

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(НИУ «БелГУ»)

СОЦИАЛЬНО-ТЕОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ ИМ. МИТРОПОЛИТА  
МОСКОВСКОГО И КОЛОМЕНСКОГО  
МАКАРИЯ (БУЛГАКОВА)

КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Выпускная квалификационная работа  
обучающегося по направлению подготовки 39.03.02 Социальная работа  
заочной формы обучения, группы 87001352  
Борисовой Инны Юрьевны

Научный руководитель  
к.социол.н., доцент  
Лазуренко Н.В.

Рецензент  
Рецензент  
директор  
ГБСУСОССЗН  
«Шебекинский дом-интернат  
для престарелых и инвалидов»  
Бугаков П.А.

БЕЛГОРОД 2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН	9
1.1. Состояние здоровья и роль здоровьесберегающих технологий в улучшении качества жизни пожилых граждан	9
1.2. Здоровьесберегающие технологии в реабилитации пожилых граждан: сущность и специфика	27
2. СПЕЦИФИКА И РОЛЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	38
2.1. Диагностика проблем здоровьесбережения пожилых людей в стационарном учреждении социального обслуживания населения (на примере ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»)	38
2.2. Социальный проект «Возраст – здоровью не помеха!»	48
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	67
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	70
ПРИЛОЖЕНИЯ	76

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Постарение населения, нарастание в нем численности и доли людей пожилого, старческого возраста и долгожителей становится устойчивой тенденцией, характерной для стран со средним и высоким уровнем социально-экономического развития. Она определяется повышением уровня и качества жизни, устранением наиболее опасных эпидемий, разработкой механизмов социальной поддержки граждан старшего поколения.

Россия, в соответствии со шкалой ООН, уже с 60-ых годов XX в. относится к странам с интенсивным демографическим старением населения. К началу XXI столетия в структуре населения лица старше трудоспособного возраста составляли 20,7%. Процессы старения отражаются на всех аспектах социального развития общества: показателях рождаемости, продолжительности жизни, особенно верхних пределах долгожительства; распределении материальных ресурсов между представителями различных поколений; структуре занятости населения; семейно-родственных отношениях; функциональных способностях, состоянии здоровья пожилых людей и других.

Пожилые люди представляют особую категорию граждан, жизнедеятельность которых в значительной степени зависит от возрастных изменений. Восстановление утраченных в связи с этим возможностей доступно в определенных пределах. Оно касается навыков самообслуживания, повседневной бытовой деятельности, сохранения способностей к досуговой деятельности и организации отдыха. В связи с этим социальная реабилитация в пожилом возрасте приобретает доминирующее значение по сравнению с профессиональной.

Социальная реабилитация рассматривается как комплекс мер, направленных на восстановление социальных навыков, обеспечивающих функционирование в окружающей среде и относительно независимое существование в быту. В пожилом возрасте социальное функционирование происходит на сниженном уровне в связи с ограничениями жизнедеятельности, обусловленными возрастными изменениями психофизиологических функций. Указанные изменения могут приводить к ограничениям способности пожилых людей к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности и могут выявить потребность данной категории граждан в

получении разного рода социальных услуг.

Укрепление здоровья, улучшение социально-экономического положения пожилых людей, повышение их социального статуса, активизация роли в жизни общества являются приоритетными направлениями государственной социальной политики.

Создание условий для здоровой, безопасной и достойной старости, обеспечение пожилым людям возможности для независимой жизни, участия в реализации внутреннего потенциала определяют основные направления деятельности всех секторов гражданского общества.

Социальная адаптация граждан пожилого возраста к реальным условиям жизни в значительной мере зависит от состояния их здоровья. При этом оценка ими своего здоровья связана с удовлетворенностью или неудовлетворенностью жизнью вообще. Как показывают исследования (И.А.Кравченко, Ю.П.Лисицын, В.Н.Шабалин) в последние годы отмечается общее ухудшение показателей здоровья лиц пожилого возраста, что проявляется в сокращении продолжительности жизни, увеличении заболеваемости, инвалидности и смертности, большинство лиц пожилого возраста не удовлетворены состоянием своего здоровья.

Результаты медицинских обследований свидетельствуют о том, что среди пациентов старших возрастных групп практически здоровы лишь 22%. Старение населения приводит к целому ряду экономических и медико-социальных последствий. Тенденция увеличения популяции пожилых и старых людей, особенно группы 80-летних и старше сохранится и на протяжении первой половины XXI века. Это влечет за собой увеличение потребности в медико-социальной помощи и услугах, а также разработке новых здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых граждан в учреждениях социального обслуживания

**Степень научной разработанности темы.** Здоровье как объект философского и социологического осмысления представлено в работах И.И. Брехмана, В.П. Казначеева, Ю.П. Лисицина, Л.Г. Матрос, А.В. Сахно, П.Д. Тищенко, Г.И. Царегородцева, С.Я. Чикина, Б.Г. Юдина.

Развитие здоровья как социальной категории, уточнение понятийной и

предметной области, нашло отражение в публикациях В.М. Димова, Е.В. Дмитриевой, В.Н. Иванова, А.М. Изуткина, В.М. Лупандина, В.М. Нилова, Г.С. Никифорова, В.П. Петленко, А.В. Решетникова, К.Н. Хабибулина и др.

Различные аспекты социальной политики в сфере охраны здоровья и формированию самосохранительного поведения граждан рассматривались в работах И.А. Григорьевой, В.И. Кашина, Л.В. Константиновой, А.Е. Чириковой, Л.С. Шиловой, С.В. Шишкина, В.Н. Ярской и др.

Анализу факторов, влияющих на состояние здоровья населения и формирующих отношение к здоровью на уровне индивида, групп и общества, уделяли внимание Ю.И. Бородин, Дж. Браун, А.Е. Иванова, О.А. Кислицына, П.М. Козырева, М.С. Косолапов, В.Г. Копнина, Ю.М. Комаров, И.В. Корхова, Ю.П. Лисицын, Л.Г. Матрос, И.Б. Назарова, В.К. Овчаров, Н.М. Римашевская, Н.Л. Русинова, В.И. Стародубов, В.С. Тапилина, Е.И. Шарапова и др.

Роль институциональных субъектов формирования здоровья отражена в работах А.А. Баранова, Е.Б. Бреевой, И.А. Деминой, Н.Н. Куинджи, В.Р. Кучмы, Н.М. Пичужкиной, М.И. Чубирко, О.В. Шиняевой, В.С. Шуваловой.

Динамика демографических процессов, причины демографического кризиса в стране и возможные пути его преодоления при помощи формирования позитивного самосохранительного поведения, в том числе у несовершеннолетних, рассматриваются в трудах В.А. Борисова, Г.А. Бондарской, Е.Б. Бреевой, А.Г. Волкова, С.И. Голод, И.А. Гундарова, В.В. Елизарова, А.Я. Кваши, В.М. Медкова, В.И. Переведенцева, Л.Л. Рыбаковского, А.Б. Синельникова и др.

Анализ состояние здоровья населения, отношение населения к своему здоровью и стратегии самосохранительного поведения изучены С.Н. Варламовой, Н.А. Рыбаковой, Н.Н. Седовой, Г.В. Тихомировой, А.А. Шабуновой и др.

Несомненный интерес представляют собой научные исследования Г.А. Иваненко, О.Ю. Малоземова, А.В. Новоян, А.И. Федорова, Л.С. Шиловой, Е.И. Шубочкиной, Л.В. Ясной, посвященные конкретному анализу форм и факторов самосохранительного поведения населения.

Свой вклад в изучение процессов старения, старости, активного долголетия внесли И.А. Аршавский, А.А. Богомолец, И.В. Давыдовский, Т.В. Карсаевкая, А. Комфорт, А.В. Нагорный, Н.Н. Сачук, Д.Ф. Чеботарев, А.Т. Шаталов.

Проблематику здоровья населения старших возрастов, уровня заболеваемости, смертности и инвалидности этой категории населения, а также потребностей пожилых и старых людей в различных видах помощи развивали: М. Д. Александрова, О. В. Аллахвердова, В. Д. Альперович, В.В. Безруков, И.Г. Беленькая, О.В. Белоконь, Л.А. Бурганова, В.М. Васильчиков, Е.М. Данилова, А.А. Дыскин, М.Э. Елютина, А.Е. Иванова, Г. П. Котельникова, О. В. Краснова, А.В. Мартыненко, Л.В. Панова, П. В. Романов, Н.А. Русинова, В.М. Середа, В.В Фролькис, Д.Ф. Чеботарев, Э.Е. Чеканова, Е.Р.Ярская-Смирнова, Р.С. Яцемирская и др.

**Объект исследования:** здоровьесберегающие технологии в реабилитации пожилых граждан.

**Предмет исследования:** специфика применения здоровьесберегающих технологий в стационарном учреждении социального обслуживания граждан пожилого возраста.

