности жизни людей, уже проживших часть жизни, а только к новорожденным или рожденным в этом году и то при условии, что показатели смертности в их будущей жизни останутся такими же, как в расчетный год. Так что размышления типа: «Мне 50 лет, а продолжительность жизни, судя по газете — 57,7 лет, следовательно, мне осталось еще 7,7 года» или «Мне 20 лет, значит до конца еще далеко — 37 лет» — абсолютно неверны.

Средняя продолжительность предстоящей жизни — это число лет, которое в среднем предстоит прожить данному поколению родившихся (сверстникам определенного возраста) при условии, что на протяжении всей последующей жизни в каждой возрастной группе коэффициент смертности будет таким же, каким он был у населения этого возраста в годы составления таблицы смертности.

И еще одно немаловажное замечание. Среднюю продолжительность жизни не следует путать с модальным возрастом умерших, то есть возрастом, на который приходится максимальное число смертей. Так же, как средний возраст умерших не равен средней ожидаемой продолжительности жизни.

Величина биологической продолжительности жизни, определяемая по разному учеными, колеблется от 70 до 200 лет. И.И.Мечников говорил о 125 годах.

Испокон веков люди мечтали о том, чтобы жить долго и очень долго, поэтому легко верили в рассказы о чудесах долгожительства. Но надо быть очень наивным человеком, чтобы воспринимать чудеса буквально, поверить в 1000-летнюю жизнь. Бабочка однодневка проживает с утра до вечера целую жизнь, с утра — девочка, а к вечеру — бабушка. Человек с тысячелетним сроком жизни должен был бы лет до 200 считаться ребенком, до 300 — подростком, но все равно, в конце концов, стал бы стариком. Однако, по мнению исследователей Ветхого завета, годом здесь назван лунный месяц. Если это верно, то при пересчете окажется, что Мафусаил не дотянул даже до 80 лет и прожил нормальную видовую продолжительность жизни, как, например, Миттеран и миллионы других землян, но для того далекого времени это, конечно, казалось необычайно продолжительной жизнью.

Двумя другим библейским героям — Адаму и Ною тоже приписывают тысячелетнюю жизнь, в чем сомневаются даже современные теологи. Интересно, а сколько лет прожила Ева? Ведь женщины всегда имеют большую, по сравнению с мужчинами, продолжительность жизни. Во всех мифологиях — и в египетской, и в

индийской, и в финикийской — предки-мудрецы жили очень долго, если уж не 1000 лет, то хотя бы 175, как Авраам, или 120, как Моисей. Но на самом деле в древние века продолжительность жизни была очень короткой. Высокая смертность была почти на уровне столь же высокой рождаемости и потому численность населения практически не росла. Специалисты в области [палеодемографии](#) подсчитали, что к концу палеолита, т.е. 15-16 тысяч лет назад, на Земле обитало только 3 млн. человек, по прошествию 10-11 тысяч лет прибавилось лишь 22 млн., следовательно, среднегодовой прирост составлял 2000 человек. Редкий человек доживал до старости, предельный возраст составлял 17 лет. В первобытном обществе не было стариков, может быть поэтому оно так медленно развивалось. Но и позже, в Древнем Риме, судя по надгробным надписям и эпитафиям, сохранившимся и поныне, люди жили мало, в самом Риме — 22 года, в провинциях — 35 лет. 15 марта 44 г. до н.э. был убит Гай Юлий Цезарь, в это время ему было 55 лет. Преступление Брута, Кассия с сотоварищами еще и в том, что они убили не только великого человека, но и старика. И во времена Ренессанса в европейских странах жизнь не стала продолжительней. От рождения Христа до 1600 года население утроилось в своей численности, следующее утроение заняло 400 лет, а следующее в XX веке произошло менее, чем за 90 лет. И хотя общая продолжительность жизни в эпоху Ренессанса была невысокой, символы этого времени — Рабле, Сервантес, Боккаччо, Данте жили около 60 лет или несколько больше, а великие Микеланджело и Тициан и по меркам нашего времени могут быть отнесены к долгожителям. Возможно, время их жизни подтверждает гипотезу о том, что люди творческих профессий, одержимые любимым делом, не дающие своему мозгу лениться, живут дольше других.

По расчетам в средневековой Англии продолжительность жизни колебалась от 17 до 33 лет и составляла в среднем 26-28 лет; эти низкие значения объясняются свирепствовавшей в это время чумой. Чума унесла в могилу отца Боккаччо и подсказала ему сюжет знаменитого «Декамерона», героинями-рассказчицами в котором были семь молодых дам в возрасте от 18 до 28 лет. «Сколько больших дворцов, прекрасных домов и роскошных помещений, когда-то полных челяди, господ и дам, опустели до последнего служителя включительно!» (Боккаччо «Декамерон»).

§ 1.3.2. Демографическая ситуация в истории России.

О продолжительности жизни на Руси в эти времена нет расчетов. Но мы знаем, что страшные эпидемии не обходили ее стороной, огромное число людей уносили войны, не на много меньше — извечная страсть российских правителей к уничтожению собственного народа. В "синодиках" списках казненных Иваном Грозным порой и имен то нет. А кто знает, сколько народу погибло в Новгороде Великом в 1570 году, когда царь с опричниками 6 дней громил невинных людей? Первые материалы о демографической ситуации в России относятся к XVIII веку. Это была регистрация умерших, а во второй

половине этого же века производится свод таких данных. Сведения о более ранних периодах получены с помощью расчетов. Они говорят о том, что с IX до XVI века численность населения изменялась незначительно. Объяснение этому следует искать в истории Российского государства. Это был период феодальной раздробленности, монголо-татарского нашествия и установления золотоордынского ига, что привело к гибели огромных масс людей. Русские женщины подвергались насилию, их мужья и дети угонялись и истреблялись, редкие люди доживали до старости.

Если сопоставить рост населения России с ростом населения в европейских странах с 1500 до 1700 годы, то они находятся примерно на одном уровне: население России увеличилось с 16 до 24 млн, или на 150 %, тогда как в европейских странах вместе взятых с 70 до 100 млн. или на 143 %. Отсюда можно сделать вывод, что продолжительность жизни была тоже примерно одинаковой — 26-28 лет (данные из этнодемографического справочника «Население мира» С.И.Брука).

В начале XIX века по расчетам Б. Ц. Урланиса до возраста 10 лет не доживало 50-52 % мальчиков, ближе к середине века эта цифра возросла до 60 %. Для этого времени характерна высокая смертность в молодых и зрелых возрастах, которая порой (в 40-х годах XIX века) была равной смертности в старших возрастах, что безусловно уменьшало среднюю продолжительность жизни.

Приходится признать, что все эти данные надо воспринимать с достаточной долей скепсиса, разные авторы приводят отличающиеся друг от друга цифры. Ещё Н.Г. Чернышевский заметил, что никто в России толком не знает численности её жителей.

Но можно с полной уверенностью утверждать, что ни о каком особом долгожительстве в прошлом ни в России, ни в других странах говорить не приходится.

§ 1.3.3. Рекорды долголетия.

С тех пор, как существует геронтология, воображение ее поклонников поражает англичанин Томас Парр, проживший почти 153 года. Он родился в 1483 году, два десятка лет служил в армии, был дважды женат (первый раз в 80 лет, второй — в 120), в 105 лет был подвергнут церковному покаянию за незаконное сожителство, в сентябре 1635 г. был приглашен на обед к Чарлзу I. Король решил познакомиться с английским «чудом света», но это и сгубило почтенного старца. По мнению одних, он не выдержал сырой лондонской погоды, другие склоняются к мысли, что Томас просто объелся. Вывод: если вы дожили до глубокой старости, то избегайте обедать у английских королей!

Но интересен Парр для геронтологов не столько своей долгой жизнью (были люди, которые проживали и дольше), а тем, что после его смерти вскрытие делал Уильям Гарвей, знаменитый английский врач, основатель современной физиологии и

эмбриологии. Медицинское светило документально запротоколировал, что Томас Парр умер в возрасте 152 года 9 месяцев, 14 ноября 1635 года. Что касается многих других долгожителей, то их возраст довольно часто определяют по косвенным данным, по тому, например, что помнит старый человек из времени своего детства. В протоколе Гарвей отметил, что тело покойного мускулистое, в органах пищеварения не обнаружено никаких отклонений, в почках и печени камней нет и что, если бы старик остался на обычном своем рационе питания, то смог бы прожить еще некоторое время. Похоронен Томас Парр в Вестминстерском аббатстве, где покоится прах выдающихся людей Англии.

В литературе можно встретить еще немало примеров редкостного долголетия. Крестьянин-азербайджанец Мислимов Ширали Физали оглы, которого на родине называли «старейшиной старейшин», умер в 1973 году, прожив 167 лет.

Кениец Матайо Ачунго был хорошо известен во всей Африке. Он умер в 1976 году, на 132 году жизни, его оплакивали десятки его детей и 125 внуков. Иранец Мухамед Аюбу имел еще больше внуков — 170 и утверждал в 1970 году, что он самый старый человек на Земле, потому что ему исполнилось 180 лет.

Перечисление рекордов долголетия можно продолжить, но при этом надо учитывать довольно забавный феномен. Люди зрелого возраста, особенно женщины, склонны преуменьшать свой возраст, а старики и дети — преувеличивать. Статистики при проведении переписи делают специальную корректировку на «старческое кокетство».

Как анекдот звучит такой пример: житель Анголы перед смертью сам сказал священнику, что ему исполнилось совсем недавно 160 лет. Но после его смерти жена заявила репортерам: «Мой муж был большой хвастун. На самом деле он умер вскоре после того, как ему исполнилось всего лишь 137 лет».

Людей, перешагнувших 100-летний рубеж, в абсолютных цифрах довольно много. Так, в Ростовской области по данным последней переписи таких насчитывалось 318 человек, но если сопоставить эту цифру с численностью населения области, то она представляет менее чем десятитысячную долю.

Итак, можно заключить, что видовая продолжительность жизни в настоящее время едва дотягивает до 90 лет, а максимальная — до отметки 120 лет.

§ 1.3.4. Индекс развития человечества.

В рамках Программы развития ООН разработан индекс развития человечества, или, как его «окрестили» журналисты, — «индекс счастья». Создание индекса — это попытка по-новому определить понятие экономического роста («развитие для людей, а не люди для развития»). И расчет индекса, и сам индекс вызвал немало споров. Но для нашего

разговора важно то, что индекс рассчитывается исходя из трех показателей: валового национального (или внутреннего) продукта на душу населения, уровня образования и вероятной продолжительности жизни при рождении.

В соответствии с индексом проклассифицировано 173 страны мира, Россия занимает 37 место. Из таблицы видно, что средняя продолжительность жизни весьма различна по странам и континентам. В большинстве европейских стран и в США средняя продолжительность жизни составляет 76-77 лет, в Японии этот показатель несколько выше — 79-82 года. В ряде других стран он колеблется между 42 и 45 годами. К таким странам относятся Гвинея-Бисау, Замбия, Мали, Афганистан, Гвинея и др. Показательно, что в этих странах также значительно более низкий уровень образования и реальный валовой национальный продукт на душу населения.

В середине 60-х годов в России и в США продолжительность жизни была примерно на одном уровне. Значительный разрыв возник в последние пятнадцать лет. Парадоксально, но доля пожилых людей в общей численности населения в России выше, чем в США.

Средняя продолжительность жизни в России и в США

	1989 г.	1993 г.	1995 г.
Россия	70	69	64
США	74	76	76

Особенно значителен разрыв в продолжительности жизни мужчин двух стран, у россиян — 57,6, у американцев — 73-74 года.

Продолжительность жизни зависит, конечно, не только от уровней образования, роста валового национального продукта. Она определяется целым рядом социально-экономических и политических условий. Демографы часто используют аллегорию с шарами: длина пути брошенного шара как длина человеческой жизни. Шары, сразу выпавшие из рук бросавшего, — это младенческие смерти, шары, не долетевшие до цели, — это случаи преждевременной смерти, попавшие в цель — это смерти стариков. Длина пути каждого шара зависит от характера поверхности, по которой он движется. Шар, брошенный по травянистому полю, скоро остановится, а тот, что движется по зеркалу паркета, будет катиться до противоположной стенки.

Другая распространенная аллегория — свеча. Когда рождается новый человек, как бы загорается огонек, свеча может затухнуть сразу, может догореть до середины, а может догореть до блюдечка, на котором она стояла — все зависит от условий, от сквозняков в комнате.

Длину пути шара определяет сила трения, время горения свечи — сила ветра, длину человеческой жизни определяют социальные трения и ветры истории.

Сегодняшние пожилые и старые россияне родились, выросли и состарились в тяжкие годы нашей истории. Чего только ни выпало на их долю: революции, войны, коллективизация, индустриализация, репрессии, катастрофы, перестройка и постперестройка.

Глава 1.4. Старость и власть.

§ 1.4.1. Несколько видов старости.

Двадцать шесть веков назад мудрый грек Пифагор пришел к выводу, что расцвет человеческих сил совпадает с его сорокалетием. Греки считали, что к этому возрасту человек достигает вершины развития своих творческих способностей и называли этот возраст «акмэ». С тех пор утекло немало воды, написаны миллионы, а может быть больше книг, но никто не опроверг утверждения древнегреческого мыслителя, тогда как вопрос о том, когда для человека приходит время спускаться с этой вершины, остается спорным. Разные авторы называют различные сроки окончания «акмэ», времени, когда следует сойти с беговой дорожки жизненной активности и уступить лидерство новым людям.

Время, когда следует «помахать шляпой и откланяться», зависит от времени наступления старости. Но, как известно, геронтологи различают несколько видов старости: хронологическую, физиологическую, психологическую и социальную. Доминирующим фактором в определении хронологической старости является количество прожитых лет; физиологической — состояние здоровья, совокупность соматических отклонений организма; психологической — самоощущением человека своего места в возрастной структуре. Социальная старость как бы вбирает в себя признаки всех названных видов старости, и от нее в наибольшей степени зависит время, когда можно «отдохнуть от ратных дел». Но социальная старость не есть совокупность прожитых лет, перенесенных заболеваний и эмоциональных переживаний, то есть разных видов старости, она — нечто большее. Представление о социальной старости соотнобразуется, прежде всего, с возрастом самого общества в целом. Обществом, в котором пожилых людей больше, чем детей и молодежи — «седым обществом».

Понятно, что чем выше уровень старения населения в целом, тем дальше отодвигается индивидуальная граница старости. Наступление социальной старости регулируется не только демографическим старением населения, но и длинным рядом других социальных определителей. Это — уровни здравоохранения и социального обеспечения, культуры и образования, экологической безопасности и развития общественного производства.

Социальная старость есть определенный момент социальной жизни. Если физиологическая жизнь имеет две четкие даты: рождение и смерть, то для социальной жизни нет четко фиксируемых начала и окончания. Социальная жизнь начинается со времени становления человека личностью, то есть ответственным и сознательным

субъектом (деятелем) социальной жизни, а её окончание — с утратой этих качеств. Окончание социальной жизни может совпадать, а может и не совпадать (закончиться раньше) с физиологической смертью.

И сама социальная старость не совпадает по времени с физической старостью. Известно множество примеров и среди исключительных, и среди рядовых людей, которые, несмотря на физическую слабость или даже немощность, продолжают оставаться личностями и ведут активную социальную жизнь. К сожалению, могут быть приведены и противоположные примеры людей, задолго до утраты физических сил переставших быть личностями и ведущих лишь биологический образ жизни.

Между сроками начала жизни и наступления старости существует прямая связь, это характерно и для высшего вида жизни — социальной. Высокоразвитое производство предполагает постоянное повышение образовательного уровня населения и, следовательно, более позднее вступление в самостоятельную жизнь, отсроченное временем получения необходимого образования. В начале нашего века и вплоть до 30-х годов половина населения Россия была неграмотной и вместе с этим периоды зрелости и старости начинались в более ранние сроки.

§ 1.4.2. Социальный возраст старости.

Социальный возраст старости коррелируется средней продолжительностью жизни в определенной стране и в определенном временном отрезке. В Замбии, Мали, Афганистане, где средняя продолжительность жизни 43-44 года, старики «моложе», чем в Японии, Канаде, Швейцарии. В.И. Ленин в одном из писем Инессе Арманд называет себя стариком, ему тогда было 50 лет. Наверяд ли кто-то из сегодняшних пятидесятилетних так отзовется о себе в письме к женщине, к которой обращается не иначе как — «диа френд». Но в это время в России мужчин такого возраста было менее 10 %, и, наверное, все они считали себя стариками.

Средняя продолжительность жизни указывает на продолжительность жизни всего населения. В различных социальных группах она может быть и выше, и ниже. Но общий рост этой величины изменяется в сторону ее увеличения для каждой социальной группы. Рассмотрим правителей России как малую социальную группу, принимая во внимание продолжительность жизни лишь тех из них, кто умер естественной смертью. Первые цари из семейства Романовых прожили в XVII веке в среднем — 41 год, наследники в следующем веке — 46 лет, а в XIX веке средняя продолжительность царской жизни составила 52 года. Из всех Романовых только Екатерина II и Александр II праздновали свое 60-летие. Екатерина умерла в 67 лет, Александр II был убит в 63 года. Среди соратников Сталина и Брежнева (тоже из числа тех, кто умер естественной смертью) никто не ушел из жизни, раньше 70 лет, а некоторые (Молотов, Маленков, Каганович,

Суслов) даже стали долгожителями.

В истории старости отношение «старика и власть», на первый взгляд, выглядит весьма причудливо. Для всех цивилизаций древности, при невысокой продолжительности жизни, геронтократия была мировым универсалием, власть стариков признавалась и в Древней Греции, и в Древнем Египте, и в Древнем Китае, и тоже самое на Руси. Когда же продолжительность жизни значительно выросла и многие страны стали называться «седым обществом», во властную элиту пришли молодые люди.

В Древней Греции осуществлялось верховенство Совета старейших — «герусии», а члены такого совета именовались «геронтами», что в буквальном переводе означает «старец». В трагедиях Гомера, Софокла старики предстают с почти божественными нимбами. Гомер в «Илиаде» дает такую характеристику старцу-властителю: «Мудрый, ведал он все, что минуло, что есть и что будет...».

В утопии Платона, в идеальном государстве правителями, по мнению античного философа, должны быть старцы, умудренные жизненным опытом и обладающие природными задатками. Геронтократическую (от греческих слов — старец и власть) традицию Платон обосновывает в «Государстве», «Законах», «Политике», «Письмах». У него старость олицетворяет совершенство человека. Старый человек умеет разобраться в людях и событиях, он способен прогнозировать будущее, присущая его возрасту умеренность и мудрость позволяет ему быть справедливым. У Платона старик — хранитель законов, традиций, истории. К. Маркс доказывал, что идеальное государство Платона не есть чистый вымысел философа, спекулятивно построенная идеальная модель, его источником были наблюдения над общественным строем современного Платону Египта, сделанные им во время пребывания там.

Из философского трактата Цицерона «Беседа о старости», который написан в форме диалога славного римского гражданина Катона с молодыми республиканцами Сципионом Младшим и Лелием, мы узнаем, как Катон упрекает молодежь в бездеятельности, пресыщенности, в безнравственности. Отцы жили мечтой создать республику, сделать римлян свободными гражданами, а саму жизнь прекрасной и светлой, самонадеянные же потомки погрязли в роскоши и разврате. Цицерон утверждает, что к управлению страной нужно привлекать убеленных сединами стариков, чьи опыт и знание жизни явятся лучшим залогом процветания государства.

Призывом почитания предков — живых и умерших — буквально пронизано учение Конфуция, которое на долгие века стало своеобразной религией для Китая и распространилось в соседние страны: Японию, Корею, Вьетнам. Центральное место в учении занимает концепция «сяо», поучающая сыновей почитательности, уважению к родителям и к старшим вообще. Конфуций считал сяо самым эффективным методом управления страной, потому что страна — это большая семья.

В древней Руси не знали конфуцианства и не руководствовались им, однако как схожи семейная мораль, установки на почитание родителей и старших с идеями Конфуция. А поклонение царю-батюшке и сам механизм передачи царской власти от отца к сыну?

Не следует забывать, что античные старейшины на много лет моложе наших пенсионеров. Лион Фейхтвангер в своем последнем романе «Иеффай и его дочь», описывая Израиль между 1300 и 1000 годами до нашей эры, рассказывает о суде старейшин — высшем органе власти. Он замечает при этом: «Большинство этих старейшин были, впрочем, не стары; уже тот, кому перевалило за тридцать, должен был отпускать себе бороду, чтобы стать «бородачом», «старейшиной».

Но всюду, где торжествовала власть стариков, будь то Древний Китай или Древняя Греция, она держалась на авторитете жизненного опыта. Сам по себе возраст не был критерием отбора во властную элиту. Власть измерялась не длиной седой бороды, а тем, насколько тот или иной старец становился властителем дум.

§ 1.4.3. Старость и научно-технический прогресс.

По мере усложнения знания, его превращения в науку, ослабевал, снижался возрастной ценз для лидера. Возрастная структура перестала идентифицироваться со структурой власти. Научно-технический прогресс разрывает единство опыта и знания, опыт уже не эквивалентен информационному и интеллектуальному превосходству. Более того, накопленный опыт тормозит рождение нового научного знания. Конфликт «отцы и дети» трансформируется в противопоставление старого опыта — новому знанию. Старшее поколение сопротивляется модернизации как девальвации их собственного опыта и знания, а главное — положения в обществе.

В связи с этим западные геронтологи заговорили о «возрастной сегрегации», то есть резком разделении общества по возрастным группам и превращении пожилых членов общества в социальных изгоев. Этот процесс обусловлен переходом от преимущественно аграрного труда к преимущественно индустриальному, а вместе с этим — от преобладания сельского населения к большинству городских жителей.

Французский социолог Кюблер-Росс пишет, что «парадокс современной цивилизации состоит в том, что она умножает число стариков, воспроизводящих культуру прошлого, в то время как знания и культурные ценности эволюционируют с невиданной быстротой». Перед большинством цивилизованных стран со стареющим населением стоит проблема оптимального сочетания во властных структурах людей старшего и молодого поколения.

Количественный рост группы пожилых людей придал ей особое качественное

положение в обществе, она стала реальной политической силой как специфическая социальная группа. Американский политолог Пратт называет эту группу своего рода козырем в политической борьбе, а вопрос о социальном обеспечении старости приобретшим серьезное политическое значение. Нельзя не увидеть аналогию в отношении к социовозрастной группе пожилых в предвыборных баталиях России. Тот же политолог отмечает, что исследователи в основном сходятся во мнении, что большинство престарелых занимают консервативные позиции и разделяют консервативные взгляды по целому ряду социальных вопросов. Люди этого возраста связывают свои негативные оценки настоящего с утратой или возможной утратой «места в жизни», с воспоминаниями о счастливых «прошлых временах».

Однако консерватизм не тождественен пассивности в политической жизни. Напротив, сопоставление результатов участия в выборах показывает наибольший процент участия пожилых избирателей по сравнению с другими возрастными категориями. Параллели, как говорится, напрашиваются сами собой. Возраст — категория «международная».

Пожилым людям свойственно стремление к стабильности и потому в спокойные (если угодно — «застойные») моменты жизни общества они способны исполнять руководящие роли, такое общество движется по давно сложившимся правилам и порядкам, а его лидеры выступают как символы и авторитеты власти, не стремящиеся и неспособные вносить и регулировать социальные изменения.

В динамично развивающемся, реформируемом обществе возникает потребность в молодых радикальных лидерах, открытых для новаций и способных воплощать их в реальность.

§ 1.4.4. Здоровье и власть.

В еще никем забытые времена наша страна жила под лозунгом, выдвинутым М.Сусловым и подхваченным Л.Брежневым: «Стабильность кадров — залог успеха». Полистаем книгу Е.Чазова «Здоровье и власть». Кремлевский доктор, искренне стремясь быть объективным и соблюдая в то же время принципы медицинской этики, рассказывает о геронтах «развитого социализма».

У третьего лица в партии — А.Н.Кириленко наблюдались атрофические процессы в коре головного мозга. А.Н.Косыгин продолжал работать после перенесенного кровоизлияния в мозг. Руководитель братской партии 78-летний В.Ульбрихт страдал склерозом мозговых сосудов той степени, в которой человек уже не может критично оценивать свое состояние, но был очень разобижен и сопротивлялся предложению о передачи власти более молодому Э.Хонеккеру. Неизлечимо больной К.У.Черненко принял

бразды управления страной в 73 года, оправдывая себя тем, что такова воля товарищей.

Есть и другие свидетельства. Бывший директор Института общей и судебной психиатрии им. Сербского академик Г.В. Морозов в интервью газете «Совершенно секретно» №1, 1996 рассказал, что его услугами психиатра пользовались многие высокопоставленные лица, в том числе и сам Брежнев, что ему удалось вылечить и «вернуть в строй» одного из первых лиц, у которого были нарушения памяти вследствие атеросклероза. «За это меня наградили золотой медалью». — вспоминает эскулап.

Самое большое место в своей книге Е.Чазов уделяет личности Леонида Ильича Брежнева, ее изменениям по мере старения. Доктор считает, что патологические изменения в функциях центральной нервной системы «венценосного» пациента, которые впоследствии привели к определенной деградации личности, начались примерно лет за десять до его кончины. В последние 7 лет больной лидер вовсе потерял не только нити управления страной, способность к критической оценке ситуации в стране, а самое главное, утратил критическое отношение к себе, что было связано с активным развитием атеросклероза сосудов мозга. Поведение больного колебалось от приступов сентиментальности со слезливостью до приступов агрессивности с руганью и обещаниями отправить врачей лечить трудящихся Сибири. С конца 70-х годов автор диагностирует распад личности с длительными состояниями невменяемости, астении и депрессии.

Окруженный толпой карьеристов, взяточников, бездельников, постоянно возглашавших осанну «величайшему политическому деятелю», Брежнев и сам уверовал в свою непогрешимость и величие. Все они были хорошо осведомлены о деградации личности «вождя», но подхалимаж давал им возможность сладко жить.

«Мнение о том, что лидеру необходимо периодически показаться, независимо от того, как он себя чувствует, которое впоследствии касалось не только Брежнева, но и многих других руководителей партии и государства, стало официальным и носило, по моему мнению, не только лицемерный, но и садистский характер, — пишет Евгений Чазов. А он знает о чем говорит. — Садистский по отношению к этим несчастным, обуеваемым политическими амбициями и жаждой власти и пытающимся пересилить свою немощь, свои болезни, чтобы казаться здоровыми и работоспособными в глазах народа». Верхом лицемерия называет профессор телевизионное выступление умирающего К.У.Черненко по поводу его избрания депутатом. Злые остряки тогда говорили: «Генсек, не приходя в сознание, вступил в исполнение депутатских обязанностей». А в связи с бесконечными торжественными похоронами политбюровских геронтов: «Гонки на лафетах». Некоторые из них прямо из реанимации, после клинической смерти, отправлялись на сцену, в президиум.

Итак, пора ответить на вопрос, поставленный в начале этого разговора: когда заканчивается возраст лидера. Проще всего было бы ответить так: «следует уйти тогда, когда о твоём уходе вздохнут с сожалением, а не с облегчением» или «лучше уйти на год

раньше, чем на час позже». Это афористично, но не вразумительно. Е. Чазов пишет: «Уйди Брежнев с поста лидера в 1976 году (т.е. в возрасте 70-ти лет — В. А.). он оставил бы после себя хорошую память. Один из умных людей из его окружения в шутку сказал на это: «Даже по наградам».

Введем еще одно понятие — «элитная жизнь» Элитная жизнь или жизнь в элите. Используя такой термин, мы идем от буквального перевода с французского — «избранный» и имеем в виду то время, когда человек держит в руках рычаги политического или административного управления. Эта жизнь может быть рассмотрена как часть социальной жизни, но она короче по продолжительности и уже по содержанию. Старость в элитной жизни (подчеркнем, что речь идет о властной элите) наступает прежде, чем в социальной и начинается она тоже позже. Элитная смерть и то, что часто называют «политическая смерть», может настичь гораздо раньше физической. Император Наполеон умер намного лет раньше, чем гражданин Наполеон скончался на острове Св.Елены, то же самое случилось с Президентом Никсоном, закончившим политическую карьеру в полном физическом здравии. Однако политическая старость не тождественна старости демографической, и здесь можно назвать имена Аденауэра, де Голля, Черчилля, ставших политическими долгожителями.

Не станем обозначать точное число лет политической (элитной) жизни, оно различно для разных стран и времен, но полагаем, что она должна различаться от видовой (85 лет) не менее чем лет на 10 и оканчиваться не позже чем в 70-75 лет. И в более старшем возрасте люди занимаются наукой и довольно успешно, но от административной деятельности они должны отказаться. Сама быстроизменяющаяся политическая жизнь требует и осуществляет «омоложение» властных элит. По подсчетам профессора социологии Бирмингемского университета Д. Лайна налицо заметные возрастные различия между представителями элит Ельцина и Горбачева (не говоря уже об окружении Брежнева). Элита Б. Ельцина в среднем на десять лет младше: 49 % людей в возрасте под 50, тогда как у Горбачева таких было только 6 %.

