

*О. В. Белоконов*

## ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОЖИЛЫХ В РОССИИ (ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СПОСОБНОСТИ И ПРИОРИТЕТЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСОВ)\*

ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития РФ,  
Россия, 127254 Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: belokon@mednet.ru

Продолжен начатый в 2004 г. анализ результатов опросов, проведенных при поддержке гранта РГНФ, пожилого населения о здоровье, благополучии, образе жизни и функциональных способностях (качестве жизни). В настоящей работе изложены данные, полученные при опросах пожилых, проживающих на разных территориях, об их функциональных способностях. Оценены объем и качество услуг, предоставляемых социальными и медицинскими службами пожилому населению, соответствие их реальным потребностям. Эта оценка полезна для формирования базы данных при работе с проблемными группами. Ключевые социальные факторы, влияющие на оценку работы службы социальной защиты и служб здравоохранения пожилого населения, ранжированы. Полученные результаты предназначены для социального прогнозирования и планирования неотложных мер, направленных на улучшение качества жизни пожилых, как в общероссийском, так и на местном уровне.

**Ключевые слова:** демография и социология пожилых, здравоохранение, качество жизни, социальная служба, обслуживание пожилых, функциональные способности, приоритеты.

### Актуальность проблемы

Для России характерна диспропорция численности мужского и женского населения. Она тем больше, чем старше возрастная группа. Сохраняется проблема более низкой продолжительности жизни мужчин по сравнению с женщинами. В конце 1960-х годов это различие составляло 8–9 лет, в настоящее время российские женщины живут дольше мужчин на 13,2 лет [5, 6, 8, 10].

Масштабный характер приобрели негативные изменения, касающиеся физического, психического и духовного здоровья людей старшего возраста. В последние годы отмечается ухудшение показателей физического здоровья пожилых людей, проявляющееся в увеличении заболеваемости, инвалидности и смертности. Среди

пожилых людей только 22% от 35-миллионного населения старше трудоспособного возраста практически здоровы [8].

Старение населения, как и наступление старости у отдельного человека, сопровождается ростом зависимости пожилых людей от экономически и социально активного населения. Поэтому проблема сохранения здоровья в старости приобретает стратегически важное значение, и необходимо выяснить, насколько оно зависит от образа жизни: активного — пассивного, питания, досуга и какую долю занимают в нем внешние факторы — материальное обеспечение, здравоохранение, социальные службы, семья, экология.

Неудовлетворительное состояние здоровья, неустойчивое материальное положение, снижение конкурентоспособности на рынке труда — характерные черты жизни значительной части пожилых людей [7].

Во время Великой Отечественной войны люди меньше болели, смертность в те годы не была столь позорно высокой как теперь, и люди, и государство явно меньше всего заботились тогда о здоровье, быте, питании. Однако высокий дух стремления к выживанию и победе над военной катастрофой давали населению особую подпитку, чтобы выжить, уцелеть, победить. Вывод очевиден — разочарование от затянувшихся на долгие годы несправедливых для простого населения реформ, обрушение надежд на улучшение жизни, неясность перспектив выхода из экономического, политического и социального кризиса стали причиной мощного стресса — депрессии, ухудшающей состояние здоровья [13, 15].

При современной тенденции увеличения доли пожилых во всем населении влияние на экономику, политику, взаимоотношения с молодыми и роль старшего поколения увеличиваются. И если разделить вклад вли-

\* Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (проект № 04-06-00057а «Определение приоритетов в области социальной и медицинской поддержки пожилых в России») — 2004 г.

яния экзогенных и эндогенных факторов на здоровье и продолжительность жизни, то для пожилых особые приоритеты имеют факторы эндогенные, т.е. причины, характеризующие такие сферы ответственности государства, как социальная справедливость: гарантии социальной защиты, доступность здравоохранения и социального обслуживания, уважение к старости со стороны общества. Что касается влияния на здоровье и благополучие самих пожилых — это образ жизни, взаимоотношения в семье, досуг, функциональные способности [3, 4].

Речь идет уже о социальной безопасности как национальной безопасности. Социальная доктрина тесно связана с экономическими и социальными приоритетами. Власть должна общаться с народом и знать его мнение о последствиях проводимых реформ для здоровья и благополучия [14, 16].

В представленной статье отражены (по материалам территориальных опросов) функциональные способности пожилых и оценка пожилым населением услуг, предоставляемых социальными и медицинскими службами, в плане их соответствия реальной потребности.

Основная трудность медико-социального обслуживания пожилых заключается в том, что самые проблемные из них группы социально зависимых — это малая доля населения, но потребляемые ими ресурсы здравоохранения значительны. В среднем они (социально зависимые) в 1,5 раза чаще обращаются к врачам, в 2 раза чаще госпитализируются и в 2 раза дольше находятся на больничной койке. Доля вызовов скорой помощи лицам старше 60 лет составляет 40–63% от общего числа вызовов (в зависимости от степени развитости инфраструктуры на местах) [5, 6, 8]. Госпитализация одиноких престарелых часто обусловлена не медицинскими, а социальными показаниями, что объясняет большую, чем остальных пожилых, продолжительность пребывания их в стационаре. И это при том, что пожилые часто считают свои недомогания естественным следствием возраста, и зачастую прибегают к медицинской помощи только по поводу приступов или обострения хронических болезней. Уход с работы заметно уменьшает обращаемость к врачам вследствие отсутствия необходимости в оформлении больничных листов.

Цель проводимого исследования — создание базы данных для работы с проблемными группами; разработка предпосылок для прогнозирования, позволяющего предупреждать социальные катаклизмы (наподобие массовых протестов, вызванных монетизацией льгот, а теперь и реформой ЖКХ) при существенном учете новых данных о функциональных способностях пожилых. Такие данные помогут оценить объем, качество и затраты на медико-социальные услуги пожилому населению, ранжировать их по срочности и важности, составить прогнозы на перспективу, т.е. выявить приоритеты ме-

дицинской и социальной помощи пожилым. Конечная цель такого рода исследований заключается в подготовке предложений для органов исполнительной власти, ответственных за организацию медико-социальной помощи группам социального риска.

Поставленная цель обозначила следующие задачи:

- оценить функциональные способности пожилых в избранных территориях для выявления условно зависимых и абсолютно зависимых от посторонней помощи;
- изучить работу медицинских и социальных служб, оказывающих помощь пожилым;
- выявить доступность медицинской и социальной помощи для пожилых, оценить реальную потребность в такой помощи;
- оценить необходимость организации работы «менеджера» для координации и оптимизации медицинской и социальной помощи. (В данной статье вводится заимствованный из зарубежной литературы термин «менеджер социальной работы», т.е. служащий, занимающийся координацией действий медицинских и социальных служб) [1].

Основное практическое значение полученных результатов состоит в оценке медицинского, социального и морального ущерба, наносимого государству из-за недостаточного учета информации с мест о состоянии медико-социального обслуживания и психо-эмоционального состояния пожилых, а также в информировании органов власти, начиная с местного самоуправления, о проблемах пожилых и инвалидов.

Область применения полученных результатов — обоснование мер, принимаемых государством для достижения оптимально доступной медицинской и социальной помощи пожилым, особенно одиноким и инвалидам, на основе оперативных сведений о нуждах и потребностях пожилых; эти сведения собираются в медицинских и социальных учреждениях. Появляется возможность максимально информировать пожилого человека о возможностях местной власти с предоставлением ему права добровольного выбора как вида помощи, так и формы ее оказания. Положительный опыт такой работы имеется в Белгородской области.

#### *Демографические и социальные характеристики опрошенных*

Исследование является продолжением начатого в 2004 г. сбора и анализа данных, полученных при опросах пожилого населения о здоровье, благополучии, образе жизни и функциональных способностях [1, 2, 12, 16, 17]. В основу положены результаты опросов 2002–2003 гг. в Москве и в 2004 г. в городах Самара, Дубна, Великий Новгород, Курск, Жуковский, а также сельской местности Луховицкого района Московской области — более 700 человек.

На рис. 1 показана возрастная структура (мужчины и женщины старше 55 лет с интервалом 5 лет) по стране

Вклад возрастных групп в %



Рис. 1. Возрастные группы по стране.

(результаты переписи 2002 г.) [10], на рис. 2 — структура опрошенных пожилых в выборке из 700 человек по названным городам и селу.

На рис. 3 демонстрируется возрастная структура с десятилетним интервалом в г. Москва по данным переписи 2002 г. [10] и по результатам опросов 333 человек в 2002–2003 гг. Судя по графикам, результаты опросов хорошо согласуются с данными всероссийской переписи.

На рис. 4 иллюстрируется пропорция мужчин и женщин в нашей выборке, по городу и селу, что соответствует соотношениям мужчин и женщин в выборке населения старше 60 лет по последней (2002 г.) переписи в стране (рис. 5) [8, 10].

В городах почти половина респондентов была опрошена на дому, треть в больнице и 13% — в поликлинике, остальные в доме престарелых или (небольшая доля в Великом Новгороде и Дубне) в помещении совета ветеранов. На селе 92% пожилых опрошены на дому и 7% — в доме престарелых.

На рис. 6 и 7 представлена в процентах картина места опроса по городам и сельской местности.

Семейное положение респондентов по обследованным городам и сельской местности иллюстрируют рис. 8 и 9 соответственно. Они показывают долю (в процентах) в общем количестве опрошенных вдов и вдовцов, холостых и незамужних.

В нашем обследовании выявлены группы медико-социального риска: основу их составляют одиноко проживающие пожилые граждане. На вопрос «Кто проживает вместе с Вами в одной квартире?» получены следующие ответы: в городах, где проводился опрос, одиноко проживающих почти 17% от общего числа опрошенных, а в сельской местности таких только 3% (рис. 10, 11).

Вклад возрастных групп в %



Рис. 2. Возрастные группы по территориям обследования: в Москве, Самаре, Дубне, Великом Новгороде, Курске, Жуковском, а также сельской местности Луховицкого района Московской области (сплошная линия — город и село вместе).