**Цель исследования:** раскрыть специфику здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых граждан и предложить рекомендации по их применению в практике стационарного учреждения социального обслуживания.

**Задачи исследования:**

- изучить теоретические основания здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых граждан;
- рассмотреть специфику и роль здоровьесберегающих технологий в практике стационарного учреждения социального обслуживания граждан пожилого возраста;
- провести диагностику проблем здоровьесбережения пожилых людей в стационарном учреждении социального обслуживания населения и разработать социальный проект «Возраст – здоровью не помеха!».

**Теоретико-методологическая основа исследования:** исследования в области здоровья и самосохранительного поведения (Н.А. Бернштейн, С.А. Быков, Л.А. Журавлева, Н.Д. Лакосина, В.Н. Панкратов, В.М. Розин, М.Г. Романцов, И.Н. Симаева, Л.С. Шилова, А.В. Чабанова); теории социализации и социальной адаптации личности (Г.М. Андреева, В.Г. Афанасьев, А.Н. Леонтьев, А.В. Мудрик, А.В. Петровский, А.А. Реан); теории взаимодействия среды и личности

(Л.С. Выготский, Ю.М. Мануйлов, В.А. Петровский, В.И. Слободчиков); гуманистические концепции теории развития личности (Р. Бернс, А. Маслоу, К. Роджерс); концепция формирования осознанного отношения к собственному здоровью (Н.П. Абаскалова, В.М. Кабаева); концепция формирования культуры здоровья и формирования социального здоровья (Е.Л. Семенова, Е.А. Сивицкая); концепции доступности пространства здорового образа жизни (П. Бурдые, Н. Луман, Т.Г. Маршалл, У. Мур).

**Методы исследования:** анализ специальной литературы, статистических данных и нормативно-правовой базы; экспертный опрос, анкетирование, математические методы обработки результатов исследования. В исследовании применяются теоретические методы сравнительного, структурно-функционального и системного анализа. Применение вышеназванных методов позволило многосторонне подойти к изучению выбранной проблемы и систематизировать знания в области применения здоровьесберегающих технологий в стационарном учреждении социального обслуживания пожилых граждан.

**Эмпирическая база исследования.** Информационной базой исследования явились нормативно-правовые акты органов власти федерального, регионального и муниципального уровней в области социального обслуживания пожилых людей, а также нормативно-правовые документы в области охраны здоровья населения, статистические материалы Федеральной службы государственной статистики и территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Белгородской области; документы ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов».

Эмпирическую базу исследования составляют материалы проведенного автором выпускной квалификационной работы социального исследования: «Диагностика проблем применения здоровьесберегающих технологий в стационарном учреждении социального обслуживания пожилых граждан» (на базе ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов») (март-апрель 2018г.) – анкетирование специалистов на базе ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» (n=24), анкетирование пожилых людей (n=38).

**Теоретико-практическая значимость исследования** заключается в

следующем: определена сущность здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых граждан и особенности их применения в стационарном учреждении социального обслуживания.

Результаты исследования могут быть использованы в качестве рекомендаций по совершенствованию процесса формирования здоровьесберегающего поведения пожилых – клиентов стационарного учреждения социального обслуживания населения. Материалы исследования могут найти применение в процессе профессиональной подготовки студентов направления «Социальная работа».

Полученные в результате исследования данные целесообразно использовать для совершенствования работы с пожилыми людьми в условиях стационарного учреждения социального обслуживания населения, а также в работе ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов», других учреждениях, осуществляющих работу в данном направлении.

**Апробация работы.** Выпускная квалификационная работа прошла апробацию в ходе преддипломной практики на базе ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» (2018г.).

Выпускная квалификационная работа выполнена по заказу ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»

**Структура выпускной квалификационной работы.** Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложения.



# 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН

## 1.1. Состояние здоровья и роль здоровьесберегающих технологий в улучшении качества жизни пожилых граждан

*Здоровье населения* – комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу, отражает уровень его экономического и культурного развития, состояние медицинской помощи, находясь в то же время под воздействием традиций, исторических, этнографических и природно-климатических условий общества [35].

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «здоровье – это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [35].

В науке исследуются три вида здоровья: физическое, психическое и нравственное (социальное):

*Физическое здоровье* – это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если хорошо работают все органы и системы, то и весь организм человека (система саморегулирующаяся) правильно функционирует и развивается.

*Психическое здоровье* зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств.

*Нравственное (социальное) здоровье* определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, т.е. жизни в определенном человеческом обществе. Отличительными признаками нравственного здоровья человека являются, прежде всего, сознательное отношение к труду, овладение сокровищами культуры, активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни. Физически и психически здоровый человек может быть нравственным уродом, если он пренебрегает нормами морали. Поэтому социальное здоровье считается высшей мерой человеческого здоровья. Нравственно здоровым людям присущ ряд общечеловеческих качеств, которые и делают их настоящими гражданами.

Термин «здоровьесбережение», широко используемый западными

философами и социологами, все чаще встречается в отечественной литературе. Здоровьесбережение понимается как:

1. Деятельность, направленная на сохранение и улучшение жизни человека (хозяйственно-бытовая, рекреационная – направленная на восстановление физических сил, оздоровление, лечение и т.п.) [36].

2. Деятельность, направленная на создание и укрепление семьи.

3. Трудовая деятельность, профессиональная активность.

4. Социально-культурная деятельность (общественная активность).

5. Духовно-нравственная активность.

По мнению, О.Э.Буллы, здоровьесбережение – это деятельность, активность людей, способствующая сохранению и улучшению здоровья. Это единство и согласованность всех уровней жизнедеятельности человека - биологического, психологического, профессионального, социально-культурного и духовно-нравственного. Здоровьесбережение – категория общего понятия «образ жизни», включающая в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, способствующих предупреждению развития нарушений здоровья и поддерживающих оптимальное качество жизни [13].

Здоровьесбережение – основа профилактики заболеваний. Человек, определяя для себя образ жизни, тем самым регулирует уровень вероятности того или иного заболевания. Образ жизни современного человека часто характеризуется гиподинамией, переизбытком, злоупотреблением лекарственными препаратами, алкоголем, психологическими стрессами, информационной перегруженностью, отсутствием высоких нравственно-этических идеалов, утерей цели и смысла жизни [13].

При определении путей и средств влияния здоровьесберегающей, здоровьесформирующей среды стационарных учреждений на формирование, укрепление и сохранение здоровья проживающих ученые исходят из *компонентов физического, психического, социального* здоровья человека. Отличительными чертами являются: нацеленность на достижение конкретных целей, актуальных для клиентов; использование широкого диапазона интерактивных видов деятельности (обсуждения в группе, ролевые игры, моделирование ситуаций, мозговой штурм) для активного участия воспитанников в процессе выработки поведенческих стратегий, персонификации поведенческих рисков; совместная с пожилыми

деятельность по определению источников возможного негативного влияния и выработке стратегии реагирования на него; направленность на формирование ценностей здоровьесохранительного поведения и развитие групповых норм противостояния негативному влиянию, соответствующих возрасту и индивидуальному опыту обучающихся и др.; совместный анализ результатов проделанной работы, планирование дальнейших действий.

Критериями и показателями эффективности формирования здоровьесберегающей среды в стационарных учреждениях с учетом индивидуального подхода выступают:

- учет особенностей возраста (реализация возрастного подхода);
- целенаправленность и лонгитюдность использования методов;
- представленность технологий обучения жизненным навыкам (в том числе помощи интерактивных методов: моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, мозговые штурмы);
- представленность технологий обучения навыкам противостояния негативному давлению (коммуникабельность, самоуважение) в соответствии с индивидуальным уровнем развития;
- направленность на взаимное положительное влияние друг на друга;
- представленность технологий формирования социально одобряемых норм поведения;
- ориентация на приобретение знаний, умений и навыков;
- проведение оценки эффективности деятельности по сохранению и укреплению здоровья.

Здоровьесберегающая, здоровьесформирующая среда стационарного учреждения социального обслуживания для пожилых граждан определяется как совокупность управленческих, организационных, обучающих условий, направленных на формирование, укрепление и сохранение социального, физического, психического здоровья и адаптации пожилых на основе психолого-педагогических и медико-физиологических средств и методов сопровождения реабилитационного процесса, профилактики факторов «риска», реализации комплекса межведомственных оздоровительных мероприятий.

К факторам, влияющим на формирование, укрепление и сохранение здоровья относятся: *социальные, психолого-физиологические, организационно-педагогические, управленческие* [16].

Основные принципы здоровьесбережения [16]:

1. *Системность*. Здоровье является целостным многомерным понятием. На состояние здоровья оказывают влияние биологические, психологические и социальные факторы. Формирование концепций здоровья должно быть на основе взаимообусловленного сочетания медико-биологического знания и ориентации человека как субъекта деятельности.

2. *Превентивность*. Сущность принципа превентивности состоит в изучении причин, факторов, закономерностей отклоняющегося поведения; применении методов его предупреждения и коррекции; формировании установок здорового образа жизни.