В ряде цивилизованных стран законодательно установлен предельный возраст для занятия высших должностных постов в политико-административной элите и на государственной службе. В нашей стране таких ограничений нет. Конституция РФ указывает лишь возраст, в котором гражданин может быть избран депутатом Госдумы (21 год) и Президентом РФ (не моложе 35 лет), то есть в обоих случаях указан только верхний возрастной порог.

Модуль 2. Пожилой человек и его окружение.

Глава 2.1. Старость и связанные с ней психологические проблемы.

§ 2.1.1. Изменение социального статуса пожилого человека и связанные с этим психологические проблемы.

Изменение социального статуса человека в старости, вызванное, прежде всего, прекращением или ограничением трудовой деятельности, трансформацией ценностных ориентиров, самого образа жизни и общения, а также возникновением различных затруднений как в социально - бытовой, так и в психологической адаптации к новым условиям, диктует необходимость выработки и реализации специфических подходов, форм и методов социальной работы с пожилыми людьми. Важность повседневного внимания к решению социальных проблем этой категории граждан возрастает и в связи с увеличением удельного веса пожилых людей в структуре населения России, которое наблюдается в последнее десятилетие не только в нашей стране, но и во всем мире.

Тенденция роста численности пожилых людей требует коренного изменения социальной политики в отношении этой, наиболее социально незащищенной категории общества, особенно сейчас, в условиях перехода к рыночной экономике.

В организации социальной работы с пожилыми людьми необходимо учитывать всю специфику их социального статуса не только в целом, но и каждого человека в отдельности, их нужды, потребности, биологические и социальные возможности, определенные региональные и другие особенности жизнедеятельности.

Следует отметить, что к проблеме старости и ее определения, ученые и практики подходили и подходят с разных точек зрения биологической, физиологической, психологической, функциональной, хронологической, социологической и др. А отсюда и специфика решения проблем общественного и социального положения, роли и места в семье, в организации социального обеспечения и обслуживания, социальной реабилитации, социального попечительства над пожилыми людьми и т. д.

Процесс старения отдельных групп населения и индивидов происходит далеко неодинаково.

Таким образом, характеризуя категорию пожилых людей как социальную или вернее, как социально-демографическую, необходимо принимать во внимание возрастные особенности внутри самой группы людей.

В соответствии с классификацией Всемирной организации Здравоохранения к пожилому возрасту относится население в возрасте от 60 до 74 лет, от 75 до 89 лет — к старому, а 90 лет и старше — к долгожителям.

Как известно, на практике пожилыми людьми обычно считают людей, вышедших на пенсию. Однако, это мерило не может быть универсальным, так как пенсионный возраст в разных странах различен. Вместе с тем, женщины, как правило, уходят на пенсию раньше мужчин. Так, в нашей стране, они имеют право получать пенсию по старости с 55 лет, тогда как мужчины — с 60 лет. К тому же Законом "О пенсионном обеспечении в РФ" предусмотрены различия в пенсионном возрасте и для разных социально-профессиональных групп. Тем не менее, в подавляющем большинстве стран мира к пожилым людям относят граждан в возрасте 60 лет и старше.

Для социального работника чрезвычайно важное значение имеет также целый ряд факторов социального и психологического характера, связанных с образом и уровнем жизни пожилых людей, положением в семье, возможностью и желанием трудиться, состоянием здоровья, социально-бытовыми условиями и др.

Пожилые — это очень разные люди. Среди них есть здоровые и больные; проживающие в семьях и одинокие; довольные уходом на пенсию и жизнью и несчастные, отчаявшиеся в жизни; малоактивные домоседы и жизнерадостные, оптимистически настроенные люди, занимающиеся спортом, ведущие активный образ жизни и т.д.

Поэтому для того, чтобы успешно работать с пожилыми людьми, социальному работнику нужно знать их социально-экономическое положение, особенности характера, материальные и духовные потребности, состояние здоровья, быть хорошо осведомленным о достижениях науки и практики в этом направлении. Изменение социального статуса человека в старости, как показывает практика, прежде всего, негативно сказывается на его моральном и материальном положении, отрицательно влияет на психическое состояние, снижает его сопротивляемость к заболеваниям и адаптацию к изменениям окружающей среды.

С переходом в категорию пожилых людей, пенсионеров, зачастую коренным образом изменяется не только взаимоотношения человека и общества, но и такие ценностные ориентиры, как смысл жизни, счастье, добро и зло и др. Меняется и сам образ жизни, распорядок дня, круг общения.

С возрастом изменяется ценностная иерархия самооценок. Пожилые люди уделяют меньше внимания своей внешности, зато больше — внутреннему и физическому состоянию. Меняется временная перспектива пожилых людей.

Уход в прошлое типичен лишь для глубоких стариков, остальные больше думают и говорят о будущем. В сознании пожилого человека ближайшее будущее начинает

преобладать над отдаленным, короче становятся жизненные личные перспективы. Ближе к старости время кажется более быстротекущим, но менее заполненным различными событиями. При этом, люди, активно участвующие в жизни, уделяют больше внимания будущему, а пассивные—прошлому. Первые, поэтому, более оптимистичны и больше верят в будущее.

Предвосхищение старости в воображении часто бывает болезненнее, чем реальность. Так, В.В.Вересаев, в юности безумно боявшийся постареть, на склоне лет писал, что страх этот был напрасен, а природная мудрость компенсировала неизбежные потери. С возрастом появляется мысль о повышении ценности жизни.

Но возраст все-таки есть возраст. Старость приносит с собой и изменение привычных жизненных стандартов, и болезни, и тяжелые душевные переживания. Пожилые люди оказываются на обочине жизни. Речь идет не только и не столько о материальных трудностях (хотя и они играют существенную роль), сколько о трудностях психологического характера. Уход на пенсию, потеря близких и друзей, болезни, сужение круга общения и сфер деятельности — все это ведет к обеднению жизни, уходу из нее положительных эмоций, чувству одиночества и ненужности. Ситуация, однако, такова, что с ростом продолжительности жизни и снижением рождаемости значительную часть населения составляют люди пожилого возраста и, следовательно, есть необходимость специальной организации помощи пожилому человеку.

Необходимо учитывать особенности, которые определяются, по крайней мере, двумя характерными чертами стиля жизни пожилых людей.

Как правило, жизнь пожилого человека не богата разнообразными событиями. Однако эти события заполняют собой все его индивидуальное пространство и время. Так, приход врача — это событие, которое может заполнить весь день. Поход в магазин тоже событие, к которому предшествует тщательная подготовка. Иными словами, происходит гипертрофированность, "растягивание" событий. Событие, которое воспринимается молодыми как незначительный эпизод, для старого человека становится делом целого дня. Помимо "растянутости" событий заполненность жизни может осуществляться путем гипертрофированности какой-либо одной сферы жизнедеятельности.

Вторая особенность определяется своеобразным ощущением времени. Во-первых, пожилой человек всегда живет в настоящем. Его прошлое также присутствует в настоящем — отсюда запасливость, бережливость, осторожность пожилых людей. Они как бы консервируются в сиюминутности, причем такому сохранению подвергается и духовный мир, его ценности.

Во-вторых, движение времени в пожилом возрасте замедляется и становится более плавным.

Мы коснулись здесь психологических проблем, но главной, наверно, является, как справедливо назвал ее Б.З. Вульффов "*драма не востребованности*".

Главная драма пожилого человека (если не считать инвалидность, тяжелую болезнь, или нищету, или бесприютность) **драма не востребованности** — нереализуемый потенциал, ощущение или опасение собственной ненужности.

Больше того, потенциал пожилого человека чаще всего внешне не соответствует (или соответствует очень мало) менталитету новых поколений. Но у них всех есть общая основа, куда более значимая, чем расхождения, — общечеловеческие ценности. У старшего человека они прошли свое индивидуальное бытие, у молодого — чаще всего существенно иное. Нарушение преемственности поколений, предполагающей, — если исходить из принципа природосообразности, что старшее существует ради младших и умирает, оставляя им жизнь, — нарушение такого единства болезненно для всех и во все времена.

В целом, не востребованность пожилого человека входит в противоречие с общественной сущностью человека. Значит, надо ее подкрепить, в том числе социально. В частности, средствами социальной работы, в доступных ей сферах, чтобы по возможности смягчить ситуацию. Пусть не сразу по всей России, а хотя бы... в своем социуме.

Сущность социальной работы с лицами пожилого возраста — социальная реабилитация. В данном случае такая реабилитация — это восстановление в привычных обязанностях, функциях, видах деятельности, характере отношений с людьми. Главное для социального работника это превращение пожилого человека из объекта (клиента) социальной работы в ее субъекта. Преодоление, смягчение драмы не востребованности происходит на основе собственного житейского в том числе, профессионального, семейного опыта. Важно не только давать человеку, но и помочь ему продолжать отдавать себя, сохраняя тем самым устойчивость, гарантию определенной стабильности, ощущение доброй перспективы, оптимистическую и реализуемую надежду на то, что и в новых обстоятельствах человек остается востребуемым.

Необходимо помнить, что пожилые люди — это наиболее социально уязвимая часть населения. Их доход обычно значительно ниже среднего, а потребности, особенно в медицинском обслуживании, диетическом питании, благоустроенном жилье значительно выше. Очень часто пожилые люди живут отдельно от семей, и поэтому им бывает не под силу справиться со своими недомоганиями и одиночеством. И если раньше основная ответственность за пожилых лежала на семье, то сейчас ее все чаще берут на себя государственные и местные органы, учреждения социальной защиты населения.

§ 2.1.2. Этапы психологического старения.

Существуют ли какие-либо особенности психологии пожилого и более старшего возраста?

Безусловно. Но, к сожалению, в быту нестарые люди эту элементарную истину забывают, когда не могут понять реакции и поступки пожилого человека. Им могут казаться не вполне адекватными поступки старика, а сам старик просто трудным для общения человеком. На самом же деле, у разных возрастных групп разнятся ценностные установки.

Изменения в характере пожилого человека объясняются ослаблением контроля над своими реакциями, возможно, что те черты, которые раньше удавалось маскировать, понимая их непривлекательность, вышли на поверхность. Кроме того, этому возрасту свойственен эгоцентризм, нетерпимость к каждому, кто не проявляет должного внимания, причем это «должное» на самом высоком уровне. Все окружающие зачисляются в эгоисты, коль скоро они не поглощены заботой о старом человеке.

Изменения, свойственные этому возрасту можно классифицировать по сферам. В **интеллектуальной** — появляются трудности в приобретении новых представлений и приспособлении к непредвиденным обстоятельствам. Такими трудностями могут оказаться самые разные обстоятельства, и те, которые сравнительно легко преодолевались в молодые годы (переезд на новую квартиру, болезнь, собственная или кого-то из близких), а тем более, прежде не встречавшиеся (смерть супруга; вызванная параличом ограниченная подвижность). В **эмоциональной сфере** — неконтролируемое усиление аффективных реакций (сильное нервное возбуждение), со склонностью к грусти, сожалению, к слезливости. Поводом для таких реакций может послужить кинофильм о старых временах, и не потому, что жаль эти времена, а жаль себя в этих временах, или разбитая чайная чашка и, опять же, не чашку, а то, что вместе с ней уходит что-то памятное. В **моральной сфере** — отказ от адаптации к новым нормам, ценностям, манерам поведения.

Вам, верно, не раз случалось читать в зарубежных романах и видеть в фильмах, что, начиная со среднего возраста, обеспеченные люди обязательно имеют собственного психоаналитика, к которому они обращаются всякий раз, когда у них возникают какие-нибудь проблемы. С ним можно посоветоваться о своем психическом состоянии. У нас пока это не принято.

Года три тому назад вышли в русском переводе книги немецко-американского психолога, психоаналитика Карен Хорни «Невротическая личность нашего времени» и «Самоанализ». Автор адресовал их не профессионалам, не психоаналитикам, а психиатрам, социальным работникам, педагогам, социологам, всем кто имеет дело с невротическими личностями, а также самим невротикам. К невротикам Хорни относит огромное число, в принципе здоровых людей, воспринимаемых окружающими как здоровые люди, но имеющих отклонения от общепринятого в современной культуре

образца.

Для всех неврозов характерны тревога, тревожность и поиски защиты. Тревожность тот мотор, который запускает и поддерживает невроз. Невротики чрезвычайно раздражительны, причины их раздражения могут быть совершенно мнимыми: кто-то не так ответил, не так посмотрел и тому подобное. При этом «не так» обычно абсолютно беспочвенно или малозначимо. Любую критику невротик интерпретирует как унижение, неодобрение каких-либо его поступков или высказываний вызывает у него взрыв негодования. В своей любви он навязчив, ревнив, требует абсолютной, безусловной любви, с жертвами, в качестве доказательств такой любви. Любящий его человек должен любить и заботиться исключительно о нем. Готов даже прикинуться больным, чтобы его жалели, сконцентрировали на нем все внимание, отказались от всего другого и таким образом доказывали свою преданность и готовность к самопожертвованию ради него. Аппеляция к жалости — излюбленный прием невротика: «Я вас так люблю, а вы в ответ...». Не терпит никаких отказов, они, по его мнению, оскорбляют его достоинство. А если таковые случаются становится злым, язвительным, готовым обвинить обидчика во всех смертных грехах. Здесь он готов бесконечно призывать к справедливости: «Почему вы заставляете меня страдать? Почему вы так недобры ко мне?» С трудом переносит одиночество, в такой ситуации ощущает свою беспомощность, незащищенность и ненужность. У части людей такого типа патологическая жадность, страсть к бессмысленному накопительству, к приобретению нефункциональных, но дорогих вещей. В них он ощущает свою защищенность. Не терпит опозданий и непунктуальности по отношению к себе, расценивает их, как неуважение.

Многие из этих качеств являются типичными проявлениями изменяющегося старческого характера, но возможно их причина — невроз. Можно считать, что старость это — своеобразный психологический кризис. Но это не единственный кризис, переживаемый человеком, а один из многих. Американский психолог **Эрик Эриксон** называл **восемь психосоциальных кризисов**, встречающихся человеку на его жизненном пути, каждый из них специфичен для определенного возраста.

Первый — на первом году жизни. Он связан с тем, удовлетворяются или нет основные физиологические потребности ребенка, ухаживающим за ним человеком. В результате у маленького человека складывается доверие или недоверие к окружающему миру.

Второй кризис связан с первым опытом обучения, с приучением к чистоплотности. Начинается первичный процесс социализации (очеловечивания). Так возникает либо первая самостоятельность, либо неуверенность и сомнение в собственных силах.

Третий кризис соответствует второму детству. Развитию то ли инициативности, то ли безответственности, покорности и чувства постоянной вины.

Четвертый кризис происходит в школьном возрасте, здесь ребенок либо почувствует вкус к работе, либо познает чувство собственной неполноценности.

Пятый кризис переживает подросток, выбирая свой жизненный путь, свою предназначенность.

Шестой кризис свойственен молодым взрослым людям. Он связан с поиском спутника жизни, быть ли ему отцом (матерью) семейства или же остаться одиноким.

Седьмой кризис переживается человеком в сорокалетнем возрасте. Он характеризуется повышенным интересом к семье, к ее обустройству, высокой продуктивностью и активностью в самых разных областях.

Восьмой кризис знаменует собой завершение предшествующего жизненного пути и разрешение этого кризиса зависит от того, как этот путь был пройден. Человек подводит жизненные итоги и если он убежден, что жизнь состоялась, если воспринимает ее как целостность, где ни убавить, ни прибавить, то он уравновешен и спокойно смотрит в будущее. Он понимает, что смерть естественный конец жизни и не страшится ее. Если же человек приходит к печальным выводам, что жизнь прожита зря, выбор спутника, друзей, профессии были ошибками (теперь уже непоправимыми), то его настигает чувство бессилия что-либо исправить и страх смерти.

Отечественный ученый В. В. Болтенко, основываясь на солидном экспериментальном материале (получен он на базе исследования лиц, находящихся в домах-интернатах для престарелых, а это контингент со своей спецификой) **выделил ряд этапов психологического старения**, которые, собственно, не зависят от паспортного возраста.

На **первом этапе** сохраняется связь с тем видом деятельности, который был ведущим для человека до выхода на пенсию. Как правило, этот вид деятельности был непосредственно связан с его профессией. Это чаще всего люди интеллектуального труда (ученые, артисты, учителя, врачи). Эта связь может быть непосредственной, как эпизодическое участие в выполнении прежней работы, так и опосредованная — через чтение специальной литературы, написание статей на профессиональные темы. Если же эта связь обрывается сразу же после ухода на пенсию, то человек, минуя первый этап, попадает во второй.

На **втором этапе** наблюдается сужение круга интересов, за счет выпадения профессиональных привязанностей. В общении с окружающими уже преобладают разговоры на бытовые темы, обсуждение телевизионных новостей, семейных событий, успехов или неудач детей и внуков. В группах таких людей уже трудно различить кто был инженером, а кто врачом, кто был счетоводом, а кто профессором.

На **третьем этапе** главным становится забота о личном здоровье, это становится

и наиболее любимой темой для разговора — о лекарствах, о способах лечения, о травах... Наиболее значимым в жизни человеком становится лечащий врач, его профессиональные и личностные качества.

На *четвертом этапе* смыслом жизни становится сохранение самой жизни. Круг общения сужен до предела: лечащий врач, социальный работник, те члены семьи, которые поддерживают личный комфорт, соседи-ровесники. Для приличия или по привычке — редкие телефонные разговоры со старыми знакомыми, в основном, чтобы узнать все ли уже ушли или кто-то еще остался.

И, наконец, на *пятом этапе* происходит обнажение потребностей чисто витального порядка (еда, покой, сон...). Эмоциональность и общение практически отсутствуют.

§ 2.1.3. Пять типов приспособления к старости.

Американский психолог Абрам Маслоу создал иерархическую теорию потребностей и самореализации, к которой он пришел, изучая жизнь великих людей. По Маслоу, человек как бы поднимается по ступеням вверх, от физиологических потребностей к потребностям в безопасности и самосохранении, отсюда к потребностям в любви и признании, выше — в самоуважении и самоутверждении и, наконец, вершина — потребность в самоактуализации. Не все успевают добраться к старости до верхних ступеней, наступает старость и приходится спускаться вниз по лестнице. Счастливы те, кто одолел вершину. При этом необходимо учитывать, что выход на пенсию — не есть «сигнал к спуску». Старость при разумно организованном режиме, внимательном отношении к собственному здоровью, психологической уравновешенности и заботе близких может быть не менее привлекательна, чем другие периоды жизни.

В.Генри, психолог и Чикагского университета, сделал специальный доклад на заседании Американского психологического общества, посвященный проблемам занятости и незанятости старых людей. Незанятость людей, вышедших на пенсию, по мнению В.Генри, самым непосредственным образом связана с разобщением или отрывом от общества. Генри говорит, что ошибочно предполагать будто благополучие и перспективы старых людей обусловлены досугом, в котором они крайне нуждаются. А под досугом подразумевать свободу от занятий и обязанностей.

Незанятость, считает Генри появляется у старых людей в результате уменьшения жизненной активности и энергии. Незанятость рассматривается как совокупный процесс, психосоциальное явление, которое объясняется как психологией данного индивидуума, так и воздействием на него общества, включающего или выключаящего старика из социальной жизни. Общество может освободить человека от своих обязанностей, но оно

не может, тем не менее, освободить его от обязанностей по отношению к самому себе. В таком случае внешние социальные факторы поведения и его мотивы отходят у старого человека на второй план, а на первый план выходят собственные внутренние потребности.

Британский психолог Д. Бромлей выделил пять типов приспособления к старости:

1. Конструктивная установка, когда человек внутренне уравновешен, спокоен, удовлетворен эмоциональными контактами с окружающими; он критичен в отношении к самому себе, но полон юмора и терпимости в отношении других; он принимает старость как факт, завершающий его профессиональную карьеру, оптимистически относится к жизни, принимает смерть как естественное явление, не выражая отчаяния и сожалений; жизненный баланс такого человека вполне положителен, он с доверием рассчитывает на помощь окружающих.

2. Установка зависимости присуща индивидам, проявляющим пассивность и склонным к зависимости от других; люди этой категории не имеют высоких жизненных стремлений и легко оставляют профессиональные занятия; семейная среда обеспечивает им чувство безопасности, дает ощущение внутренней гармонии, поэтому они не страдают от эмоциональной неуравновешенности и различных стрессов.

3. Защитная установка характеризует людей самодостаточных, обладающих «психологической броней», чопорных, поглощенных профессиональной деятельностью; они разделяют общепринятые взгляды и установки, избегают обнаруживать собственное мнение, не любят говорить о своих проблемах; внешняя сторона жизни значит для них больше, чем внутренние переживания; они подтверждены страху смерти и маскируют свою беспомощность перед этим фактом усиленной внешней деятельностью.

4. Установка враждебности присуща «разгневанным старикам», которые агрессивны, мнительны, вспыльчивы и имеют обыкновение предъявлять массу претензий к своему окружению — близким, друзьям, социальным институтам, обществу в целом; они не реалистичны в восприятии старости, не могут смириться с неизбежными возрастными издержками, завидуют молодым, бунтуют против смерти и страшатся ее.

5. Установка враждебности, направленная на самого себя, характерна, как правило, для лиц с отрицательным жизненным балансом, которые избегают воспоминаний о прошлых неудачах и трудностях; они не восстают против своей старости, а пассивно воспринимают удары судьбы; неудовлетворенная потребность в любви и сочувствии является поводом для депрессии и острой жалости к себе; смерть рассматривается как освобождение от страданий.

Довольно оригинальную трактовку дает А. Качкин, социолог из Ульяновска, разделяющий пожилых людей по типам в зависимости от того, какие интересы, стороны

жизни главенствующие для них.

1. Семейный тип — нацелен только на семью, ее благополучие.
2. Одинокий тип — наполненность жизни достигается, главным образом, за счет общения с самим собой, собственными воспоминаниями (возможен вариант одиночества вдвоем).
3. Творческий тип — он не обязательно должен заниматься художественным творчеством, этот тип может реализовывать себя и на садовом участке.
4. Социальный тип — типичный пенсионер-общественник, занятый общественно-полезными делами и мероприятиями.
5. Политический тип — человек, заполняющий свою жизнь участием (активным или пассивным) в политической жизни.
6. Религиозный тип.
7. Угасающий тип. Человек, который так и не смог или не захотел компенсировать былую полноту жизни каким-то новым занятием, не нашел применения своим силам (к нему должно быть проявлено особое внимание и со стороны родственников и социального работника).
8. Больной тип. Люди такой направленности заняты не столько поддержанием собственного здоровья, сколько наблюдением за протеканием болезни.

Глава 2.2. Пожилые человек и его семья.

§ 2.2.1. Пожилые человек в семье.

Пожилые люди, свободные от повседневного труда на производстве, чаще всего занимаются воспитанием внуков (в тех семьях, где они имеются). Они передают им все лучшее, что накопили в течение долгой жизни. Но это только часть жизнедеятельности пожилых людей.

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

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

Возникают и другие проблемы. Далеко не все выходящие на пенсию женщины готовы превратиться в няньку.

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

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

Самочувствие пожилого человека в большой мере определяется его семейным положением.

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

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

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

Как свидетельствуют данные государственной статистики, рост числа поздних

браков предопределяется в основном высокими показателями разводов, что прежде всего характерно для городских жителей.

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

Пожилые мужчины значительно чаще вступают и брак, чем пожилые женщины. Чем это объясняется?

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

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

§ 2.2.2. Проблема взаимоотношений возрастных групп.

Трагедия непонимания существует испокон веков. Иван Сергеевич Тургенев, написав «Отцы и дети», лишь показал, как она выглядела в его время. Даже дети Адама — Каин и Авель не поняли друг друга, но прежде Каин не понял Создателя.

А притча о блудном сыне? Причем не о нем самом, а его старшем брате, который никак не может понять, почему отец простил и приласкал блудного юношу. Вспомните знаменитую картину Рембранта «Возвращение блудного сына»: на втором плане там, в полутьме, фигура старшего брата с мрачным выражением лица при общей благостной атмосфере.

Цари Петр Великий и Иван Грозный тоже не могли бы похвалиться взаимопониманием со своими наследниками.

Посмотрите картину: Н.Н.Ге «Петр I допрашивает царевича Алексея Петровича в Петергофе». Во взгляде Петра и презрение, и жалость ... и боль: «И это мой сын?!» При всей массивности отца и subtilности сына, как они похожи и как разобщены, отчуждены. И.Е.Репин: «Иван Грозный и сын его Иван». Какой ужасный разговор произошел до кровавой сцены? Трон опрокинут, все разбросано и уже нет царя и царевича, есть два Ивана — обезумевший от горя отец и припавший к родной груди сын. Они помирились, но поздно, слишком поздно...

Давайте же разберемся, что способствует успеху добрых, нежных, заботливых

взаимоотношений и что ведет к их краху. Как было бы хорошо, если бы люди, взрослея, заводя детей, умели бы помнить ошибки в воспитании и отношениях своих родителей, но только для того, чтобы не повторять их. А того лучше, если бы смолоду вели дневники, где бы отмечали, как им не нравятся нудные нотации, дотошный контроль, пустые придирки, безосновательные обиды. И опять же, не для того, чтобы фиксировать и сохранять память о неприятных эпизодах, а, напротив, чтобы повзрослев и состарившись, быть лучше предшествующего поколения. Ведь должен же быть процесс в разрешении вековой проблемы — отцы и дети.

Прекрасный афоризм: «Дети — это такие же люди, только маленькие». Применительно к старикам должен звучать так: «Такие же люди, только старенькие».

Как складываются отношения «дочки-матери»? Все началось с того, что мать решила родить. Могла ведь решить и иначе, значит сам факт существования зависел от нее, она даровала жизнь. На днях рождениях, юбилеях обычно вспоминают все мыслимые и немыслимые заслуги и достоинства юбиляра и также обычно забывают, что день рождения — это день родов, значит слез, боли, мучений и победы над собственной слабостью. Так чей это праздник? Но поздравляют дочь. В лучшем случае, пару слов или букетик цветов — матери: «Вы можете гордиться, что у вас такая дочь!». Позвольте, но почему, когда празднуют юбилей какого-нибудь открытия, то первым делом вспоминают имя создателя — родителя, а уж потом говорят о том, какие блага принесло оно людям? Это Туполев придумал такой стройный лайнер, это Паскаль изобрел такую добрую сыворотку, это Менделеев открыл такую умную таблицу, это Левитан нарисовал такую красивую картину, это Дюма написал такую интересную книгу... Но поздравляют именинницу: «Ах, Агреина Дормидонтовна, с днем рождения вас, вы такая стройная, добрая, красивая, умная и интересная!»

Мать кормила, поила, учила говорить, читать, писать, одеваться ... этому перечислению нет конца. И дело вовсе не в отсутствии благодарности или признании заслуг. Мать привыкла к покорности своего создания, а оно вдруг становится не только самостоятельным, но и своевольным. Мать привыкла к тому, что в ней была постоянная необходимость, и тогда, когда дочь была маленькой, и тогда, когда у дочери появились свои маленькие. Мать привыкла опекать, а эта опека больше не требуется. Но с другой стороны, дочь тоже привыкла к опеке, к сильной и умелой руке, но оказывается, что мать уже стара и слаба, что начинается инволюционный процесс (то есть, как бы возврат к прежнему состоянию). Мать и дочь; младшая начинает опекать старшую. Но старшая не хочет с этим смириться, потому что приняв в «новые условия игры», она должна признать свое поражение и забыть ту давнюю победу или победы, с которыми связаны и рождение, и становление дочери самостоятельным человеком. Да и дочь не рада новому распределению ролей, она уже вырастила своих детей, наработалась, устала, далеко не молода, но надо снова нянчить, выполнять капризы и при этом, ни в коем случае, не высказывать недовольства. Так положено, это называется — «святая обязанность».

Существует еще и «генетическая память», в стародавние времена матриархата мать до тех пор управляла всем и вся, покуда была способна держаться на ногах. И позже, во времена патриархата все, что касалось домашнего очага, было под властью старшей женщины дома. Само нарушение традиционного порядка вызывает внутренний протест.

Более сложными являются отношения «мать-сын». Еще мальчиком, сын стремится оторваться от матери, больше всего боясь прозвища: «маменькин сынок». Стремясь самоутвердиться, мальчик всячески противодействует какой-либо его идентификации с матерью, с женщиной. Эта борьба усиливается в период полового созревания. Известная в США психолог, ставшая в последнее время популярной и в нашей стране, Барбара Де Анджелик утверждает, что в этом возрасте подросток может даже уверять, что ненавидит свою мать.

Нэнси Чодорова, автор книги «Материнство» объясняет:

«Внутренне мальчик пытается отказаться от своей матери, порвать связь с ней и преодолеть сильную зависимость от нее, которую все еще чувствует ... Он делает это, подавляя в себе все, что считает проявлением женского начала, и, что особенно важно, пороча все, что считает женским во внешнем мире. Бунтующий маленький мальчик в мужчине все еще стремится доказать, что он и его мать не единое целое ...».

До тех пор, пока мужчина не станет сиротой, он находится в эпицентре борьбы между матерью и женой за его внимание. Не обязательно, чтобы эта борьба приобретала скандальные формы, она может быть абсолютно незаметной, подспудной, неявной, но каждая из сторон предъявляет аргументированные претензии, растягивая несчастного в разные стороны, как эспандер, и он как эспандер сопротивляется, стараясь сохранить себя, остаться самим собой.