Вклад возрастных групп, %

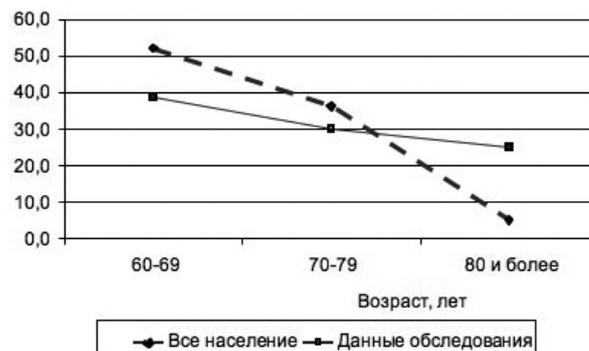


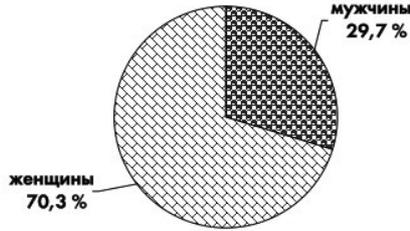
Рис. 3. Возрастные группы по Москве.

Соотношение по статусу имеющегося образования пожилых респондентов, проживающих в городе и сельской местности, показано на рис. 12. Если в городах, где проводился опрос, только 6% имеют начальное образование, то на селе таких более трети — 36%. В сельской местности в два раза меньше людей с высшим образованием — 16% против 35% в городах.

Подводя итоги, необходимо отметить, что официальная статистика, обязательная для учета при выполнении поставленных задач, отсутствует. Работы отечественных ученых в некоторой степени возмещают этот пробел [7, 8, 13]. Информационной базой нашего исследования являются данные российских регионов, перечисленных выше, полученные с помощью опросов пожилых по анкете.

Далее представлены некоторые фрагменты демографической характеристики опрошенных респондентов. Методика исследования предлагает подходы, позволяющие оценить репрезентативность полученных результатов для страны в целом.

Города: Москва  
Самара  
Жуковский  
Новгород  
Дубна  
Курск



Села (Луховицкий район Моск. обл.):  
Дединово  
Красная пойма  
Фруктовая  
Врачово Горки  
Сушково

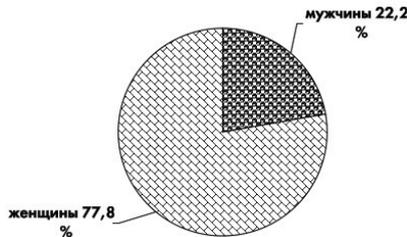


Рис. 4. Половая структура пожилых по данным обследования в городе и селе.

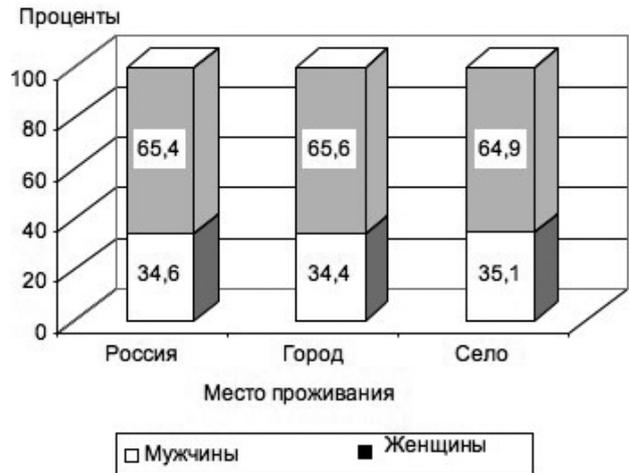


Рис. 5. Половая структура пожилых в России по данным переписи 2002 г.

Города:  
Москва  
Самара  
Жуковский  
Новгород  
Дубна  
Курск



Рис. 6. Место опроса по городам.

Села (Луховицкий район Моск. обл.):  
Дединово, Красная пойма, Фруктовая, Врачово Горки  
Сушково

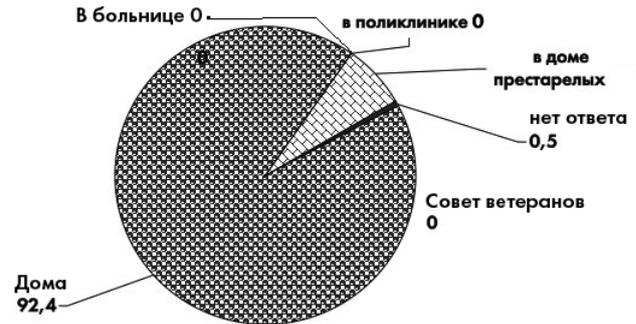


Рис. 7. Место опроса по сельской местности.

### Оценка функциональных способностей респондентов по результатам опроса

При оценке деятельности социальных служб необходимо, в первую очередь, ориентируясь на существующие медико-социальные потребности пожилых, выяснить, насколько они удовлетворяются сегодня. Таким образом, представляется возможным оценить эффективность работы социальных служб, действующих в настоящее время.

Анализ функциональных способностей пожилых людей необходим для того, чтобы определить, насколько и какие группы пожилых могут сами удовлетворять свои первоочередные потребности, обслуживать себя. Пожилые социально слабо защищены не только в материальном плане; они нуждаются в постоянной поддержке, т.к. многие не способны выполнять самые элементарные действия. В этом случае дополнительная нагрузка ложится на семьи, где проживают пожилые. Однако, когда немощные престарелые одиноки, помощь социальных служб им просто необходима.

Обследование показывает, в какой степени пожилое население может выполнять следующие функции: 1) мыться, 2) одеваться, 3) подниматься по лестнице, 4) пользоваться общественным транспортом, 5) стирать, 6) готовить еду, 7) нести продукты, 8) стоять в очереди, 9) делать генеральную и 10) регулярную уборку, 11) дойти до поликлиники, 12) ухаживать за огородом [2].

Обладание функциональными способностями — это возможность пожилых людей жить самостоятельно, удовлетворять насущные нужды. Если отдельные функции важны сами по себе (и будут описаны ниже), то обеспечение питанием, по нашему мнению, включает в себя сразу несколько функций. Так, чтобы обеспечить себя пищей, человек должен сходить в магазин, то есть самостоятельно совершить следующее: 1) одеться, 2) дойти до магазина, 3) отстоять в очереди, 4) нести продукты, 5) подняться по лестнице, 6) приготовить еду. Невозможность выполнить даже одно из вышеперечисленных действий блокирует всю цепочку.



Рис. 8. Семейное положение опрошенных пожилых, проживающих в городах.



Рис. 9. Семейное положение опрошенных пожилых, проживающих в сельской местности.

**Города:** Москва  
Самара  
Жуковский  
Новгород  
Дубна  
Курск

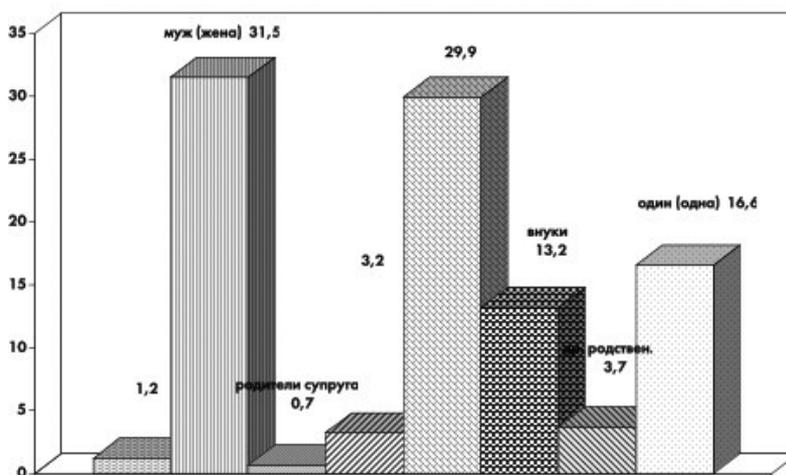


Рис. 10. Проживание родственников в одной квартире с пожилыми по данным опроса в городах (в %).

**Села (Луховицкий район Моск. обл.):**  
Дединово  
Красная пойма  
Фруктовая  
Врачово Горки  
Сушково

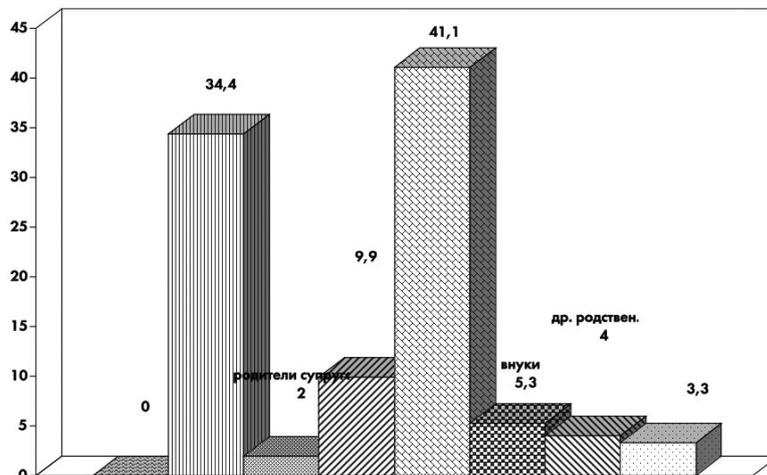


Рис. 11. Проживание родственников в одной квартире с пожилыми по данным опроса в сельской местности (в %).

Города: Москва, Самара, Жуковский, Новгород, Дубна, Курск

Села (Луховицкий район Моск. обл.): Дединово, Красная пойма, Фруктовая, Врахово Горки Сушково

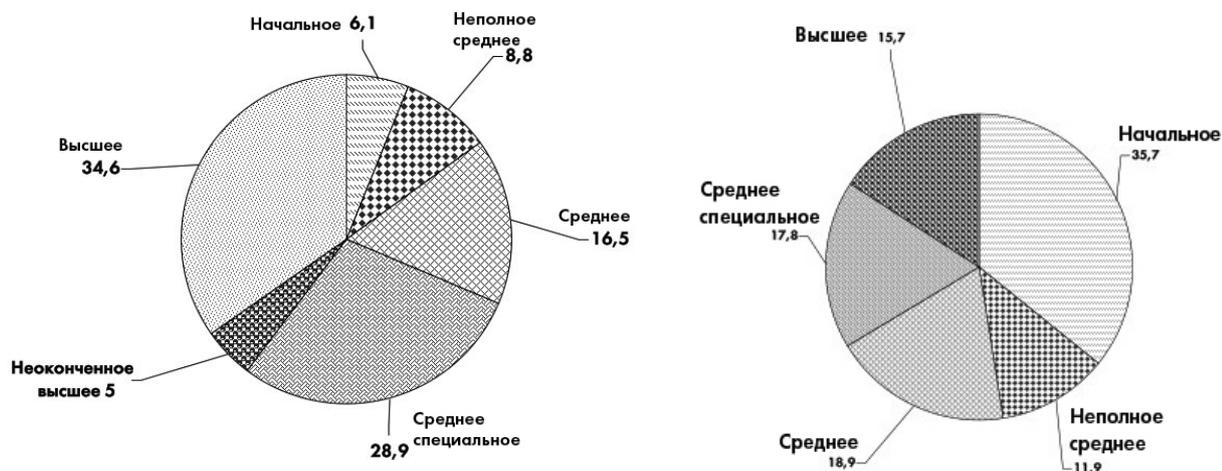


Рис. 12. Образовательный ценз респондентов (в %).