3. *Сферность* (междисциплинарность). Понятие «здоровье» сферно, междисциплинарно. Оно стало активно рассматриваться в исследованиях по самым разным научным направлениям. Сущность принципа сферности (междисциплинарности) состоит в том, что здоровье рассматривается как сложный многомерный феномен, имеющий гетерогенную структуру, сочетающий в себе качественно различные компоненты и отражающий фундаментальные аспекты человеческого бытия.

4. *Поэтапное формирование здорового образа жизни:*

- усвоение знаний о здоровом образе жизни, профилактике заболеваний. На основании знания окружающей реальности у субъекта формируются определенные позиции (тревога; ужас; волнение; сомнение; интерес; воодушевление; радость; уверенность; наслаждение; покой и другие), которые представляют собой эмоциональные предрасположения к формированию мотивации здорового образа жизни.

- формирование мотивации здорового образа жизни: мотивационная установка; желание; убеждение; привычка; интерес; направленность личности.

- самоопределение личности, то есть осознанный выбор здорового образа жизни; осознание себя субъектом данной деятельности. Критерием осознанного выбора здорового образа жизни является ориентация личности на развитие знаний, умений, навыков по укреплению собственного здоровья, формированию культуры здоровья.

5. *Социокультурная направленность личности*. Показателями социокультурной направленности личности являются: конкретизация жизненных целей; самоидентификация; коммуникативные умения и навыки; отношение к

культурным нормам; самосохранительное поведение, которое играет важную роль в формировании позитивного отношения индивида к здоровому образу жизни. Под принципом социокультурной направленности личности можно понимать процесс формирования системы мотивов, ориентирующих человека на созидательную деятельность, здоровый образ жизни, признание себя субъектом собственного развития. Еще Д. Лэббок писал, что здоровье гораздо более зависит от наших привычек и питания, чем от врачебного искусства.

6. *Здоровьесберегающая образовательная среда* стационарного учреждения. К основным показателям здоровьесберегающей среды стационарного учреждения относятся: гуманистическая направленность эмоционально-поведенческого пространства; учет индивидуально-возрастных особенностей; всемерное развитие творческой личности; организация лечебно-профилактических и информационно-просветительских мероприятий; содействие самореализации самоутверждению субъектов процесса; соблюдение санитарно-гигиенических норм; коррекция нарушений соматического здоровья, включающая использование комплекса оздоровительных и медицинских мероприятий; оздоровительная система физического воспитания; разработка и реализация дополнительных образовательных программ по формированию культуры здоровья, сохранению и укреплению здоровья, профилактике вредных привычек.

7. *Готовность специалиста к здоровьесформирующей деятельности.*

Умение специалиста подойти к пожилому человеку, найти пути к продуктивному взаимодействию с ним, внушить ему, что негативизм к собственному здоровью ничто иное, как игра с судьбой, сегодня является одной из важнейших задач. Специалист должен уметь: донести до клиента суть ценности здорового образа жизни; сформировать у него мотивы сохранения и укрепления своего здоровья; создать такие условия, при которых каждый человек может стать субъектом своей здоровьесформирующей деятельности; создать ситуацию успеха в овладении обучающимися навыками накопления собственного здоровья [15].

*К основным технологиям здоровьесформирующего образования (применительно к стационарному учреждению социального обслуживания) можно отнести следующие:*

1. *Разработка и реализация целостной социально-медико-психолого-педагогической программы* формирования здоровья клиента на уровне отдельных учреждений. Реализация целостной программы должна начинаться с

конкретизация понятия «здоровья» как ценности социально-реабилитационного процесса с учетом специфики конкретного учреждения.

2. *Организация валеологического образования*, то есть непрерывного процесса усвоения ценностей и понятий, направленных на формирование навыков, умений и отношений, необходимых для осознания и оценки собственного здоровья, взаимосвязи между ним и валеологической культурой, здоровым образом жизни.

3. *Разработка научно-методического сопровождения.*

Модульное обучение позволяет каждому клиенту достигать запланированных результатов за счет: организации обучения индивидуально, парами и в малых группах; индивидуального темпа продвижения и саморегуляции учебных результатов; изменения формы общения обучающего и обучаемого; оценки по конечному результату, безоценочного контроля внутри учебного модуля, что снимает напряжение, неуверенность, страх перед оценкой. Модульная технология оказывает позитивное влияние и на специалиста, позволяя преодолеть неудовлетворенность своим трудом, снять психологическую усталость.

4. *Организация медико-психолого-педагогического мониторинга* здоровья пожилых и создание на его основе компьютерной базы данных. На основании результатов мониторинга цели и задачи построения здоровьесформирующего образования должны быть разделены на *общие, стратегические и частные*.

5. *Индивидуально-дифференцированный подход* предполагающий:

- наличие в стационарном учреждении различных вариантов социально-реабилитационных программ, учебников, учебно-методических комплектов и дидактических материалов, позволяющих на едином базовом содержании знаний варьировать и тем самым индивидуализировать процесс;

- постоянный систематический анализ и оценку способов разработки программного материала (не только их эффективность, но и соответствие психофизиологическим особенностям, оценка их влияния на интеллектуальное и личностное развитие с учетом эмоционально-волевых и интеллектуальных усилий);

- использование разнообразных форм занятий, современных методов и технологий обучения; особые требования к профессиональной подготовке и личности специалиста.

Индивидуально-дифференцированный подход к пожилым предполагает

*определение индивидуального двигательного режима пожилого человека.*

Индивидуально-дифференцированный подход предполагает *организацию спортивно-оздоровительных коллективных творческих дел.*

Традиционные формы сохранения и укрепления здоровья пожилых – это консультации, беседы, инструктажи, тренинги, семинары-практикумы, конференции и др. Наиболее приемлемыми и продуктивными в процессе сохранения и укрепления здоровья являются интерактивные формы, которые носят здоровьесберегающий характер и предусматривающие: воздействие на эмоциональную сферу, способность вызвать разнообразные переживания, связанные с осознанием тех или иных явлений здоровья; пробуждение творческого начала, способности стратегического и критического мышления [24].

Теоретически обоснованные основные компоненты внутренней картины здоровья позволяют выделить три уровня отношения пожилого человека к своему здоровью: *когнитивный, эмоциональный и поведенческий*, которые являются основными показателями результативности данного процесса.

*Когнитивный уровень* отношения к здоровью в значительной степени зависит от социального окружения, особенностей его жизненного опыта. Главный показатель эффективного развития этого уровня – отношение к себе, самоуважение.

*Эмоциональный уровень* отношения к здоровью образуется в результате сравнения знаний пожилого о себе с другими людьми. Главный показатель эффективного развития этого уровня – формирование дифференцированных обобщенных знаний о себе в процессе деятельности и общения с окружающими.

*Поведенческий уровень* отношения к здоровью образуется в результате активной деятельности субъекта, направленной на сохранение и поддержание своего здоровья. Главный показатель эффективного развития этого уровня – включенность в культурно-оздоровительную деятельность.

Согласно такой логике выстраивается следующая технологическая последовательность формирования готовности пожилого человека к здоровьесберегающему (здоровьесохранительному или самосохранительному) поведению [29].

1. *Оценочно-ориентационный этап* включает диагностику личности: его мотивационно-ценностной сферы (интересы, мотивы, ценности, отношения, которые характеризуют направленность личности на самосохранение);

эмоционально-волевой сферы (наличие волевых качеств, умения контролировать свое поведение, преодолевать страх, неуверенность, волнение); когнитивной сферы (определение полноты знаний по социальной безопасности); действенно-практической сферы (степень сформированности умений, навыков самосохранительного поведения).

2. *Этап целеполагания* предусматривает постановку цели и задач, вид и объем необходимой информации по формированию представлений о социальной безопасности, выбор средств по корректировке мышления и поведения, направленного на самосохранение.

3. *Деятельно-практический этап* определяет специально организованное взаимодействие и вид индивидуальной помощи в становлении готовности.

4. *Контрольный этап*, предусматривает оценку результатов деятельности в ходе реализации программы; определение уровня сформированности готовности к самосохранительному поведению, направленность ценностных ориентации; корректировку экспериментальной программы на всех этапах ее реализации.

Для оценки сформированности готовности к самосохранительному поведению при рисках социального характера выделены следующие *критерии* [33].

- *мотивационно-ценностный* – характеризует наличие ценностных ориентации и мотивов, обеспечивающих направленность личности на самосохранительное поведение;
- *когнитивный* – характеризует степень овладения знаниями о видах социальных опасностей, основами самосохранительного поведения;
- *действенно-практический* – предполагает степень овладения умениями и навыками самосохранительного характера – предвидеть, распознавать и оценивать грозящую опасность, избегать ее или действовать по обстановке;
- *рефлексивный* – раскрывает способность к самоконтролю, саморегуляции своего поведения в ситуациях социального риска,

С учетом вышесказанного составлен механизм самосохранительного поведения, представленный на Рис. 1.