Психологи, рассуждая об отношениях сына и матери, говорят о пресловутом «эдиповом комплексе», а художники создают драматические произведения, к лучшим из которых относится фильм А.Тарковского «Зеркало».

Не менее сложна система отношений «сын-отец». Некоторые психологи склонны рассматривать их сквозь призму борьбы за лидерство, а те из них, кто исповедует фрейдизм, уподобляет их борьбе двух самцов в обезьяней стае и опять же «эдипов комплекс». Сомневаюсь, что в трагедии царей и царевичей, Базарова и Кирсанова можно так легко разобраться. Философ-экзистенциалист Сартр полагал, что свободными и талантливыми становятся лишь те мужчины, над которыми никогда не давила тяжелая длань отца. «Хороших отцов не бывает — таков закон: мужчины тут ни при чем — прогнали узы отцовства ... Останься мой отец в живых, он повис бы на мне всей своей тяжестью и раздавил бы меня. По счастью, я лишился его в младенчестве. В толпе Энеев, несущих на плечах Анхизов, я странствую в одиночку и ненавижу производителей, всю жизнь незримо сидящих на шее родных детей» (Жан-Поль Сартр «Слова»). Говоря о Энее

и Анхизе, автор имеет в виду героев античной мифологии времен Троянской войны.

Еще одно сочетание — «отец и дочь». И мифологический образ трепетно любящей дочери Электры, готовой убить собственную мать, чтобы отомстить за оскорбленного отца — легендарного царя Агамемнона. Как складываются отношения взрослой дочери и пожилого отца? Здесь нет почвы для застарелого соперничества, как в отношениях: «дочь-мать» или «отец-сын», но это не исключает глубоко спрятанных заноз от конфликтов прошлых лет, например, из солидарности с матерью (женская солидарность) всю жизнь угнетавшуюся отцом-мужчиной.

Рассматривая различные сочетания, хотелось показать, что нет и быть не может какой-либо инструкции «Как обращаться молодым со стариками, а старикам с молодыми»; каждая пара имеет свою индивидуальную историю и социальную предысторию. Не говоря уже о том, что жизнь гораздо богаче коллизиями, чем те четыре сочетания, которые мы назвали.

Избитая нынче китайская пословица (или скорее — проклятье): «Чтоб тебе жить во времена перемен», потому и встречается так часто в разных публикациях, что так соответствует нашей пожаро-наполненной жизни. «Старые старики» с многознанием, мудрым спокойствием и добросердечием принадлежат старым повестям и фильмам. У нового времени — «новые старики» с нервозностью, подозрительностью и агрессивностью, но это наши люди, наши предки и нам с ними жить и ладить.

Приходилось ли вам, оказывая добрую и бескорыстную услугу, что называется «по зову совести», родному или постороннему пожилому человеку, наталкиваться на недоумение: «Для чего это? Что потребуется взамен? У меня ничего нет! Ни на что не рассчитывайте!» А потом, вдруг, устыдившись: «Ну, времена теперь такие — рыночные».

Но не надо все сваливать на рынок, классные экономисты, вообще говорят, что у нас его еще нет. Гораздо важнее то, как предлагается услуга, будь это родственник или социальный работник. Теперь по американским фильмам (и плохим, и хорошим) мы подметили, что американцы никогда не скажут: «Вам помочь?» тем более: «Чего вам надо?», существует стандартная фраза: «У вас все в порядке?»

Казалось бы, какая разница, но предложение услуги даже в первом вежливом варианте, тем более во втором («Чего вам надо?»), сразу ставит человека в зависимое положение.

Мы уже говорили, что довольно часто «далеко продвинувшаяся в годах» мать и ее пожилая дочь как бы меняются ролями. Такая «рокировка» таит в себе опасность возникновения массы конфликтных ситуаций. Таковую же ошибку совершают женщины, когда обращаются со своими мужьями, как с детьми, изображая из себя их матерей, такие браки обычно терпят крах.

По-разному реагируют пожилые люди на такой поворот судьбы, но в большинстве своем подчиняются и начинают вести себя, как маленькие дети, теряют всякую самостоятельность, многие вопросы, которые они до того решали сами, теперь требуют обязательной подсказки. Появляется нерешительность, даже страх что-нибудь напутать, испортить. То, что они прежде делали сами, теперь должно быть сделано или кем-то, или с кем-то.

«Мамы собственных мам» постоянно что-то напоминают: «Ты не забыла принять лекарства?», «Не забыла позавтракать?», «Ты собиралась позвонить подруге. Не забыла?» Постепенно человек привыкает к тому, что он обязательно должен (именно так) что-нибудь забыть, он и не старается запомнить, потому что знает, что ему напомнят. Это, как с будильником, если вы знаете, что он зазвонит в определенное время, то спите до звонка, если его нет, то просыпаетесь сами. Но в один прекрасный день происходит «бунт на корабле»: «Почему ты считаешь, что я забуду, ты думаешь, что у меня склероз? Что мама совсем уже выжила из ума?»

«Мамы мам» берут на себя еще и функции воспитательниц: «Нельзя так долго смотреть телевизор», «Не следует тебе общаться с этой соседкой, она на тебя плохо действует», «Сегодня по метеосводке будет дождь, одень плащ и возьми зонт», «Ведь я не разрешила тебе выходить в такую погоду, почему же ты ходила в магазин?». До поры до времени указания выполняются, потом случается очередной «бунт» и конфликт, а несчастная «воспитательница» жалуется кому-нибудь (подруге, врачу, сотруднице): «Мама стала совершенно невыносима».

Пожилый человек и сам прекрасно замечает, что многое из того, что раньше получалось легко, просто и быстро, теперь приходится делать с большим трудом, сосредоточенностью, но, к сожалению, меньшей ловкостью. Не следует обращать на это его внимание, тем паче делать замечания и уж совсем глупо выражать сочувствие: «Совсем ты стала (стал) старая, ничего у тебя не получается».

«Не отнимайте у человека его любимых занятий, тех, которые принято называть «хобби», они дают ему возможность чувствовать свою полноценность. Вами движет забота и участие, когда вы говорите: «Тебе не надо варить варенье (или печь пироги и т.п.), долгое стояние у печки плохо действует на пожилых людей. Я слышала от этого случается рак»; «В твоём возрасте вредно пить кофе»; «Ты должен прекратить хождение на рыбалку (вождение автомобиля), хватит отрыбалил (отрулил)». Но эти замечания вреднее горячей печи и холодной рыбалки, они звенят в ушах: «Твоя песенка спета», они умаляют самооценку, в конце концов, они унижают человеческое достоинство. Страшный враг пожилого человека — зеркало — и без того напоминает ему о его годах. И не только зеркало. Куда приятнее: «У тебя пироги стали удивительно вкусными»; «Какое ароматное варенье получилось!»; «Как тебе удастся в такое безрыбье все-таки ловить что-то?»; «Ты так водишь свой «Москвич» — крутые на иномарках позавидуют».

Философия Эриха Фромма говорит о том, что любить ближнего, как самого себя, можно только при условии любви к себе. Если постоянно убеждать человека в его неполноценности, он потеряет уважение к себе, он может стать отвратителем самому себе, даже дойти до суицида. Но не будем говорить о крайностях. Скажем, что перестав уважать себя, он перестает уважать и вас, старается подметить ваши ошибки и нелепости, тем самым оправдывая себя, доказывая, что он не хуже вас, что несмотря на годы, в чем-то превосходит вас. Так что, если вы бесконечно напоминаете пожилому человеку о его старости, то не ждите от него мягкосердечия и добродушия.

Вопреки мнению о том, что критика и самокритика — основа прогресса, люди без особого энтузиазма и симпатии относятся к тем, кто указывает им на ошибки. Еще меньше к этому склонны пожилые люди, тем более, если критика исходит от их собственных детей. И сколько бы лет ни было этим детям, в восприятии родителей они таковыми все равно останутся. Признать свою неправоту перед младшим, перед тем, кого ты же научил говорить, значит утратить, в какой-то мере, свой статус мудрости и старшинства. Слово за слово и разговор превращается в словесный «пинг-понг», каждый старается не пропустить ни одного замечания и не оставить его безответным. Кто-то должен остановиться первым. Отвечают — тот, кто умнее. Напрасно. Тот, у кого крепче эмоциональные «тормоза».

В старом, добром фильме «Доживем до понедельника» сын-красавец (учитель) возвращается из школы, мать подает ему обед и начинает выспрашивать о событиях прошедшего дня, сын отвечает нехотя и односложно. Мать взрывается, говорит о том, что она еще не выжила из ума, что ей хочется знать о делах сына, что с ней можно и посоветоваться. А ведь она права. Вся ее жизнь сосредоточена на сыне и строить догадки о происходящем с ним по выражению его лица, по его настроению, по каким-то недомолвкам или обрывкам телефонных разговоров мучительно трудно, стыдно и как-то унижительно. Конечно, не все можно рассказать человеку, который давно уже отошел от дел, плохо ориентирован в сложных коллизиях сегодняшней жизни, связанной с ломкой старых нравственных установок. Но никакие «Вести», «Новости» с «Итогами» вместе не заменят матери хотя бы конспективного, пятиминутного обзора того, что вас волновало сегодня. У Платона есть рассуждение о «святой лжи», там отец уговаривает сына принять лекарство, уверяя, что оно не горькое. Не хотите волновать? — придумайте что-нибудь, но только не молчите.

Не старайтесь отгородить пожилого человека ото всех дел и хлопот, от волнений и стрессов. Такая забота оборачивается величайшей душевной трагедией для пожилого человека. Жизнь в барокамере — трудное испытание для молодых и крепких космонавтов, старому человеку она не под силу. Посильный труд дает человеку уверенность в собственной полезности, необходимости для других.

§ 2.2.3. Возраст как фактор дискриминации человека.

В практике социальной работы специалистам приходится сталкиваться с кризисами в различных возрастных группах. Однако наибольшую актуальность занимают проблемы людей пожилого возраста. Демографические данные в России и за рубежом говорят о тенденции роста числа людей старшего поколения, тем не менее в обществе наблюдаются тенденции дискриминации человека по возрасту. Такая форма дискриминации в англоязычной литературе получила название «эйджизм», что означает в целом презрение и притеснение молодыми и сильными старых и слабых. Учитывая, что значительную часть престарелых составляют женщины, проблема дискриминации по возрасту часто усугубляется дискриминацией по половым различиям.

Проблемы людей престарелого возраста являются предметом геронтологии как специальной области познания. Социальные работники должны знать основы геронтологии и при обслуживании клиента учитывать социально-геронтологические, психологические, физиологические аспекты старения человека, позволяющие интерпретировать поведение пожилых людей с учетом их индивидуальности.

Социально-геронтологические теории старения:

Теория разъединения. В основе этой теории лежит принцип гомеостаза, необходимого равновесия между продуктивным (молодым) и непродуктивным (пожилым) поколением. В этой связи актуализируется межпоколенное отчуждение, согласно которому в процессе старения люди дистанцируются от молодого поколения, освобождаются от социальных ролей, связанных с трудовой деятельностью. Процесс отчуждения обусловлен социальным контекстом, который является способом приспособления к новой ситуации, его ограничивающие возможности подготавливает старого человека к смерти. В теории разъединения процесс отчуждения рассматривается как фатальная неизбежность и объективный процесс, когда люди старшего поколения уступают место молодым, способным более продуктивно трудиться.

Теория активности. Согласно этой теории, пожилые люди, вынужденные расставаться со своими привычными ролями, ощущают утрату и свою ненужность в обществе. Сохраняя свои потребности и активность, как и в среднем возрасте, они оказывают противодействие при исключении их из активной жизни. Для сохранения их самооценки и самосознания им необходимо предоставить дополнительные для них виды деятельности. Исполнение пожилыми людьми новых, социально-значимых ролей сохраняет их психологическое равновесие.

Теория субкультуры. Пожилые люди могут рассматриваться как носители специфической субкультуры, представляющей собой систему особых ценностей, норм и

стереотипов. Оформление этой субкультуры зависит от следующих факторов: от ограничений коммуникаций и общественных связей с другими социальными группами и от принадлежности к одной возрастной группе. Возрастная субкультура позволяет пожилым людям адаптироваться к новым условиям, формировать новые связи и отношения, перестроить свои психологические установки.

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

Психологические концепции людей престарелого возраста. Психологические концепции личности рассматривают развитие человека на всем протяжении его жизненного пути. Поздний период жизни человека осмысливается в них по-разному, в зависимости от подхода, доминирующего в той или иной концепции.

Теория интенциональности. Концепция, разработанная немецким психологом Шарлоттой Бюлер, основана на трактовке личности как изначально данного духовного образования, не изменяющегося по своей сути на протяжении жизни. Основой развития является интенция (внимание, стремление), выбор целей, которые могут осознаваться или не осознаваться субъектом. Согласно концепции Ш. Бюлер, человек проходит пять фаз своего развития. Последняя фаза жизни (65—70 лет) характеризуется тем, что люди перестают преследовать цели, которые ставили в юности. Они тратят силы на различные формы досуга, препровождение времени. Это период, когда человек пытается осознать смысл своего существования, воспринимая жизнь как целое. Одни, проанализировав свою жизнь, получают удовлетворение, другие — разочарование, поскольку цели достигнуты не были.

Эпигенетическая теория. Американский психолог Эрик Эриксон в своей теории рассматривает развитие личности на всем протяжении жизни. Психика индивида обусловлена социокультурными условиями. Развитие личности Эриксон разделяет на 8 стадий. Последняя стадия (65 и дальше) обозначается как поздняя зрелость. В этот период у человека ухудшается здоровье, он стремится к уединению, он переживает смерть супруга, друзей-ровесников. В этот период человек сталкивается не столько с психосоциальным кризисом, сколько с интегративной оценкой всей прожитой жизни. Только в старости, по мнению Эриксона, приходит настоящая зрелость, позволяющая человеку оценить предшествующий опыт и достижения. Это полюс, обозначенный им как мудрость.

На другом полюсе находятся старые люди, не реализовавшие себя, осознающие невозможность начать все сначала. У них преобладают два типа раздражения: сожаление о невозможности пережить свою жизнь заново и отрицание своих недостатков с перенесением их на окружающий мир.

Для социальной работы данная концепция полезна тем, что проблемы людей старшего поколения рассматриваются в ней как определяемый возрастом особый психосоциальный кризис, а объясняются по аналогии с конфликтами и фрустрациями предшествующих возрастных периодов.

Физиологические аспекты старости связаны с ослаблением ряда функций. Происходит ухудшение зрения, слуха, органов чувств. Пропадает подвижность, деятельная активность. Могут наблюдаться процессы обеднения эмоциональной жизни, сужение коммуникативных связей, что может привести к деградации человека, сведению его жизнедеятельности до физиологических потребностей: еды, сна, физических надобностей.

Престарелые люди могут быть подвержены страхам, беспокойствам, у них может наблюдаться повышенная тревожность. Характерны для данного возраста болезни сердца, склероз, опухоли. Физические заболевания, как и психические расстройства могут приводить к декомпенсации, старческим ночным делириям, когда обычно спокойные люди становятся агрессивными, беспокойными, бредят. В результате эмоциональных нагрузок могут произойти нарушения в мозговом кровообращении, приводящие к расстройству речи, параличу, эпилептическим припадкам. Изменения в настроении приводят к подавленности, депрессивным, ипохондрическим состояниям, в таких случаях старые люди обвиняют себя в кажущихся проступках. Психические расстройства престарелого возраста имеют комплекс причин, связанных с психосоматикой, органическими расстройствами, биологическими и социальными факторами.

Особенность пожилого клиента заключается в том, что он чаще выступает как объект насилия со стороны социального окружения, однако это не значит, что пожилым не свойственны проблемы, связанные с одиночеством, кризисом семейных отношений, злоупотреблением алкоголем, депрессией, психической неуравновешенностью.

Насилие над пожилыми людьми одна из самых больших проблем социальной работы. Согласно зарубежным исследованиям, люди преклонного возраста подвергаются различным видам насилия, среди которых плохой уход, физическое, психологическое, моральное насилие, хроническая вербальная агрессия (угрозы, оскорбления и т.д.). Процентное соотношение типологии насилия над пожилыми людьми в США и Англии показывает следующая таблица:

Вид плохого обращения	США	Англия
Все виды вместе	3,2	*
Физическое	2,0	2,0
Словесное	1,1	5,0
Плохой уход	0,4	*
Финансовое	*	0,2

Примечание: * — данных нет.

В научной литературе можно выделить следующие подходы к проблеме насилия над людьми пожилого возраста:

Ситуационная теория выделяет в качестве причин агрессии ситуативные и структурные факторы. К наиболее значимым можно отнести факторы, связанные с деформацией личности пожилого человека и с личностью опекуна.

Теория семейного развития рассматривает насилие над людьми пожилого возраста как воспроизведение модели поведения, которая была сформирована в процессе воспитания в семье в раннем детстве.

Концепция личностных черт исходит из объяснения насилия патопсихологическими отклонениями личности.

Теория социальных изменений базируется на представлении о том, что процесс социального взаимодействия состоит из последовательной смены поощрений и наказаний. В связи с тем, что пожилые люди более беспомощны, они имеют меньше альтернатив моделей взаимодействия, что провоцирует опекунов на агрессию. Зависимость увеличивается при снижении жизненной активности пожилого человека.

Концепции модели символического взаимодействия базируются на коммуникативных подходах. Обмен информацией предполагает установление единого «шаблона декодировки» смыслов, понятий, ролей. Насилие провоцируется несовпадением образов человека в его прошлом и в настоящем.

Здесь также необходимо коснуться проблемы злоупотребления пожилыми людьми алкоголя.

Слабость к алкоголю во многом объясняется тем, что ограничения, связанные с работой, заботой о семье, важностью мнения о себе окружающих, для пожилых людей сняты. При этом у пожилых людей существует определенная мифология, вызванная реальными психосоматическими реакциями и психологическими установками. Среди них: «алкоголь улучшает пищеварение», «алкоголь помогает уснуть», «алкоголь согревает», «алкоголь помогает не чувствовать одиночества» и т.д., что, наряду с другими факторами, также может приводить к алкоголизации. Вместе с тем наблюдаются обратные реакции. Алкоголь приводит пожилых людей к гипотермии (переохлаждению), ухудшает память, вызывает депрессии, может ухудшить работу пищеварительного тракта и мочевого пузыря. Особо опасным является употребление алкоголя и лекарственных препаратов. Все эти проблемы находятся в зоне внимания социальных работников.

Глава 2.3. Стресс и фрустрация.

§ 2.3.1. Стресс – болезнь XX века.

XX век изменил сам темп человеческой жизни, перенасытил ее информацией, используя радио, телевидение, факсы, поменял скорости с лошадиных на реактивные. Наш современник за день видит больше людей, чем его прадедушка за всю жизнь. Единственно, что почти не изменилась — это сама природа человека и потому ему трудно справляться и осваивать все то, что он сам создал. Человек перегружен. Английское слово «стресс» означает: давление, нажим, напряжение. Стресс — это болезнь, которой страдают все. Стресс — это болезнь XX века. Первооткрывателем стресса называют Ганса Селье, биолога с мировым именем, который является создателем и первым директором Международного института стресса.

Всякое переутомление — это стресс и для организма неважно, чем оно вызвано, удачей или неудачей — он реагирует стереотипно, одинаковыми биохимическими изменениями, «назначение которых, — как пишет Г.Селье, — справиться с возросшими требованиями к человеческой машине». Будет наивностью полагать, что в прошлом было «золотое время» — бесстрессовое время. Тогда тоже были и удары, и подарки судьбы. Но именно XX век сделал напряжение системой и повседневностью. «Человеческая машина» не выдерживает этого напряжения и начинает давать сбои, а то и вовсе ломается.

Ганс Селье писал: «С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации. Мать, которой сообщили о гибели в бою ее единственного сына, испытывает страшное душевное потрясение. Если много лет спустя окажется, что сообщение было ложным, и сын неожиданно войдет в комнату целым и невредимым, она почувствует сильнейшую радость. Специфические результаты двух событий — горе и радость — совершенно различны, даже противоположны, но их стрессорное действие — может быть одинаковым» (из книги «Когда стресс не приносит горя»).

Приведенный пример показывает, что и главный теоретик этого явления не считает стресс чистым приобретением XX века, как например, СПИД. Такая ситуация могла случиться и в XV и в XIX веке. Рассказывают, что отец Бомарше умер, гомерически смеясь над проделками Фигаро, когда сын-драматург читал ему свою пьесу «Женитьба Фигаро». Врачи отмечают учащение сердечных приступов у ярых болельщиков в дни матчей. Но, наверное, также чувствовали себя зрители древних ристалищ. Конечно, во все времена, к сожалению, примеров заболеваний и смертей от горестных известий было гораздо больше.

Стресс проявляется в области психики и физиологии как ответная реакция на физиологическое, нервно-психическое повышенное раздражение. Иммунная система

человека сопротивляется возможности инфицирования организма, защищает его от других заболеваний, но давно замечено, что у обидчивых людей, а они легче подвержены стрессу, иммунная реакция понижена. На эту особенность следует обратить внимание пожилых людей, ведь в этом возрасте люди страдают повышенной обидчивостью.

Американские ученые создали специальную шкалу, с помощью которой можно оценить в баллах уровень стресса при том или ином событии. Опросы нескольких тысяч женщин, проведенные в 60-х годах по этой шкале, дали весьма интересные показатели. Смерть супруга оценивалась как наиболее стрессовая ситуация в 100 баллов. Собственная болезнь или травма — 53, конфликт с супругом и уход на пенсию — по 45 баллов. Свадьба — 50 баллов, подготовка к рождеству — 12.

Понятно, что эти цифры довольно условны и дают усредненные показатели, но, что важнее, — они были получены в 60-х годах. В 90-х оценки приобрели несколько иной вид. Смерть супруга так и осталась на отметке 100 баллов, но собственная болезнь или травма оценивалась в 68, столько же получил и уход на пенсию, конфликт с супругом оценивался уже ниже, чем уход на пенсию, но выше, чем в предыдущей шкале — 57 баллов. Свадьба (правда, неясно собственная или детей) вышла на одно из первых мест — 85 баллов. Подготовка к празднику (к рождеству) прибавила 44 единицы и оценивается в 56 баллов. Болезненное стал переноситься уход сына или дочери из дому: вместо 29 — 41 балл.

§ 2.3.2. Стресс, дистресс и фрустрация.

Стресс не обязательно ведет к нарушениям нервной системы и вызывает соматические отклонения. Занятия спортом, объяснение в любви тоже вызывают стресс, но он не чреват негативными последствиями. Стресса невозможно и не следует избегать. Фраза Селье: «Полная свобода от стресса означает смерть» стала ныне общим местом и цитируется почти во всех работах о стрессе. Вся человеческая жизнь соткана из приятных, радостных и неприятных, вредоносных стрессов. Последние еще называют дистрессом.

В заголовке мы написали еще одно слово «фрустрация». На языке психологов оно означает чувство крушения, то есть то самое чувство, которое так часто посещает пожилых людей. В этом возрасте люди начинают (или продолжают) подводить итоги жизненного пути, и «попытожив то, что прожил», приходят к неутешительным выводам. В утренних, юношеских планах закат виделся более красочным, а главное, он казался таким далеким. Но ведь 60 лет — это всего лишь 22 тысячи дней, и чем больше их прожито, тем быстрее они накапливаются. Между девятью и десятью годами детства проходит целая вечность, тогда как от 59 до 60 — только миг. Г.Селье утверждает, что «стресс рухнувшей надежды» со значительно большей вероятностью, чем любые физические перегрузки, ведет к таким заболеваниям, как язва желудка, мигрень, высокое кровяное давление и повышенная раздражительность. Многие онкологи предполагают,

что злокачественным опухолям непременно предшествуют большие нервные потрясения. Таким нервным потрясением может явиться убеждение о никчемности и бесцельности всей жизни.

Вот один из таких монологов: «В юности я подавал большие надежды: писал стихи, сочинял пьесы; у меня был красивый голос, я хорошо танцевал. Будущее рисовалось поэтически-артистическим, в нем обязательно должна была быть сцена. Но меня запугали или я сам испугался неопределенности такой карьеры, пошел вслед за другом в инженеры. Нет, не подумайте, что я прозябал в чертежниках с высшим образованием или работал без интереса, я попал в «почтовый ящик». Не смейтесь, так называли военные заводы. Регулярно, не реже других получал повышения в должности и зарплате. И личная жизнь (еще одно слово из казенного лексикона) сложилась более-менее удачно: жена, сын с невесткой и внуком — все как у людей, «все путем»... Только с завода я уволился, раньше времени стал пенсионером. Конверсия для меня не состоялась, а то, во что вложен труд всех лет жизни, никому не нужно, пошло в металлолом, под автоген. Сын из радиоинженера стал продавцом, если это можно так назвать, а по старому — спекулянтом, которых я всегда презирал, но «имеет» (язык не поворачивается сказать: «зарабатывает») за неделю мою годовую пенсию. Все, что я заработал и накопил превратилось в дым, а все, что купил — в хлам».

Для ребенка фрустрация это: «Хотел, мечтал, но не дали, не разрешили, не пустили». Для старика: «Мог, не сделал»; «Сделал, но не получилось или получилось, по совсем не то»; «То, к чему стремился оказалось миражом, фантомом». Происходит переоценка ценностей. Былые достижения и успехи заносятся в разряд неудач и ошибок, старые друзья признаются старыми обманщиками. Рухнувшие надежды мальчишки рухнули временно, у старика — навсегда, и тогда старость превращается в тризну жизненных надежд. В этом отличие детской и стариковской фрустрации.

Из разговоров можно понять, что многие люди представляют стресс как некое одномоментное сильное воздействие, как мгновенный испуг, как удар тока. Стресс — явление повседневное, а старость есть накопленный долгими годами результат стрессов. Стресс, связанный с фрустрацией, оставляет в организме пожилого человека необратимые химические рубцы, приводящие к старению тканей. Возникает как бы порочный, трагический круг: изношенный организм с трудом борется со стрессами, но и сам «износ» — свидетельство «стрессовых побед». Оценка тех или иных рядовых событий (т.е. все, кроме смерти и тяжелых болезней) по шкале «удачи — неудачи» довольно относительна, многое из того, что в настоящем относится к неудачам, может в будущем обернуться своей противоположностью и наоборот. И пессимист, и оптимист — коллекционеры, но первый собирает свои невзгоды, оплошности и промахи, второй — достижения, победы, выигрыши, пусть даже и незначительные. И тот, и другой испытывают стрессы, но у оптимиста редко случается дистресс, который оставляет глубокие рубцы.

Уговоры («Не волнуйся... Не расстраивайся...») мало эффективны и равносильны призыву: «Адреналин, не выделяйся! Давление, не повышайся!» Для невротической личности, а среди пенсионеров их процент достаточно велик, сами эти замечания уже воспринимаются как сигнал к стрессу. У нашего пенсионера стресс может возникнуть от звучания таких слов как: «пенсия», «квартирная плата», «ограбление» и множество других. Участники войны, даже те, кто никогда не слышал о стрессе, если они действительно участвовали в боевых операциях, инстинктивно не любят возвращаться к воспоминаниям об этом времени, смотреть фильмы о войне.

В стрессах, как и вообще в жизни, есть своя несправедливость: «Хорошие стрессы — от спортивных успехов, любовных объятий, получения наград, радостных сообщений — обычно кратковременны. Дистрессы (или «плохие» стрессы) имеют большую продолжительность. Долговременный стресс (дистресс) не дает организму времени для отдыха, в отличие от «хорошего» стресса, прибавляющего силы; он изматывает человека, становится причиной аритмии, тахикардии, других сердечных нарушений. Учащенное дыхание (еще один результат стресса) — ведет к постоянным головокружениям. Сбой ритма пищеварительной системы и сужение кровеносных сосудов при стрессе могут вызвать длительное расстройство желудка и запоры.

Замечено, что вдовы и вдовцы в течение первых двух месяцев после потери супруга часто заболевают той же болезнью, от которой скончался супруг. Помнится такой печальный случай: мужчина в возрасте около 60 лет умер от перитонита, явившегося осложнением аппендицита; в день похорон «Скорая помощь» увезла его жену с острым приступом аппендицита. Женщины, которые ухаживают за престарелыми родителями, страдающими пресенильными и сенильными психозами, легче подвергаются простудам и инфекционным заболеваниям. Стресс — сильнейший провокатор мигрени, головных болей. Длительный стресс усугубляет и стимулирует прогрессивное развитие уже имеющихся хронических заболеваний. Так, ишемическая болезнь сердца может обернуться инфарктом миокарда.

Мозг человека выбирает ответную реакцию на стресс, передавая ее на мышцы рук, ног, другие скелетные мышцы. При кратковременном стрессе появляется потребность бежать, быстро ходить по комнате, барабанить пальцами по столу и т.п. или, напротив, человек «столбенеет». В библейской легенде о жене праведника Лота рассказывается, что несчастная женщина, покидая родной город Содом, не вняла предостережению ангелов, оглянулась.

Стремительный смерч настиг ее и она превратилась в соляной столб. Возможно, она увидела или представила катастрофу, ожидавшую ее покинутый семейный очаг, ее нечестивых соседей: «огненную серу, соляные потоки, падающие раскаленные камни». Женщина остолбенела. Как видим, стресс существовал еще в библейские времена.