Из этих шести действий самым трудным (в нашем обследовании) оказалось третье: 32,0% пожилых вовсе не выдерживают эту нагрузку. Нести продукты, и то только с посторонней помощью, могут 17,7% ответивших (табл. 2). Таким образом, 49,7% пожилого населения не способны собственными силами обеспечить себя питанием. Самостоятельно готовить еду из всех опрошенных могут 77,6% пожилых (табл. 1). При этом нуждаются в помощи 21,7%: 11,4% могут готовить с посторонней помощью, а 10,3% не могут готовить вообще. По всем рассмотренным территориям самый большой процент пожилых, нуждающихся в поддержке при приготовлении пищи, наблюдается в Москве — 31,5%, в основном за счет высокой численности условно (т.е. с посторонней помощью) способных готовить — 18,6%. Тех, кто вообще не может самостоятельно готовить, больше всего в сельской местности — 17,3%.

Почти две трети пожилого населения могут принести себе продукты самостоятельно (см. табл. 2). Но в некоторых регионах (Москва, Курск) на это способны только около половины пожилых людей; при этом 34,3% опрошенных нуждаются в помощи: 17,7% могут нести продукты с посторонней помощью, а 16,6% вообще не в состоянии это сделать.

Только половина пожилых людей — 54,8% от числа опрошенных могут самостоятельно стоять в очереди. Причем в некоторых городах (например, Москва) этот показатель составляет только 39,5%. С посторонней помощью могут стоять в очереди 11,6% пожилых, и совсем не способны на это почти треть опрошенных — 32,0%. Самый большой процент нуждающихся при этом в помощи наблюдается в Москве — 59,9%, так же высок их процент в Жуковском — 57,9% (здесь за счет очень высокой доли тех, кто вообще не способен стоять в очереди — 56,3%).

Практически только чуть более трети — 40,2% от числа опрошенных пожилых способны делать генеральную уборку без посторонней помощи. Не способны сами делать генеральную уборку 33,2% пожилых. При этом 25,1% могут сделать ее только с чьей-либо помощью.

Две трети пожилых людей — 62,1% могут мыться без посторонней помощи (табл. 3). Однако 5,7% могут мыться только с чьей-либо помощью, а 3,5% всего пожилого населения не способны делать это самостоятельно. Более тяжелая ситуация сложилась на селе: почти пятая часть — 17,3% — нуждаются в посторонней помощи при мытье, из них вообще не способны мыться самостоятельно 9,7%.

Таблица 1

**Способность готовить еду без посторонней помощи (%)**

Вариант ответа	Территория							Всего
	Москва	Самара	Жуковский	Новгород	Дубна	Курск	Село	
Нет ответа	0,6	0,0	0,0	1,6	1,2	1,4	0,5	0,7
Могу	68,0	98,9	90,6	79,7	85,9	73,0	76,2	77,6
Могу с посторонней помощью	18,6	1,1	6,3	10,3	5,9	17,6	5,9	11,4
Не могу	12,9	0,0	3,1	8,1	7,1	8,1	17,3	10,3
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 2

**Способность нести продукты без посторонней помощи (%)**

Вариант ответа	Территория							Всего
	Москва	Самара	Жуковский	Новгород	Дубна	Курск	Село	
Нет ответа	0,6	0,0	0,0	4,1	2,4	2,7	0,5	1,2
Могу	50,3	92,6	64,1	65,9	77,6	54,1	73,0	64,5
Могу с посторонней помощью	28,1	5,3	21,9	12,2	5,9	33,8	6,5	17,7
Не могу	21,0	2,1	14,1	17,9	14,1	9,5	20,0	16,6
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3

**Способность мыться без посторонней помощи (%)**

Вариант ответа	Территория							Всего
	Москва	Самара	Жуковский	Новгород	Дубна	Курск	Село	
Нет ответа	80,8	0,0	0,0	3,3	1,2	1,4	0,0	28,7
Могу	14,1	98,9	90,6	84,6	85,9	90,5	82,7	62,1
Могу с посторонней помощью	5,1	1,1	7,8	7,3	4,7	6,8	7,6	5,7
Не могу	0,3	0,0	1,6	4,9	8,2	1,4	9,7	3,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 4

**Способность одеваться без посторонней помощи (%)**

Вариант ответа	Территория							Всего
	Москва	Самара	Жуковский	Новгород	Дубна	Курск	Село	
Нет ответа	0,9	0,0	0,0	2,4	3,5	1,4	0,5	1,1
Могу	90,1	100	93,8	91,1	87,1	94,6	88,6	91,3
Могу с посторонней помощью	7,2	0,0	6,3	2,4	3,5	2,7	5,9	4,9
Не могу	1,8	0,0	0,0	4,1	5,9	1,4	4,9	2,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 5

**Способность пользоваться общественным транспортом без посторонней помощи (%)**

Вариант ответа	Территория							Всего
	Москва	Самара	Жуковский	Новгород	Дубна	Курск	Село	
Нет ответа	0,6	0,0	0,0	4,9	1,2	2,7	0,5	1,2
Могу	62,9	94,7	78,1	69,1	80,0	75,7	70,8	71,9
Могу с посторонней помощью	24,6	5,3	9,4	13,0	4,7	12,2	8,6	14,4
Не могу	12,0	0,00	12,5	13,0	14,1	9,5	20,0	12,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Большинство опрошенных пожилых людей (91,3% от общего числа) способны самостоятельно одеваться (табл. 4). Однако существует часть нуждающихся в помощи посторонних лиц — 7,6% опрошенных. Среди городского населения наиболее высок суммарный показатель нуждающихся в помощи в Дубне — 9,4%, из них полностью не способны одеваться сами 5,9%. В сельской местности процент тех, кто не может одеваться без посторонней помощи, наиболее высок — 10,8%.

Свободу передвижения пожилого населения отражают такие показатели, как способность подниматься по лестнице и способность пользоваться общественным транспортом. Самостоятельно пользоваться общественным транспортом может 71,9% от числа опрошенных (табл. 5). Более четверти нуждаются в какой-либо помощи: 14,4% условно способны пользоваться общественным транспортом, а 12,5% вообще не способны. Более трети — 36,6% опрошенных в Москве нужда-

Таблица 6

**Способность дойти до поликлиники без посторонней помощи (%)**

Вариант ответа	Территория							Всего
	Москва	Самара	Жуковский	Новгород	Дубна	Курск	Село	
Нет ответа	0,3	0,0	0,0	5,7	1,2	2,7	1,0	1,4
Могу	68,6	95,8	79,7	73,2	80,0	67,6	72,4	74,2
Могу с посторонней помощью	19,2	3,2	15,6	7,3	4,7	17,6	7,6	12,2
Не могу	12,0	1,1	4,7	13,8	14,1	12,2	18,9	12,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 7

**Функциональные способности (%)**

Ответы	Всего	Все города	Москва	Самара	Жуковский	Новгород	Дубна	Курск	Село
Удовлетворительные	31,0	27,1	10,2	72,6	18,8	31,7	50,6	17,6	47,0
Неудовлетворительные	12,5	12,1	17,7	1,1	9,4	10,6	10,6	8,1	14,1
Ограниченные	56,5	60,7	72,1	26,3	71,9	57,7	38,8	74,3	38,9
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ются в поддержке. Такой высокий показатель объясняется большим числом условно способных пользоваться общественным транспортом — 24,6%. Тех, кто вообще не способен пользоваться общественным транспортом, больше всего на селе, ровно пятая часть — 20,0%.

Для социальных и медицинских работников важен такой показатель, как способность дойти до поликлиники (табл. 6). Очевидно, что те, кто не могут самостоятельно посещать поликлинику, должны обслуживаться на дому. При этом должна также учитываться способность стоять в очередях, наличие которых характерно для российских ЛПУ. Среди пожилых респондентов дойти до поликлиники без посторонней помощи могут лишь 74,2%, с помощью — 12,2% от общего числа опрошенных. Более десятой части — 12,2% не могут вообще посещать поликлинику. Максимальный процент нуждающихся в помощи проживает в Москве — 31,2% от общего числа опрошенных; такой высокий показатель объясняется высокой долей условно способных посещать поликлинику — 19,2%. Тех, кто не может посещать поликлинику, больше всего проживает на селе — 18,9%.

Известно, что приусадебное хозяйство сельских жителей и садовые участки горожан являются большим подспорьем в обеспечении питанием всего населения страны, а не только пожилых людей. Для пожилых же, при невысокой пенсии, способность ухаживать за огородом приобретает особенное значение. Менее половины всех опрошенных — лишь 37,6% способны ухаживать за огородом без посторонней помощи. Большая часть пожилых людей — 60,3% на это не способны; из них 19,1% могут выращивать огород с чьей-либо поддержкой и 41,2% вообще не в состоянии заниматься ого-

родом. Суммарный показатель нуждающихся в помощи при возделывании огорода наиболее высок в Москве — 82,3%. Однако по составляющим этого показателя лидируют Курск — 39,2% условно способных ухаживать за огородом и Жуковский — 48,4% вовсе неспособных содержать его.