Содержание методики формирования самосохранительного поведения в научной литературе представлено в трех разделах: социально-педагогическом, оздоровительном, психологическом.

1 раздел – *социально-педагогический*. Основными целями являются:



введение в социально-реабилитационный процесс стационарных учреждений широкого набора средств формирования здорового образа жизни; качественное улучшение физического развития и физического состояния здоровья; разработка методик физического воспитания с учетом специфики возраста; самообразование.

2 раздел – *оздоровительный*: обеспечивает единство воздействий на организм средствами медицины и педагогики.

3 раздел – *психологический*: решает задачи обеспечения благополучного социального состояния человека и его гармонического развития. Содержание данного раздела нацелено на достижение каждым человеком положительного комфортного эмоционального состояния.

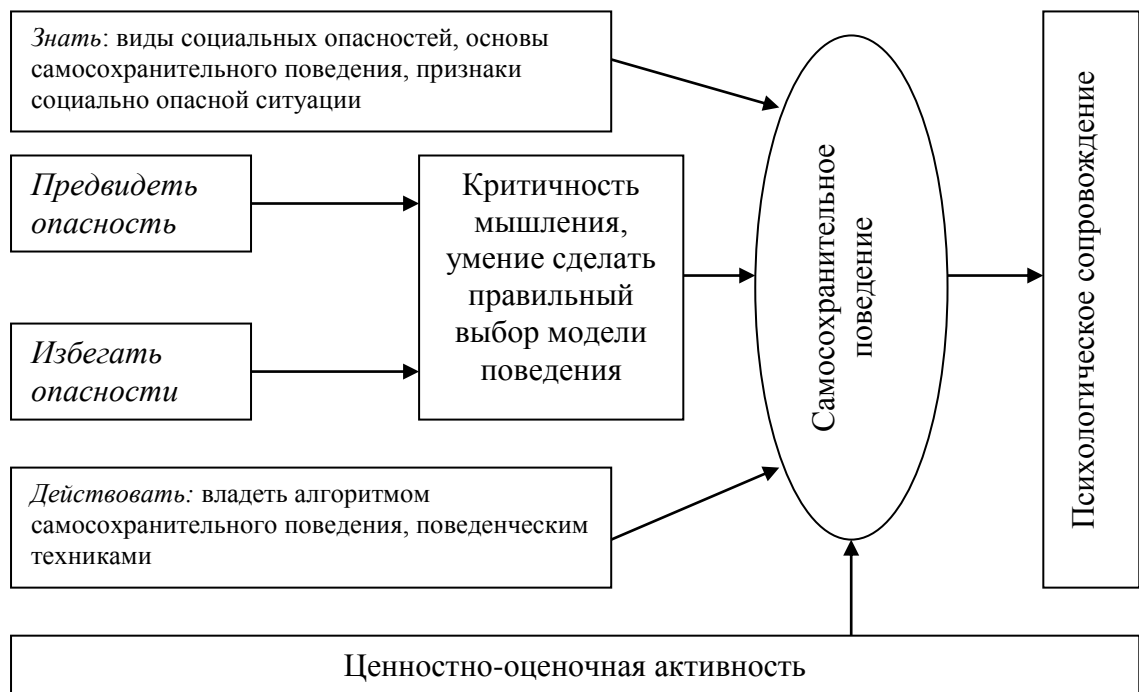


Рис. 1. Механизм самосохранительного поведения

Принципы применения психологических и психопрофилактических средств и методов:

1. Выявление факторов, способствующих возникновению и развитию стрессовых, невротических состояний.
2. Применение психолого-педагогических приемов, направленных на купирование и предупреждение нежелательных аффективных проявлений.
3. Обеспечение условий для преобладания положительных эмоций.
4. Создание благоприятного психологического климата.
5. Обучение приемам мышечного расслабления.

В науке выработаны *показатели* сформированности здорового образа жизни: представления об окружающей среде, представления о методах сохранения и

укрепления своего здоровья, знание основных терминов физической культуры, знание строения своего тела, назначения внутренних органов, знание того, что полезно и что вредно для организма, умение применять теоретические знания о здоровом образе жизни в повседневной деятельности, умение соблюдать технику безопасности в повседневной жизни.

По мнению В.Д. Сонькина, *здоровьесберегающая технология* – это:

- условия проживания (отсутствие стресса, адекватность требований, адекватность методик обучения);
- рациональная организация жизни (в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями);
- соответствие учебной и физической нагрузки возрастным возможностям;
- необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим [56].

Л.В.Зайцева определяет *здоровьесберегающие технологии* как систему мер, включающую взаимосвязь и взаимодействие всех факторов социальной среды, направленных на сохранение здоровья человека на всех этапах его развития.

Цель здоровьесберегающих технологий по отношению к пожилому – обеспечение высокого уровня реального здоровья пожилого человека и воспитание валеологической культуры как совокупности осознанного отношения к здоровью и жизни человека, знаний о здоровье и умений оберегать, поддерживать и сохранять его, валеологической компетентности, позволяющей самостоятельно и эффективно решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения, задачи, связанные с оказанием элементарной медицинской, психологической самопомощи и помощи. Применительно к взрослым ЗТ содействует становлению культуры здоровья, в том числе культуры профессионального здоровья специалистов [57].

Существующие здоровьесберегающие образовательные технологии, по мнению Л.В.Зайцевой, можно выделить в три подгруппы:

1. Организационно-педагогические технологии, определяющие структуру социально-реабилитационного процесса, способствующие предотвращению состояния переутомления, гиподинамии и других дезадаптационных состояний.
2. Психолого-педагогические технологии, связанные с непосредственной работой специалиста с клиентом.
3. Учебно-воспитательные технологии, которые включают программы по

обучению заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья [30].

*В качестве рабочего определения, мы воспользуемся определением В.И.Жукова: здоровьесберегающие технологии представляют собой совокупность форм, средств, методов, которые направлены на достижение оптимальных результатов в поддержании физического, психического, нравственного и социального благополучия человека, в формировании здорового образа жизни [56].*

Данный вид технологий классифицируется в соответствии с конкретными признаками. Так, технологии профилактики условно подразделяются на педагогические, социальные, медико-психологические и медико-биологические [56].

Здоровьесберегающие технологии интегрируют все направления работы по сохранению, формированию и укреплению здоровья.

Здоровьесберегающие технологии предполагают совокупность педагогических, психологических и медицинских воздействий, направленных на защиту и обеспечение здоровья, формирование ценного отношения к своему здоровью. Нет какой-то одной единственной уникальной технологии здоровья. Здоровьесбережение может выступать как одна из задач некоего социально-реабилитационного процесса. Это может быть процесс медико-гигиенической направленности (осуществляется при тесном контакте педагог – медицинский работник – клиент); физкультурно-оздоровительный (отдается приоритет занятиям физкультурной направленности); экологической (создание гармоничных взаимоотношений с природой) и др. Только благодаря комплексному подходу могут быть решены задачи формирования и укрепления здоровья. Коррекционная работа, связанная с укреплением здоровья пожилых в стационарном учреждении, особенно актуальна и реализуется путем осуществления системы физкультурно-оздоровительной и спортивной работы.

В последние годы особо актуальной стала задача обеспечения высокого качества жизни пожилым людям. По классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), население в возрасте от 60 до 74 лет отнесено к пожилому, от 75 до 89 лет – к старикам, а от 90 лет и старше – к долгожителям. Эта классификация учитывает нужды, потребности, биологические и социальные возможности пожилых людей. В нашей работе все они объединяются в одну группу – пожилые [57].

Биологические характеристики пожилых обусловлены процессом старения,

который для человека детерминируется социальными, экономическими, психологическими и рядом других факторов. Различают несколько видов старости:

- хронологическую, определяющуюся количеством прожитых лет (в соответствии с международной классификацией ранний период старости 65-74 года, старость – от 75 лет);
- физиологическую, определяемую состоянием здоровья, совокупностью соматических отклонений организма (зависит от индивидуальных особенностей угасания обмена и функций, а также от формирования приспособительных механизмов);
- психологическую, определяемую самоощущением человека, видением своего места в возрастной структуре;
- социальную, определяемую синтезом разных видов старости (социальный возраст человека соотносится со средней продолжительностью жизни в определенной стране и определенном временном отрезке, он не одинаковый для разных эпох, культур, для представителей различных социальных слоев и групп) [57].

*Показатели качества жизни пожилых людей* можно сгруппировать в три блока. *Первый блок показателей* отражает состояние дел, связанных с реализацией права пожилого человека на жизнь, здоровым существованием, обеспечением достойной старости. Благополучное решение возникающих здесь проблем не просто формирует у пожилого человека чувство уверенности в завтрашнем дне, доверие к органам власти и управления, но является основой существования личности.

*Второй блок показателей* характеризует удовлетворенность пожилых людей условиями повседневного существования: бытом, питанием, жильем, здравоохранением, образованием. Значение каждого из этих факторов для пожилых людей зависит от их потребностей и ценностных ориентации.