Трио: *стресс, симптом, болезнь* — находятся в тесном взаимодействии друг с

другом и обладают способностью взаимопревращения. И в тоже время не всякий стресс с обязательностью является предшественником болезни, также как не за всякой порцией мороженого следует ангина. Все зависит от общего состояния здоровья организма, от его готовности «Бороться и побеждать». Сам стресс имеет как физические, так и эмоциональные и поведенческие признаки, которые тоже могут превратиться, а могут и не превратиться в болезнь.

Бессонница, боли в груди, животе, спине, шее, хроническая усталость относят к физическим признакам, а раздражительность, частые слезы и чувство паники — к эмоциональным признакам. Стресс меняет и поведение человека, вызывая злоупотребление алкоголем, курением, лекарствами.

Чтобы выявить, что провоцирует стресс у вас и каковы его последствия для вас, надо на какое-то время стать «частным детективом», который будет внимательно следить и записывать все события и даже мысли, вызывающие стресс, со всеми его признаками. И еще раз подчеркнем, «у вас», потому что у другого человека могут быть и не быть такие или другие реакции. Составив «досье», приступайте к борьбе, ведь давно известно, что любую болезнь легче предупредить, чем победить.

§ 2.3.3. Стресс в пожилом возрасте.

По Селье, продолжительность жизни зависит, с одной стороны, от того количества адаптационной энергии, нечто вроде жизненной силы, которое человек получил по наследству, с другой — от того, как он расходовал ее в различных жизненных ситуациях, вызывающих стресс. Концепция имеет довольно уязвимые места. Во-первых, связь между наследственностью и долгожительством не раз подвергалась аргументированной критике. Во-вторых, если поверить в эту концепцию, то следует поверить и в бессмертие, при условии полного сохранения так называемой адаптационной энергии. Но сам автор концепции утверждает, что жизнь без стрессов невозможна.

Известный отечественный геронтолог В.В.Фролькис описывает эксперимент, поставленный на трех группах животных. Одних поместили в условия, где ничто не нарушало их покоя: ни звуковые, ни световые раздражители, ни столкновения у кормушки. На крыс второй группы время от времени воздействовали всеми видами раздражителей. Для третьей группы стрессовые ситуации создавали постоянно, они следовали одна за другой, подопытных не оставляли в покое. Продолжительность жизни второй группы (с кратковременными стрессами) оказалась больше, чем у первой и у третьей группы животных. Постоянный покой стал равносильным постоянным раздражителям, и то и другое укорачивает жизнь организма.

В.В.Фролькис считает, что наша жизнь — не просто постоянная трата полученного

при рождении наследства, но и пополнение его фондов в ходе жизнедеятельности. «Мягкий» стресс мобилизует наши жизненные силы, но часто повторяемые стрессы, регулярная перегрузка организма ускоряют процесс старения. Молодые люди, естественно, легче адаптируются к стрессам, большинство из них не оставляет последствий, чего не скажешь о пожилых людях. Перегрузки, с которыми молодость справляется, не истощая силы организма, оказываются разрушительными для людей старших возрастов.

Еще одна особенность проявления и влияния стресса: он чаще случается у женщин, чем у мужчин, но женщины легче справляются с ним и быстрее адаптируются к его воздействию. Некоторые специалисты полагают, что секрет такой выносливости «слабого пола» в том, что женщины чаще плачут и таким образом разряжают отрицательные эмоции через слезы, истерики и т.п. В слезе, утверждают они, не только избыток ионов натрия, калия и других солей, но и избыток адреналина. Адреналин, как известно, вызывает сужение большинства сосудов, усиливает сокращения сердца, изменяет частоту сердцебиения, повышает артериальное давление. Следовательно, женщины, давая волю эмоциям, оберегают себя на инстинктивном уровне от серьезных неприятностей, провоцируемых стрессом.

Замечено, что женщины более разборчиво, чем мужчины, относятся к приему лекарств, которые, независимо от их прямого назначения, могут спровоцировать стресс; речь идет прежде всего и в основном о лекарствах, принимаемых без назначения врача.

Но, при всем при том, сами женщины зачастую выступают как бы «вирусоносителями» стресса. Стресс также заразен, как и грипп. Если у одного из членов семьи стресс, то он может передать его всей семье. Особенно опасны в этом отношении люди, постоянно работающие с большим числом людей: продавщицы, водители транспорта, учительницы. В каждой шутке есть доля правды. Такая доля достаточно велика в шутке о том, что для того, чтобы вся семья отдохнула на одну санаторную путевку, достаточно отправить отдыхать старшую представительницу семьи. Это не обязательно теща, свекрови им мало уступают в стрессораспространении.

Кстати, шутка, юмор — одно из самых сильных лекарств от стресса. Люди, лишенные чувства юмора, гораздо чаще и сильнее страдают от стрессов, чем те, кто всегда готов посмеяться над собой, своими неприятностями, недомоганиями, морщинами.

Среди долгожителей не встречаются люди, лишенные чувства юмора. Датский ученый Карл Родаль утверждал: «Трехминутный смех заменяет пятнадцатиминутную гимнастику». А если три раза по три минуты посмеяться за день?

Пожилые люди должны избегать мрачных людей, мрачных кинофильмов, мрачных романов. Для сохранения здоровья и бодрости куда полезней кинокомедии, анекдоты, юмористы и веселые собеседники. Превосходство продолжительности женской жизни над

мужской объясняют не только тем, что они чаще плачут, но и тем, что они чаще, чем мужчины, смеются.

Модуль 3. Геронтология и гериатрия.

Глава 3.1 Наиболее частые соматические заболевания пожилых людей.

§ 3.1.1. Фундаментальная геронтология, гериатрия и геропротекция.

Научные исследования процессов старения и изучение возможностей оказания медицинской и социальной помощи пожилым людям изучаются наукой геронтологией. **Геронтология** - наука о старости. Геронтология подразделяется на фундаментальную геронтологию, социальную геронтологию и гериатрию. Сегодня можно выделить несколько важнейших стратегических направлений развития геронтологии:

1. Разработка подходов к лечению болезней, встречающихся преимущественно в пожилом возрасте.
2. Обеспечение максимально возможной продолжительности жизни индивида.
3. Организация медицинской помощи пожилым.
4. Социальная защита пожилых.
5. Проблемы пенсионного обеспечения.

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

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

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

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

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

Старение - процесс закономерный, общебиологический, старение наблюдается во всем материальном мире. Многие законы старения общие для физических объектов, и для биологических. Например, "усталость" развивается в узлах машин выполняющих

постоянно одну и ту же нагрузку, а у человека быстро "накапливается" усталость если он занят однообразным трудом и гораздо менее, если труд его не монотонен. Было бы не правильно представлять процесс старения как простое накопление усталости, изнашиваемости и т.д. Биологическим объектам, человеку свойственен процесс самовосстановления - на смену потерянным элементам и функциям приходят новые элементы. Старение можно представить себе как процесс необратимых структурных изменений в организме, сопровождающийся постепенным снижением функций человека, нарушающий адаптацию человека к окружающей его среде.

По видимому, только у позвоночных животных - вероятно птиц, точно у млекопитающих, сообщество эксплуатирует возрастные особенности своих индивидуумов. Пожилой волк хуже бегаёт, но он знает уловки врагов, обучая этому щенят, он охраняет стаю. Охранные функции старых животных известны у слонов, других стадных животных.

В животном мире значение физической силы, выносливости высоко: плохо бегающий кабан будет уничтожен в первую очередь. И только человек, создав социальные институты, позволил себе заботу о стариках и ограждение их от внешних опасностей. Значение физической работы в обществе падает, одновременно растёт роль умственного труда, значение коры головного мозга и лобных долей. Наблюдается постоянное и значительное увеличение числа людей "в возрасте", принимающих участие в общественной жизни. Всего за век изменилась ситуация с президентами и королями - сегодня трудно представить себе Александра Македонского во главе страны, или Наполеона во главе армии - путь в генералы долог, требуется много времени для образования, познания достижений науки, техники, коммуникативных умений и навыков.

Развитие человеческого вида идёт от человека разумного к человеку мудрому, активно использующему накопленный опыт поэтому сегодня лозунг "почетной старости", сменился лозунгом "активное долголетие". Общество должно осознать важность, необходимость большого числа пожилых людей, научиться продлевать жизнь индивидуума, создать систему, обеспечивающую максимальную отдачу старшим поколением. Особенная значимость работоспособности старших возрастов возникает сегодня в условиях низкой рождаемости, когда в стране уже через несколько лет начнет ощущаться дефицит работоспособного населения. Об использовании пожилых для нужд общества думали еще древние, недаром слово "сенат" происходит от латинского "senax" - старик.

Демографическая ситуация характеризуется быстрым приростом населения. Население планеты увеличилось вдвое за последние сорок лет. В настоящее время в мире проживает более 6 млрд. человек. Увеличение населения планеты на 5 млрд. произошло всего за 200 лет. В XX веке прирост жителей Земли на 1 млрд. происходил за 33 года (27-60 гг.), 14 лет (60-74 гг.), 13 лет (74-87 гг.), 12 лет (87-99 гг.). При расчетах линейных

зависимостей с 1964 года человечество будет прибавлять по 1 млрд. в год. Однако демографы, анализируя развитие популяций животных, считают, что рост населения затормозится: этот процесс уже коснулся развитых стран. Чем более цивилизованней страна, тем меньше в ней рождаемость, тем больше пожилых. Успехи медицины - сокращение детской смертности, устранение инфекций как основных причин смерти (а в начале XX века более половины людей умирали от разнообразных инфекций), лечение опухолей и профилактика инфаркта и инсульта - постоянно увеличивают продолжительность жизни.

В России демографическая ситуация развивается таким образом, что идет очень быстрое нарастание числа пожилых лиц. Ожидаемая продолжительность жизни в 1998 году составила 67,1 год, а в 2015 году прогнозируется 69,9 лет. Уже сегодня пятую часть населения России составляют лица пенсионного возраста, около 11% (3,2 миллиона граждан) - старше 80 лет, старше 85 лет - 1387 тысяч, а возрасте более 100 лет - 15,6 тысяч. В 1998 году в Москве было 1786 тысяч пожилых (20,9% от всего населения), из них в возрасте 60-69 года - 52,9%, 70-79 - 33,6%, 80 и старше 13,9%. В 1999 году в Москве проживало 249 столетних гражданина, в Санкт-Петербурге в 1996 году - 86 человек. С учетом сниженной в последние годы рождаемости (а так как ее существенный прирост не прогнозируется, то население страны расти не будет) пожилые люди вскоре составят треть всего населения страны. Только с 1979 года численность престарелых старше 85 лет удвоилась. Показатель "средняя продолжительность жизни", который так часто и спекулятивно обсуждается в прессе, является математическим производным от возрастов, в которых умерли новорожденные, молодые и старики. На этот статистический показатель особенно влияет детская смертность. В нашей стране в последнее десятилетие снижение показателя средней продолжительности жизни обусловлено ростом числа смертей среди молодых мужчин, что традиционно связывают с пьянством и травматизмом. Очевидно, что отсутствие в стране когорты пожилых, обусловленное, в частности, гибелью огромного числа мужчин во время войны, во время террора 20-50-х годов, сдвигает этот показатель в более молодой возраст.

Более точен показатель "предстоящих лет жизни". О его динамике писал еще известный ученый И.В. Давыдовский в середине 60-х годов. Этот показатель за счет успехов медицины значительно вырос за первую половину XX века и медленно растет дальше - примерно на 1 год в десятилетие. В России же в 90-е годы у мужчин прирост этого показателя составил 1 год в год, т.е. в 10 раз выше должного. Такая динамика связана только с появлением пожилых мужчин: с 1998 года резко увеличилась популяция мужчин, перешагнувших 70-летний рубеж, так как эта группа родившихся в 1928 году - первая, не попавшая на войну и не погибшая в ней. В 2003 году начнется "массовое" празднование 75 летних юбилеев.

Одной из задач геронтологии и гериатрии является разработка механизмов и методов увеличения продолжительности жизни. Эта деятельность представлена двумя

важными направлениями - геропротекция и профилактика заболеваний.

Геропротекция - совокупность факторов, замедляющих процесс старения. Изучением этих вопросов традиционно занимается фундаментальная геронтология, однако, геропротекция имеет не только научно-медицинский смысл, но является важнейшей социальной проблемой. Геропротекция должна быть направлена не просто на продление жизни, а на продление здоровой, качественной, полноценной жизни. Геропротекция должна сегодня перейти из теоретической науки в практическую плоскость, необходимо более широко взглянуть на существо вопроса.

Фундаментальная геронтология изучает клеточные и молекулярные основы старения. Среди достижений последних десятилетий нельзя не выделить открытие апоптоза - механизма запрограммированной клеточной смерти. С каждым делением клетка становится старше, что-то теряет (например, часть генов, в таких клетках как [эритроциты](#), [нейтрофилы](#), ядра либо исчезают вовсе вместе со всеми хромосомами и генами, либо скручиваются, уменьшаются в размерах), что-то приобретает, становится все более специфичной, синтезирующей строго определенные вещества. Отсутствие апоптоза присуще клеткам рака - при этой болезни клетки практически не умирают, становятся бессмертными. Известны клетки опухоли Хеля, полученные от одной больной, которые перевивают (пересаживают из одной чашки с питательной средой в другую) уже десятки лет, в сотнях и тысячах лабораторий мира.

Наряду с апоптозом изучен и клеточный [некроз](#). Если апоптоз запрограммирован, заложен в наследственной информации, то клеточный некроз развивается или из-за внутриклеточных метаболических нарушений (появление избытка перекисей, свободных радикалов) или из-за внешних причин - недостаток кислорода (гипоксия), воздействия химических и физических агентов. Клеток, устойчивых к факторам, вызывающим некроз нет, хотя чувствительность к ним различна: почечные клетки погибают в течение 2-5 минут гипоксии, тогда как клетки головного мозга могут переживать много минут без кислорода. Таким образом, клетки организма погибают либо из-за внешних воздействий, либо в результате реализации заложенной в них программы самоуничтожения.

Структурно-функциональная инволютивная (возрастная) перестройка органов и тканей, отражающая процесс старения связана с апоптозом и клеточным некрозом и замещением погибших клеток соединительной тканью (склерозом тканей). Но если на апоптоз сегодня практически нет возможности воздействовать, остановка склероза лишь только обсуждается, то некроз подвержен терапевтическим вмешательствам - во многих случаях его можно предупредить.

Среди теорий старения можно выделить новое направление -сосудистую (эндотелиально-тромбоцитарную) теорию. Суть теории следующая: все ткани для жизнедеятельности нуждаются в постоянном поступлении кислорода и питательных веществ. Это обеспечивается нормальным функционированием сосудов и током по ним

крови. Если сосуды сужаются или по ним не течет кровь, то клеткам не доставляется нужное количество кислорода и питательных веществ, и они погибают.

Сосуды подвержены постоянному воздействию болезнетворных факторов. Так, наиболее известное заболевание сосудов - [атеросклероз](#). Атеросклероз - заболевание преимущественно крупных сосудов - нормальные клетки стенки сосудов (эндотелиальные клетки) замещаются на соединительную ткань - склерозируют. Мелкие сосуды также подвержены склерозу, но оно развивается в результате воспаления - например при гриппе или простуде, воспалении легких или инфекционном поражении почек - [пиелонефрите](#). При всех этих состояниях повреждаются мелкие сосуды (капилляры), их стенка и прилежащие ткани в последующем склерозируются и питаемые этим сосудом несколько клеток гибнут. Со временем накапливаются очажки погибших и заменившихся соединительной тканью клеток, они - участки склероза - могут сливаться между собой, приводя к нарушению функций практически всех органов и тканей. Обусловленные таким процессом болезни известны как [пневмосклероз](#) с развитием эмфиземы легких, цирроз печени, [кардиосклероз](#) с развитием сердечной недостаточности, [нефросклероз](#) с развитием почечной недостаточности.

Особенностью организма является огромный запас прочности. Подсчитано, что клинически выраженные проявления склероза органа появляются тогда, когда 70-80% составляющих его клеток погибнет и заместиться соединительной тканью. Поэтому склероз - удел пожилых людей, которые перенесли за свою жизнь множество инфекций, травм и т.д. Совокупность склерозированных участков в различных органах приводит к их функциональной недостаточности, причем недостаточность одного органа усугубляет недостаточность другого.

Обеспечение максимально возможной продолжительности жизни индивида может быть реализовано профилактикой одних заболеваний (например, многих инфекций), правильным лечением других (например, лечение артериальной гипертонии), реабилитацией после перенесенных третьих (например, после [инфаркта миокарда](#) или [инсульта](#)).

Возраст человека может измеряться двумя способами - определением календарного (паспортного) возраста, и определением биологического возраста.

Паспортный возраст не всегда точен, пожилые нередко "кокетничают" возрастом, добавляя себе до 20-30 лет жизни. Поэтому при выявлении долгожителя необходимо проверить возраст по учетным документам - церковные книги, метрики и т.д. В 40-50-е годы в СССР проводились поиски долгожителей-кавказцев т.к. руководством страны было сформировано мнение, что на Кавказе люди живут долго. Из-за того, что паспорта у большинства "долгожителей" на протяжении многих лет отсутствовали, а люди приписывали себе дополнительно десятки лет, то в Сванетии, например, был придуман метод определения числа "снегов". В этой местности снег выпадает крайне редко - раз в

20-30 лет, это событие запоминается на всю жизнь. Поэтому долгожителя спрашивали, сколько "снегов" он помнит, и по их числу косвенно судили о возрасте. Предельный паспортный возраст, безусловно подтвержденный документами, составляет 121 год.

Определение **биологического возраста** задача более трудная. Существует несколько методик его определения, одна из них разработана в России (Л.Белозерова). При определении биологического возраста определяется совокупность функциональных нарушений у индивида и соотносят их со средними показателями для определенного возраста. Биологический и календарный возраст может не совпадать между собой и различаться на 10-20 лет. Особенно часто приходится встречаться с явлениями преждевременного старения - *прогерией*. Обычно преждевременное старение связано либо с заболеваниями (например, сахарный диабет, хроническая инфекция, артериальная гипертония) либо с неправильным образом жизни - в первую очередь с курением, пьянством. Бытующее мнение о том, что физическая нагрузка старит человека неверно - если физическая нагрузка не превышает физиологической нормы, то она, наоборот, способствует уменьшению биологического возраста. Нужно всегда помнить, что физкультура лечит, а спорт - калечит. Особенно опасно в пожилом возрасте перегибать палку, например внезапно начать заниматься видами спорта, требующих силовых нагрузок.

От совокупности функциональных резервов всех органов и систем зависит биологический возраст конкретного человека. Именно на увеличение этого биологического возраста с ориентацией на здоровое и активное продление жизни должны быть направлены усилия геропротекции - не просто жить, а жить качественно.

Еще Гален говорил: "Старость сам по себе не есть болезнь, но она не свободна от недугов". По данным Л.Б. Лазебника (1995) у пожилого мужчины, старше 65 лет в условиях поликлиники выявляется в среднем 4,3 заболевания, а у женщины - 5,2. И это только те формы, которые проявляются жалобами. При углубленном обследовании можно обнаружить до 14 заболеваний в начальных стадиях.

§ 3.1.2. Сердечно-сосудистые заболевания.

Среди наиболее частых заболеваний пожилых сердечно-сосудистым заболеваниям отводится ведущая роль.

Артериальная гипертония у пожилых нередко отличается по своим характеристикам от таковой в более молодом возрасте. Она может сопровождать человека со средних лет, а может появиться уже в пожилом возрасте. Гипертония может быть осложнением другого заболевания, чаще всего пиелонефрита. Артериальная гипертония наблюдается у всех больных с хронической почечной недостаточностью.

Причины развития артериальной гипертонии до конца не ясны. Большое значение имеет злоупотребление солью - люди, склонные досаливать пищу существенно чаще болеют гипертонией. Однако часть людей не чувствительна к солевой нагрузке. Гипертонии способствует сидячий образ жизни, отсутствие физических нагрузок, постоянное состояние повышенной эмоциональности (особенно - подавление внутренних эмоций, отсутствие разрядки, смены обстановки и рода деятельности).

Нормальное артериальное давление - до 140\90 мм рт.ст. Давление подвержено колебаниям, связанным с физической нагрузкой, волнением, переживаниями. Поэтому артериальное давление измеряют утром, либо у лежащего в постели, либо у сидящего около стола пациента. Перед измерением давления необходимо дать человеку успокоиться не менее, чем в течение 10 минут. Измерять АД нужно дважды с промежутком между измерениями в 10 минут. Только тогда можно быть уверенным, что давление измерено правильно.

Если диагноз артериальной гипертонии ранее не был установлен, то нужно провести измерения АД в течение 3-х дней. Если при большинстве измерений оно будет превышать норму, то можно говорить о гипертонии. О гипертонии говорят и в том случае, если у человека произошел гипертонический криз - повышение артериального давления, сопровождающееся головной болью, дрожью в теле, болями в области сердца, головокружением, тошнотой и т.д.

Человек может быть привычен к высокому артериальному давлению. Иногда приходится встречаться с пациентами, хорошо чувствующими себя при давлении 190-200\100-120 мм рт.ст. Даже появился термин - рабочее давление. Такие пациенты хуже чувствуют себя при снижении давления, их работоспособность оптимальна при повышенном его уровне. Однако, доказано в специальных, тщательно выполненных исследованиях, что риск смерти от сосудистых катастроф - инфаркта миокарда, инсульта, у таких пациентов во много раз выше, чем у людей с нормальным давлением, у них быстрее и чаще развивается сердечная недостаточность.

У пожилых нередко можно выявить так называемую "склеротическую гипертонию". Артериальное давление поддерживается силой сокращения сердца (систолой), выталкивающего кровь в аорту (систолическое, верхнее давление). В этот момент аорта растягивается. Когда сердце расслабляется (диастола), клапан в аорте закрывается и аорта начинает сжиматься, поддерживая тем самым диастолическое (нижнее) давление. Более того, аорта сокращается не просто за счет своей эластичности, но и с помощью находящихся в ее стенке мышц; волна этих сокращений перемещается к мелким артериям, формируя дополнительный движитель крови - периферическое сердце. Если аорта и артерии сильно повреждены атеросклерозом то они теряют эластичность - возможность растягиваться во время кровенаполнения в систолу и сжиматься, поддерживая давление в диастолу. В таком случае при измерении давления фиксируется

очень большой разброс между систолическим и диастолическим давлением, например 200\70 мм рт.ст.

Одно время считалось, что такая ситуация носит приспособительный характер - выпадение "баллонной" ("реверсной") функции аорты компенсируется повышением систолического давления, чтобы поддержать объем крови, протекающий через ткани. Однако в многочисленных исследованиях показано, что высокое систолическое давление представляет опасность с точки зрения развития инсульта и инфаркта миокарда, способствует появлению и прогрессированию сердечной недостаточности. Поэтому необходимо стремиться к его снижению. Одновременно при лечении склеротической гипертонии диастолическое давление редко снижается.

Лечение артериальной гипертонии должно быть постоянным. Нельзя лечить гипертонию от случая к случаю, когда повышается давление. Обязательным элементом лечения должно быть снижение потребления поваренной соли до 2-3 г в сутки. Нередко применяют рисово-компотную диету, когда пациент в течение суток ест исключительно плов с сухофруктами.

Препараты назначаются в дозе, которая обеспечивает снижение артериального давления до нормальных цифр. Давление измеряется ежедневно, желательно ведение дневника давления. В последнее время получает все большее распространение суточное мониторирование давления, с помощью этого метода измеряются суточные колебания давления и можно подобрать более адекватное, индивидуализированное время приема гипотензивных (понижающих давление) лекарств.

После достижения стойко нормальных цифр артериального давления можно осторожно уменьшить дозу препарата, постоянно, ежедневно контролируя уровень давления. Отменять гипотензивные препараты совсем не целесообразно.

Стенокардия - очень четко очерченный клинический синдром: боли за грудиной, обычно сжимающего, давящего характера, четко связаны с нагрузкой или выходом на холод, продолжаются не более 10-15 минут, а при приеме нитроглицерина - около 5 минут. Боли эти отдают (иррадиируют) в левую руку, лопатку редко, лишь у трети больных. Боль возникает из-за недостаточного поступления кислорода к сердечной мышце при повышении потребности в нем. При физической нагрузке сердце бьется быстрее, поэтому ему нужно больше увеличить объем притекающей к нему по коронарным (сердечным) артериям крови, несущей кислород. Если эти артерии сужены за счет атеросклероза (бляшки, выступающей в просвет сосуда), то резервы увеличения кровотока быстро исчерпываются и сердечная мышца приходит в состояние кислородного голодания. "Голодные" мышечные клетки выбрасывают факторы, которые приводят к изменению текучести крови - начинается склеивание клеток крови, образование тромба. В этот момент появляется боль.

Стоит только уменьшить в этот момент нагрузку, как сердце успокаивается, потребность в кислороде уменьшается и восстанавливается нормальный кровоток. Одновременно исчезает и боль. Обычно на это уходит 5-15 минут. Если при этом принять под язык нитроглицерин или прыснуть в рот нитроглицериновым спреем, то клетки крови перестанут склеиваться, кровоток по коронарным артериям улучшится быстрее и боль пройдет в течение 2-5 минут. Такова картина типичной стенокардии.

Обычно человек знает, при каком объеме нагрузки у него появляется боль - сколько шагов он может пройти и с какой скоростью, на сколько ступеней он может подняться без боли. Нередко боли возникают в момент выхода из теплого помещения на улицу, или в момент питья холодного напитка.

Но иногда, когда атеросклеротическая бляшка растет, разваливается, или вокруг нее развивается воспаление, стенокардия может резко изменить свой характер: уменьшится дистанция, которую можно пройти без болей, перестанет действовать прежде эффективный нитроглицерин или придется применять 2-3 его таблетки, чтобы купировать боль. Самое опасное, когда боли начинают появляться ночью. В этом случае говорят о **нестабильной стенокардии**, подразумевая под этим прединфарктное состояние.

Нужно помнить, что боли в области сердца бывают самого разного происхождения и далеко не всегда связаны со стенокардией. Часто у пожилых боли слева от грудины постоянны, носят ноющий характер, усиливаются при определенных движениях. При ощупывании по ходу ребер или позвоночника можно выявить болезненные точки. Это - воспалительные заболевания мышц и нервов - межреберная невралгия, миозит. Иногда они обостряются на фоне простудных заболеваний. Лечатся такие боли противовоспалительными препаратами - например, диклофенаком, ибупрофеном.

Иногда боли в груди появляются после плотного обеда или ужина, нередко - после того, как поевший лег в кровать. С одной стороны эти боли могут быть следствием вздутия живота (синдром Ремгелта) и связанного с этим напряжения диафрагмы. У пожилых нередко встречается диафрагмальная грыжа - расширяется отверстие, через которое проходит пищевод, и, в горизонтальном положении, часть желудка перемещается в грудную полость. Возникают боли, которые проходят в вертикальном положении. Такие больные из-за болей могут спать полусидя.

Очень часто боли в области сердца связаны с нарушениями гормональной регуляции - климаксом. Если у женщин к пожилому возрасту климактерический период уже заканчивается и развивается менопауза, то у мужчин климактерический период наблюдается гораздо позднее - в 60-75 лет. Он протекает обычно менее выражено, чем у женщин, однако и у мужчин можно наблюдать приливы жара к лицу, внезапные покраснения лица, ощущения ползания мурашек по конечностям, немотивированные приступы дрожи. Одновременно появляются боли в левой половине груди, которые носят неинтенсивный характер, но нередко мучительны, очень беспокоят пациента. Они не

связаны с нагрузкой, наоборот чаще возникают в покое, длительны, часами не проходят. При этих болях помогает валокордин, корвалол, валериана, нитроглицерин на них не влияет. Боли в области сердца, обусловленные нарушениями гормонального статуса безопасны, они не приводят больного к инфаркту или сердечной недостаточности и проходят рано или поздно самостоятельно.

Стенокардия лечится в основном такой группой препаратов, как нитраты. Принимают препараты длительного действия, такие как нитросорбит - они уменьшают частоту приступов и увеличивают переносимость физической нагрузки. При болях необходимо обязательно принимать нитроглицерин под язык, или пользоваться нитроглицериновым спреем.

Иногда нитроглицерин вызывает сильные головные боли, из-за чего больные вынуждены от него отказываться. Справиться с этой ситуацией можно постепенно приучая себя к нитроглицерину, начав с части таблетки и постепенно увеличивая дозу до обычной.

Стенокардию надо лечить, не надо терпеть боли. Воздействие на стенокардию приводит к уменьшению вероятности инфаркта миокарда и уменьшает риск развития сердечной недостаточности.

При нестабильной стенокардии больного нужно немедленно госпитализировать, так как она может привести к инфаркту миокарда или является его клиническим проявлением. При выраженном болевом синдроме до приезда "скорой помощи" больному можно дать нитроглицерин под язык, но нельзя давать сразу много таблеток или давать их непрерывно: следует дать 1-2 таблетки подождать 10-15 минут, потом еще одну, подождать опять 10-15 минут и т.д. Большие дозы нитроглицерина можно давать только контролируя артериальное давление - оно не должно снижаться.