Итак, можно разделить опрошенных на три категории, как имеющих удовлетворительные, ограниченные и неудовлетворительные функциональные способности: тех, кто может выполнять действия самостоятельно; кто может выполнять их условно, то есть с посторонней помощью; и тех, кто вообще не способен выполнять их самостоятельно. При анализе результатов опроса особое внимание было уделено двум последним группам, так как именно они нуждаются в дополнительной поддержке. Данные, представленные в табл. 7 и на рис. 13, демонстрируют, что 72,8% горожан имеют ограниченные функциональные способности, хотя, как видно из таблицы, эти три категории значительно варьируют по городам; однако города проигрывают в этом отношении селу, где этот показатель равняется 53%, что почти на 20% меньше, чем в городе. Эти факты подсказывают очевидный вывод, а именно: менее приспособленная к комфортной жизни (в смысле развитости социальной инфраструктуры), но более здоровая в экологическом и психологическом плане среда на селе поддерживает жизненные силы пожилого населения. Однако важным результатом этого анализа является следующий: доля функционально неспособных и условно неспособных, т.е. доля пожилых респондентов, имеющих ограниченные и неудовлетворительные функциональные способности, составляет 69%. Именно данный контингент пожилых является потенциальным объектом реабилитации и при-

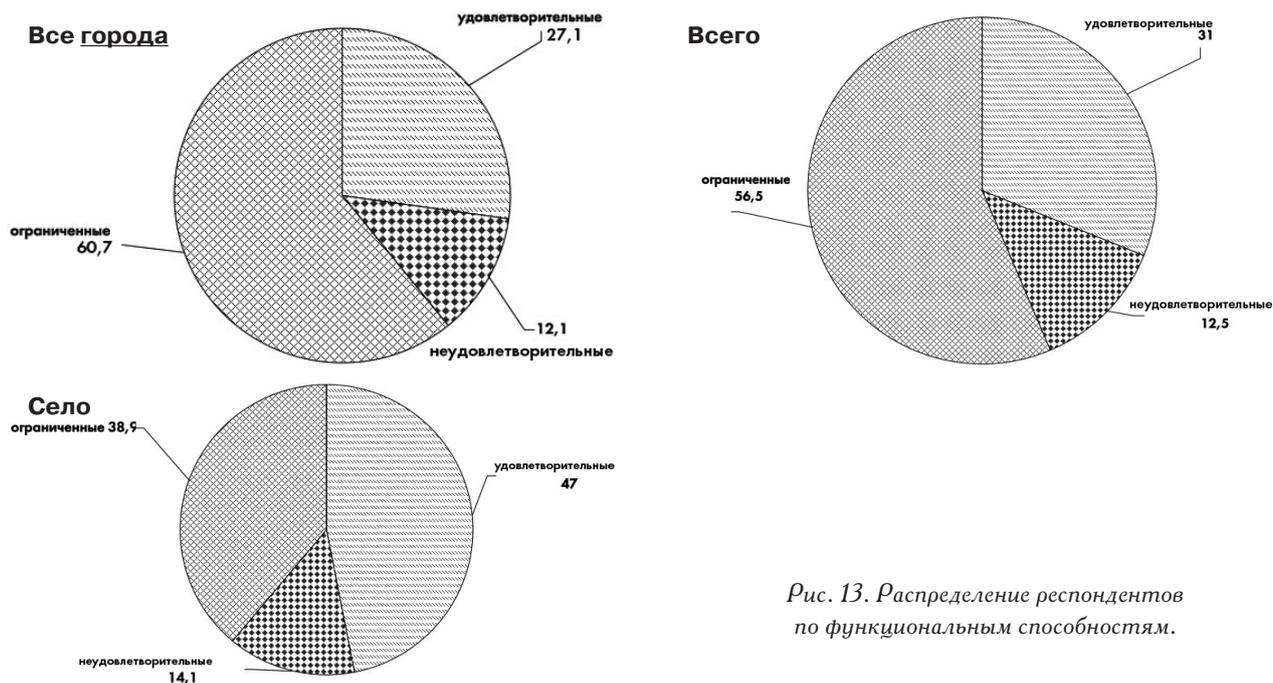


Рис. 13. Распределение респондентов по функциональным способностям.

ложения медико-социальных усилий, направленных на отодвигание порога неспособности (ухудшения способности) к самообслуживанию на более поздний возраст и, следовательно, уменьшения этой доли.

Итак, при оценке по регионам степени зависимости активности пожилых респондентов от их функциональных способностей, выделены:

- **условно зависимые**; по максимальному количеству нуждающихся в помощи лидирует Москва (максимальный процент по 9 показателям из 12, но, главным образом, за счет тех, кто условно способен — 7 показателей). На втором месте по этому показателю находится село — 2 показателя, и на третьем Курск — 1 показатель.

- **абсолютно зависимые**; по числу тех, кто вообще не может выполнять рассматриваемые функции, лидирует село — 4 показателя, на втором месте Жуковский — 3 показателя, на третьем месте Курск — 2 показателя. По одному показателю у Москвы, Новгорода и Дубны. Так 49,7% пожилого населения по всем территориям не способны самостоятельно обеспечить себя питанием.

\* Для сравнения приведем данные о достатке пенсионеров в Германии, опубликованные в январе 2006 г. на канале ТВЦ программой «Город», рубрика «Город другой».

Средняя пенсия 900 евро, при прожиточном уровне 600 евро. При пенсии ниже прожиточного уровня квартира оплачивается государством, медицинское обслуживание бесплатное, вплоть до коронарного шунтирования. Даже при пенсии в 300 евро на каждого, семья из двух пенсионеров может себе позволить путешествовать по Германии каждую неделю, а по Европе каждый месяц.

Если престарелые хотят проживать с детьми, то их семьям выплачивается пособие. Но большинство предпочитает жить в специальных домах престарелых. Чтобы поселиться там, надо ждать очереди 3–4 месяца. В каждой комнате есть специальные кнопки для вызова скорой помощи, медсестры. В домах пенсионеров работают кружки, организуются компьютерные курсы, их учат работать в Интернете. Многие обучаются в университете — в основном на курсах по культуре и истории.

Количество таких пенсионеров значительно. Стоимость одного курса — 65 евро.

### Оценка пожилыми деятельности и роли социальных служб в их жизни

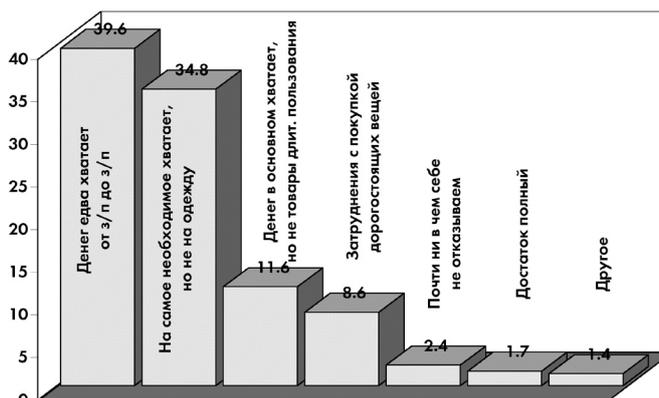
В органах социальной защиты ведется учет граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в социально-бытовом обслуживании. Для оказания помощи на дому в Российской Федерации создано более 7,8 тыс. отделений социальных работников. Существует сеть территориальных центров социального обслуживания пенсионеров: на 46 территориях работает 321 центр [5]. Развиваются службы срочной социальной помощи, которыми оказываются различные виды экстренных услуг (консультации, бесплатное питание, распределение продуктов и вещевых наборов и т.п.) [5, 10].

Оценить материальный достаток пожилых помогает ответ на вопрос о необходимости их социальной поддержки (рис. 14). В городах 40% пожилых едва сводят концы с концами, в сельской местности таких уже более 60%\*.

Важнейшим видом социальной работы является обслуживание на дому одиноких пожилых людей: закупка и доставка продуктов, обеспечение лекарствами,

Города: Москва

- Самара
- Жуковский
- Новгород
- Дубна
- Курск



Села (Луховицкий район

- Моск. обл.):
- Дединово
- Красная пойма
- Фруктовая
- Врачово Горки
- Сушково

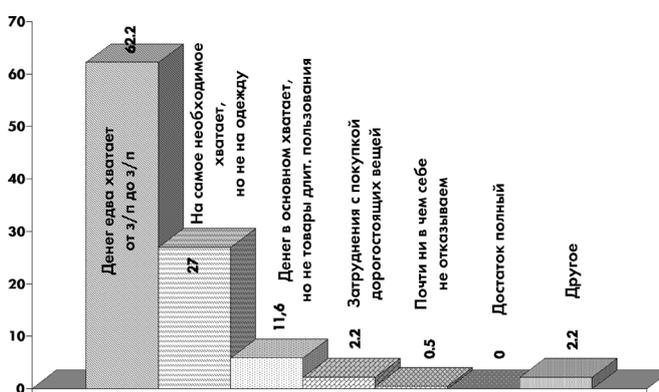


Рис. 14. Оценка пожилыми уровня своего благосостояния (%).

организация уборки в квартире, различные социально-бытовые услуги и их оплата (сдача белья в прачечную, одежды в чистку, утепление оконных рам и дверей и т.п.), информирование, консультирование и другое. Так должно быть...

Существенной оценкой деятельности центров социального обслуживания (ЦСО) является доля социальной помощи (и ее объем) в материальной поддержке пожилого населения, оказываемая на самом деле: при покупке продуктов, помощи по дому и во время болезни.

Как показал опрос, материальную помощь от социальных служб получают только 2,1% всех пожилых. Наиболее высок процент этой помощи в Москве — 4,2%, в то время как в Дубне и Курске он вообще равен нулю. При этом совсем никто не помогает 39,6% опрошенных.

При покупке продуктов и других необходимых вещей социальные работники помогают 6,5% престарелых. Самый лучший показатель в Москве — 13,5%, однако никто не помогает 24,3% респондентов. Относительно хорошо организована помощь на селе — она охватывает 4,9% пожилых, но здесь никто не помогает — уже 40,5% пожилых.

При работе по дому 4,8% респондентов получают помощь от социальных работников. Хорошая ситуация

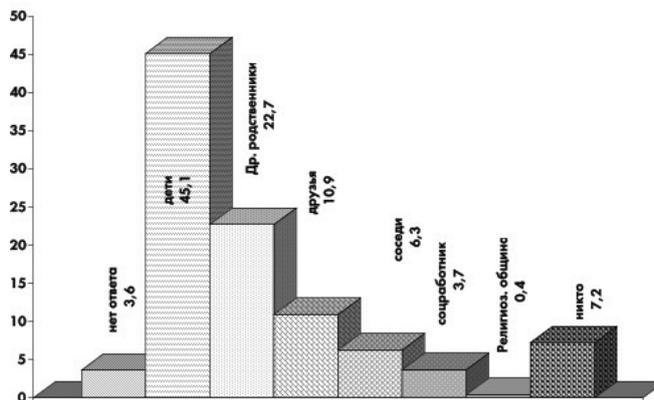
в Москве — 10,2% опрошенных пользуются их услугами. Однако, в Самаре, Жуковском и Новгороде подобные услуги вообще не оказываются, 29,9% пожилых никто не осуществляет помощь по дому.