Они представляют собой сложившиеся способы и формы жизнедеятельности, направленные на удовлетворение человеческих потребностей, достижение жизненных целей. Чувство удовлетворенности жизнью, ощущение социальной комфортности, следовательно, и качество жизни напрямую зависят от степени реализации жизненных стратегий, осуществления жизненных планов.

*Третий блок показателей* характеризует состояние сознания пожилых людей. Качество жизни в данном случае связано с понятиями духовного

благополучия и надежды на будущее, которые выражаются в обретении пожилыми людьми смысла жизни, уверенности в будущем; в высоком уровне социально-психологического комфорта; отсутствии страхов за себя и своих близких [56].

В своей совокупности показатели характеризуют качество жизни пожилых людей, а их динамика отражает его улучшение или ухудшение. Систематизированными показателями качества жизни являются:

- 1) здоровье и продолжительность жизни;
- 2) удовлетворенность жизнью и уверенность в завтрашнем дне;
- 3) стабильность и благополучие семьи;
- 4) жилье, защищенность имущества и собственности;
- 5) материальное благополучие;
- 6) уверенность в завтрашнем дне.

Определяющим для качества жизни пожилого человека является характеристика его возможностей удовлетворять материальные, культурные и социальные потребности за счет приобретения благ и услуг. В распределительной системе отношений государство обеспечивает своим гражданам старшего возраста определенный минимум благ и услуг чаще всего за счет общественных фондов потребления.

Рассмотрим основные показатели, характеризующие качество жизни пожилых людей.

*Здоровье и продолжительность жизни.* В современном мире растет доля людей пожилого возраста. Так, по данным ООН, в 1950 г. в мире проживало приблизительно 200 млн. людей в возрасте 60 лет и старше, к 1975 г. их количество возросло до 550 млн. По прогнозам, к 2025 г. численность людей старше 60 лет достигнет 1 млрд. 100 млн. человек. По сравнению с 1950 г. их численность возрастет более чем в 5 раз, тогда как население планеты увеличится только в 3 раза. В 2050 г. в мире будет примерно 2 млрд. человек, которые достигли возраста старше 60 лет (в 3,5 раза больше, чем в настоящее время) [53].

Главные причины постарения населения, то есть увеличение продолжительности жизни в развитых странах – прогресс медицины, повышение уровня жизни населения. Со второй половины XX в. продолжительность жизни в мире возросла приблизительно на 20 лет, достигнув 67 лет. Ежемесячно примерно 1 млн. человек перешагивает 60-летний рубеж, 80% из них – в развитых странах. По данным ООН, только в период с 1970 г. по 2005 г. ожидаемая

продолжительность жизни возросла с 59,8 до 66,9 лет. При этом наибольшее увеличение отмечено в развитых странах – с 55,5 до 64,7 лет. По росту продолжительности жизни в указанный период среди развитых стран лидировали Япония, Швеция, США. В результате доля лиц в возрасте 65 лет и старше в общей численности населения развитых стран достигла 15%, в том числе в Японии - 19%, Швеции - 18% [24].

В России так же наблюдается процесс старения нации, однако, этот процесс связан, в основном, с устойчивой тенденцией сокращения численности молодежи. В России более 20% старше трудоспособного возраста [24].

Пенсионеры – это группа населения с плохим состоянием здоровья. По расчетам, проведенным на основе методики EQ-5D по данным 2005 года, российские пенсионеры являлись намного более больными, чем население в целом. Если население страны в целом лишь в 21% случаев является больным и в 54% - здоровым, то для пенсионеров эти показатели равны 51% и 26% соответственно. При этом болезнь и инвалидность – одна из основных причин трудного положения людей, и максимальным этот показатель является именно для пенсионеров: 47%, в то время как для остального населения - только 33%. Это неудивительно, ведь плохое здоровье пенсионеров требует дополнительных затрат на лекарства и медицинское обслуживание. А они порой настолько дороги, что у пенсионеров просто не хватает на них средств. Из-за нехватки денег 18% пенсионеров не могут позволить себе стационарное лечение (для остального населения этот показатель – 8%), а 38% – купить лекарства (для остального населения этот показатель – 17%). Поэтому неудивительно, что в случае необходимости платной операции или дорогостоящего лечения пенсионеры в массе своей просто не знали бы, что делать. Об этом говорят 57% пенсионеров и только 36% остального населения. А вот обратиться за помощью к родственникам и друзьям смогли бы лишь 34% пенсионеров и 50% остального населения [24].

*Удовлетворенность жизнью и уверенность в завтрашнем дне.* Вступление в людей в группу пожилых сопровождается для одних резким, для других плавным изменением рода занятий, образа и стиля жизни, материального положения и других условий жизнедеятельности. Самое главное событие для большинства пожилых людей, коренным образом меняющее его образ жизни и положение в обществе – выход на пенсию. С выходом на пенсию у пожилого человека неизбежно возникает целый ряд проблем – социальных, психологических,

материальных, то есть ухудшается качество жизни пожилого человека. Переход человека в группу пожилых существенно изменяет его взаимоотношения с обществом и такие ценностно-нормативные понятия, как цель и смысл жизни, добро и счастье и т.д. Значительно меняется образ жизни людей. Прежде они были связаны с обществом, производством, общественной деятельностью. Как пенсионеры (по возрасту) они чаще всего утрачивают постоянную связь с производством. Однако как члены общества остаются включенными в определенные виды деятельности в различных сферах общественной жизни [56].

Выход на пенсию особенно тяжело воспринимают люди, чья трудовая деятельность высоко ценилась в прошлом, а сейчас (к примеру, в современных российских условиях) признается ненужной, бесполезной. Практика показывает, что разрыв с трудовой деятельностью (а ныне это касается и многочисленной армии безработных) отрицательно сказывается в ряде случаев на состоянии здоровья, жизненном тонусе, психике людей. И это естественно, поскольку труд (посильный, конечно) является источником долголетия, одним из важнейших условий сохранения хорошего здоровья.

Ритм старения существенно зависит от образа жизни пожилых людей (как правило, пенсионеров), их положения в семье, уровня жизни, условий труда, социальных и психологических факторов. Среди пожилых людей выделяются самые разные группы: бодрые, физически здоровые; больные; живущие в семьях; одинокие; довольные уходом на пенсию; еще работающие, но тяготящиеся работой; несчастные, отчаявшиеся в жизни; малоподвижные, домоседы; проводящие интенсивно, разнообразно свой досуг (ходят в гости, посещают клубы и т.д.).

*Стабильность и благополучие семьи.* Около 70,0% семей пожилых людей состоят из одного человека. Более половины одиноких пожилых людей – это женщины, которые в возрастных группах старше 65 лет составляют более 75,0%. Доля бедных семей существенно отличается друг от друга в разных типах домохозяйств: среди домохозяйств пожилых людей в возрасте 60-65 лет их 26,5%, среди домохозяйств пожилых людей в возрасте старше 65 лет – 53,4%.

*Материальное благополучие.* В условиях рынка приобретение благ и услуг в значительной мере зависит именно от экономического положения пенсионера. Последнее определяется, прежде всего, уровнем его доходов и уровнем цен на потребительские товары и услуги, в том числе и на детерминированные обществом

стандарты потребления. Следовательно, важнейшим параметром, характеризующим уровень жизни пожилого человека, является уровень его доходов, и прежде всего уровень пенсии, соотнесенный с уровнем цен на потребительские товары и услуги, отвечающие представлениям о социально признанных стандартах потребления. Чем выше рассматриваемое соотношение, тем больше возможности повысить степень удовлетворения потребностей, а чем выше (полнее) удовлетворение потребностей пенсионера в процессе потребления, тем полноценнее его существование.

В структуре доходов подавляющего большинства пожилых людей реальным их источником является пенсия. Доля лиц пожилого возраста с душевыми доходами ниже установленного (для пенсионеров) прожиточного минимума составляет 30,5%; доходы на уровне прожиточного минимума имеют около 20%, еще 10% по доходам существенно не отличаются от этой группы.

Структуру расходов пожилых людей по результатам проведенного Е.И. Холостовой исследования можно представить следующим образом: питание – 62,9%, непродовольственные товары – 8,0, услуги – 15,0, лекарства – 14,1%. Данная структура существенно отличается от структуры бюджета прожиточного минимума пенсионера, принятого в России. Очевидно, что пенсионерам приходится тратить имеющиеся у них средства иначе, чем это предусмотрено используемыми официальными расчетами. Особенно обращают на себя внимание существенное по сравнению с предусмотренными затратами снижение расходов на питание и большие траты на услуги и лекарства [45].