Сердечная недостаточность - состояние, связанное либо со старческими изменениями сердечной мышцы, либо с сердечно-сосудистыми заболеваниями, такими как - артериальная гипертония, стенокардия, нарушения ритма сердца, [миокардит](#) и т.д. Сердечная недостаточность характеризуется падением насосной функции сердца. На начальных стадиях сердечной недостаточности изменяется способность сердца расслабляться (диастолическая дисфункция), камера левого желудочка меньше заполняется кровью и, соответственно, уменьшается объем выталкиваемой желудочком крови. При этом в покое сердце справляется, объем крови компенсирует потребности. Во время нагрузки, когда сердце начинает биться чаще, суммарный выброс крови уменьшается и человек начинает ощущать недостаток кислорода - появляется слабость, одышка при подъеме по лестнице и т.д. Но практически у каждого человека при подъеме по лестнице появиться одышка. Сердечная недостаточность начинается там, где снижается переносимость физической нагрузки.

С помощью "нагрузочных тестов" - например, при использовании велоэргометра - можно уточнить, какая нагрузка вызывает нарушения деятельности сердца. Существуют нормы деятельности сердца при нагрузке, поэтому, при подозрении на появление скрытой сердечной недостаточности необходимо провести такое исследование с дозированной нагрузкой и ультразвуковым исследованием сердца (доплероэхокардиография). Другого способа определить начальные стадии сердечной недостаточности не существует. К сожалению значительная часть пожилых больных не может выполнить необходимую для исследования физическую нагрузку и тогда просто проводится доплерэхокардиография.

Клинически выраженная сердечная недостаточность уже не требует таких дорогостоящих исследований. Больные жалуются на слабость (самый частый признак), одышку при относительно небольшой физической нагрузке. В более выраженной стадии появляются отеки ног (вначале - приходящие, иногда исчезающие ночью), позже увеличивается печень, появляется жидкость в животе и легких.

Из других признаков обращают внимание на появление сухого кашля по ночам, необходимость спать высоко или полусидя. В тяжелых случаях пациент может только сидеть, склонившись вперед и упираясь руками в кровать. Позже появляется хриплое дыхание, кашель с мокротой, может развиваться отек легких с отхаркиванием пенистой, изредка розовой мокроты.

От появления первых признаков сердечной недостаточности до смерти обычно проходит около 5 лет. Если у больного сердечная недостаточность является следствием прогрессирующего сердечно-сосудистого заболевания (тяжелая стенокардия, аритмия, выраженная артериальная гипертония), то сердечная недостаточность прогрессирует гораздо быстрее. Именно поэтому для предупреждения прогрессирования сердечной недостаточности необходимо лечить заболевания, приведшие к ней.

Нарушения ритма сердца. Среди всех нарушений ритма сердца нужно выделить мерцательную аритмию и полную блокаду проводящей системы сердца. Эти два нарушения могут вызвать тяжелые осложнения и привести больного к смерти, причем если первое нарушение может встречаться в любом возрасте, хотя его частота с возрастом растет, то второе является характерным именно для пожилых больных. Мерцательная аритмия является следствием того, что электрические импульсы, исходящие из "водителя ритма", который находится в правом предсердии, начинают блуждать по проводящей системе сердца, складываться или взаимно погашать друг друга и неожиданно возбуждать сокращения миокарда. Такая ситуация возможна, если нарушается строение проводящей системы сердца: вследствие перерастяжения камер сердца или склероза отдельных участков. Мерцательная аритмия возможна и вследствие появления дополнительных проводящих пучков (это врожденный дефект, обычно выявляется в относительно молодом возрасте).

Полная блокада проводящей системы сердца приводит к тому, что импульс из

предсердия не достигает желудочка. При этом предсердия сокращаются в своем ритме, а желудочки - в своем, гораздо более редком, чем обычно. Одновременно сердце перестает отвечать увеличением сокращений в ответ на потребность - например при физической нагрузке.

Мерцательная аритмия может быть постоянной формы и приступообразной формы.

Постоянная форма мерцательной аритмии развивается при болезнях сердца - порок сердца, длительно существующая стенокардия, реже является следствием артериальной гипертонии. Главной опасностью постоянной формы мерцательной аритмии является прогрессирование сердечной недостаточности, иногда она является причиной инсульта. При постоянной форме мерцательной аритмии ощущается сердцебиение, перебои в работе сердца, иногда - боль. При прощупывании пульса не удается определить какой-либо закономерности в сердцебиении, пульсовые волны разного наполнения. Если посчитать частоту пульса и частоту сердечных сокращений (приложив руку или ухо к сердцу), то можно обнаружить, что частота сердца больше, чем частота пульса. Такое явление называется "дефицит пульса" и характеризует неэффективность части сердечных сокращений - камеры сердца не успевают наполниться кровью и происходит пустой "хлопок", соответственно пульсовая волна не распространяется по периферическим сосудам.

Лечение постоянной формы мерцательной аритмии направлено на снижение частоты сердечных сокращений до нормального их числа - желательно не более 80-90 ударов в минуту. При этом обычно исчезает дефицит пульса и уменьшаются проявления сердечной недостаточности.. Лечение постоянной формы мерцательной аритмии должно быть назначено врачом.

Приступ (пароксизм) мерцательной аритмии проявляется внезапным нарушением ритма, обычно снижается артериальное давление, иногда до очень низких цифр, может появиться одышка, беспокойство. Ситуация крайне опасная, необходимо вызывать "скорую помощь". До ее приезда можно попробовать уменьшить приступ сильно надавив на глазные яблоки или больно помассировав надключичную область, заставить больного быстро присесть на корточки (очевидно, что это не всегда возможно). Рефлекс, возникающий в этом случае, может положительно сказаться на работе сердца вплоть до исчезновения аритмии.

Иногда помогает выпить таблетку анаприлина, менее эффективен в этом случае дигоксин. При низком артериальном давлении больной должен лежать.

В стационаре, если пароксизм не купирован медикаментами ставиться вопрос о электроимпульсной кардиоверсии - сильным разрядом тока под наркозом восстанавливают ритм. Однако такую процедуру проводят относительно молодым

больным, при первом пароксизме, или если пароксизмы бывают редко. В случае часто повторяющихся пароксизмов или затянувшегося на многие дни пароксизма проводят терапию, направленную лишь на снижение частоты сердечных сокращений до субнормальных цифр.

Полная поперечная блокада проводящих путей сердца может развиваться внезапно, точнее внезапно появляются ее симптомы. Основным симптомом является низкое артериальное давление и нарастание сердечной недостаточности, при этом частота пульса очень низка - лишь 20-30 в минуту. В результате полной поперечной блокады на ЭКГ можно не заметить и инфаркта миокарда. Поэтому все больные с подозрением на поперечную блокаду, выявленную впервые в жизни нуждаются в госпитализации. В настоящее время лечение блокады сводится к установлению искусственного водителя ритма - вначале временного, а затем и постоянного. Это маленький генератор электрических разрядов, которые по проводку, вставленному в сердце через вену, стимулирует сердечные сокращения. Постоянный водитель ритма вшивается под кожу на несколько лет (5-8), его заменяют в случае, когда садится батарейка. Больной с искусственным водителем ритма не должен находиться в зоне высоких магнитных полей (промышленные трансформаторы, высоковольтные линии электропередач, пользование радиотелефоном и сотовой связью и т.д.) он может "мешать" приему радио и телепередач, если близко находится от антенны.

§ 3.1.3. Заболевания бронхо-лёгочной системы и сахарный диабет.

Пневмония. Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека. Заболеваемость пневмонией в Европе колеблется от 2 до 15 случаев на 1 тыс. человек в год. Этот показатель значительно выше у пожилых — 25—44 на 1 тыс. человек в год у больных старше 70 лет, и до 68—114 на 1 тыс. человек в год у пожилых больных, находящихся в домах инвалидов и домах ухода. Общая летальность при пневмонии составляет около 20—30 случаев на 100 тыс. человек в год. Пневмонии занимают 1-е место среди причин летальности от инфекционных болезней и 6-е место — среди всех причин летальности.

Клиническая картина при пневмонии у пожилых пациентов отличается от таковой у более молодых больных; у пожилых заболевание длится дольше, протекает тяжелее, хуже прогноз. Летальность от пневмоний среди больных старше 60 лет в 10 раз выше, чем в других возрастных группах (при госпитальных пневмониях достигает 70%). В большинстве стран Евросоюза пневмония занимает 4-е место среди причин смерти больных старше 65 лет.

В этиологии современных пневмоний у пожилых людей наряду с бактериальной флорой известную роль играют грибы, [риккетсии](#) и вирусы (гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальные).

Возникновение пневмонии и особенности ее течения обусловлены не только типом возбудителя, но и в значительной степени особенностями реактивности организма, наличием сопутствующих заболеваний, что особенно характерно для людей старших возрастов. В пожилом и старческом возрасте в результате возрастных изменений снижается вентиляционная функция легких, нарушается дренажная функция бронхов вследствие атрофии мерцательного эпителия, наблюдаются нарушения секреции слизи, атрофии бронхиальных мышц с ослаблением перистальтики бронхов, снижения кашлевого рефлекса; ухудшается кровообращение в легких, снижается эффективность местных механизмов иммунной защиты. Все перечисленные возрастные изменения предрасполагают к развитию пневмонии, отягощают ее течение, способствуют ее хронизации.

Более того, у пожилых и старых людей возможны состояния, при которых необходим длительный постельный режим (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, перелом костей, затянувшийся восстановительный период после операции и др.), что тоже быстро приводит к ухудшению вентиляции и кровообращения в легких, задержке секрета в бронхах, появлению участков ателектаза легочной ткани, ослаблению защитных сил организма, т.е. возникают дополнительные условия для развития пневмонии.

Значительную роль в развитии пневмонии в этом возрасте играют острые заболевания, особенно воспалительные процессы в бронхах. Отмечена прямая зависимость между гриппом, ОРЗ, хроническим бронхитом и частотой пневмоний.

Пневмония у пожилых и старых людей в большинстве случаев не имеет выраженного начала. В клинической картине преобладают общие симптомы. Больной испытывает слабость, часто — апатию, выглядит осунувшимся, отказывается от еды и питья, нередко рассеян, дезориентирован; возможны даже глубокая протрация, психозы. Эти расстройства часто проходят без лихорадки, что дезориентирует врача. Нередки рвота, понос. Ознобы, боль в груди, выраженный кашель часто отсутствуют. Температурная реакция у большинства больных слабо выражена.

При объективном исследовании обращают внимание на цианоз кожи лица и губ, учащенное поверхностное дыхание в результате развившейся легочной недостаточности. В связи с эмфиземой легких, а также наличием у большинства больных поверхностного учащенного дыхания данные физического обследования, подтверждающие диагноз, немногочисленны.

В связи со снижением иммунобиологической реактивности отсутствует выраженный лейкоцитоз.

Несмотря на бедность симптомов, пневмония у пожилых и старых людей протекает тяжелее, чем у молодых. При быстром прогрессировании болезни вследствие резкого снижения защитных сил организма процесс бурно развивается, и через несколько дней, а иногда — часов наступает летальный исход. Часто пневмония является причиной внезапной смерти пожилых и старых людей во время сна.

Замедляются также репаративные, восстановительные процессы, в связи с чем учащаются случаи перехода острой пневмонии в хроническую и пневмосклероз.

К основным факторам риска неблагоприятного затяжного течения острой пневмонии у пожилых и старых людей относятся прежде всего поздняя госпитализация, сопутствующие заболевания, выписка из стационара с остаточными явлениями воспалительного процесса в легких, хронические инфекции верхних дыхательных путей, курение. У людей старших возрастов воспалительный процесс в легких вследствие сниженной реактивности организма и изменения легочного аппарата затягивается до 4—6 нед (у молодых — 2—3 нед).

Если социально-бытовые условия и физическое состояние больного позволяет лечить его дома, то следует помнить, что терапия должна быть комплексной. Воздействовать надо не только на этиологический фактор. Важное значение имеют усиление защитных и приспособительных возможностей организма, улучшение обменных процессов, функции внешнего дыхания, кровообращения.

Хронический бронхит встречается чаще у курильщиков или у страдающих бронхиальной астмой. Хронический бронхит проявляется постоянным влажным кашлем, отделением мокроты, иногда - небольшим повышением температуры, потливостью. Последние два признака более характерны для обострения инфекционного процесса. Хронический бронхит ведет к развитию эмфиземы легких и специфической сердечной недостаточности - [легочному сердцу](#). Любой постоянно кашляющий на протяжении нескольких месяцев человек, отплевывающий при кашле мокроту страдает хроническим бронхитом.

Лечение хронического бронхита - сложная врачебная задача. Эта болезнь характеризуется упорным течением, трудно поддается терапии. Важно устранить провоцирующие факторы - в первую очередь отказаться или хотя бы значительно уменьшить количество выкуриваемых сигарет. Следует избегать простуд, сквозняков, общаться с больными вирусными респираторными инфекциями, одев на лицо марлевую маску. Эти меры уменьшают риск и частоту обострений болезни. Собственно лечение хронического бронхита является врачебной задачей.

Бронхиальной астмой люди чаще страдают с молодых лет, крайне редко заболевают ею в пожилом и старческом возрасте. Бронхиальная астма проявляется приступами удушья, свистом при дыхании, иногда приступообразным кашлем, особенно при смехе или физической нагрузке. Каждый из признаков может встречаться изолированно. Бронхиальная астма ведет к развитию хронического бронхита и эмфиземы легких, вместе с тем эта болезнь может продолжаться десятилетиями до глубокой старости. Нужно отметить существенный рост частоты бронхиальной астмы в последние годы.

Если больной лечится, то обычно он знает, как купировать приступ. Нередко помогает принять позу кучера, сев на стул, придав телу мешковатость, свесив руки вдоль тела как плети, закрыв глаза и склонив голову - как спит кучер на облучке. При этом нужно стараться успокоиться, не поддаваться панике, эмоциям. Начать дышать - неглубокий вдох через нос, глубокий выдох с полным выдавливанием воздуха всем телом. Выдыхать нужно через плотно сомкнутые губы. После полного выдоха задержать дыхание и неглубоко вдохнуть через нос. Повторить выдох. Такие упражнения следует делать и в межприступный период, чтобы научиться спокойно управлять дыханием во время приступа. Тогда могут не понадобиться ингаляторы. Для астмы главное - спокойствие.

Важным элементом борьбы с астмой является закаливание. Контрастный душ, обливание холодной водой, мытье ног в холодной воде, баня с окунанием в снег или ледяную воду (не всем это можно из-за проблем с сердцем!) способствуют уменьшению проявления астмы. Начинать надо с малого, но не доводить до купания в ледяной воде - в прорубе - это вредно!

Некоторые больные постоянно получают преднизолон или другой гормон. Это неправильная терапия, хотя и часто применяемая из-за своей быстрой эффективности. Однако, в последствие больной становится гормонозависимым, он все равно будет вынужден принимать ингаляторы, пытаться справиться с астмой "волевым дыханием". Прогноз заболевания гормоны не улучшают, зато вызывают массу осложнений - ожирение, артериальную гипертонию, **остеопороз**, сахарный диабет, способствуют развитию инфекций. Пожилым больным следует назначать гормоны только в крайних случаях, стараться обходиться "волевым дыханием", избегать лишних ингаляций (могут быть аритмии). Однако, если приступ затягивается, справиться с ним не удастся, то больного нужно госпитализировать.

Эмфизема легких часто является исходом хронических легочных заболеваний - хронического бронхита и бронхиальной астмы. Перерастяжение легочной ткани, склероз сосудов приводит к вздутию легких, нарушается их вентиляция и кровоток, легкие теряют способность адекватно обогащать кровь кислородом и очищать ее от углекислоты. Наступает дыхательная недостаточность - одышка при ходьбе, синюшное окрашивание

губ и кончиков пальцев, утолщаются ногти на руках ("часовые стекла"). Эмфизема сама по себе не лечится, единственным облегчением является постоянное поддувание кислорода через специальный носовой катетер, соединенный с носимым источником кислорода. Однако в нашей стране эти приборы не получили пока широкого распространения.

Сахарный диабет заболевание, частота которого в последние годы быстро растет. Можно говорить, что, наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями и опухолями, сахарный диабет стал самой частой болезнью пожилого возраста. Суть заболевания сводится к прогрессивному поражению крупных и мелких сосудов, причина которого до конца не ясна. Внешним проявлением диабета является нарушение усвоения сахара (глюкозы) клетками. В результате уровень сахара крови повышается, и при отсутствии коррекции могут наступить осложнения, связанные именно с высоким содержанием сахара - гиперосмолярная кома, диабетическая кома. В пожилом возрасте эти осложнения встречаются редко.

Выделяют два типа диабета - сахарный диабет молодых (1-го типа) и сахарный диабет пожилых (2-го типа). Для лечения диабета 1-го типа необходимы ежедневные инъекции инсулина, стимулирующего усвоение сахара клетками, для терапии диабета 2-го типа на первых порах используют диету с низким содержанием сахара и углеводов, а позже, при неэффективности диеты, - таблетированные сахароснижающие препараты. Сахарный диабет 1-го типа обусловлен, главным образом, генетическими причинами, а 2-го типа - является результатом воздействия многих факторов, среди которых алкоголь и курение, возможно - тяжелые стрессы. В последнее время обсуждают сложный иммунологический механизм развития диабета 2-го типа, в котором не исключено значение инфекционной патологии. Связь диабета со злоупотреблением сахаром, с повышенным весом (за исключением случаев тяжелых гормональных нарушений) в последние годы представляется сомнительной.

Больные с сахарным диабетом худеют, у них может появиться зуд (характерен зуд промежности), снижается аппетит, больные начинают много пить воды. К сожалению, этими симптомами обычно исчерпываются начальные признаки диабета, да и эти признаки бывают не у всех пожилых больных. Единственным критерием диагностики сахарного диабета является повышение уровня сахара в крови - от разового анализа, к нарушенному суточному профилю сахара крови.

Лечение сахарного диабета в пожилом возрасте проводится с помощью диеты. Основным является сокращение в диете сахара и продуктов, содержащих углеводы. Вместо сахара для вкуса используют его заменители - сахарин и аспартам. Обязательным условием лечения сахарного диабета является регулярное определение сахара в крови, что можно сделать в настоящее время с помощью тест-полосок. Если их нет нужно периодически, с частотой, которую определит врач, сдавать кровь на сахар. В последнее

время используют исследование гликозированного гемоглобина, который более точно отражает степень компенсации сахарного диабета.

В случае, если с помощью диеты не удастся нормализовать уровень сахара в крови назначаются таблетки сахароснижающих средств. Наиболее часто используется манинил, глибенкламид (диабетон). Трудно сказать, какой из препаратов существенно лучше, у каждого больного подбирается тот препарат, к которому он оказывается наиболее чувствительным. В редких случаях, особенно во время развития тяжелых осложнений, инфекций, операций при 2-м типе диабета назначают инсулин. Однако, желательно назначать его на короткий срок, и при первой возможности вернуться к таблетированным препаратам.

Сахарный диабет вызывает прогрессирование стенокардии, сердечной недостаточности, особенно при сочетании с артериальной гипертонией. Еще одним важным осложнением сахарного диабета является гипогликемическое состояние, которое может привести к коме. Больные, не употребляющие в пищу сахара и углеводов, в результате повышенной нагрузки могут утилизировать весь сахар, находящийся в крови. В результате появляется сосущее чувство голода, неприятные ощущения в верхней части живота, резкая слабость, на лбу выступает пот. Падение артериального давления может привести к обмороку. Диагностика этого состояния требует определения сахара крови, что, как правило, невозможно. В любом случае такому больному нужно немедленно положить кусочек сахара под язык. Если больному станет лучше, то диагноз верен, если нет - скорее всего имеется гипергликемическое состояние. Но в этом случае кусочек сахара не повредит! Гипергликемическое состояние лечится осторожным введением небольших доз инсулина под контролем содержания сахара в крови.

При длительном существовании сахарного диабета вне зависимости от уровня сахара и применяемой терапии, через 5-8 лет у больных появляется диабетическая нефропатия. Она может проявляться диабетическим пиелонефритом и поражением почечных микрососудов. В последнем случае появляется белок в моче, вначале в очень малых количествах - микроальбуминурия, затем может развиваться отечный синдром (нефротический) и хроническая почечная недостаточность. Эти изменения рано или поздно разовьются у больных сахарным диабетом, они являются его обязательным спутником.

Другое диабетическое поражение сосудов - нижние конечности. Сужение крупных артерий приводит к развитию [ишемии](#) нижних конечностей - вначале появляются боли при ходьбе (перемежающаяся хромота), ноги немеют, позже появляются боли в покое, язвы и некрозы на голенях и стопах. При отсутствии лечения ишемическое поражение нижней конечности заканчивается ампутацией ноги.

Кроме описанной картины при сахарном диабете может быть "синдром диабетической стопы". Поражение мелких сосудов, питающих нервные окончания,

приводит к потере чувствительности кожи ног, нарушениям ее питания. В результате больной не чувствует потертостей, которые превращаются в незаживающие язвочки, легко ранит себя при стрижке ногтей, срезании мозолей. Опрелости, инфицирование довершают нарушения, появляются язвы, гнойные поражение кожи стопы. В сочетании с ишемией нижних конечностей или без них "диабетическая стопа" может стать причиной ампутации.

Для диабетической стопы очень важен правильно организованный уход за кожей ног. Ноги нужно ежедневно мыть с мылом, носить свободную мягкую обувь, одевать теплые носки, беречь ноги от переохлаждения. Особенно тщательно необходимо соблюдать безопасность при стрижке ногтей, поручать ее партнеру или ухаживающему. При потертостях нужно использовать различные кремы, в частности - контратубекс.

При сахарном диабете как правило повреждаются мелкие сосуды сетчатки глаза, постепенно развивается слепота. По всей вероятности лечение прогрессирующего поражения сетчатки должно быть направлено на протекцию поражения сосудов, применяться должны те же препараты, что и описанные выше. Однако лечение необходимо проводить под контролем офтальмолога, тем более, что в пожилом возрасте резко возрастает частота [глаукомы](#) и [катаракты](#), требующих усилий специалиста.

§ 3.1.4. Опухоли и заболевания мочевыводящей системы.

Злокачественные новообразования. Проблема лечения онкологических больных пожилого возраста весьма актуальна в настоящее время в силу неуклонного роста заболеваемости злокачественными новообразованиями и демографических изменений в современном обществе, проявляющихся ростом средней продолжительности жизни и увеличением группы больных пожилого и старческого возраста. В 1999 г. численность лиц пенсионного возраста составила пятую часть населения Российской Федерации. Прирост онкологической заболеваемости за 1990-1999 гг. в России составил 15,0%. Этот рост объясняется, прежде всего, неблагоприятными демографическими процессами, обуславливающими "постарение" населения. Хорошо известно, что риск выявления злокачественных опухолей увеличивается с возрастом (более 60% опухолей выявляется после 65 лет), причем максимальный уровень совокупной онкологической заболеваемости (13343,7 на 100 000 населения) в России отмечается в возрастной группе 75-79 лет. На этом фоне во многих странах, в том числе и в нашей, у врачей многих специальностей наблюдается стереотипное негативное отношение к больным пожилого и старческого возраста с точки зрения проведения им лекарственного противоопухолевого лечения. Это явление связано с представлением о худшей переносимости лечения пожилыми больными, большем риске побочных токсических эффектов и необходимости редуцирования доз цитостатиков. Последнее неизбежно сопровождается снижением эффективности лечения. В результате большая группа пациентов не получает

современных высокоэффективных методов терапии или получает их в редуцированной форме. Правильно ли это? Действительно ли больные пожилого и старческого возраста нуждаются в особом подходе к выбору лекарственного лечения? Корректный ответ на этот вопрос тесно связан с:

- существованием возрастных особенностей течения опухолевого процесса
- соматическими особенностями больных пожилого возраста, которые могут оказывать влияние на эффективность и токсичность терапии.

В настоящее время имеются убедительные доказательства того, что при некоторых опухолях действительно наблюдается ухудшение прогноза по мере увеличения возраста пациента. Механизм этих изменений только отчасти понятен и может быть связан как с изменениями опухолевых клеток, так и особенностями организма пожилых. Также больные пожилого и старческого возраста имеют не только целый ряд соматических особенностей, которые оказывают влияние на проведение лекарственного лечения, но характеризуются и некоторыми особенностями заболевания, которые оказывают влияние на его прогноз. Это подтверждает *необходимость нестандартного подхода к этим больным при выборе и проведении лекарственного лечения.*

Аденома простаты в последнее время привлекла к себе внимание новыми возможностями терапевтической коррекции. Ранее считалось, что эта доброкачественная опухоль постепенно прогрессирует и неизбежно приводит к развитию тяжелых осложнений практически у всех мужчин пожилого возраста. Поэтому широко использовалось оперативное лечение этой патологии. В последнее время оказалось, что устранение нарушений мочеиспускания позволяет избежать операции, а ряд препаратов способствует уменьшению размеров простаты. В лечебной практике применение получили дальфаз, омник - эти препараты уменьшают спазм мочевыводящих путей и тем самым устраняют основные симптомы заболевания. При их применении возможно снижение артериального давления, поэтому их не рекомендуют или принимают с осторожностью при низких цифрах артериального давления.

Если у пожилого мужчины постоянны позывы к мочеиспусканию, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря необходимо обратиться за консультацией к урологу - при ультразвуковом исследовании можно определить объем остаточной мочи в пузыре и решить вопрос о хирургическом (если задерживается много мочи) или терапевтическом лечении аденомы.

Пиелонефрит часто развивается у пожилых больных, чему способствует мочекаменная болезнь, аденома простаты, другие нарушения прохождения мочи по мочевым путям, сахарный диабет, недостаточная санитарная обработка промежности (отсутствие ежедневного ухода) и т.д. Пиелонефрит протекает хронически, редко давая клинику острой мочевой инфекции. Даже появление гнойных расплавлений в почках не

всегда сопровождается у пожилых адекватной картиной. Нередко признаком тяжелой инфекции становится резкое изменение сознания и психики - внезапная гневливость, раздражительность, ругань. Часто у пожилых при тяжелом воспалении не бывает температуры. Из других симптомов может быть боль в пояснице, иногда отдающая в промежность, познабливания, потливость, слабость, рези при мочеиспускании. Проявлением пиелонефрита может быть и артериальная гипертония.

Пиелонефрит диагностируется при обнаружении в моче [лейкоцитов](#). Их может быть различное количество - от 2-3 до густо покрывающих все поля зрения в микроскопе. В любом случае анализ мочи нужно повторить, проведя тщательную санитарную обработку наружных половых органов и промежности теплой водой с мылом. Только если моча получена таким образом можно говорить о том, что лейкоциты действительно содержатся в моче, а не попали в нее с кожи. В некоторых случаях прибегают к забору мочи катетером, однако использовать этот способ нужно по тщательным показаниям, так как сама по себе катетеризация может служить дополнительным провоцирующим пиелонефрит фактором.

При обнаружении лейкоцитов в моче необходимо проконсультироваться с врачом. Лечение пиелонефрита - сложная и длительная работа, это заболевание трудно поддается терапии, в том числе и потому, что редко удается устранить причину, послужившую началом пиелонефрита. Обычно для лечения пиелонефрита применяют антибиотики, чередуя их с почечными травами, обладающими антисептическими и мочегонными средствами. Терапия обычно проводится длительно, курсами по 1,5-2 недели в течение 6-10 месяцев и более. Назначает и контролирует терапию пиелонефрита врач.

Хроническая почечная недостаточность является результатом течения заболеваний почек и мочевыводящих путей (пиелонефрит, аденома простаты), поражения почек при сахарном диабете или артериальной гипертонии, а может быть следствием инволютивного процесса - старения.

При хронической почечной недостаточности функционирующая ткань почек - нефроны, замещается на соединительную ткань - развивается склероз. Если остается 15-20% от исходного объема почечной ткани, то почки продолжают обеспечивать очистительную функцию.

Самым ранним признаком почечной недостаточности является ночное мочеиспускание, которое может на много лет появиться раньше, чем другие симптомы. Долгое время едва ли не единственным признаком почечной недостаточности будет артериальная гипертония. Еще одним признаком является быстрое похудание больных.

Простым и надежным лабораторным тестом является обнаружение небольших количеств белка в моче, стойкое снижение удельного веса мочи - эти изменения могут появиться задолго до клинических признаков почечной недостаточности.

Почечная недостаточность начинает быстро прогрессировать при неконтролируемой артериальной гипертензии и при некорректируемом сахарном диабете, при обострении любой инфекции, в частности пиелонефрита, при нарушениях пассажа мочи при аденоме простаты. Появляется резкая слабость, нарушается ночной сон, можно обнаружить [анемию](#), повышается уровень азотистых шлаков - мочевины, креатинина. При отсутствии лечения почечная недостаточность прогрессирует, появляются носовые и десневые кровотечения, резкая сухость кожи, зуд, расчесы, сладковатый запах изо рта. Позже нарушается сознание, больной впадает в уремическую кому.

Методом поддержания жизни таких пациентов является "искусственная почка" (гемодиализ или перитонеальный диализ), позволяющая иногда на годы отсрочить наступление смерти. Однако методы эти стоят дорого, пожилые больные плохо переносят гемодиализ, в этой группе больных такое лечение применяется редко. Поэтому большое значение приобретают методы консервативной терапии.