Социальные работники оказывают помощь 3,3% респондентов в период их болезни. Самый лучший показатель в Москве — 9,0%, никто не помогает 7,2%. В остальных регионах количество тех, кто получает от социальных работников помощь во время болезни, не превышает 2,0% выборки. На рис. 15 (города и села) наглядно представлена доминирующая роль семьи (детей и родственников) в поддержке пожилых. Это утверждение касается следующих сфер жизни пожилого: материальной помощи, помощи во время болезни, помощи по дому. Из этих же диаграмм очевидна максимально необходимая потребность в такой помощи: это 7–10% (те, кому никто не помогает, и это потенциальные потребители медико-социальных услуг). Пока социальная помощь не превышает 4%.

При ответе на вопрос «Есть ли надежда на уход, когда это понадобится?» 5,6% респондентов ответили «скорее всего, нет», а еще 5,3% твердо сказали, что такой надежды нет. То есть 10,9% пожилых в перспективе будут нуждаться в услугах социальных работников или в переселении в учреждения со специальным

Города: Москва

Самара  
Жуковский  
Новгород  
Дубна  
Курск



Села (Луховицкий район

Моск. обл.):  
Дединово  
Красная пойма  
Фруктовая  
Врачово Горки  
Сушково

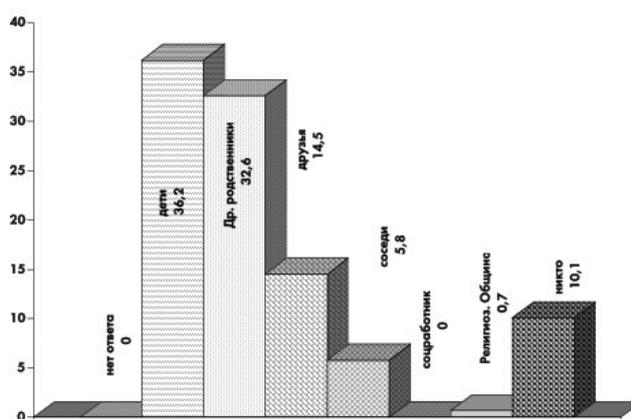


Рис. 15. Роль семьи (детей и родственников) в поддержке пожилых.

обслуживанием. Особенно высок этот процент в сельской местности — 22,2% и Москве — 12,9%.

Почти каждый пятый (или даже третий, с учетом суммы третьего и четвертого ответов) пожилой живет под постоянным гнетом отрицательных переживаний.

Известно, что религиозным общинам, как правило, удастся значительно ослабить такие переживания у своих членов. Возможно, их опыт в оказании помощи, а также опыт работы специалистов и добровольных помощников в хосписах можно использовать для создания небольших территориальных групп взаимной поддержки в повседневной жизни и в критических ситуациях. Что касается государственной помощи пожилым людям путем строительства разного рода специализированных «мест пребывания», то отношение населения к этим инициативам, как правило, негативное.

В то же время, 29,4% респондентов (самая большая доля) предпочли бы не проживание в специальных учреждениях, а обслуживание на дому, где они живут. В Курске эта доля составляет 50,0%, на селе — 41,6%, в остальных городах порядка 20–25%. В домах специального проживания (с медицинским обслуживанием) хотели бы жить 10,3% пожилых, 8,3% посещать дома дневного пребывания (с питанием и лечением), 6,1% хотели бы жить в пансионатах для пожилых.

В перечне тех, к кому пожилые люди обратились бы за помощью, ЦСО стоит на последнем месте — 0,3%. К услугам социальных работников рассчитывают прибегнуть только сельские жители и новгородцы. В остальных городах на помощь ЦСО никто не рассчитывает. Большинство — 78,4% предполагают обратиться за помощью к родственникам, остальные рассчитывают на друзей — 6,6%, соседей — 5,4%, религиозную общину — 1,0%, бывших сослуживцев — 0,5%. При этом отмечают, что обратиться не к кому (в среднем) — 2,2% опрошенных (в Самаре — 4,2%, в Москве — 3,3%, на селе 2,7%, в Новгороде — 0,8%).

Авторы данного опроса выясняли мнение пожилых о работе ЦСО. Обследование выявило частоту обращений респондентов в ЦСО и получаемую пожилыми информацию о работе этого органа, а также удовлетворенность его работой. В рамках трех вопросов присутствовал ответ «никогда не обращаюсь в ЦСО». И, хотя имеется разброс ответов, уровень не охваченных работой ЦСО пожилых колеблется в пределах 50%. На прямой вопрос «Как часто Вы обращаетесь в ЦСО?» 53,6% опрошенных ответили, что никогда туда не обращались. Этот средний показатель сравнительно невысок из-за данных по Москве. В других регионах он превышает 64%, достаточно высок и в сельской мест-

ности — 88,6%. То есть только сравнительно незначительная часть пожилых рассчитывает на помощь ЦСО. Ежедневно в ЦСО обращается 0,2% опрошенных, ежемесячно — 2,4%, ежегодно — 1,2%, очень редко — 7,4%. Таким образом, с частотой обращения хотя бы раз в год, услугами ЦСО пользуется только 3,8% пожилых.

Анализ функциональных способностей показал, сколь значителен процент пожилых, нуждающихся практически в ежедневной помощи. Такую помощь могут оказывать социальные работники, однако они посещают только 4,5% тех, кто получает помощь от ЦСО. Лучше всего такого рода помощь налажена в Курске, где сотрудники центров посещают 20,3% обслуживаемого населения. Можно признать относительно хорошим, по сравнению с другими территориями, и положение на селе — 8,1%. В остальных городах этот уровень находится около отметки 4,5%.

Кроме посещений социальными работниками пожилых на дому, ЦСО оказывают следующие услуги: предоставление продуктовых наборов — их получали 3,0% опрошенных; обеспечение путевками — 2,8%; обеспечение вещами — 0,3%; занятия в клубе по интересам — 0,6%.

Столь низкий выявленный процент пожилых, обращающихся в ЦСО, обусловлен в значительной мере недостаточной информированностью потенциальных клиентов: 14,2% опрошенных вообще ничего не знают о работе центров. Очень высок этот показатель в сельской местности — 44,9%, среди городов выделяется Дубна — 17,7% не знают о ЦСО. Вторая, еще более значительная группа, не удовлетворена существующей информацией о работе ЦСО: уже 34,6% респондентов разделяют эту точку зрения. Наиболее высок этот показатель в Жуковском — 76,6%, сравнительно большой он и на селе — 34,6%. То есть почти половина опрошенных недостаточно информирована о работе ЦСО или недовольна его работой. Причем в некоторых городах процент недовольных достигает 92,2% (Жуковский), в сельской местности он составляет 81,1%. И здесь следует подчеркнуть, что существует настоятельная необходимость в помощи социальных служб.

Удовлетворенность пенсионеров деятельностью ЦСО является важной ключевой оценкой деятельности этой организации. Среди всех респондентов полностью удовлетворены деятельностью центров только 3,0%: в Дубне этот показатель достигает 9,4%, на селе — 6,5%. Не удовлетворены деятельностью ЦСО — 2,1% (в Курске — 10,8%) и затрудняются ответить 13,1% (в Дубне — 61,2%). Если рассматривать только тех, кто пользовался услугами ЦСО, то из них 16,6% удовлетворены деятельностью центров, 11,4% не удовлетворены и 72% затрудняются ответить. Итак, оценка деятельности ЦСО теми, для кого эти центры созданы,

довольно низка. Одним из напрашивающихся выводов является следующий: в основном пожилые в трудных обстоятельствах надеются на помощь детей и родственников и на себя [2, 12]. Социальная характеристика отечественных пожилых по результатам опроса такова. Они не стяжатели, скромны в желаниях, обладают обостренным чувством справедливости, чувством долга и патриотизмом; выявлено стремление к равенству и братству, как у поколения, перенесшего всем миром тяготы военного и послевоенного времени.

## Выводы и предложения

1) Несмотря на выявленные территориальные различия в образе и качестве жизни, функциональных возможностях и потребностях пожилых, и в городе, и на селе высока роль семьи. Это ключевое звено в сфере обеспечения соответствующего ухода за престарелыми, и государству необходимо создать систему экономической и социальной поддержки семей, ухаживающих за престарелыми родственниками. В настоящее время в благополучных в экономическом отношении странах пришли к выводу, что выгоднее вкладывать деньги в помощь семье, где проживает пожилой человек, а не создавать новые специализированные учреждения для людей преклонного возраста [1].

2) Приоритетным направлением в работе ЦСО должно стать существенное расширение института, т.е. квалификации и количества социальных работников. Как показывает проведенное исследование, существующее обеспечение престарелых социальными работниками катастрофически недостаточно.

3) Необходимо грамотно организовать эффективную рекламу деятельности ЦСО среди потенциальных клиентов, с тем, чтобы повысить информированность пожилых о реальной деятельности и возможностях этой организации.