Структуру расходов пожилых людей исследования можно представить следующим образом: питание – 62,9%, непродовольственные товары – 8,0, услуги – 15,0, лекарства – 14,1%. Данная структура существенно отличается от структуры бюджета прожиточного минимума пенсионера, принятого в России. Очевидно, что пенсионерам приходится тратить имеющиеся у них средства иначе, чем это предусмотрено используемыми официальными расчетами. Особенно обращают на себя внимание существенное по сравнению с предусмотренными затратами снижение расходов на питание и большие траты на услуги и лекарства [35].

Бедность пожилых людей обусловлена многими причинами. В силу разнообразных проблем, которые возникают в старости, особенно связанных с физиологическим и/или патологическим изменением здоровья, бюджет пожилого человека прямо или косвенно несет дополнительную нагрузку, перераспределяется



вследствие необходимости оплатить услуги и лекарства. Такие проблемы следует решать в системе социального управления путем не только повышения доходов пенсионера в виде пенсии, но и, закладывая его материальное благополучие в трудоспособном возрасте через заработную плату и накопления, позволяющие обеспечить человека жильем, сбережениями, предметами длительного пользования.

В годы реформ пожилые граждане России составляли в структуре экономически активного населения от 2,4 до 4%. Исследования ИСЭПН РАН показывают, что лица старшего возраста – это значительный, но невостребованный обществом потенциал. 39,2% опрошенных представителей старшего поколения хотели бы продолжать работу; от 1,6 до 8% – надеялись иметь собственное дело; от 1,2 до 7% – предпринимали попытки создать свой бизнес; 18,8% пожилых мужчин и 6,9% пожилых женщин желают научиться; работать на компьютере или как-то его использовать; 36,8% мужчин и 28,5% женщин хотели бы на добровольной основе выполнять работу, отвечающую интересам жителей своего подъезда, дома, района [29].

Необходимо также отметить, что в России проведены исследования факторов, влияющих на снижение экономической активности старших возрастных групп. Установлено, что в 1990-е годы произошло сокращение спроса на труд данной группы, и это могло подавлять соответствующее предложение труда. Значительная девальвация человеческого капитала и ухудшение здоровья пожилых людей вели к снижению производительности их труда. Объективные и субъективные трудности переобучения и адаптации на фоне растущей безработицы и сужения многих традиционных сфер приложения труда также дестимулировали их пребывание на рынке труда. Уменьшение предложений труда работников старших возрастов могло быть связано и со снижением относительной оплаты их труда [25].

*Жилье, защищенность имущества и собственности.* По мнению Е.И. Холостовой, за прошедшее десятилетие старшее поколение не получило реальных выгод от приватизации государственной собственности, не было поддержано в своих стремлениях получить дивиденды от небольших личных накоплений, не вернуло накопленных ранее хранившихся в Сбербанке средств, задержка выплат низких пенсий стала повсеместной. Однако при этом граждане старшего возраста учатся выживать, полагаясь лишь на себя и своих близких.

По данным ИСЭПН РАН, полученным в 2016 г., справляться с трудностями пожилым людям помогает наличие подсобного хозяйства – 43%, умение приспособиться к трудностям – 40,5%, помощь детей – 26,7%, помощь родственников и друзей – 12,3% [57].

Необходимо отметить, что большое значение в повышении жизненного уровня пожилого человека имеет его жилье. В Международном плане действий по проблемам старения даны рекомендации: «Жилье для престарелых необходимо рассматривать как нечто большее, чем просто крыша над головой. В дополнение к физическому компоненту следует должным образом учитывать также психологическое и социальное значение жилища».

Анализ большинства научных подходов к оценке качества жизни населения показывает, что авторы исходят из рассмотрения «человека как существа биологического и социального». Однако в качестве базовых компонентов выделяют показатели, определяющие среду и систему жизнедеятельности населения. Фактически при всем многообразии предложенных показателей в лучшем случае можно говорить о критериях качества условий жизнедеятельности, а не о качестве жизни.

С нашей точки зрения качество жизни определяется следующим: в какой мере удовлетворены потребности и интересы населения; насколько население этим удовлетворено; как результаты этой деятельности соотносятся с ресурсами общества и региона.

Для конструирования такого подхода к измерению качества жизни населения необходимо разработать объективные и субъективные показатели.

Показатель в социологии это методологически инструмент, обеспечивающий возможность проверки теоретических положений с помощью эмпирических данных. Различаются качественные (фиксируют наличие или отсутствие определенного свойства) и количественные показатели (фиксируют меру его выраженности, развития).

В данном случае мы имеем дело одновременно с качественными и количественными показателями-свойствами качества жизни и качеством условий жизни.

Критерии в социологии – мера оценки, определение, сопоставление явления или процесса; признак, являющийся основой классификации.

В соответствии с заданными показателями за меру их оценки в каждом

случае принимается особая совокупность критериев, измеримых на основе различных шкал: номинальной, ранговой, порядковой и др.

Поскольку в качестве объекта настоящего исследования выступало качество жизни определенной группы населения – граждан пожилого возраста, - необходимо было вначале определить совокупность факторов, определяющих и влияющих на процесс формирования качества жизни. А затем в соответствии с заданными показателями определить критерии их оценки.

Гражданами пожилого возраста в исследовании считались группа лиц старше трудоспособного возраста. В соответствии с пенсионным законодательством РФ она включает женщин 55 лет и старше и мужчин 60 лет и старше.

К факторам, определяющим качество жизни этой группы населения, то есть, объективно обуславливающих социальное, экономическое, психологическое положение, нами были отнесены: экономическое положение; здоровье; социальный статус; семейный статус; образование; место жительства.

Факторами, влияющими на качество жизни группы людей старше трудоспособного возраста, то есть, ухудшающими или улучшающими положение целесообразно считать: занятость; доступность социальной инфраструктуры; социальная защита; социальное обслуживание; социальные коммуникации; социальное окружение; социальное самочувствие.

Знание и определение этой группы факторов позволяет различным субъектам через определенные действия изменять показатели качества жизни заявленной группы населения.

## 1.2. Здоровьесберегающие технологии в реабилитации пожилых граждан: сущность и специфика

Первое определение реабилитации было дано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «...не только вернуть больного к его прежнему состоянию, но и развивать его физические и психологические функции до оптимального уровня» [26]. К сожалению, данное определение является недостаточно полным. На сегодняшний день практика показывает, что полное выздоровление человека не гарантирует его возвращение в социальный ритм жизни, в котором он прибывал до получения инвалидности. Следовательно, можно

сказать, что процесс реабилитации более широк, и его нельзя ограничить только восстановлением физических и психологических функций.

Реабилитация – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса человека, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Понятие реабилитации прошло достаточно долгий путь, пока не произошел переход от медицинского подхода к социальной модели. В рамках социальной модели реабилитация рассматривается и как восстановление трудоспособности, и как восстановление социальных способностей.

Социальная реабилитация подразумевает под собой систему и процесс восстановления способностей индивида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой жизни [26]. Социальная реабилитация включает в себя несколько аспектов [26]: социально-психологический; социально-педагогический; социально-средовой; социально-бытовой; социально-культурный; профессиональный (производственный).

Рассмотрим каждый элемент социальной реабилитации.

Социально-психологическая реабилитация является неотъемлемой частью успешного процесса реабилитации. Без данного вида реабилитации невозможно нормальное взаимодействие личности и общества.

Л.П. Храпылина дает следующие определение социально-психологической адаптации: процесс восстановления (формирования) способности индивида эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений, включая уровень коммуникабельности или общительности, а также владение навыками общения [55].

В процесс социально-психологической реабилитации входит: психологическое консультирование, психокоррекция, социально-психологический патронаж семьи, привлечение к участию в группах поддержки и клубах общения и т.п.

В процессе социально-психологической реабилитации люди учатся воспринимать себя и окружающий мир, бороться с депрессиями и агрессией. У людей начинает формироваться адекватная самооценка, изменяется

психологическое отношение к сложившейся ситуации, что в конечном итоге оказывает положительное влияние на все реабилитационные процессы.

Следующим направлением социальной реабилитации является социально-педагогическая реабилитация, которая подразумевает комплекс педагогических методов и средств, направленных на процесс приспособления к условиям социальной среды. В процесс социально-педагогической реабилитации входит формирование, коррекция и компенсация социальных функций, развитие и содействие в приобретении знаний и навыков, необходимых для развития и самореализации, а также социально-педагогический патронаж и поддержка. Немало важным в процессе социально-педагогической реабилитации является организация мер помощи в социализации. Социально-педагогическая реабилитация является одним из компонентов практической деятельности социальных педагогов, учителей, воспитателей и сотрудничающих с ними медиков, психологов, реабилитологов.

Социально-средовая ориентация – система и процесс определения структуры наиболее развитых функций человека с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-общественной деятельности.

Социально-средовая ориентация включает следующие мероприятия: социально-средовое обучение; обучение общению, социальной независимости, навыкам проведения отдыха, досуга, занятиями физкультурой и спортом; оказание помощи в решении личных проблем; социально-психологический патронаж семьи [54].

Совместно с социально-средовой ориентацией решаются и вопросы социально-бытовой адаптации, под которой понимается система и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности людей в конкретных социально-средовых условиях и приспособления к ним.