При обнаружении белка в моче и низкого удельного веса следует обследоваться у врача, определить функцию почек. Проводится лечение, направленное на коррекцию того заболевания, которое привело к почечной недостаточности - артериальной гипертензии, сахарного диабета, пиелонефрита.

Диета больных с почечной недостаточностью должна быть богата углеводами (если позволяет сахарный диабет), жирами, и обеднена животным белком (резко уменьшается содержание в диете мяса, рыбы). Дополнительно назначаются кетоаналоги аминокислот (кетостерил) до 8-12 таблеток в день, активированный уголь до 10 г. в сутки или энтеродез 5-10 г. в сутки. Мочегонные препараты малоэффективны. Такое комплексное лечение нередко позволяет, при компенсации основного заболевания, продлить жизнь пациенту на несколько лет.

Глава 3.2. Психические расстройства позднего возраста.

§ 3.2.1. Предстарческие психозы.

Вторая половина XX века отличается значительным увеличением демографической группы старшего возраста и вместе с тем, как отмечают психиатры всех развитых стран, идет значительный рост психических заболеваний в этом возрастном контингенте населения. Отечественная и зарубежная медицинская статистика свидетельствует, что от 10 до 25 % всех лиц старше 60-65 лет страдают психическими нарушениями различной тяжести. Психические расстройства у пожилых различны по своему происхождению, причинам и протеканию. У одних людей — это заболевания, возникшие в более молодом возрасте, но обострившиеся после начала старения.

Другая группа — психические расстройства, преимущественно или всегда

возникающие в позднем возрасте и прямо или косвенно связанные со старением. К последним относятся **предстарческие и старческие (пресенильные и сенильные) психозы** или то, что называют **старческим слабоумием**. В отличие от врожденного, приобретенное слабоумие (деменция) возникает на склоне лет и обусловлено мозговым атеросклерозом и гипертонической болезнью.

Характер протекания заболевания зависит от громадного комплекса факторов: чисто *медицинских* (груз соматических, телесных болезней и возрастных недугов, изменивших все системы и органы) и *психологических* (снижение эмоционального фона, обеднение интересов, их смещение в сферу физического и материального благополучия, тревожная мнительность, консерватизм, недоверчивость, недостаточная активность, инертность психических процессов, ослабление интеллектуальной деятельности).

Устранить медицинские факторы крайне сложно, тогда как эффективно повлиять на психологические вполне реально. Прежде всего, следует улучшить социально-психологическую ситуацию, в которой оказывается стареющий человек.

Абсолютно невозможно повлиять на наследственные факторы. Доказано, что значительно выше риск возникновения сенильной деменции у родственников больных старческим слабоумием. Среди больных старческим слабоумием женщин в 2 раза больше, чем мужчин. Уровень риска пропорционален возрасту, то есть, чем старше возраст, тем выше риск. Единственно, что хоть как-то может обнадежить сегодняшнего пожилого человека — это медицинская статистика: не все старики впадают в маразм, а лишь 5-10 % всех лиц старше 65 лет.

Вообще говоря, при всем при том, что старение имеет массу общих неперенных для всех людей черт, каждому уготована своя старость, так же как и время ее наступления. Характер проявления и появления признаков старения зависит от всей предшествующей жизни: здесь и врожденные особенности, и приобретенные черты характера, и перенесенные болезни, и профессиональный отпечаток, и семейная наследственность, и семейное счастье и многое, многое другое.

Предстарческие психозы (другое название — пресенильные или инволюционные психозы) возникают в возрасте от 45 до 60 лет и проявляются либо депрессией, либо бредом ущерба и преследования. Депрессия оборачивается тревогой, мнительностью, уверенностью в тяжелом, неизлечимом заболевании. Если врач или родные пытаются таких людей разубедить, то это вызывает только озлобление и отчуждение. Речь таких больных возбужденная, возникают попытки самоубийства. Пресенильный бред ущерба порою трудно отличить от действительных жалоб, причем в качестве обидчиков обычно называют соседей и родственников. "Они крадут мою пенсию, отрезают колбасу, отливают суп из кастрюли...". Мать вдруг начинает позорить прежде искренне любимую дочь, рассказывать гадости о сыне или его жене. На соседей пишутся заявления в милицию, домоуправление, раньше очень любили писать в «партийные органы» и в газету

«Правда». Настроение при этом не обязательно пониженное и тревожное, оно может быть очень энергичным, боевым: «мое дело — правое». Предстарческие психозы могут быть спровоцированы трагическими ситуациями или тяжелыми соматическими заболеваниями. Со временем и при лечении острые тревожно-депрессивные и бредовые проявления утихают, сменяются унылым пессимизмом, беспокойством по пустякам, некоторым ослаблением памяти и снижением интеллекта, но не слабоумием. Течение болезни — монотонное и многолетнее, полное выздоровление, как правило, не наступает. Хотя психические проявления нивелируются, остается постоянная настороженность, подозрительность, беспричинная ревность, преувеличенная обидчивость.

§ 3.2.2. Старческое слабоумие.

Старческое слабоумие или сенильная деменция обычно случается в возрасте 65-85 лет, но возможны и более ранние и более поздние сроки. Болезнь подкрадывается медленными, почти незаметными шажками. Окружающие обычно говорят: «У него (у нее) с возрастом очень плохой стал характер», потом начинают припоминать, что неприятные черты были и раньше, но не так заметны. А дело в том, что на начальном этапе заболевания индивидуальные психологические особенности заостряются, утрируются. По мере развития заболевания они сглаживаются. Наступают патологические изменения личности, типичные именно для старческого слабоумия. Врачи называют это состояние — сенильная психопатизация личности. Больные становятся в характерологическом отношении похожими друг на друга. У людей несведущих такие совпадения вызывают искреннее удивление и огорчение: «Как, и с вашей покойной мамой тоже такое было? Странно, они были такими разными людьми и по характеру, и по прожитой жизни?»

На этой стадии болезни старики теряют свой прежний облик и манеру поведения, как будто какой-то злой художник написал недоброй рукой отвратительный шарж на родного человека. Бывший альтруист вдруг превращается в патологического эгоцентрика, которого не волнуют ни беды, ни здоровье даже собственных детей и внуков, тех, за кого он и жизнь мог прежде отдать. Появляется плюшкинская скупость, бесконечное пересчитывание своих скудных запасов и перепрятывание денег. Причем, для помраченного сознания это абсолютно нерешаемые задачи, тем более сейчас, когда счет пошел на тысячи, десятки или же сотни тысяч. Они, верно, ощущают себя то нищими, то подпольными миллионерами. Возможно, что в сумеречном сознании воспроизводится советский менталитет — вечная боязнь ограбления, денежной реформы, обсчета и обвеса. Бережливость превращается в скупость, легкая невнимательность в межличностных отношениях трансформируется в изумляющую черствость. Собираются и складываются старые, абсолютно ненужные вещи, и не только свои, но и те, что можно подобрать на улице, а то и в мусорном баке. Пропадают увлечения и интересы, присущие этому человеку всю жизнь. Речь идет не о занятиях, которые требуют серьезных

интеллектуальных усилий, а об элементарном: почитать газету, посмотреть телевизор.

Больные страдают обжорством, едят все без разбора и меры, не испытывая вкусовых ощущений и насыщения. Лишенные постороннего контроля старики могут причинить себе серьезный вред неумеренным приемом пищи.

Наверное, наиболее неприятным, постыдным новоприобретением становится гиперсексуальность, с разговорами на эротические темы и похабными обвинениями супругов в неверности и распущенности. Находятся негодяи и негодяйки, использующие болезненную страсть, чтобы вытянуть у несчастных накопленные сбережения. А порой психопатизированные старики предпринимают развратные действия в отношении малолетних детей.

Первыми признаками заболевания становится угрюмо-раздражительное настроение, скандальность, примитивность высказываний и желаний.

Мрачна, но справедлива в данном случае старая народная поговорка: «Если Господь хочет наказать кого-то, то он лишает его разума». Процесс движется от снижения умственных способностей к их полной утрате и слабоумию.

Мнемосина (богиня памяти в греческой мифологии) первая отворачивает свое лицо от несчастных. Утрачивается ориентировка во времени, старики иногда путают вечерние сумерки с ранним рассветом и наоборот, ведут себя неадекватно времени суток. Они легко могут заблудиться, хотя и не уходят далеко от дома и находятся на хорошо знакомой улице. Когда к ним приходят на помощь, не могут назвать свой адрес, вместо ответов на вопросы пытающихся помочь заблудившемуся старику или старушке, еще больше теряются, путаются, рыдают. Хорошо, если происшествие заканчивается благополучным возвращением домой, если же нет, то в местной прессе и теленовостях появляются объявления: «Ушел из дома старый человек..», «Ушел из дома и пропал человек».

Человеческая память по своей структуре похожа на детскую игрушку «пирамидка», в которой на стерженек-палочку накладываются диски-лепешки разных цветов, уменьшающиеся по размеру. Жизненные впечатления напоминают те цветные кружочки: в детские, юношеские и молодые годы они окрашены в теплые и яркие тона, они крупнее и занимают нижние этажи пирамиды памяти, выше — круги впечатлений все уже, цвета глуше. При постепенной потере памяти происходит то же самое, что с детской пирамидкой: первыми теряются верхние, маленькие кружочки, то есть то, что память приобрела недавно, менее прочные знания и навыки. Остаются лишь нижние круги из знаний — самые старые, из навыков — автоматические. Со временем память опустошается настолько, что старики не могут ответить — сколько у них детей, как их зовут, не могут назвать свой возраст, фамилию, профессию. У части больных возникает «сдвиг памяти в прошлое», утрачиваются воспоминания о последних годах и десятилетиях, о большей части своей жизни, зато в подробностях воспроизводятся

картины детства, юности и себя они воспринимают в том раннем возрасте, спрашивают, куда ушли давно умершие родственники, называют окружающих их именами, волнуются — не потерялась ли мама, здоровы ли их малые дети. Покуда память еще не полностью потеряна, больные старики стараются пересказать свою жизнь, они часто путают последовательность событий, точно так же, как маленький ребенок, собирая свою пирамидку, кладет прежде большого кружка маленький. Речь сохраняется гораздо дольше, чем память, в упорядоченном виде, но со временем и она становится бессистемной, превращается в бессмысленную болтовню.

Путая, как младенцы день с ночью, подолгу спят днем, а ночью начинают проявлять необыкновенную активность, собирают свои вещи, увязывают в узел постель, объясняют, что им предстоит дальняя дорога, эвакуация, просят и требуют не мешать им, иначе они опоздают на поезд, разминутся с родственниками, которых давно уже нет на свете, чаще всего с мамой. Вообще, вся манера поведения становится суетливой, действия бестолковыми, элементарные бытовые проблемы неразрешимы. Они уже не способны к самообслуживанию и оттого неряшливы. Порой психическое расстройство протекает на фоне относительного физического здоровья, такие больные до полного маразма, от начальных признаков слабоумия до летального исхода проходит от 2 до 10 лет. Само по себе слабоумие не смертельно, смерть наступает от каких-нибудь других заболеваний. Течение болезни замедленно-непрерывное, иногда возникают всплески, психозы характерны больше для начального этапа.

Психиатры различают длинный ряд старческих заболеваний с дегенеративной деменцией: [болезни Альцгеймера](#), [хорея Гентингтона](#), отчасти [болезнь Паркинсона](#) и другие.

Больные старческим слабоумием больше всего нуждаются в наблюдении и заботливом уходе, таком, который могут обеспечить только родные люди. Никто кроме них не проследит за регулярностью физиологических отправлений. Дети должны помочь своим родителям также, как и те заботились о них в самом раннем возрасте: накормить с соблюдением диеты; искупать; стараться, чтоб они хоть минимально передвигались; не оставлять их без присмотра, потому что они могут причинить себе вред. Конечно, легче отправить такого больного в больницу, но всякое перемещение пожилого человека обычно приводит к ухудшению психического и физического состояния. Необходимость госпитализации возникает лишь при острой психосоматической симптоматике, грубых расстройствах поведения, угрозе суицида, отказе от пищи и значительном похудении, полной беспомощности при отсутствии близких. В таких случаях врач-психиатр решает вопрос о недобровольной госпитализации и лечении в психиатрическом диспансере. Во всех других случаях согласно Закону РФ о психиатрической помощи, введенному с января 1993 года, психиатрическое освидетельствование и лечение осуществляется только с согласия пациента или его законных опекунов.

§ 3.1.5. Основные синдромы, требующие принятия срочных мер.

Боль в грудной клетке может быть признаком тяжелого заболевания сердца: **инфаркт миокарда, нестабильной стенокардии**. Для инфаркта характерны боли, пронизывающие грудную клетку спереди назад. При этом достаточно часто боли при инфаркте носят другой характер, а у пожилых до половины случаев инфаркта миокарда протекают вообще без болей. Дополнительными признаками инфаркта будут резкая слабость, одышка, появление хриплого дыхания, пены изо рта. В любом случае подозрение на инфаркт является основанием для немедленной госпитализации.

Боли при **стенокардии** обычно характерны, однако если привычные боли изменили свой характер - стали более частыми, возникать при меньшей нагрузке, не купироваться обычной дозой нитратов, - это может свидетельствовать о **нестабильной стенокардии**. В этом случае больной должен немедленно госпитализироваться для всестороннего обследования и исключения **инфаркта**.

Боли в грудной клетке могут быть связаны с межреберной невралгией, шейно-грудном радикулите. При этих заболеваниях можно найти болезненные точки при тщательном ощупывании грудной клетки, ребер и позвоночника. Такие боли лечат диклофенаком.

Боли в области сердца появляются при повышении артериального давления. При **артериальной гипертонии** боли ощущаются слева от грудины, они давящего характера, длительные, нередко сопровождаются головными болями. Появление таких болей требует срочного измерения артериального давления.

Боль в голове в пожилом возрасте могут быть обусловлены самыми разными причинами. Часто постоянная головная боль отражает недостаточность кровоснабжения головного мозга, при этом могут наблюдаться головокружения, шум в ушах. К сожалению, лечения в данном случае нет, использование различных препаратов - ноотропила, стугерона и др. малоэффективны.

При повышении артериального давления приступ головной боли пульсирующего или сдавливающего характера. Боль часто в области затылка, сопровождается шумом в ушах, мельканием мушек перед глазами, головокружением, тошнотой и рвотой.

Боль в животе может наблюдаться практически при всех заболеваниях желудка и кишечника. Следует обращать внимание на локализацию болей, их интенсивность, внезапность появления и связь с приемом пищи. Боли в правом подреберье характерны для **холецистита**, если они появились внезапно, сильно выражены, сопровождаются тошнотой и рвотой, то необходима срочная консультация врача. Боли при панкреатите опоясывающего характера, обычно связаны с погрешностями в диете.

При осложнениях язвы желудка или 12-перстной кишки прободением боли

локализуются в верхних отделах живота и носят интенсивный и очень выраженный характер. Их сравнивают с ударом кинжалом. Такие боли - показание к немедленной госпитализации.

Боли в спине чаще всего обусловлены проблемами с позвоночником. Такие боли локализуются в пояснице, связаны с движениями, наклонами. Боли могут отдавать в наружные поверхности бедра.

Боли в пояснице могут наблюдаться и при почечной колике, в этом случае они очень сильные, отдают в пах, заставляют пациента искать позу, например - закидывать ноги на стену. При отхождении камней боли самостоятельно проходят, однако ждать этого нельзя - при почечной колике нужна срочная врачебная помощь.

Постоянные ноющие боли в нижней части спины - пояснице могут наблюдаться при **пиелонефрите**, в этом случае они могут быть более выраженными с одной стороны, могут усиливаться при несильном поколачивании ребром ладони по нижнему краю ребер сзади.

Боли в суставах очень часто встречаются у пожилых людей. Боли и деформация мелких суставов кистей рук и стоп характерны для [ревматоидного артрита](#). Очень важным признаком этого заболевания является утренняя скованность - необходимость разминать суставы по утрам для того, чтобы суставы заработали нормально. Боли, иногда очень интенсивные, в области большого пальца стопы и боли в области мыщелка характерны для [подагры](#).

[Деформирующий остеоартроз](#) сопровождается болями в области тазобедренных суставов (одного или обоих), затрудняющих ходьбу. Заболевание прогрессирует и может привести к полной обездвиженности. В настоящее время при деформирующем остеоартрозе тазобедренного сустава проводят пересадку искусственного сустава.

Сильные, внезапно возникшие боли в тазобедренном суставе могут быть следствием перелома шейки бедра. Этот перелом характерен для пожилых, он может случиться даже при незначительной нагрузке, от резкой перемены положения тела. Как правило у пожилых развивается инволютивный остеопороз - рассасывание костной ткани - кости теряют прочность и становятся ломкими. Наибольшая нагрузка в организме приходится на шейку бедра - эта горизонтальная короткая часть бедренной кости, соединяющая ее с тазом. Вся тяжесть тела давит в поперечном направлении на шейку бедра. Часть нагрузки перераспределяется на мышцы таза и бедра, однако с возрастом мышцы теряют свой тонус, перестают выполнять функцию мышечного каркаса.

Главным признаком перелома шейки бедра, кроме болей, является неестественный выворот стопы наружу, резчайшая боль при попытке потянуть и повернуть ногу за стопу. Делать этого не стоит, так как можно легко спровоцировать болевой шок.

Нарушения памяти и ориентации очень характерны для пожилого возраста. Обычно эти явления нарастают исподволь. В случае внезапного появления нарушений сознания у пожилых всегда необходимо исключать гнойную инфекцию - пиелонефрит, воспаление легких, гнойный плеврит и т.д. Одновременно с нарушениями сознания могут измениться поведенческие реакции - появляется немотивированная ярость, агрессия. Похожие проявления наблюдаются при печеночной недостаточности с явлениями печеночной энцефалопатии.

Однако часто эти нарушения являются следствием болезни Альцгеймера. При этом пациенты, оставаясь нормальными людьми, забывают события, имена, адреса, часто не могут понять, где они находятся. Они могут уйти из дому зимой, забыв одеться, пойти гулять без возврата домой. Они составляют подавляющее большинство пропавших без вести стариков. Без еды, замерзая или попав под машину они оказываются в больнице под грифом "неизвестный", найти их крайне трудно. Одним из способов является ношение медальона с именем, адресом и телефоном, особенно в условиях города.

Такие больные нуждаются в консультации и госпитализации, или им необходимо нанять круглосуточную сиделку. Болезнь Альцгеймера продолжается много лет, способов ее лечения в настоящее время нет, она ложится тяжелейшим грузом на окружающих - семью и общество. В развитых странах для таких пациентов создаются специальные комфортабельные приюты.

Еще одним нарушением психики у пожилых является **депрессия**. Она характеризуется безразличием к окружающим событиям, тоской, сонливостью, больной готов лежать в постели сутками не вставая. Иногда депрессия проявляется самобичеванием, повышенной заботливостью, носящей суетливый характер, нередко это ожидание или поиск тяжелого заболевания. В некоторых случаях человек становится слезливым, появляется склонность к рыданиям, стенаниям, обморокам. Особенно опасны маскированные депрессии, которые могут принимать характер различных заболеваний - частые головные боли, головокружения, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, частая смена не выраженной артериальной гипертензии и гипотонии. Основанием для подозрения на депрессию является появление пессимизма, не свойственного пациенту ранее, частая смена настроения в течение суток.

Депрессия - это психическая болезнь, она может быть вызвана смертью супруга, близкого человека, переездом на новое место жительства, отношениями с семьей детей, особенно внуками, тинейджерами в "трудном возрасте" часто изощренно издевающимися над стариками. Но эта патология может быть и совершенно самостоятельной, ничем не спровоцированной.

Депрессия в первую очередь опасна тем, что пациент может в этом состоянии легко покончить жизнь самоубийством при абсолютно незначительных причинах. Так автору пришлось наблюдать пожилую пациентку в последние 2 часа ее жизни, которая выпила

стакан уксусной эссенции из-за того, что она споткнулась на лестнице, возвращаясь домой с прогулки с внуком. Получив ссадину на коленке она поняла свою беспомощность, никчемность, обузность для семьи дочери и свела счеты с жизнью. При подозрении на депрессию необходима консультация психиатра - только он может помочь разобраться в ситуации и назначить лечение.

Модуль 4. Организация медико-социальной работы с пожилыми и старыми людьми.

Глава 4.1. Общее состояние проблемы помощи пожилым в современном обществе.

§ 4.1.1. Демографический кризис и кризис здравоохранения развитых стран.

На фоне мировых политических кризисов, угрозы терроризма и колебаниях цен на рынке нефти, оказалась вне внимания широких слоев населения проблема, уже давно отмечаемая демографами - **глобальные изменения в возрастном составе населения**, особенно для высоко развитых стран. Эта проблема, как оказалось, может стать гораздо более значимой для жизни и экономики современных стран, чем все выше названные катаклизмы, традиционно сотрясающие жизнь человека на протяжении всей его цивилизации. Особенностью здесь является то, что эта проблема действительно во всей полноте встала именно теперь - это **объективная проблема настоящего времени**. Доля лиц старше 65 лет в развитых странах составляет уже сейчас 10-14% от всей популяции, а к 20-м годам следующего столетия эта величина удвоится. Наиболее быстро будет расти доля очень старых людей, имеющих возраст 80 и более лет. Эта категория существенно больше других нуждается в медицинской помощи и других видах социального обеспечения. Число их в ближайшее десятилетие увеличится на 300%. Большие города в развитых странах превращаются в "дома пенсионеров".

Данное явление приводит к существенному увеличению коэффициента демографической нагрузки на общество, выражающегося отношением числа неработающих к числу работающих, что ложится огромным грузом на экономику и вызывает значительные структурные изменения в сфере занятости, социальной помощи и обеспечении уходом нетрудоспособных, а также существенные изменения в структуре рынка медикаментов и в структуре медицинских услуг. Изменения структуры занятости требуют заблаговременной адаптации и серьезных структурных перестроек социальных служб и бюджетных ресурсов. Так, в США федеральное правительство увеличило в два раза ассигнования на нужды престарелых по сравнению с 1960-м годом. Эти траты в настоящее время составляют четверть федерального бюджета. Около 80% от этого количества расходуется на программы обеспечения социальной безопасности (Social Security) и медицинской помощи престарелым (Medicare, Medicaid). Несомненно, сходные траты вынуждена будет осуществлять и Россия.

В России, в связи с резким падением рождаемости и экономическим кризисом, результаты старения населения выглядят катастрофическими. Исследования, проведенные в Институте системного анализа РАН в рамках ГНТП "Глобальные изменения природной среды и климата", показали что к 2050 г. в России на одного работающего будет приходиться один нетрудоспособный, требующий больших средств

для своего жизнеобеспечения. Такая ситуация является, по существу, демографической катастрофой, перегружающей и без того слабую экономику и могущей повергнуть ее в состояние коллапса. Эти влияния могут оказаться куда более серьезными, чем влияния всех политических и финансовых кризисов до настоящего времени.

Все выше описанные тенденции накладываются на дополнительные изменения в современной медицине, которую уже окрестили как новый **кризис здравоохранения**.

Кризис здравоохранения конца 20-го века, наблюдающийся как в развитых капиталистических странах, так и в России, заключается в том, что отвоевывать у смерти дополнительные годы жизни становится с каждым годом все сложнее и все дороже. Анализ динамики смертности и продолжительности жизни показывает, что эти процессы в настоящее время имеют тенденцию выхода на плато, то есть, объективно стремятся к некоему предельному, т.е. тупиковому значению. В этих условиях все большие вложения средств в традиционную медицину, направленную на профилактику и лечение заболеваний, оказывается все менее окупаемыми и приносят все меньший эффект. Особенно этот процесс становится все более кричащим при анализе вложений средств в медикаменты и медицинскую помощь в расчете на возрастные периоды. Так, в наиболее социально и финансово благополучной стране - США, оказывается, что более трети вложений приходится на последний год жизни человека, при этом увеличить продолжительность жизни за счет этих вложений фактически не удается.

Осознание современных реалий привело к необходимости правительствам всех развитых, а также многих развивающихся стран перейти к новым формам политики в отношении пожилых. Все большее внимание к этой проблеме сочетается с трезвой оценкой, что пассивное социальное обеспечение пожилых и чисто гериатрические меры - тупиковый путь, ведущий к неумеренным и все нарастающим расходам, когда все суживающаяся часть способных к работе лиц обеспечивает все расширяющийся контингент не работающих, требующих все большего социального и, часто, просто уже физического и медицинского ухода.

§ 4.1.2. Новые принципы международной политики в отношении пожилых.

Новые принципы отношения к пожилым в современном обществе строятся на сочетании обеспечения высоких уровней медицинской, социальной и профилактико-оздоровительной помощи пожилым, обеспечения им всех прав и свобод, с вовлечением самих пожилых в активную позицию в современной жизни и по отношению к собственному здоровью. Обсуждается на международном уровне весь комплекс проблем: политические, демографические, социально-правовые, медико-оздоровительные, социального обслуживания, культурные, социально-психологические и пр.

Современные международные принципы отношения к пожилым людям в наиболее четкой форме были сформулированы на Генеральной Ассамблее ООН в 1991 г. и в общем виде звучат как призыв сделать полнокровной жизнь лиц преклонного возраста. В основу деятельности социальной защиты пожилых эта концепция выдвигает ряд важных общих принципов: профилактика - предупреждение причин, порождающих в обществе проблемы для пожилых; выявление индивидуальных потребностей пожилых лиц в социальной помощи и обслуживании; дифференцированность подходов к различным группам населения на основе факторов социального риска и конкретных потребностях этих групп; адресность при предоставлении услуг - конкретные услуги конкретным лицам; срочные формы помощи пожилым - приоритет в оказании конкретных услуг и конкретным лицам в ситуациях, требующих немедленного разрешения и угрожающих их жизни и здоровью; внедрение новых направлений социальной работы; обеспечение условия для личностного самовыражения пожилых лиц и предупреждение их обособления от общества; всемерное содействие развитию само и взаимопомощи пожилых, развитие их ассоциаций и т.п. форм преодоления изоляции от общества и иждивенчества, преодоление пассивных настроений, как среди обслуживаемых лиц, так и среди организаторов социальной помощи; обеспечение безусловной доступности и информированности как пожилых, так и всего населения о возможностях получения социальной помощи.

Основу концепций социальной защиты пожилых составляют представления об обеспечении пожилым не только ухода и содействия в решении бытовых, экономических, медицинских и социальных вопросов, но и вообще разрешение психологических и социальных проблем как конкретных проявлений возрастной адаптации людей к новым условиям жизни. Перспектива организации социального обслуживания должна быть нацелена на обеспечение пожилым максимальной степени социальных гарантий и снижение факторов социального риска, что сочетается с широким перечнем спектра услуг в области профилактики и медико-социального обеспечения. В целом, должны быть созданы условия в обществе, чтобы пожилые как можно дольше сохраняли высокий социальный статус, привычный образ жизни, оставались активными и полезными членами общества.

В 1995 г. в Копенгагене президенты и премьер-министры почти 200 стран мира утвердили политическую программу действий правительств и мирового сообщества в отношении проблем пожилых. В основе соглашения глав государств лежали обязательства обеспечения фактического доступа пожилых ко всем основным социальным услугам, с акцентом на лиц, не способных покинуть свой дом, а также обеспечение социальных условий в государствах, позволяющих поднять среднюю продолжительность жизни людей до 60 лет и выше и ряд иных обязательств на уровне государственной политики.

В основу современной политики развитых государств входит также всемерное поощрение самых различных мероприятий, направленных на здоровый образ жизни членов общества: здоровое питание, физические упражнения и спорт, разнообразные

санитарно-просветительные и профилактические программы, включая, например, мощные кампании против курения и приема алкоголя, что рассматривается как важнейшая составная часть проблемы повышения средней длительности жизни, общего оздоровления нации и достижения фактического активного долголетия.

Подход ВОЗ включает изменение взгляда на старение как на период болезней и широкую пропаганду здоровой и длительной жизни вплоть до самых старших возрастов. Разработана комплексная программа ВОЗ "Старение и здоровье" (1995 г.). В медицинском и медико-социальном аспекте ВОЗ рекомендует обратить внимание на следующие наиболее значимые проблемы: остеопороз и здоровье пожилых женщин; инфаркты и гипертонию; вопросы антропометрии (в т.ч. оценку биологического возраста); на старение и способность к труду; помощь пожилым на дому; помощь больным опухоллями (хосписы); профилактику патологии зрения и развитие сурдологической помощи; обеспечение стоматологических протезных услуг; решение проблем профилактики и лечения диабета; изучение болезни Альцгеймера как наиболее частой причины возрастного слабоумия.

Парламентская Ассамблея Совета Европы 1993 и 1994 гг. привлекла внимание правительств и государственных организаций к политике содействия пожилым в осуществлении самоопоры, возможности как можно дольше находиться в привычных домашних условиях и развитии услуг на дому, а также содействия укреплению семьи и достойному месту в ней пожилых лиц. Наконец, важное внимание уделяется постоянному мониторингу проблем пожилых, организационным формам их решения и подготовке кадров.

§ 4.1.3. Профилактика старения – новое направление медицины XXI века.