### *Здравоохранение. Оценка пожилыми медицинского обслуживания*

Чтобы знать масштабы необходимой медицинской помощи, была проведена оценка состояния здоровья респондентов (здесь и далее в процентах) в момент опроса (рис. 16). Удовлетворительным его считают 52,7% пожилых, 8,1% дали ответ «для моего возраста хорошее», 3,5% — «скорее хорошее» и 41,1% — «нормальное для моего возраста». Почти половина опрошенных (46,8%) недовольны состоянием своего здоровья. Так, скорее плохим его назвали 35,1% пожилых (в Жуковском — 56,3%, в Москве — 41,6%), а просто плохим — 11,7% (на селе — 18,9%, в Жуковском — 17,2%, в Москве — 12,3%). Этим людям требуется медицинская помощь, масштаб которой весьма значителен. В Жуковском доля оценивших свое состояние

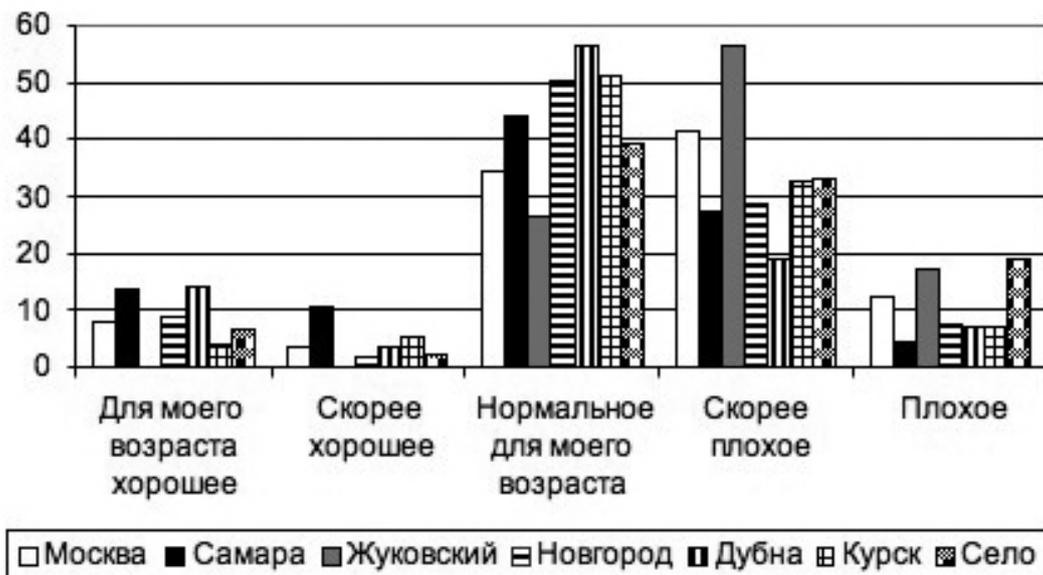


Рис. 16. Оценка пожилыми состояния своего здоровья (%).

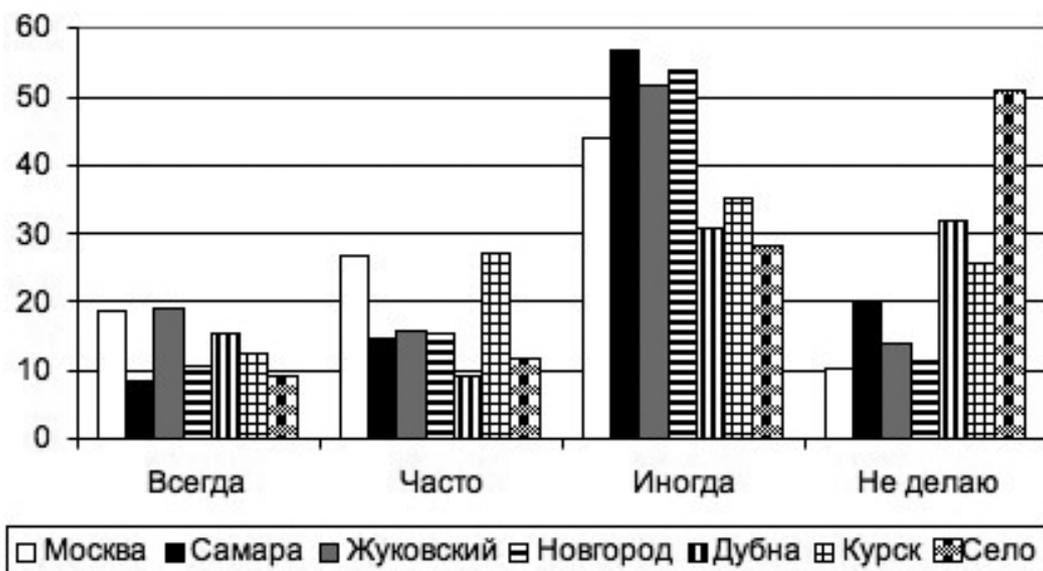


Рис. 17. Обращаемость к врачу при заболевании (%).

здоровья как неудовлетворительное составила 73,5%, в Москве — 53,9%, на селе — 51,9%.

Между тем, пожилые люди не всегда обращаются к врачу при недомоганиях (рис. 17). Вообще не обращаются к врачу при заболевании 22,5% (на селе — 50,8%, в Дубне — 31,8%, в Самаре — 20,0%, в Курске — 25,7%). «Только иногда» во время болезни обращается к врачу самая значительная доля опрошенных — в среднем 42,0%. Наиболее высока численность этой группы в городах: Самара — 56,8%, Новгород — 53,7%, Жуковский — 51,6%, Москва — 43,7%. Часто обращаются к врачу 19,1% пожилых (больше всего в Курске — 27,0% и Москве — 26,9%). И всегда, забо-

лев, идут к врачу 13,9% престарелых (в Жуковском — 18,8%, в Москве — 18,6%, в Дубне — 15,3%).

Сравнение показателей общей заболеваемости городского и сельского населения старших возрастных групп показывает, что пожилые в городе болеют в 3,8–4,0 раза чаще, чем на селе. Более низкий уровень (учтенной) заболеваемости сельских жителей указывает, конечно, не столько на их лучшее здоровье, сколько на меньшую доступность медицинской помощи и, соответственно, меньшую обращаемость. Например, заболеваемость одиноко живущих престарелых людей по данным обращаемости у лиц, проживающих в селах, где есть больницы, в 6,6 раза больше, чем у жителей сел, не

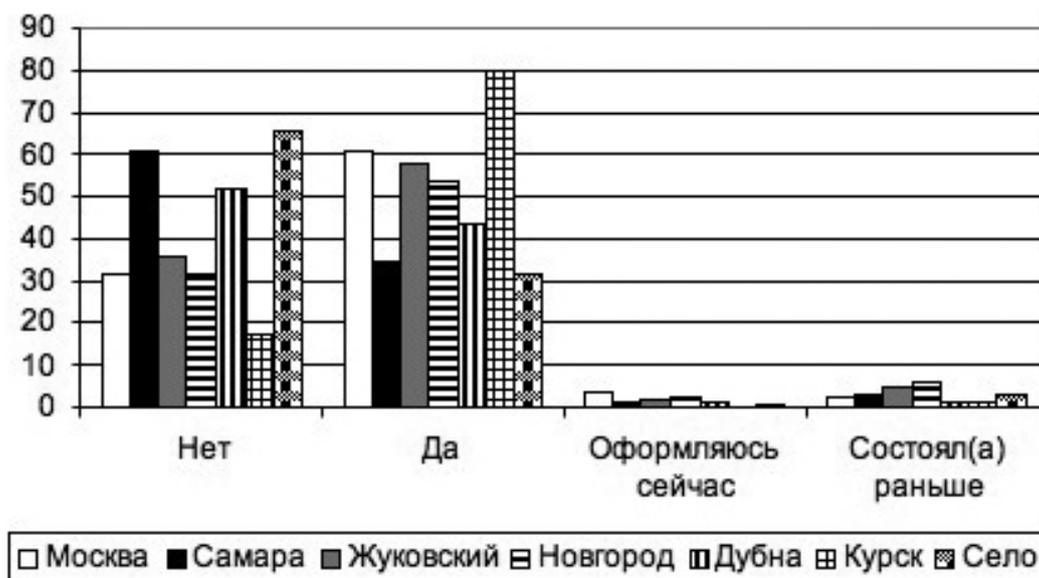


Рис. 18. Состоят на учете в поликлинике или диспансере (%).

имеющих врачебных участков. Среди всех опрошиваемых только сельские жители высказывали пожелание, чтобы больница была рядом.

Состоят на учете в поликлинике или диспансере 51,5% (в среднем) пожилых людей (рис. 18). Наиболее высока доля наблюдающихся в медицинских учреждениях в Курске — 79,7% и Москве — 61,1%, состояли раньше или оформляются сейчас 4,8% опрошенных (соответственно 2,0% и 2,8%). *Итого постоянной медицинской помощью пользуются 56,3% престарелых людей (в среднем).*

Никогда не проходят регулярное стационарное лечение 52,1% (в среднем) пожилых (рис. 19). В Самаре этот показатель достигает 86,3%, на селе — 83,6%, в Жуковском — 78,1%, в Новгороде — 69,1%. Проходят стационарное лечение изредка 25,3% респондентов, наиболее высок этот показатель в Москве — 47,3%. Часто обследуются в стационаре 12,1% пожилых, самый высокий показатель по Москве — 24,3%. Регулярно (всегда) проходят стационарное лечение 7,8% пожилых людей. Москва опять находится на первом месте — 13,3%. Относительно хорошая ситуация, помимо Москвы, также в Дубне и Курске.

Пользуются возможностями санаторного лечения только 27,8% пожилых людей. Никогда не ездили в санаторий 69,1% опрошенных. Наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в сельской местности, где 93,5% вообще не проходили санаторного лечения. Высок этот показатель также в Жуковском — 92,2%, Самаре — 88,4%, Новгороде — 81,3%. Иногда выезжают в санаторий 20,5% опрошенных. Лидирует по этому показателю Москва — 44,0%. Довольно регулярно ездят в санаторий 7,3% пожилых (из них 4,9%

часто и 2,4% всегда). Часто получают санаторное лечение в Курске — 9,5% и Москве — 8,7%. По численности тех, кто ездит в санаторий всегда, выделяется Дубна — 9,4%.

Из всех опрошенных пенсионеров никогда не находились в больнице в среднем 24,2%. Менее «избалованы» в этом отношении сельские жители: 46,2% не пользовались больничным обслуживанием. Высок процент не находившихся в больнице также в Самаре — 41,8%, Дубне — 40,0% и Новгороде — 37,6%. Хорошая ситуация в Жуковском — 1,1% и Москве — 9,1%. Наиболее распространенные причины, по которым пожилые люди ложатся в больницу, это: ухудшение состояния здоровья — 26,2%, терапевтическое заболевание — 13,7% и хирургическое заболевание — 10,7%. Значительная часть также проходит плановое профилактическое лечение — 8,5% и обследование — 8,4%. Самые низкие показатели двух последних групп в сельской местности — 1,9% и 2,4% соответственно.

39,5% пожилых пользовались услугами скорой помощи. Низкая доступность скорой помощи по сравнению с городами, где этот показатель колеблется от 25% до 54%, отмечается в сельской местности — 19,5%. Основные причины вызовов: обострение хронического заболевания — 26,9%, общее заболевание — 7,4%, инфекционное — 3,8%.