В социально-бытовую адаптацию входит: информирование и консультирование клиента и его семьи; «адаптационное» обучение клиента и его семьи; обучение клиента навыкам самообслуживания; обеспечение лица с ограниченными возможностями техническими средствами и обучение навыкам использования их; адаптация жилья инвалида к его потребностям.

Следующий вид социальной реабилитации является социокультурная реабилитация.

Можно сказать, что искусство и культура являются прекрасными образовательными и реабилитационными мероприятиями, которые обеспечивают развитие познавательных навыков, повышение уровня самооценки и общения, творческое самовыражение и др.

К методам социокультурной реабилитации относятся: игротерапия, арт-терапия, музыкотерапия, библиотерапия, терапия природными материалами и т.д.

К мероприятиям по социально-культурной реабилитации относятся концерты, выставки изобразительного творчества, занятия музыкально-драматического коллектива, изостудии, вокальной студии, школы компьютерной грамотности, школы ремесел и т.д.

И последним немало важным аспектом социальной реабилитации является профессиональная реабилитация. Профессиональная реабилитация – это многопрофильный комплекс мер, направленных на восстановление трудоспособности в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда. Целью данного вида реабилитации является не только повышение уровня жизни и достижение материальной независимости, но также интеграция в общество и реализация принципа обеспечения равных возможностей для всех людей.

Следующим и немало важным аспектом в реабилитации является социальная реабилитация, которая включает в себя социально-средовую ориентацию, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, а также социально-бытовую адаптацию.

Используя различные меры социальной реабилитации, необходимо объективно оценивать результаты их реализации и не забывать, что эффективность социальной реабилитации будет достигнута только при использовании всех реабилитационных мер (медицинских, психологических, социальных и профессиональных).

Пожилые воспринимают себя как людей, попавших в беду, и рассчитывают на помощь. Существует взаимосвязь между состоянием их здоровья и психологическим состоянием. Больше всего статус инвалида угнетает такого пожилого человека, у которого состояние здоровья не улучшается, а шансов вести прежнюю жизнь становится все меньше. Такие люди постоянно испытывают не только физический, но и психологический дискомфорт (профессиональная нереализованность, зависимость от лекарств, чувство обузы для семьи, невозможность самостоятельно ухаживать за собой и т.д.).

*Основными направлениями социальной реабилитации пожилых:*

- восстановительная терапия, санаторно-курортное лечение;
- социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая, социокультурная и социально-бытовая адаптация;
- социальная реадаптация и реинтеграция.

Социальная реадаптация и реинтеграция пожилых людей – это одно из важных направлений наряду с медицинской и профессиональной реабилитацией. Социальная реадаптация и реинтеграция рассматривается как комплекс мер, направленных на восстановление (формирование) социальных навыков, обеспечивающих функционирование в окружающей среде и относительно независимое существование в быту. Различают социально-бытовое, социально-средовое и социально-правовое направления в реадаптации и реинтеграции.

Медицинское и социальное обслуживание пожилых должно быть построено по единой системе, которая, несмотря на разные формы помощи (от оказания социальных услуг до материальных выплат и выдачи средств реабилитации), достигала бы единой цели – поддержание комфортного образа жизни, удовлетворение необходимых, жизненно важных потребностей, сохранения и восстановления психического здоровья пожилого инвалида в заключительные периоды жизни.

Следует сделать вывод, что процесс реабилитации является целостным и комплексным. Выпадение какого-либо аспекта или направление приведет к неполной, а также неэффективной реабилитации.

Социальная реабилитация – процесс, который имеет начало, но не имеет конца. Завершение выполнения индивидуальной программы реабилитации (ИПР) не означает, что структуры помощи и поддержки инвалидов могут ограничиться только выплатами пенсий и пособий. Социальный патронаж пожилых людей, а также социальный надзор и контроль необходим и на последующих этапах.

*Физическая реабилитация пожилых людей.*

Задача физической реабилитации – восстановление утраченных функций органов и систем, а также поддержание их работы. Для этого существует огромное количество восстановительных программ и методик. Очень широко используются физиотерапия и лечебная физкультура – они способствуют поддержанию нормального кровообращения, укрепляют иммунитет, помогают сохранить гибкость суставов, держат в тонусе мышцы и предупреждают их атрофию.

Физиотерапевтические методы улучшают обмен веществ, снимают болевой синдром и воспаления. Механотерапия – одна из разновидностей физкультуры, которая использует возможность специальных «умных» тренажеров и аппаратов. Массаж также считается эффективным методом реабилитации, он показан как лежачим больным, так и тем, кто не утратил способности двигаться. Для поддержания правильного метаболизма и хорошего пищеварения применяется диетотерапия. Психологическая реабилитация пожилых.

Оптимизм и хорошее настроение – важнейшие условия успешной реабилитации. Психологическая работа с пожилыми направлена на то, чтобы пробудить у пациента интерес к жизни, позволить ему достичь покоя и внутренней гармонии. Для повышения стрессоустойчивости, улучшения памяти, настроения и внимания используются самые разнообразные методы — от арт-терапии и сеансов релаксации до лечения ароматами и травами. Проводятся сеансы психотерапии, как индивидуальной, так и групповой, а в случае необходимости применяются и медикаменты. Результат комплексного применения этих методов — улучшение мыслительных процессов и памяти, повышение самооценки и настроения.

*Социальная реабилитация.* Значительную роль в психологической реабилитации лиц пожилого возраста играет общение. Ничего удивительного — даже молодой и здоровый человек без полноценного живого общения может потерять вкус к жизни, что говорить о пожилых. А ведь позитивный настрой и яркие эмоции — основное условие долгой и счастливой жизни! В последние годы при реабилитации пожилых активно используется эрготерапия – метод, который позволяет людям вновь овладеть движениями для выполнения бытовых задач и заново научиться обслуживать себя. С плохим настроением, апатией и депрессиями справляется психотерапия. Очевидный положительный эффект оказывает и общение с людьми. Ученые выяснили, что интеллектуальный труд и разнообразные развлечения — своеобразная страховка от деменции и болезни Альцгеймера. Люди, которые любят читать, разгадывать загадки или учить иностранные языки, меньше рискуют приобрести эти заболевания и дольше сохраняют ясность памяти.

*Просветительская реабилитация.* Пожилым людям бывает сложно сориентироваться в современной действительности. Цель просветительской реабилитации — рассказать им об их правах и положенных им социальных услугах, научиться принимать решения в повседневной жизни. Кроме того,



просветительская реабилитация нужна для того, чтобы люди в полной мере понимали, какие процессы происходят в их организме, как он меняется — и как к этому приспособиться.

В последнее время появилась инновационная технология – *технология самосбережения здоровья и жизненного оптимизма* (ортобиооз) [56].

На сегодняшний день технология самосбережения здоровья и жизненного оптимизма (ортобиооза, в пер. с лат. – *разумного образа жизни*) в социальной работе малоизвестна, хотя деятельность в этом направлении ведется достаточно интенсивно. По выражению И.И. Мечникова, ортобиооз – это «...правильная жизнь, основанная на изучении человеческой природы и на установлении средств к исправлению ее дисгармонии». И.И. Мечников был убежден, что суть ортобиооза – это обеспечение развития человека ради достижения долгой, деятельной и бодрой старости. Его последователь, В.М. Шепель, сформулировал современное направление ортобиооза, как *ортобиотика* [56].

В центре внимания здоровьесберегательных технологий – психологические характеристики человека, психологическая предрасположенность к стрессу, проблемы питания, общения, личной жизни в современном обществе, проблемы семьи, старости. И в каждом случае предлагается комплексный подход к преодолению проблем.

Опора делается на *системный подход* к понятию «здоровье» как триединству его составляющих: *физическое, психическое, нравственное здоровье*.

Эффективность технологии здоровьесбережения предполагает получение таких результатов, как *активизация жизненного оптимизма, переориентация сознания человека на конструктивное и позитивное отношение к жизни, умение определять смысл на каждом жизненном этапе, ставить цели и вносить необходимые коррективы в свой образ существования, что позволяет поддерживать качественный уровень здоровья*. Это служит хорошим доказательством и дает основание для применения технологии самосбережения здоровья и жизненного оптимизма в социальной работе [56].

Самосбережение состоит в следующем: вызвать интерес к своему здоровью, здоровому образу жизни, получить в этом навыки (сформировать у человека привычку самостоятельного контроля собственного состояния здоровья и принятия мер по его поддержанию); заложить в сознание человека самооценку личного здоровья; упредить проявление нежелательных процессов в физическом,

психическом и нравственном здоровье посредством поддержания активной деятельности организма через организацию разумного образа жизни; привнести в организм энергию оптимизма через организацию деятельности, создающей оптимистический настрой жизни; выработать умение благополучно «пережить» критическую ситуацию.