Одним из выходов из кризиса здравоохранения, наблюдающегося на фоне демографического кризиса, является повышение пенсионного возраста, что активно дебатруется в настоящее время в правительстве ряда зарубежных стран и России; другой путь - повышение уровня занятости пенсионеров, что фактически уже наблюдается в нашем обществе, как и во многих зарубежных странах. Действительно, например в Норвегии пенсионный возраст одинаков для мужчин и женщин и составляет 67 лет, в Германии и США - 65 лет. Однако, как повышение пенсионного возраста, так и повышение трудовой занятости пожилых возрастов возможно только при повышении уровня здоровья и работоспособности самых широких слоев населения.

В настоящее время в России, как и во всех странах развитого мира, происходит значительное изменение отношения масс и, в особенности социально активных слоев населения, к собственному здоровью: исчезают старые представления, что "здоровье ничего не стоит", что затраты на него не дают никакой отдачи и им можно пренебречь.

Все более становится понятным, что именно здоровье является самым ценным достоянием человека. Поэтому повсеместно наблюдается рост оздоровительных центров и групп, происходит формирование новых типов медико-профилактических учреждений - валеологических (сохраняющих здоровье) и геропротективных (сдерживающих процесс старения) центров. Все более широким слоям населения становится ясным и все больше осознается государственными структурами, что:

- здоровье человека для него самого становится жизненно важным, т.к., в частности, определяет его работоспособность в современном обществе и, соответственно, уровень жизни и благоденствия;

- здоровье населения для страны становится фактором ее национального достояния;

- траты на "Индустрию здоровья" в высоко развитых странах, как в бюджетной отрасли, так и в сфере частных вложений, занимают первые строки в рейтинге трат и доходов и постоянно растут, причем выход от этих вложений оказывается наиболее эффективным, удовлетворяет как население, так и работодателей, соответствует интересам общества и государства в целом.

Незаметно для классической медицины, эти новые тенденции в мире привели к огромному интересу широких масс к новым средствам влияния на организм, направленным, прежде всего, на увеличение его активности и работоспособности. Возникло значительное количество новых оздоровительных центров, отличающихся от прежних, носящих спортивный или физкультурный характер, все более широким применением комплексных методов влияния на разные стороны жизнедеятельности организма, включая новые группы высоко активных биологических средств. Эти биоактивные средства - часто не только и не столько медикаменты, сколько компоненты пищи, биодобавки, искусственные пищевые заменители и препараты, направленные на коррекцию массы тела, аппетита и т.п.

Все эти тенденции четко осознаются в мире - одним из основных показателей цивилизованности страны, как считают ООН и ВОЗ, является уровень здоровья и продолжительность жизни ее населения. На исследования в этой области практически во всех современных развитых государствах, а также во многих развивающихся, тратятся государственные и частные средства, превосходящие траты в других областях. Фактически, суммарные затраты в современном развитом обществе на "увеличение количества и улучшение качества жизни" уступают только затратам на вооружение и данный вопрос является основным конкурентом военному вопросу в менталитете развитого общества, он является, видимо, одним из приоритетов в формировании нового общества в новом веке и новом тысячелетии.

Все эти процессы обусловили развития широкой сети учреждений, предоставляющих комплекс услуг по профилактике и сдерживанию старения, по снижению риска заболеваний, связанных с возрастными изменениями. При этом центральным моментом оказывается разработка стандартных комплексов диагностических тестов, которые могут быть достаточно широко применены для целей медицинского обследования в курсах предупреждения преждевременного старения здоровых лиц. Примером могут служить медицинские тест-протоколы, предлагаемые для диагностики связанных с возрастом заболеваний и пограничных с физиологической нормой возрастных изменений, предлагаемые крупнейшей мировой ассоциацией по профилактике старения и продлению жизни: американской Ассоциацией по продлению жизни (Life Extension Foundation). С другой стороны, своевременная профилактика заболеваний и сдерживание темпов старения, используя накопленные новые подходы в биogerонтологии и биоактивации, реабилитологии и профилактической медицине, позволяет резко снизить затраты на малоэффективное лечение в старости, подойти к идеалу «старости без болезней», дает реальную возможность повысить пенсионный возраст и исключить нарастающую с возрастом изоляцию пожилых от социума, повысив период активной жизни и сохранив силы и радость жизни на весь ее период.

Все вышесказанное говорит о том, что развитие сети профилактической геронтологии должно опережать развитие других направлений современной медицины и социальной помощи пожилым.

Глава 4.2. Медико-социальная работа и этические проблемы ухода за пожилыми и старыми людьми.

§ 4.2.1. Медико-социальная работа с лицами пожилого и старческого возраста.

В России в условиях углубления социальных проблем, ухудшения показателей здоровья населения возрастает объективная потребность решения взаимосвязанных задач медицинского и социального характера на качественном новом уровне. Из потребностей практики возникла необходимость создания новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи как комплекса социальных услуг. В этой связи в 90-е годы в нашей стране как качественно новое направление социальной работы и вид профессиональной деятельности стала развиваться медико-социальная работа.

Ее становление обусловлено современным состоянием здравоохранения социальной защиты населения и, в частности, лиц пожилого возраста условиях проведения реформ в экономической и социальной областях.

Медико-социальная работа рассматривается и как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-

педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья в том числе и лиц пожилого возраста.

Она принципиально меняет существующий подход к охране здоровья, так как предполагает системное медико-социальное воздействие на более ранних этапах развития болезненных процессов, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу. Таким образом, медико-социальная работа приобретает не только выраженную реабилитационную, но и профилактическую направленность, что имеет особое значение для пожилых.

Целью медико-социальной работы является достижение оптимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц пожилого возраста, лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием. Объектом медико-социальной работы являются различные контингенты лиц, в том числе и пожилые, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые тесно взаимосвязаны и их решение затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и недостаточно эффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции.

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

Медико-социальная работа профилактической направленности включает выполнение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формирование установки на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, социальное администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

Медико-социальная работа патогенетической направленности включает мероприятия по организации медико-социальной помощи; проведение медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пожилых и инвалидов; проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, проведение коррекции психического статуса клиента и особенно лиц пожилого возраста, создание реабилитационной социально - бытовой инфраструктуры, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

Основной стратегической задачей медико-социальной работы с пожилыми людьми

следует считать сохранение и улучшение качества их жизни.

Качество жизни является интегральным понятием, отражающим не только выраженность симптомов заболевания, но и функциональное состояние пожилого человека, состояние его физического и психического здоровья, социальную активность, способность к самообслуживанию, материальное обеспечение и условия жизни, а также удовлетворенность ощущением собственного физического и психического благополучия. Одной из особенностей периода пожилого и старческого возраста как у относительно здоровых, так и больных людей является наступающая социально-психологическая перестройка, вызывающая значительные стрессы и напряжения адаптационно-приспособительных механизмов организма.

Изменение социального статуса пожилого человека связано с различными факторами, в том числе с выходом на пенсию, утратой близких родственников и друзей в связи с их смертью, ограничением возможности общения с оставшимися в живых, трудностями в самообслуживании, ухудшением экономического положения. Все это нарушает привычные жизненные стереотипы, требует мобилизации физических и психических резервов. Степень приспособления пожилого человека к своему новому социальному статусу определяется в значительной мере состоянием уровня его здоровья. Очевидно, что выраженное снижение функционального состояния организма пожилого человека делают его положение более зависимым от общества. При этом существенно важное значение приобретает медико-социальная работа профилактической и патогенетической направленности, обеспечивающая мобилизацию и увеличение адаптационных возможностей, сохранение уровня здоровья пожилых и улучшение качества их жизни. В последние годы в России идет активный процесс формирования правовой базы, которая позволяет разрабатывать отраслевые нормативные правовые документы по обеспечению пожилых медико-социальной помощью на уровне профессиональной медико-социальной работы. Важнейшими документами являются “Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан”; федеральные законы “Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации”; социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”, “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации”, “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и другие правовые акты. На основании правовой базы на уровне ведомств разрабатываются нормативно-правовые документы, которые позволят внедрить в практику социальных институтов общества востребованную временем медико-социальную работу.

Обозначая место медико-социальной работы среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль специалиста по медико-социальной работе в разрешении комплекса проблем, возникающих особенно у пожилых людей, и требующего соучастия специалистов смежных профессий - врачей, психологов, педагогов, юристов и других. Являясь видом мультидисциплинарной деятельности и реализуясь в области

взаимных интересов здравоохранения и социальной защиты населения, медико-социальная работа использует формы и методы, сложившиеся в системе здравоохранения - профилактические, реабилитационные, психотерапевтические и др.; в системе социальной защиты населения - социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание на дому, социальное обслуживание в стационарных учреждениях, организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предоставление временного приюта и др.

Медико-социальная работа имеет много общего по своей сути с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не превышает пределы своей компетенции, не претендует на выполнение лечебных функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер ответственности. Таким образом, с иной стороны, медико-социальную работу следует рассматривать как разновидность социальной работы, направленной на охрану и поддержку физического и психического здоровья и в первую очередь лиц пожилого возраста, а с другой - это вид деятельности, направленной на достижение "социального благополучия" и значительное улучшение качества их жизни.

§ 4.2.2. Требования к профессионализму социальных работников, обслуживающих лиц пожилого и старческого возраста.

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

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

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

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

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

Важно понять еще одно обстоятельство: в старом человеке мы видим его сегодняшний облик и практически не можем представить его себе ребенком, мужчиной или женщиной в расцвете лет, красивым, сильным и самоуверенным или, наоборот, мягким, великодушным, устремленным в будущее. А между тем важно, видя перед собой старого и больного, а зачастую и дементного (слабоумного) человека, воссоздать его облик, вспомнить, что он несет в себе детство и юность, молодость и зрелость.

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

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

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

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

Овладение навыками общения со старыми людьми - не простая задача; помимо умения выслушать старого человека с пониманием его нужд, необходимо в то же время собрать и объективную информацию о нем, проанализировать и оценить ситуацию, в которой он находится, определить, в чем заключаются его объективные трудности, а что

является результатом субъективных переживаний. Важно не дать старому человеку быть ведущим в беседе и в дальнейших контактах.

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

§ 4.2.3. Деонтология в социальной работе с лицами пожилого и старческого возраста.

Деонтология (сочетание греческих слов: деонтос - долг, должное, надлежащее, логос - наука) - это наука, изучающая этические принципы поведения при исполнении своих профессиональных обязанностей. Деонтология как отдельная область, разрабатываемая с древних времен, до настоящего времени больше была связана с медициной, составляя ее отдельный раздел.

Социальная работа в ее теперешнем понимании и трактовке не может обойтись без деонтологии. Л. В. Топчий и А.А. Козлов определяют деонтологию как совокупность этических норм профессионального поведения работников социальных служб.

В деонтологию они включают основные принципы, моральные заповеди, позволяющие обеспечить эффективное социальное обслуживание населения, исключая неблагоприятные факторы в социальной работе, направленные на оптимизацию системы взаимоотношений между различными категориями персонала социальных служб и клиентами, предупреждающие негативные последствия социального обслуживания: профессиональный долг, бескорыстие, профессиональную выдержку и самообладание, доверие между специалистами и клиентами, профессиональную тайну и т. д.

Особенно остро деонтологические проблемы встают при общении с тяжело больными старыми людьми, утратившими способность к самообслуживанию. Общеизвестно, что наиболее успешно справляются с уходом за стариками терпеливые и уравновешенные люди. Разумеется, моральная поддержка является наиболее ценной, поэтому социальный работник, не ограничивающий свою деятельность формальными услугами, сумевший к тому же стать доброжелательным и внимательным собеседником, помощником и советчиком, окажется для старого человека идеальным утешителем.

Слишком суровые, властные, работающие главным образом из-за денег или ради карьеры не справляются с таким видом деятельности. В свою очередь старые люди со своим жизненным опытом очень легко понимают и улавливают фальшь и неискренность в отношении к ним. Никогда не приобретет доверия со стороны старых людей и торопливый человек, не умеющий выслушать, озабоченный своими собственными проблемами.

Социальному работнику нужно особое внимание уделять своей внешности и форме общения со старыми клиентами. Слишком модная одежда, изобилие косметики и украшений не способствуют налаживанию контактов между старыми людьми и социальными работниками.

Особенно недоверчивы старики к легкомысленным, поверхностным людям, дающим обещания, но не выполняющим их. Несобранность, неаккуратность, непоседливость, многоречивость также вызывают настороженность со стороны старого человека к социальному работнику и не способствуют установлению доверительных контактов, которые необходимы обеим сторонам.

При уходе за старыми больными, утратившими способность к самообслуживанию, социальный сотрудник всем своим поведением и действиями должен поддерживать и пробуждать желание как можно дольше сохранить максимальную подвижность и выполнять хотя бы самые элементарные действия по самообслуживанию. В любом случае необходимо с уважением относиться к достоинству и чувству независимости старых людей.

Старый человек должен стать для социального работника субъектом индивидуального подхода. Чувство уважения к старому человеку, заинтересованность его жизненным путем и опытом обычно повышают доверие к социальному работнику, его авторитету как специалиста. Никогда нельзя забывать о том, что при беседе со старым человеком нужно стараться сохранять на лице выражение интереса, сочувствия и доброжелательности. Все это позволит ознакомиться с социальным анамнезом старого человека, местом и условиями проживания, уяснить внутрисемейные отношения, их значимость для старого человека, разобраться в межличностных отношениях между молодыми членами семьи и стариком, помочь разрешить их внутренние несогласия и обиды. Роль реабилитации пожилых и старых людей в этом случае следует оценивать как с социальной, так и моральной точки зрения. Она также дает значительный экономический эффект, поскольку восстановление способности к самообслуживанию освобождает от ухода за больными стариками большое количество медицинского персонала, в случае помещения их в больницу, а также родственников, избавляя их от необходимости оставить профессиональную деятельность.

Глава 4.3. Формы медико-социальной помощи пожилым.

§ 4.3.1. Геронтологические центры.

В целом, структуру и особенности различных организаций, связанных с медицинским и медико-социальным обслуживанием пожилых поясняет следующая схема 1. Следует, однако, помнить, что формирование таких организаций только начинается и содержание и формы их работы будут быстро меняться, что и происходило в последние годы, прежде всего в медико-социальной сфере обслуживания населения. Следует обратить внимание на разнообразие форм помощи пожилым и подчиненности организаций, их оказывающих: медицинские, социальные, профилактические, оздоровительные и пр.

Схема 1

Основные формы профилактического, лечебного и медико-социального обслуживания пожилых

Организации профилактического направления	Организации лечебного профиля	Организации медико-социального обслуживания
Геронтологические центры (геропротекция, биоактивация, научные исследования, физическая культура, спорт и косметология)	Гериатрические центры (лечение "болезней пожилых", реабилитация, уход, профессиональное совершенствование)	Центры социальной защиты (социальная защита - пенсии и льготы, правовая консультация, уход, психологическая помощь)
Собственно геронтологические центры с мощной диагностической, лечебной, реабилитационно-оздоровительной и косметологической базой.	Госпитали ветеранов, гериатрические клиники и отделения в клиниках с мощной коечной и лечебно-диагностической базой.	Дома-интернаты для пожилых - проживание, уход, профилактика и медицинское наблюдение, культурная работа с пожилыми.
Санатории и профилактории с диагностикой биовозраста и комплексными методами профилактики старения и биоактивации всех функций.	Специализированные санатории, профилактории по реабилитации "болезней пожилых", кардиологические, реабилитационные и др.	Полустационарная помощь: отделения дневного и ночного пребывания: питание, досуг, медико-социальные консультации
Консультативно-диагностические центры и кабинеты геропротекции, биостимуляции и продления жизни.	Гериатрические кабинеты в поликлиниках - учет, диспансерное наблюдение, консультации.	Срочная социальная помощь, социально-консультативная помощь пожилым.
Реабилитационно-оздоровительные	Группы "здоровье" и ЛФК-занятия с	Социальная помощь на дому

центры, группы и клубы здоровья.	пожилыми в поликлиниках.	(уборка, уход, консультации).
Другие формы и организации: Спортивные клубы и группы, Клубы и группы "здоровья", "здоровья и долголетия", "бега ради здоровья", физического и психического саморазвития, группы йоги, ушу и др.	Выездные консультативно-профилактические группы (территориального и производственного принципа), консультативные кабинеты первой медико-санитарной помощи	Психологические консультации, хосписы, хосписы на дому, гуманитарная и благотворительная помощь, клубы и религиозные организации.
Основные формы работы: Профилактика, диагностико-консультативная работа, оздоровительно-массовая работа, пропаганда здорового образа жизни, косметология и спорт.	Стационарные и поликлинические формы - углубленная специализированная по нозологиям диагностика, лечение, учет и профилактика.	Пенсии, срочные денежные и натуральные выплаты, консультации, уход и помощь, культурные мероприятия.
Главные структурные единицы: Кабинет специальной диагностики старения, кабинет специальных консультаций по геропротекции и биоактивации, кабинеты и залы ЛФК, тренажеров, физиотерапии, гидротерапии, специализированные аптеки и книжные киоски, группы и клубы здоровья.	Стационары и поликлинические отделения и кабинеты гериатрии, реабилитационные отделения, мощные диагностические отделения (биохимии, физических методов диагностики, иммунологические и бактериологические), профилактории, санатории.	Центры социальной помощи, консультативные центры, центры помощи на дому, дома-интернаты, отделения временного пребывания, клубы, группы по интересам, хосписы.

При формировании структуры геронтологических центров учитывается, что старость представляет собой сложное биолого-социальное явление, требующее комплексного подхода и проявляющееся как:

- Ограничение работоспособности,
- Ограничение физической подвижности и социальной активности;
- Ограничение культурно-социальных связей, психологическая изоляция от общества;
- Наличие у большинства лиц данного возраста комплекса хронических заболеваний.

Практическая деятельность центров профилактики старения поэтому должна строиться исходя из комплексного взгляда на старение как на сложный биосоциальный процесс, и быть направлена на:

- а) повышение работоспособности всех возрастов и в особенности старшего поколения;

- б) повышение уровня здоровья пожилых,
- в) повышение физической и психической активности старшего поколения;
- г) профилактику заболеваний,
- д) замедление процесса старения,
- е) увеличение средней и максимальной длительности жизни.

Традиционным в России является использование государством средств пассивной защиты населения данного возраста, носящих **принципиально затратный характер**: выплата денежных средств (пенсии), врачебный патронаж на дому, бытовое обслуживание на дому и т.п. Однако, в связи с изменившимися реальными условиями жизни общества и социально-психологической ориентацией жителей цивилизованных государств на активное участие в жизни общества, на первый план выходит противоположный, **активный принцип** - повышение уровня физической и социальной активности представителей старшего поколения, позволяющего сохранять чувство полноценности себя как человека до самой глубокой старости. Это возможно только при переносе акцента на **профилактику** заболеваний и геропротекторат в целом, государственный протекторат программ, касающихся здоровья и социальных аспектов жизни старшего поколения, при повышении уровня здоровья и физического состояния самых широких масс населения, при изменении менталитета и целевых установок и взглядов на ценность собственного здоровья.

Для средних и пожилых возрастов, сохраняющих физическую активность, это оптимально решается открытием специализированных Центров, сочетающих консультативную и оздоровительную деятельность. Для самых пожилых возрастов перспективным оказалось, как показывает зарубежный опыт, открытие специальных пансионатов, сочетающих удобство социальных услуг с квалифицированным медицинским наблюдением и обслуживанием и самым широким комплексом культурных мероприятий при доступе к социальной активности по самым разным направлениям, обеспечивающим востребованность пожилых в обществе в социальном, культурном и психологическом планах.

Геронтологические Центры фактически должны сочетать в себе лечебные, профилактические и оздоровительные направления работ, что должно отражаться на их структуре, используемых средствах и кадрах. Представляется достаточно ясным, что геронтологические центры не должны быть только центрами гериатрическими - только местом лечения старых людей. Такой подход приводит к дублированию всей структуры врачебной помощи (так как принципиального отличия заболеваний от возраста нет), к созданию огромных, по типу современных клинических больниц, многопрофильных

лечебных комплексов, отличием которых является только возраст больных. Собственно Геронтологические Центры должны направлять свою работу прежде всего на:

а) профилактику старения в т.ч. пропаганду таких методов и услуг, прежде всего для среднего, работоспособного и социально активного возраста (30-60 лет);

б) методы донозологической диагностики, профилактики и укрепления здоровья;

в) реабилитацию, профилактические и оздоровительные меры после перенесенных заболеваний.

Таким образом, Геронтологические Центры должны быть скорее профилактическими, валеологическими, реабилитационными, физкультурно-спортивными и косметологическими, чем традиционно узко-профильными лечебными. Отличием от имеющихся Центров Здоровья являются: акцент на профилактику, сдерживание и обращение старения и сопутствующих заболеваний; хорошая подготовка кадров в области биологии старения, геронтологии и средств биоактивации; наличие собственных мощных методов диагностики (прежде всего это определение параметров Биологического Возраста и комплекса методов клинической физиологии и биохимии); наличие собственных методов профилактики, сдерживания и обращения старения (фактического омоложения), средств биоактивации и пр.; возможность высокого уровня специализированного консультирования; наличие ряда дополнительных услуг (косметология, физкультурно-массовые формы работ и пр.); принципиально комплексный характер услуг; выполнение, наряду с комплексными программами, отдельных специализированных стандартных программ, связанных с возрастом (антиклимактерическая, антиостеопорозная, профилактика помутнения хрусталика и пр.); принципиальная доступность рекомендуемых средств, методов, аппаратов и методической литературы (ларек средств на территории Центра); мощная реклама и пропаганда в Центре и вне имеют большое значение, так как в основе эффектов профилактики старения лежит только сформированный СТИЛЬ ЖИЗНИ со всем комплексом применяемых методов, средств, диет и пр. Таким образом, Геронтологические Центры должны нести мощный лечебный и реабилитационно-биостимулирующий потенциал и не могут быть сведены только к лечебным или только к физкультурным учреждениям.

Сами Центры могут быть:

а) Стационарные - оптимальным является развертывание их на базе санаториев и профилакториев, что соответствует контингенту, помещениям и др. особенностям работы.

Возможно:

- формирование групп по оздоровлению, биостимуляции и омоложению из контингента санатория, что оптимально для начала развертывания работ и мало затратно;

- формирование своих контингентов и выезд в санаторий;

- развертывание полноценных отдельных стационарных Центров на базе санаториев и профилакториев.

б) Консультативно-диагностические - на базе поликлиник и частных врачебных центров - с уклоном в лечебную сторону работы центров, на базе хозрасчета с поликлиниками, с привлечением местных консультантов, с акцентом на специализированные программы гериатрической и профилактической геронтологической помощи.

в) Реабилитационно-оздоровительные - наиболее массовый тип Центров, с формированием постоянных контингентов клиентов. На базе физкультурно-оздоровительных центров и вновь сформированных Геронтологических Центров.

Создаваемый Геронтологический Центр должен:

1) Функционировать на основе высших научных достижений и являться клинической базой работ и апробации новых методик.

2) Обеспечивать полноценную, комплексную быструю диагностику без боли и неудобств, в том числе определение биологического возраста со всеми параметрами, заключениями и рекомендациями.

3) Обеспечивать подробные квалифицированные рекомендации (приглашенные специалисты-консультанты, работающие в этой области) по всем сторонам диагноза, лечения и оздоровления в направлении продления жизни, профилактики и обращения старения и биоактивации, в т.ч. для средних и молодых возрастов (лечение синдрома хронической усталости, стрессов, коррекция веса, фигуры и пр.).

4) Обеспечивать единое комплексное воздействие на организм на основе индивидуализированных курсов с опорой на мировые достижения и отечественные оригинальные разработки.

При проведении геропрфилактических, биокорректирующих, лечебных и биостимулирующих мероприятий используются прежде всего следующие методические подходы и техники: индивидуальная подробная диагностика; индивидуальные подробные консультации врачей-специалистов; специальные диеты, режимы очистки организма и лечебного голодания; очищенная биоактивированная вода; специальный оздоровительный режим (коррекция стиля жизни); специальный психологический режим, консультации и активное ведение специально подготовленным психологом, аутопсихотехники; коррекция (гармонизация) биоритмов в том числе оригинальным отечественным методом гальваноэлектроакупунктуры; массаж и мануальная терапия, ЛФК и тренажеры, физиотерапия, гидротерапия, лазеротерапия; специальные препараты - биостимуляторы,

биоиммунокорректоры, психостимуляторы, адаптогены, антистрессорные препараты; специальные препараты, влияющие на глубинные процессы старения (геропротекторы, адаптогены, антистрессорные препараты, фито-витамино-микроэлементные комплексы и пр.); широкий комплекс лечебно-профилактических и оздоровительных препаратов и средств отечественного и зарубежного производства; базовые лекции, видео- и печатная информация и обучение; другие общие и специальные лечебные и оздоровительные процедуры.

Геронтологическая консультативно-профилактическая помощь городского и областного уровней обычно складывается на основе гериатрических стационаров, с преимущественным лечебным стационарным обслуживанием, и служб социальной защиты: домов ветеранов и профилакториев, с уклоном в сторону ухода и реабилитационных мероприятий, а также с широкими культурными программами.

На федеральном уровне Геронтологические Центры фактически представлены Клиническими больницами с геронтологическим уклоном (стационарные госпитальные формы помощи), являющимися базами для институтов усовершенствования врачей, кафедр гериатрии и НИИ геронтологии с мощными службами собственных научных исследований и различных специализированных форм гериатрической помощи. Профилактические формы работ на этом уровне представлены НИИ реабилитации и курортологии со специализацией по различным "болезням пожилых", а также Центрами профилактической медицины, уделяющими все большее внимание проблемам лиц пожилого возраста. Кроме этого имеются НИИ и Университеты, исследующие вопросы биологии старения, социальные и юридические вопросы помощи пожилым и т.п.

§ 4.3.2. Гериатрические центры.

Наиболее традиционными в настоящее время являются гериатрические центры, которые ориентированы на прикладные лечебные методики. От обычных лечебных учреждений они отличаются своим контингентом - пожилыми людьми и имеющими специальную подготовку для лечения таких лиц врачебными кадрами. Эти центры чаще всего образуются на базе госпиталей для ветеранов. Оснащение диагностическими и лечебными аппаратами таких центров-госпиталей, как правило, не слишком отличается от оснащения обычных больниц.

Некоторые особенности структуры и оборудования гериатрических центров касаются элементов ухода за пожилыми пациентами. Так, учитываются физиологические особенности пожилого и старческого периодов жизни - снижение координации движений, снижение физической силы, частые нарушения сна, нередко - нарушения психической деятельности и т.п. Поэтому гериатрические центры большее внимание обращают на уход

за своими больными, шире привлекают для этого родственников и благотворительные организации, не столь строго выполняются элементы режима и пр.

Длительность периода выздоровления у пожилых требует более мощных отделений реабилитации в гериатрических центрах, раннее подключение лечебной физкультуры и физиотерапии, акцент на физическую активность, что, в частности, связано с привнесением элементов культурно-массовой работы в собственно лечебные процедуры и пр. Более подробно эти элементы, относящиеся собственно к уходу и реабилитации, обсуждаются ниже. Все эти особенности гериатрических центров обуславливают большую нагрузку как на врачей, так и, в первую очередь, на средний медицинский персонал, так как уход в самом широком смысле за пожилыми больными оказывается важнейшим элементом в успешном лечении.

Наконец, определенную специфику в работу гериатрических центров вносит преобладание нозологических форм заболеваний, которые принято относить к "болезням пожилых", причем во многих случаях это хронические заболевания, текущие с осложнениями, поэтому больные неоднократно поступают в отделения гериатрических центров - на лечение, долечивание и реабилитацию, а также для профилактических курсов при хронических заболеваниях. К "болезням пожилых" в настоящее время относят, прежде всего, заболевания сердечно-сосудистой системы, опухолевые заболевания, частота которых резко нарастает с возрастом, травмы и переломы, заживление которых у пожилых значительно затруднено и связано также с нарушениями их общего самочувствия, нарушения психической деятельности, в том числе возрастную деменцию и некоторые другие.

Изменение общественных условий жизни, связанных с преобладанием городского быта, интенсивным трудом, изменения в семейных условиях - желание молодых семей жить отдельно - все это приводит к типичным для высоко развитых стран изменениям в положении пожилых и старых людей в обществе. Типичным является желание как можно дольше "оставаться в строю" - не бросать привычную работу, дающую общение и психологическое удовлетворение от активного участия в жизни. До 80% мужчин и 50% женщин продолжают работать на прежнем месте после достижения пенсионного возраста. Для таких стран, как США, типичны другие процессы - накопленные средства и сохраненная активность позволяют пожилым "увидеть мир", что объясняет значительную долю пожилых среди туристов. Но, в то же время, нарастающие нарушения здоровья приводят значительную часть пожилых лиц к столкновению с необходимостью значительно ограничить свою активность, а зачастую требует заботы со стороны трудоспособной части населения. Во всем мире социальная помощь пожилым оказалась высоко востребованной и объективно необходимой.

В условиях отдельного проживания, как это имеет место для многих современных пожилых в России, важнейшим условием нормальной жизни при уходе на пенсию и

фактическом отстранении от трудовой активности оказываются контакты с детьми. Чем старше родители, тем чаще, как показывают социальные исследования, посещают их дети. Сами родители также часто посещают детей, но с определенного возраста это становится для них все более затруднительным. Постепенно становятся необходимыми не только помощь в покупке продуктов и уборка по дому, но и обычный уход. Между тем, не менее 15% проживающих отдельно пожилых людей, по данным социологического опроса, не имеют детей и государственная и общественная системы социальной помощи оказываются для них жизненно необходимыми.