Оценка существующего в настоящее время уровня медицинского обслуживания была проведена по трем градациям: «удовлетворены», «не удовлетворены» и «затрудняюсь» ответить (рис. 20). Ответы распределились практически равномерно. Треть — 31,9% пожилых не удовлетворены медицинским обслуживанием. Самыми проблемными в этом отношении являются

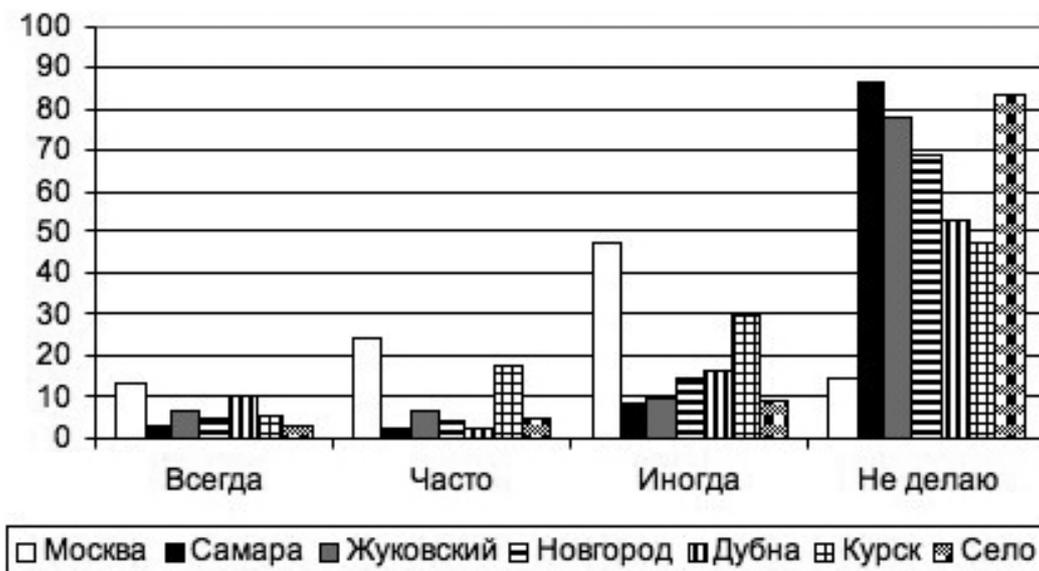


Рис. 19. Использование стационарного лечения (%).

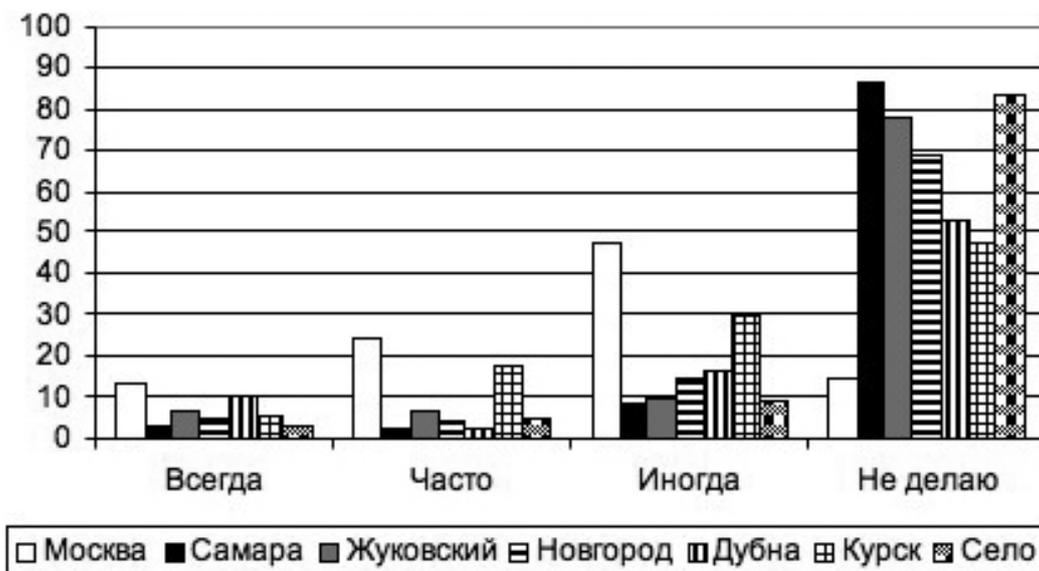


Рис. 20. Удовлетворенность медицинским обслуживанием (%).

Курск — 41,9%, Новгород — 37,4% и село — 35,7%. Полностью удовлетворены медицинским обслуживанием 35,0% пенсионеров. Самый высокий показатель удовлетворенности в Москве — 44,3%. Как ни странно, высок он и на селе — 38,4%.

Наиболее низок показатель в Жуковском — только 20,3% опрошенных удовлетворены медицинским обслуживанием. Показательно, что в среднем почти треть опрошенных (31,0%) затрудняются ответить на этот вопрос. Таким образом, допустимо предположить, что он не является для них животрепещущим, и люди в целом удовлетворены существующим положением дел.

Отметим здесь лишь тот факт, что в данном вопросе мнения экспертов от здравоохранения и политиков, ориентирующихся на западные стандарты, существеннейшим образом отличаются от мнения населения. Не будучи специалистами в медицине, не зная возможностей учреждений первичной помощи в «богатых» странах, люди вкладывают в положительные оценки работы поликлиники, в первую очередь, сам факт существования и доступности этих учреждений по месту жительства. И в этом смысле поликлиники приобретают статус учреждений, создающих у населения чувство защищенности (а в масштабах государства — обеспе-

чивающих социальную безопасность населения на местах). Созданная в России инфраструктура первичной помощи, в основном, оправдывает себя с точки зрения принципа равенства и доступности этого рода услуг со стороны государства, и поэтому к попыткам ее реорганизации следует относиться чрезвычайно осторожно [3, 9, 11, 14].

В связи с тем, что численность пожилых людей постоянно растет, и они являются одними из основных потребителей медицинских услуг, необходимо создавать для них специальные условия в медицинских учреждениях (в первую очередь в больницах). Только 0,1% респондентов ответили, что такие условия не нужны. В основном высказывались пожелания специальных приспособлений в туалетах, столовой, палате (30,9%); прикрепление поручней вдоль стен (27,1%), увеличение количества средств передвижения, кресел (22,4%). Все это жизненно необходимо для престарелых. Лишь небольшая часть пожилых высказала пожелания о наличии тренажеров, бассейна, парка (3,1%).

Необходимо развивать сеть сельских медицинских учреждений, число которых сейчас сокращается неадекватно потребности [5, 6]. Доступность медицинских услуг в сельской местности значительно ниже, и следовало бы устранить этот прискорбный дисбаланс.

Надо приспособлять комплекс оборудования, поставляемого для медицинских учреждений (в первую очередь больниц), к нуждам пожилых, оснащая их в соответствии с потребностями пожилых на уровне технологий развитых стран.

#### *Менеджер как посредник между медицинским и социальным работником*

Как показало исследование, пожилые люди нуждаются в ряде услуг, которые ни социальные, ни медицинские службы, существующие в настоящее время, не предоставляют. Так, 27,4% опрошенных кроме лечения хотели бы получать помощь в обеспечении лекарствами, 23,2% — помощь для лечения в санатории, 15,7% — регулярный профилактический осмотр врачом на дому, 10,1% — помощь при лечебных процедурах. Также высказывались пожелания помощи в приобретении протезов, организации постоянного сестринского патронажа, посещения дневного реабилитационного стационара, возможности иметь семейного врача, консультации юриста на дому.

Остро стоит вопрос о получении жизненно необходимых в пожилом возрасте предметов и услуг. В них нуждается подавляющее большинство наших собеседников. Например, по данным опроса пожилых, проведенного нашей группой специалистов по изучению медико-социальных проблем в поликлинике №111 г.Москва в 1995–2001 гг. (стр. 115) [12], материальные трудности с приобретением очков были у 47 мужчин и 186 женщин из 522 опрошенных пожилых. При нали-

чии спонсора можно прямо в поликлинике организовать подбор и оплату очков в объеме, который предоставит благотворитель. Организационные усилия и оплата труда персонала в этом случае будут минимальными. Такие же сложности с приобретением и ремонтом слуховых аппаратов испытывали 8 мужчин и 6 женщин. Что касается зубных протезов, то по материальным причинам откладывали их установку 5 мужчин и 16 женщин (стр. 115) [12]. Однако некоторые пожилые совсем не могли пользоваться своими зубными протезами по причине их плохого качества — таких в опросе 10 мужчин и 45 женщин (стр.115) [12].

Полученные от пожилых данные об ограничении их функциональных способностей позволяют организовать адресную помощь в приобретении очков, слуховых аппаратов, палочек и костылей, в установке зубных протезов при посредничестве центров социальной защиты. Также возможно зачислить на обслуживание тех, кому трудно ходить. Для этого целесообразно было бы организовать специальную службу для координации и оптимизации медицинской и социальной помощи. Подобный опыт давно имеется в развитых странах. Представители этой службы — менеджеры персонализируют объем и вид конкретной помощи пожилым, а разместить такую службу можно при поликлиниках. Таким образом, роль менеджеров, как указывалось выше, должна заключаться в том, чтобы обеспечить центры социальной защиты информацией о том, кто в чем нуждается, а пожилым вместе с Картой обследования вручать информацию о том, куда им обратиться в связи с их трудностями.

На сегодня поликлиники являются чуть ли не единственным местом из государственных структур, которое население не избегает и куда большинство граждан обращаются с надеждой на помощь. Напомним здесь, как высоко оценили пожилые работу поликлиники. По причине социальной обусловленности, болезни, особенно в пожилом возрасте, не могут быть эффективно устранены усилиями только лишь медицины [3, 4, 7, 14, 16]. Они требуют поддержки и сопровождения социального характера, а следовательно, управление этим процессом требует придания поликлиникам статуса большей общественной значимости. Актуально расширение полномочий главных врачей поликлиник в плане использования возможностей социальных служб. Чего больше всего боятся пожилые люди? Болезни и беспомощности в сочетании с одиночеством в этот момент. Эти задачи стоят на повестке дня современной медицины и социальных служб. И помощь такого рода целесообразно осуществлять именно через поликлиники, поскольку там первыми узнают о кризисной ситуации. Государство должно лишь проявить волю и мудрость и вынести на первый план интересы пожилых. Поддержке со стороны государства должны также подлежать гуманистические объединения пожилых, которые могут формироваться на различной добровольной основе: религиозной, про-

фессиональной, территориальной, национальной и т.п., но власти должны поддерживать в их деятельности именно гуманистическое начало — взаимопомощь и духовную поддержку.

Перспективной для медико-социального обслуживания представляется организация службы менеджеров, задача которой — согласование работы медицинских и социальных служб, помощь в решении возникающих у пожилых проблем, не входящих в компетенцию существующих служб, а также подготовка рекомендаций местным властям; но конкретные формы этой организации, конечно, подлежат проверке на практике.

### Заключение

Нельзя разделять решение проблем пожилых и остального населения, они должны рассматриваться во взаимосвязи. Проблема не может решаться отдельными мерами, она покоится на доктрине построения общества социальной справедливости, где нет беспризорных детей, брошенных одиноких больных и инвалидов, бездомных, оставленных без опеки немощных стариков. Необходимы безотлагательные существенные изменения в форме работы медицинских учреждений и ЦСО с учетом в первую очередь мнений и пожеланий самих пожилых.

Мнение академика, руководителя Отделения экономики РАН Дмитрия Львова таково: «К изъянам старой системы добавились новые проблемы, ценой реформ стала “потеря управляемости экономикой” и “громкий ущерб производству и жизненным интересам десятков миллионов наших сограждан”» (Литературная газета, 2004, №51–52).

Беспросветная нужда привела население к апатии и унынию, а теперь к массовым недовольствам и открытым протестам. Разве от этого не страдают национальные интересы России, стратегия которой до сих пор не выработана? Эти беспокоящие протесты предпочтительнее, чем унылое равнодушие. Массовые протесты против монетизации и реформ ЖКХ явились прообразом знаменательной обратной связи между народом и правящей элитой.

Раньше государство гарантировало пожилому почти бесплатное жилье и твердую пенсию в 120 рублей, которая конечно обеспечивала прожиточный минимум, бесплатную доступную медицину и дешевый отдых и лечение в санаториях (в том числе ведомственных) [15]. Теперь к пожилым обращаются по радио и телевидению многочисленные частные лицензированные учреждения, предлагают пожилому заложить квартиру за сносное существование с очень сомнительными гарантиями.

*Пожилые ошеломлены усиливающимся расслоением общества на постыдно богатых и унижительно бедных. Как известно, разрыв в доходах 10% богатых*

*и 10% самых бедных слоев населения у нас самый высокий в мире — в 15 и более раз. Пожилых одолевают страхи, что может повториться что-то для них катастрофически несправедливое, такое, как лишение сбережений, дефолт, монетизация, а теперь еще и реформа ЖКХ.*

В статье «Социальные программы по отъему денег» (Аргументы и факты, Москва, №46, 2005) автор Ирина Злобина подытоживает свои рассуждения о предстоящей грабительской реформе ЖКХ следующими сведениями: «Власти летом показали, что на самом деле, выйдя на пенсию, они не хотят жить, как остальные сегодняшние пожилые люди. Потому что понимают — даже с их доплатами прожить трудно. Поэтому запланировали себе такие отступные, что ветеранам и не снились. Когда 95 членов столичного правительства и депутатов Мосгордумы покинут свои посты, они будут получать ежемесячно порядка 80% своих сегодняшних зарплат, что в среднем составляет от 60 до 100 тыс. руб.»

*Социальное государство, каким мы хотели бы стать, дает гарантии своим гражданам, наше государство таких гарантий не дает, и не раз обманутое пожилое население поэтому живет под гнетом стрессов и страхов. У молодых, естественно, такие страхи еще не сформировались, но разве социальная несправедливость не способствует повышенной смертности населения? — мы теряем почти по миллиону в год. Имеем поразительно низкую продолжительность жизни: мужчин 58,8 лет — 134 место в мире, женщин — 72 года, 130 место в мире. Люди понимают разницу в понятиях: СТРАНА БОГАЧЕЙ — ЭТО НЕ БОГАТАЯ СТРАНА. И это не зависть к богатым, это боль и обида за незаслуженное униженное положение, за несправедливость воздаяния.*

### О самоорганизации

Установлена существенная неоднородность сообщества пожилых, выделены их группы по уровню социальной поддержки, самооценке здоровья и функциональных способностей, т.е. по параметрам, которые определяют масштаб и специфику медико-социальных проблем и потребности пожилых, а также пути их решения.

Критический анализ результатов проведенных опросов пожилых 2003, 2004 гг. позволяет предложить следующее.

Прежде всего, именно местные власти должны проявить инициативу в политике поощрения и поддержки процессов самоорганизации пожилых в самых различных ее формах. Для того, чтобы эта инициатива прошла путь от замысла до реальности, необходимо собирать информацию о проблемных группах в органах (условно назовем) социальной и медицинской опеки. При этом не предполагается создание новых структур. Имеется в виду сбор интересующей информации в уже имеющихся

поликлиниках, больницах, центрах социального обслуживания, собесах.

Методика по выбору пожилыми предпочтительных вариантов самоорганизации создается группой медико-социальных проблем пожилых ЦНИИОИЗ на основе новых подходов к формированию общих интересов.

Организация сообществ пожилых может осуществляться в нескольких направлениях: профессиональные интересы, ветеранство, землячество, культура и искусство, хобби, спорт, общины, религия, родственные связи.

В настоящее время в России политика в отношении пожилых отсутствует. Они рассматриваются как балласт — не разрабатывается стратегия использования потенциала пожилых как кадрового резерва [7], нет адекватной социальной инфраструктуры, позволяющей эффективно учитывать их интересы. Вместо этого мы видим бессистемный набор краткосрочных мер, латающих систему, принципиально несправедливую к старшему поколению.

Поэтому требуется акцент на активность самих пожилых, их самоорганизацию, на формирование самосохранительного поведения и смену системы ценностей — от зависимости и беспомощности к здоровой активной деятельности на благо общества.

*Считаю приятным долгом выразить благодарность сотрудникам группы медико-социальных проблем пожилых Т.Н.Костенко и Л.В.Мунтяну за помощь в обработке и анализе данных, оформлении графиков.*

## Литература

1. Белоконь О.В. Современные проблемы качества жизни пожилых в России (результаты проведенных опросов) // Успехи геронтол.—2005.—Вып. 17.—С. 67–101.
2. Белоконь О.В., Костенко Т.Н., Мунтяну Л.В. Медико-социальные проблемы пожилых в условиях реформ // Матер. 4-й ежегодн. междунар. конф. фак-та гос. управл. МГУ им. М.В.Ломоносова.—М.—2006.—С. 771–777.

3. Всемирная Организация Здравоохранения, Исполнительный комитет, EB115/29 2004, 115 сессия, п. 4. 15.

4. Вялков А.И., Шабалин В.Н. Социальные основы эффективности управления охраной здоровья населения России // Альманах по геронтол. М.:—2003.—№ 1.—С. 5–10.

5. Государственный доклад о положении граждан старшего поколения в Российской Федерации. Минтруда и социального развития РФ—Департамент по делам ветеранов, пожилых людей и приема населения.—М., 2003.—С. 6.

6. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения в 2002 году. Министерство здравоохранения РФ—Департамент организации и развития медицинской помощи населению.—М., 2002.—С. 7.

7. Доброхлеб В.Г. Ресурсный потенциал старшего поколения в современной России: Автореф. дисс. докт. экон. наук.—М., 2004.—С. 42.

8. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2001 году, статистические материалы.—М.: Министерство здравоохранения РФ, 2002.—С. 7.

9. Максимова Т.М. Современные состояния, тенденции и перспективные оценки здоровья населения.—М.: PERSE, 2002.—198 с.

10. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2003 году, статистические материалы.—М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004.—С. 97.

11. Пожилые люди в Российской Федерации: положение, проблемы, перспективы. Национальный доклад.—М.: Права человека, 2002.—С. 54.

12. Потанина Ю.А., Дартау Л.А., Белоконь О.В. Компьютерная технология ЭДИФАР как средство сбора данных от населения (для разработки социальной политики на местах).—М.: Московский ЛИЦЕЙ, 1999.—200 с.

13. Семенова В.Г. Демографический кризис в России с позиций обратного эпидемиологического перехода: Автореф. дисс. ... докт. экон. наук.—М., 2006.—50 с.

14. Шабалин В.Н. Социальное здоровье пожилого населения России в начале XXI века // Альманах по геронтол.—М., 2003.—№ 1.—С. 14–19.

15. 2000 — Россия — социально-демографическая ситуация.—М.: ИСЭПН, 2001.—С. 7.

16. Belokogne O., Komarov Yu., Mountyanou L. The forming of priorities of state policy regarding the elderly in Russia / International Congress of Gerontology, Amsterdam, Netherlands, August 31–September 2, 1995 (Abstracts).—Amsterdam, 1995.—266 p.

17. Dartau L., Belokogne O. Technology-supported social interaction in geriatric rehabilitation and care. Experiences of the geriatric telematics project / Fourth European Congress of Gerontology, Berlin, 7–11 July 1999.—Berlin, 1999.—146 p.

Успехи геронтол.—2006.—Вып. 19.—С. 129–146

*O.V. Belokon*

### THE EVALUATION OF ELDERLY SOCIO-MEDICAL WELL-BEING IN RUSSIA (CAPABILITY TO FUNCTION AND PRIORITIES DERIVED FROM THE OPINION POLL)

Central Research Public Health Institute, Ministry of Health of Russian Federation, 11 Dobrolubov ul., Moscow 127254; e-mail: belokon@mednet.ru

Our consideration of data from elder people (health, welfare, style of life, and capability to function – «life quality» in general) presented here as continuation of our research and analysis started in year 2004. The data of elderly capability to function are investigated for seven Russian European areas (Moscow, Zhukovsky, Dubna, five villages of Moscow region, Kursk, Novgorod, Samara). The quality of social and medical service was evaluated among the elderly community with due regard for common needs. This opinion poll results are valuable database in the special projects for the social risk groups. The responding social key factors are ranked firstly.

**Key words:** demography, elderly sociology, life quality, social welfare, health and social services, functional capability, preference priorities.