Большое влияние на состояние здоровья оказывают адаптация к одинокому проживанию, социальная и физическая активность, а также доступность медицинской и социальной помощи. Значительная часть пожилых хочет периодически лечиться в стационарах, считая недостаточной поликлиническую помощь, хотя эффективность лечения старшей возрастной группы часто невысока. Это приводит к частым повторным помещениям пожилых в стационар, к тому, что значительный контингент стационаров составляют пожилые лица. Учитывая многие особенности этой категории больных, требование ухода и широкого применения реабилитационных технологий, во всех развитых странах стали строиться специализированные центры - стационары, поликлинические отделения и отделения по уходу и социальной помощи, имеющие квалифицированные кадры и специально обученный для работы с пожилыми персонал. Последний приказ Минздрава 1999 г. дает возможность интенсивного развития гериатрической службы в России. Значительная часть работы по медико-социальной помощи пожилым, однако, продолжает приходиться на периферийные органы здравоохранения - на участковые больницы. Эта помощь, однако, доступна лишь в городах, в сельской местности даже достаточно крупные поселки зачастую не имеют никакой специализированной помощи пожилым. В сельской местности важную роль приобретает работа по организации совместных выездов врачей, работников аптек, "оптики", стоматологических передвижных кабинетов и пр. Открываются также специализированные больницы сестринского ухода, которые оказывают помощь лицам, утратившим мобильность и нуждающимся в специальном уходе.

Социальная помощь на дому.

Социальная помощь на дому является важнейшей формой помощи пожилым, так как обеспечивает им привычную личную жизнь и сохраняет участие в привычном социальном и общественном, а часто и трудовом, окружении и осуществляется бесплатно для пожилых отделениями муниципальных центров социального обслуживания.

Гарантированные социальные услуги на дому включают: доставку продуктов на дом; помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости; содействие в получении медицинской и юридической помощи; помощь в соблюдении социально-гигиенических требований в отношении

жилища; сопровождение при обращении за медицинскими и иными услугами и др. Для имеющих родственников такая помощь может быть платной.

Полустационарная социальная помощь.

Полустационарная социальная помощь включает отделения дневного или ночного пребывания, создаваемые при муниципальных центрах социального обслуживания или при иных органах социальной защиты. Эта форма услуг предоставляется пожилым, сохранившим способность к самообслуживанию и активному передвижению. В этих отделениях может быть оказана самая различная по форме помощь. Здесь организуется горячее питание и проводятся медицинские манипуляции, требующие, прежде всего сестринской помощи; осуществляются различные формы медицинского обслуживания; важное значение имеет организация отдыха и культурного времяпрепровождения, культурно-массовых и образовательных мероприятий. Например, действует международная программа образования для пожилых. За отдельную плату здесь можно получить и более сложные услуги: массаж, специальное врачебное обслуживание, косметологические процедуры и пр. Важнейшим является и возможность общения с лицами своего возраста и своего круга проблем - своего рода "клубы пожилых", имеющие право на существование не в меньшей мере, чем молодежные клубы. Такие Клубы пожилых постепенно выделяются в собственную форму самоорганизации пожилых лиц, обеспечивая им и культурную и социальную активность.

Стационарная социальная помощь.

В стационарных учреждениях органов социальной помощи пожилые и инвалиды имеют право на: обеспечение нормальных условий проживания в соответствии с социально-гигиеническими нормативами; на уход, медицинскую, санитарную и стоматологическую помощь; на добровольное участие в лечебно-трудовом процессе с учетом здоровья, интересов, желаний; на свободную юридическую помощь, посещение родственников и знакомых, на свободное религиозное вероисповедание и посещение священников, а также на сохранение за ними занимаемой по найму, аренде или на правах собственности жилых помещений (для одиноких пенсионеров в течение 6 месяцев после поступления в дома социального обслуживания).

Дома-интернаты являются традиционной формой социального обслуживания во всем мире и в нашей стране. Особенностью их является наличие хронических заболеваний у проживающих здесь лиц, что ограничивает их трудоспособность, а часто и возможности самообслуживания и требует постоянной медицинской помощи и ухода. Проживающие в таких пансионатах люди находятся на полном государственном обеспечении, что обычно определяет отчисление более половины получаемой ими пенсии этим учреждениям. Все виды помощи осуществляются здесь бесплатно, что, однако, ставит вопрос о социальном равенстве и дифференцированности помощи, так как различные медицинские процедуры и медикаменты могут сильно различаться по себестоимости.

Для медицинского обслуживания домов-интернатов используются различные формы. Обслуживание прикрепленными организациями здравоохранения и стационарами дает возможность высокого уровня диагностики и лечения, однако, обычно при достаточно больших домах-интернатах имеется и медико-санитарное отделение, оснащенность которого может быть весьма различна и зависеть от конкретного контингента проживающих здесь лиц.

Внутри дома-интерната также могут выделяться различные подразделения: лечебно-профилактические, отделения по санитарному уходу, отделения активного долголетия, отделения реабилитации, залы ЛФК, физиотерапевтические отделения и пр. Обычными является наличие клубов, советов ветеранов, подсобных мастерских, земельных участков, в том числе для индивидуального пользования и т.п. Все в большей мере мировая практика поворачивает структуру и содержание работы в таких учреждениях от медицинского учреждения к социально-культурному, со все большей активностью проживающих здесь лиц.

Дома милосердия в последнее время все больше "оттягивают" на себя лиц, нуждающихся преимущественно в уходе и пребывающих на постельном режиме. Особенности их обслуживания и требования к специальной квалификации и организации помощи в таких учреждениях часто требуют отдельного их расположения от домов-интернатов для полностью сохраняющих активность лиц. Однако, целью таких домов является не пассивный режим, а стремление вернуть утраченную активность, перевести в отделения реабилитации.

Выделение отделений реабилитации - насущная потребность современного общества, когда повторные инфаркты сердца и мозговые нарушения требуют значительных усилий после проведенного госпитального курса. Высокий уровень медицинского обслуживания и насыщенность реабилитационными специальными видами помощи делают такие центры высоко эффективными, возвращая к полноценной активности пожилых лиц даже в самых старших возрастах.

В противоположность отделениям реабилитации, отделения помощи лицам с неизлечимыми заболеваниями имеют свои особенности организации и осуществления помощи: помощь в хосписах направлена на облегчение боли и страданий, но главное - на полноценное восприятие жизни до самого ее конца, на понимание проблемы смерти как таковой, что, однако, требует уже специального рассмотрения. Хосписное обслуживание в последнее время расширяется и включает патронажную службу, помощь семье тяжело больных в решении психологических, медико-санитарных и юридических вопросов, часто захватывает и область, ранее целиком принадлежащую церкви. Достойная жизнь в любых условиях - вот основная цель и смысл всей службы хосписов, название которой расшифровывается как "душевный мир".

Срочная помощь.

Срочная социальная помощь предполагает оказание неотложной помощи разового характера пожилым и инвалидам, нуждающимся в социальной поддержке, и включает: горячее питание, гуманитарную помощь (одежда, обувь, предметы быта), разовые денежные выплаты, неотложную медико-психологическую помощь и т.д. Сюда же входят магазины для пожилых "Милосердие", где можно купить подержанную или просто дешевую одежду и предметы быта и пр. Здесь же могут сосредотачиваться льготные парикмахерские и починка одежды, обуви, а также прачечные, бани и т.п.

Социально-консультативная помощь.

Социально-консультативная помощь пожилым и инвалидам направлена на помощь в адаптации их в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье и оптимальное взаимодействие личности, семьи, государства и общества в целом. Осуществляется она в форме разовых или постоянных консультативных и информационных услуг на бесплатной основе. Каждый гражданин имеет право получить бесплатные консультации в органах социальной защиты о возможностях, видах, порядке и условиях социального обслуживания. Социально-консультативная помощь может использовать средства массовой информации, очные и телефонные консультации, при консультативных кабинетах может быть создана комната психологической разгрузки, другие формы социальной и иной помощи.

Профилактические медико-оздоровительные центры.

Профилактические медицинские, геронтологические, валеологические и оздоровительные центры широкого профиля для всех возрастов - настоятельное веление времени, которое в полной мере осознали сейчас люди всех возрастных и социальных групп. Охватывая фактически все население, эти центры существуют в настоящее время как клубы, группы, а для лиц высокого достатка - как широкопрофильные оздоровительно-спортивные центры, концентрирующие все виды медицинского, оздоровительного, спортивного и косметологического обслуживания. Во всем цивилизованном мире развитию таких центров способствует правительство. Несомненно, такая же политика должна проводиться и в нашей стране.

§ 4.3.3. Геропрфилактические центры.

Объективно в настоящее время происходит сближение различных форм гериатрической помощи, что делает возможным говорить о новом типе учреждений - Геропрфилактических центрах, которые могут быть открыты **отдельно** и иметь свою собственную структуру и направления работы.

Старение является естественным периодом жизни человека, сопровождающимся снижением общей жизнеспособности, устойчивости к заболеваниям и ограничением трудоспособности. Резкое постарение населения во всем мире, а также тот факт, что с возрастом резко возрастает частота и тяжесть хронических заболеваний, приводят ко все большему вложению средств в программы лечения старых лиц и увеличению объема выплат пенсионного и социального обеспечения без ощутимой отдачи обществу результатов такого использования материальных ресурсов. Между тем, своевременная профилактика заболеваний и сдерживание темпов старения, используя накопленные новые подходы в биogerонтологии и биоактивации, реабилитологии и профилактической медицине, позволяют резко снизить затраты на малоэффективное лечение в старости, подойти к идеалу «старости без болезней», дают реальную возможность повысить пенсионный возраст и исключить нарастающую с возрастом изоляцию пожилых от социума, повысив период активной жизни и сохранив силы и радость жизни на весь ее период.

ЦЕЛЬ деятельности Центра: геропрфилактика, биоактивация и продление жизни на основе массовых программ и индивидуализированных коммерческих курсов для лиц всех возрастов. Центр не является гериатрическим учреждением и не имеет целью лечение отдельных заболеваний у пожилых лиц. Главным смыслом работы Центра является увеличение активного периода и продление жизни на основе программ профилактики и биоактивации для всех возрастных групп населения.

ЗАДАЧИ Центра:

- профилактические массовые программы общей геропрфилактики;
- профилактические массовые программы некоторых специальных методов профилактики заболеваний и патологических расстройств, тесно связанных с возрастом (остеопороз, климакс, опухоли, иммунодефициты, сердечно-сосудистая патология, профилактика преждевременного старения);
- разработка и внедрение комплексных методов биоактивации и продления активного периода жизни;
- внедрение и пропаганда общеоздоровительных методик и методов выведения в состояние устойчивого здоровья, а также методов активного долголетия;
- разработка и внедрение новых диагностических методов в области геропрфилактики и биоактивации,
- экспериментальные и клиническо-внедренческие работы в области геропрфилактики и биоактивации,

▪ учебно-методические и информационно-пропагандистские работы в области профилактики старения.

Глава 4.4. Опыт социальной работы с пожилыми людьми в зарубежных странах.

§ 4.4.1. Швеция и Великобритания.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ШВЕЦИЯ

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

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

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

2. Принцип глобальности человеческих потребностей. Все, что необходимо для благополучия человека, будь то его психологические, физические и социальные

потребности, должно быть принято во внимание, составляя единую и цельную совокупность.

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

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

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

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

Например, в том, что касается ухода за лицами преклонного возраста "комитет по социальным делам обязан следить за тем, чтобы лица преклонного возраста могли вести автономное, активное и наполненное существование. Жилище, снабженное всеми необходимыми удобствами, специально приспособленные средства транспорта, семейная помощь — таковы лишь некоторые из мер, среди прочих, позволяющие успешно выполнять эту задачу".

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

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

Наличие жилья, удовлетворяющего потребности лиц преклонного возраста. Подобное жилье, действительно, очень существенно для лиц преклонного возраста. Весьма важно, чтобы эти последние имели жилище хорошего качества и по соседству со

службами оказания социальных, коммерческих, медико-социальных и культурных услуг. В соответствии с законом о социальном обеспечении, создаваемая в каждой коммуне Комиссия по социальным делам должна следить за тем, чтобы лица преклонного возраста располагали хорошими жилищными условиями. Доступ к этому жилью зависит от состояния здоровья данного лица, а его предоставление должно учитывать уровень средств, которыми данное лицо располагает.

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

- жилищное пособие или дотация для обустройства жилища;
- обычное или специально приспособленное жилище;
- жилье с повышенным уровнем комфортности для тяжелых инвалидов, представляемое коммуной. Подобное жилье обеспечивает одновременно и независимость и безопасность лицам преклонного возраста. Оно обладает, в этом случае, цельным жилищем повышенной комфортности, целым рядом услуг и специальным устройством теленаблюдения;
- отдельное жилище в рамках общежития;
- дома-пансионаты по уходу или институты медицинского характера для лиц преклонного возраста с особо тяжелым состоянием здоровья.

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

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

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

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

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

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

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

- равенство всех, кто нуждается в уходе за здоровьем, при предоставлении преимуществ группам с высоким уровнем риска;

- предоставление санитарных и медицинских услуг в зависимости от потребностей индивида;

- уход за лицами преклонного возраста, душевнобольными и инвалидами; предпочтение, по сравнению с уходом в специализированных институтах, должно отдаваться как можно дольше содержанию в домашних условиях;

- принятие превентивных мер на коллективном и индивидуальном уровнях;

- оказание первичной медицинской помощи рассматривается как базовая основа всей системы здравоохранения.

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

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

- право советоваться и договариваться относительно ухода;

- право на отказ от лечения;

- право на ознакомление со всей историей болезни;

- право обращаться с жалобой в специальную инстанцию — дисциплинарный комитет службы здравоохранения при грубых нарушениях со стороны персонала, осуществляющего уход.

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

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

К специализированной медицинской помощи прибегают в тех случаях, когда лицо преклонного возраста страдает недугом, требующим длительного медицинского лечения, либо, когда ослабление физических и умственных способностей требуют постоянного наблюдения и существенной помощи со стороны медицинского персонала. В этих случаях:

прибегают к оказанию медицинской помощи на дому при помощи врача и окружающей медсестры, которые несут ответственность за обслуживание больного.

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

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

ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

Государственная политика Великобритании в отношении престарелых граждан и инвалидов ориентирована на создание полноценных условий для их проживания в домашних условиях, в первую очередь за счет широкого предоставления нестационарных форм и видов социального обслуживания.

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

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

Какие услуги могут предоставить социальные службы по работе с отдельными людьми?

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

Большая часть из предоставляемых социальными службами средств направлена на оказание клиентам помощи для того, чтобы они могли независимо жить в своих собственных домах. Трудности по ведению домашнего хозяйства могут быть облегчены визитами сотрудников "помощи на дому", а также предоставлением услуг по стирке и доставке обедов на дом. Сюда входят и услуги органов здравоохранения по месту жительства: например, визит участковой сестры, чтобы помочь старому человеку принять ванну, сделать уколы, перевязки. Посещение дневных центров может помочь облегчить изоляцию, в которой обычно живут одинокие люди.

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

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

Обеспечение также предоставляется для более активных старых людей для осуществления ухода за ними в специальных поселениях, которые, по сути, представляют собой группы маленьких домиков, квартир или одноэтажных строений с верандой, где жильцы могут жить независимо, им предоставляются разного рода удобства, а смотритель, проживающий по месту службы, окажет им срочную помощь в случае необходимости.

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

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

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

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

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

К числу наиболее распространенных организационных форм оказания социальной помощи престарелым и инвалидам следует отнести "социальные клубы" или "социальные кафе", создаваемые обычно религиозными и общественно-благотворительными организациями. Основные направления их работы — организация общения престарелых, их досуга, предоставление им недорогих обедов, медицинских, юридических, социально-психологических консультаций. Единой структуры или программы деятельности этих учреждений нет. Некоторые клубы имеют медицинские и физиотерапевтические кабинеты, залы лечебной физкультуры, комнаты социальных работников, другие только столовую или помещение для отдыха.

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

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

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

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

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

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

Заслуживает внимания опыт, накопленный по созданию оптимальных условий проживания престарелых и инвалидов. В тех случаях, когда жилье перестает

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

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

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

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

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

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

§ 4.4.2. Норвегия, Нидерланды и Франция.

НОРВЕГИЯ

При некоторых домах-интернатах для престарелых созданы отделения дневного пребывания. Такие отделения, рассчитанные на 30 человек, обычно располагают помещениями для культурно-массовых мероприятий, кабинетами для лечебной

физкультуры и массажа, лечебно-трудовыми мастерскими, столовой, двухместными комнатами отдыха. Штат отделения состоит из заведующей, имеющей квалификацию социального работника, и медицинской сестры.

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

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

НИДЕРЛАНДЫ

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

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

В числе других организационных форм социальной помощи представляют интерес "дома обслуживания престарелых", находящиеся в государственном ведении. Один из таких домов размещается в пригороде Гааги в специально построенном здании, имеет зал для проведения общественных мероприятий, библиотеку, комнаты для занятий по интересам, кабинеты социальных работников. Пенсионеры, посещающие этот дом, могут принять участие в различных играх, в работе кружков — иностранных языков, вязания, народных танцев, посетить кафетерий. В определенные дни организуются встречи со специалистами социальной сферы, юристами, психологами и т.д. В случае необходимости, престарелым, посещающим дом, может оказываться помощь на дому путем заключения договоров с частными организациями. Всю работу с престарелыми организует один человек — администратор.

ФРАНЦИЯ

Во Франции, как и во многих других странах, одной из основных целей

предоставления престарелым и инвалидам социально-бытовой помощи является создание условий для их максимально долгого пребывания в привычных домашних условиях. Наибольшее распространение получили два вида такой помощи — оказание услуг "домашними помощниками" и сестринский уход за престарелыми на дому.

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

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

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

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

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

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

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

- осуществление эффективных предупредительных мер;
- утверждение приоритета помощи на дому:
 - развитие "медико-социального" сектора, позволяющего устранить противопоставление санитарного и социального начала. (Отказ от расчленения санитарной и социальной помощи, предусмотренные в пожеланиях комиссии, требуют пересмотра законодательных актов 1970 и 1975 гг.);
 - использование децентрализации как средства осуществления скоординированных усилий;
 - учреждение новых способов финансирования, отвечающих новым требованиям;
 - формирование необходимых кадров, что является ключевым моментом новой политики;
 - создание правительственной структуры по координации деятельности различных служб, ведающих проблемами пенсионеров и лиц преклонного возраста.

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

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

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

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

- Помощь оказывается, прежде всего, самому нуждающемуся.

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

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

§ 4.4.3. Финляндия, Германия, США и Япония.

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

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

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

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

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

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

социальными работниками.

ГЕРМАНИЯ

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

США

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

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

Помимо обычных центров дневного пребывания для престарелых в США быстрыми темпами развивается сеть специальных платных центров, предназначенных для оказания социально-бытовой и медицинской помощи пенсионерам-инвалидам, в частности, страдающим тяжелыми заболеваниями нервной системы. Лица, посещающие такие центры, обеспечиваются диетическим питанием, получают физиотерапевтические процедуры, занимаются лечебной гимнастикой, трудотерапией, к их услугам логопед. Большое внимание уделяется организации их досуга, — организуются экскурсии, танцы, щадящие спортивные игры, беседы или диспуты на различные темы с привлечением врачей, психиатров, сексопатологов, работает салон красоты. За обслуживаемыми центром инвалидами наблюдают медицинские сестры, регулярно сообщаящие лечащим врачам об изменениях их здоровья. Пребывание в таких центрах значительно дешевле,

чем в стационарных учреждениях. Кроме этого, немаловажное значение придается, и возможности освобождения родственников инвалидов от необходимости постоянного ухода за ними, в ближайшие годы в стране может быть создано около десяти тысяч центров подобного типа.

ЯПОНИЯ

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

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

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

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

Медицинская помощь лицам в возрасте 65-70 лет и 70 лет и старше обеспечивается местными государственными властями и системами страхования. Старение населения требует изменения организации не только медицинского обслуживания, но и в области пенсионного обеспечения, различных социальных действий, обеспечения жильем и др. Новая политика в области социального обслуживания предусматривает быстрое развитие сети промежуточных (между домом и госпиталем) медико-социальных учреждений для престарелых.

Глоссарий:

Анемия (син. малокровие) – группа разнообразных патологических состояний, в основе которых лежит уменьшение содержания гемоглобина и (или) эритроцитов в крови.

Ателектаз лёгкого – патологическое состояние всего лёгкого, его доли или сегмента, при котором вследствие нарушения вентиляции альвеолы становятся безвоздушными и спадаются.

Атеросклероз – распространённое хроническое заболевание, характеризующееся нарушениями гемодинамики в связи со снижением растяжимости и сужением просвета крупных и средних артерий вследствие липидной инфильтрации их внутренней оболочки и разрастания в их стенках соединительной ткани.

Болезнь Альцгеймера – ранняя форма старческого слабоумия. Начинается в возрасте 45-55 лет с явлениями прогрессирующей амнезии, больным свойственны угрюмость, раздражённость или злобность.

Болезнь Паркинсона (син. дрожательный паралич) – хроническое, медленно прогрессирующее заболевание, обусловленное поражением экстрапирамидной системы. Заболевание проявляется в возрасте 50-60 лет. Чаще болеют мужчины. Причину чаще установить не удаётся.

Глаукома – заболевание глаз, основным признаком которого является повышение внутриглазного давления.

Деформирующий остеоартроз (син. артроз, остеоартроз) – заболевание суставов, в основе которого лежат дистрофические изменения суставного хряща.

Инсульт – острое нарушение кровообращения в головном мозге, вызывающее гибель мозговой ткани.

Инфаркт миокарда – (лат. Infarctus, от infarcire набивать, наполнять, втискивать; греч. mys, my [os] мышца + kardia сердце) – заболевание, обусловленное некрозом участка сердечной мышцы вследствие острой ишемии, чаще всего связанной с закупоркой какой-либо ветви венечных (коронарных) артерий сердца тромбом.

Ишемия (ischaemia; греч. ischo задерживать + haima кровь; син.: местная анемия, местное малокровие) – уменьшение кровенаполнения органа или ткани вследствие прекращения или ограничения притока артериальной крови к определённому участку при нормальном или даже усиленном оттоке от него венозной крови.

Кардиосклероз (cardiosclerosis; греч. cardia сердце + sclerosis уплотнение; син. миокардиосклероз) – частичное замещение ткани миокарда соединительной тканью.

Катаракта – заболевание глаз, характеризующееся частичным или полным помутнением хрусталика с нарушением остроты зрения вплоть до полной его утраты.

Лёгочное сердце – патологическое состояние, характеризующееся напряжённой деятельностью правого желудочка сердца, его гипертрофией и (или) расширением вследствие лёгочной гипертензии, обусловленной болезнями органов дыхания или поражением сосудов лёгких.

Лейкоциты – белые клетки крови.

Миокардит – воспаление сердечной мышцы. Возникает при разных заболеваниях в результате повреждения миокарда инфекционными агентами, токсинами (ядами) различного происхождения либо как аллергическая или аутоиммунная реакция.

Нейтрофилы – лейкоциты, содержащие в цитоплазме специфическую зернистость.

Некроз (necrosis; греч. nekrosis омертвление) – омертвление, отмирание части органа или ткани живого организма, сопровождающееся необратимым прекращением их жизнедеятельности.

Нефросклероз – (nephrosclerosis; греч. nephros почка + sclerosis уплотнение) – патологическое состояние, характеризующееся разрастанием в почке соединительной ткани.

Остеопороз (osteoporosis: греч. osteon кость + poros пора, отверстие + osis) – снижение плотности кости в результате уменьшения количества костного вещества или недостаточного его обызвествления.

Палеодемография – наука, изучающая демографические процессы, происходившие в древних человеческих сообществах.

Пиелонефрит – инфекционное воспалительное заболевание почек.

Пневмосклероз (pneumosclerosis; греч. pneumon лёгкое + sclerosis уплотнение; син. пневмофиброз) – патологическое состояние, характеризующееся разрастанием в лёгком соединительной ткани.

Подагра – заболевание, обусловленное отложением кристаллов уратов в различных тканях, преимущественно в суставах, почках и мочевыводящих путях. В основном болеют мужчины. Заболевание начинается обычно в среднем возрасте.

Ревматоидный артрит – системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов. Чаше (в 2-3 раза) болеют женщины. Причины развития не установлены.

Риккетсии – группа полиморфных грамотрицательных бактерий, паразитирующих у различных видов членистоногих (вшей, блох, клещей), которые являются их переносчиками. Сравнительно небольшое число видов риккетсий патогенно для человека: они вызывают *риккетсиозы*.

Хорея Гентингтона – наследственное заболевание. Первые её признаки проявляются в возрасте 25-50 лет, реже в детском возрасте. Мужчины болеют чаще, чем женщины. Основными симптомами заболевания являются хореические гиперкинезы и постепенно нарастающая деменция.

Эритроциты – красные кровяные тельца.

Рекомендуемая литература

Основная:

1. В. Альперович. Социальная геронтология. Серия "Учебники и учебные пособия".- Ростов н/Д. Феникс, 1997. – 576 с.
2. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. – М.: Владос, 1999.- 213 с.
3. Основы геронтологии. Под ред. Д. Чеботарёва, М., "Медицина", 1969.
4. Дупленко Ю.К. Старение: очерки развития проблемы. Л., Наука, Ленингр. отд., 1985.
5. Зарубежный и отечественный опыт социальной работы. – М.: Социально-технологический институт, 1999. – 272 с.
6. Теория социальной работы: Учебное пособие – М.: Владос, 2001.- 132 с.
7. Павленок П.Д. Основы социальной работы: Учебник. – М.: ИНФРА-М, 2001.- 395 с.
8. Продолжительность жизни: механизмы, прогнозирование, пути увеличения. Тезисы докладов Всесоюзной конференции. Киев, 1991.
9. Анциферова Л.И. Новые стадии поздней жизни. Время тёплой осени или суровой зимы? // Психологический журнал. 1994, № 3.
10. Биология старения. / Фролькис В.В., Аршавский И.А., Аричнин И.И. и др. / Л., Наука, 1986.
11. Мартыненко А.В. Основы социальной медицины: Учебно-методическое пособие.- М.: Социум, 1998.- 89 с.
12. Основы социально-медицинской работы. – М.: Рарог, 1998.- 256 с.

Дополнительная:

1. Зотин А.И., Зотина Р.С. Феноменологическая теория развития, роста и старения организмов. М.: Наука, 1993.
2. Конопля Е.Ф., Гацко Г.Г., Милютин А.А. Гормоны и старение. Мембранные механизмы гормональной регуляции. Минск: Наука и техника, 1991.
3. Лежава Т.А. Хромосомы в глубокой старости. Тбилиси: ТГУ, 1991.
4. Тибилова А.У. Восстановительная терапия психически больных позднего возраста. Л.: Медицина, 1991.
5. Трудников Г.А., Уклистая Т.А., Левина Т.А. и др. Введение в клиническую геронтологию. Астрахань: АГМА, 1998.

6. Антонов А.И., Медков В.Н. Социология семьи: Учебное пособие. М., 1996.
7. Рыжавский Б.Я., Ковальский Г.Б. Старение. Адаптация. Обратимость: Мофрологические аспекты. Владивосток: ДВГУ, 1992.
8. Фролькис В.В., Мурадян Х.К. Старение. Эволюция и продление жизни. Киев: Наукова думка, 1992.
9. Анисимов В.Н. и др. Принципы оценки эффектов химического воздействия на популяцию пожилых людей. Женева: ВОЗ, 1994.
10. Практическая гериатрия: Руководство для врачей / Под ред. Г.П.Котельникова, О.Г.Яковлева. Самара: Самар. Дом печати, 1995.
11. Коркушко О.В., Чеботарев Д.Ф., Калиновская Е.Г. Гериатрия в терапевтической практике. Киев: Здоров'я, 1992. - 840 с.
12. Практическая гериатрия: Руководство для врачей / Под ред. Г.П.Котельникова, О.Г.Яковлева. Самара: Самар. Дом печати, 1995.
13. Долгожительство. Медицинские и социальные аспекты. Киев, НИИ Геронтологии, 1984.
14. Проблемы медико-социальной помощи инвалидам и престарелым в домах-интернатах. М., ЦИЭТН, 1986.
15. Феномен долгожительства: антрополого-этнографический аспект исследования. М., Наука, 1982.
16. Баранов А.А., Цыбульская И.С., Альбицкий В.Ю. и др. Медико-демографические тенденции в современной России // Здоровье детей России. М., 1999. с.8-13.
17. Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.-М., 1992.
18. Краткая медицинская энциклопедия. В 2-х томах/ Под ред. Академика РАМН В.И. Покровского. М.: НПО «Медицинская энциклопедия», «Крон-Пресс», 1994.-1152 с.
19. Словарь по социальной медицине, организации здравоохранения и медицинскому страхованию.- Ростов н\Д: Кн. изд-во, 1995.
20. Черносивтов Е. В. Социальная медицина: Учеб. Пособие для студ. высш. учеб. Заведений. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000.- 304 с.
21. Дворецкий Л.И. Пневмонии в пожилом и старческом возрасте. Пульмонология, приложение. – 1997. – с. 29-35.