Огромное значение в формировании оптимизма имеет фактор *отношения к жизни*, от которого зависит вся жизненная устойчивость человека. Суть жизненной ситуации зависит не от обстоятельств, из которых эта ситуация складывается, а от отношения человека к ним. Жизнь основана на убеждениях, они определяют наши действия и наше отношение к событиям. Строить свое поведение, игнорируя данный факт, значит обеспечить себе массу проблем.

Оптимистическая установка обеспечивает человеку жизнерадостность, энтузиазм и воодушевление. Оптимизм – это одна из *особенностей мышления, привычка*, которую человек либо разовьет в себе, либо позволит скатиться в яму пессимизма и неудач. Оптимистичный настрой обусловлен образом мыслей человека, определяющих его отношение к тому, что окружает.

Возникает цепочка: психологический настрой, состояние надежды, вселяющее оптимизм, что выступает предпосылкой духовной самоорганизации человека и способствует обострению в его сознании инстинкта самосохранения и потребности в самосбережении своего здоровья. Множество слагаемых ортобиоза объединено в три *группы*:

- *рекреация* (укрепление физического здоровья) – сохранение тела в активном физическом состоянии и комплекс мер двигательной активности. Рекреацию можно представить как телесное самоконструирование;

- *релаксация* (укрепление психического здоровья) – снятие нервного и мышечного напряжения, развитие воли, закрепление внутреннего положительного состояния, овладение элементами саморегуляции, получение навыка управления своими эмоциями;

- *катарсис* – система разнообразия мер, укрепляющих нравственное здоровье человека, основанная на самоконтроле, ощущении совести. По определению В.М Шепеля, «*нравственность* – совестливое состояние души» [56].

Рассмотрим основные подходы к работе с пожилыми людьми по технологии ортобиоза (применительно к стационарному учреждению социального обслуживания).

*Экологический* – мобилизация и поддержка конструктивного потенциала, присущего человеку. Направления работы:

1. *Социальное научение* – содействие пожилому человеку в овладении новыми знаниями, умениями, навыками.

Каждому необходимо: обучение комплексной превентивной (предупреждающей) работе со своим организмом (используя технологию построения оптимальной структуры тела и лечебного дыхания), освоение умений и навыков духовной и моторной саморегуляции, психофизической коррекции своих состояний; активизация инстинкта самосохранения; формирование ценности собственной жизни, веры в свои силы и возможности, позитивное отношение к жизни (оптимизм); использование на практике компоненты ортобиоза; умение планировать свою деятельность в соответствии с требованиями здорового образа жизни; знание представлений о причинах возникновения стрессов; умение использовать приемы личной саморегуляции в целях снятия соматического и психического напряжения.

Основными компонентами патронажной работы по технологии ортобиоза являются:

2. *Профилактика* – научно обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на: предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска; сохранение, поддержание и защита нормального уровня жизни и здоровья людей; формирование потребности в самосбережении собственного здоровья как самостоятельно культивируемой жизненной ценности; содействие в достижении поставленных целей и раскрытии внутренних потенциалов.

3. *Поддержка и помощь* – конструктивное взаимодействие, выбор варианта действий и инструментария, укрепление уровня мотивации к ценности собственной жизни, хорошему самочувствию, оптимистическому настрою.

4. *Преобразующий процессинг* подразумевает стремление к переменам, деятельность по изменению, преобразование.

Все компоненты комплексной работы объединяются в стадии «технологическая процедура», цель которой – *формирование потребности в самосбережении здоровья и жизненного оптимизма*.

Алгоритм работы специалистов включает несколько процедур-ситуаций:

подготовительная; диагностическая; преобразующая; контрольная.

*Подготовительная процедура* совершает выбор цели, т.е. выбор технологического варианта. Что необходимо в данный момент? При выборе цели используются оба компонента (профилактика, поддержка и помощь). Важно привлечь из зоны риска в группы с помощью психологов, рекламы в СМИ, индивидуального консультирования.

*Диагностическая процедура* направляет основные усилия на составление полного анамнеза по объекту (состояние здоровья: физического, психического, нравственного). Здесь также используются профилактика, поддержка и помощь.

Особое внимание следует уделить экологической среде жизни клиента. С этой целью составляется картограмма семейного ортобиоза.

По завершении составления анамнеза с помощью специалиста по ортобиозу составляются пакеты мини-технологий по каждому компоненту «формулы выживаемости» (рекреация, релаксация, катарсис, куда включаются также рекомендации по питанию, организации труда, интимной жизни и др.).

*Преобразующая ситуация*, в которой ведущим является принцип системности. В работе целесообразно использовать компонент «Преобразующий процессинг», состоящий из следующих этапов работы: обнаружение, прояснение, программирование [56].

*Контрольная процедура* – это проведение контрольной диагностики с помощью пакета методик, использованных на диагностическом этапе. Целесообразно использовать в контрольной и диагностической процедурах таблицу, которая составляется и заполняется специалистами, проводящими тренинговые занятия с семьей и детьми в начале и по окончании цикла занятий по самосбережению здоровья.

В условиях стационарных учреждений, когда важнейшим направлением в работе является адаптация пожилого к позитивному социуму и комплексная реабилитация, использование технологии самосбережения здоровья и жизненного оптимизма позволяет сформировать положительный стереотип, благодаря правильной организации режима и воспитания, реабилитационным мероприятиям различной направленности, в том числе и духовно-нравственной [56].

Технология самосбережения здоровья и жизненного оптимизма реализуется в различных *формах*.

- *профилактические обучающие программы* по технологии самосбережения

здоровья;

- *специальная коррекционная работа* с людьми, входящими в «группу риска»;

- *групповые совместные занятия*, проводимые специалистом, владеющим знаниями в области ортобиотики. Проведение подобных совместных занятий приводит к потеплению отношений, на этом фоне происходит оздоровление, развитие;

- составление специалистом *картограммы семейного ортобиоза*;
- организация *социокультурной деятельности* (выпуск газеты, постановка спектаклей, участие в массовых мероприятиях и др.);

- организация туризма, досуга и отдыха с учетом положений ортобиоза;
- знакомство с серией статей в печатных органах по вопросам здорового образа жизни;

- создание специализированных служб по изучению гражданского самочувствия населения;

- подготовка и совершенствование квалификации специалистов по технологии самосбережения здоровья и жизненного оптимизма.

Таким образом, в практике стационарного учреждения необходимо формирование у пожилых: способности к позитивному саморазвитию в различных жизненных обстоятельствах, уверенности в себе, развитию чувства компетентности и собственной ценности; мотивации укрепления здоровья, посредством установки на ценность собственного здоровья; приобретения знаний о своем здоровье; овладения способами, охраняющими и умножающими здоровье; умения применять формы накопления здоровья к особенностям своего организма; культуры здоровья, направленной на ответственное отношение как к своему, так и здоровью окружающих, гармонизацию личности, готовность поддержать свое душевное равновесие и окружающих, способность воспринимать и создавать прекрасное.

## 2. СПЕЦИФИКА И РОЛЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

### 2.1. Диагностика проблем здоровьесбережения пожилых людей в стационарном учреждении социального обслуживания населения (на примере ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»)

Автором выпускной квалификационной работы проведено социологическое исследование «Изучение проблем формирования самосохранительного поведения пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания (на примере ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»)».

*Проблема исследования направлена на выявление проблемы формирования самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей; выявление факторов, способствующих формированию самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания; поиск путей совершенствования применения здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания.*

*Цель исследования:* выявить проблемы формирования самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей – клиентов стационарного учреждения социального обслуживания и наметить пути совершенствования применения здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания.

*Задачи исследования:* провести анализ источников и литературы по теме исследования; определить факторы, способствующие формированию самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания; выявить отношение респондентов к проблеме исследования; наметить пути совершенствования (с целью разработки рекомендаций) процесса формирования самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей в контексте применения здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания.

Сроки проведения исследования: март – апрель 2018г.

На различных этапах исследования используются следующие методы: 1. Методы прикладной социологии: анкетирование пожилых людей, экспертный опрос (анкетирование). 2. Статистические методы анализа эмпирических данных. 3. В исследовании применяются теоретические методы сравнительного, структурно-функционального и системного анализа; статистические методы обработки и анализа эмпирических данных: показатели описательной статистики (SPSS 22v).

*Объектом исследования* явились пожилые люди, проживающие в ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» и специалисты данного учреждения.

*Предмет исследования:* факторы и проблемы формирования самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей в ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов».

*Гипотеза исследования:* формирование самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей, проживающих в стационарном учреждении социального обслуживания, будет *успешным*, если будут *выявлены* факторы, отрицательно и положительно воздействующие на здоровье пожилых, *определены* основные проблемы формирования самосохранительного поведения и *разработана* система мероприятий по здоровьесбережению.

Выборочная совокупность определялась посредством гнездовой, квотной, целенаправленной выборки. В качестве квотных критериев выборки использовались признаки пола и возраста (для пожилых); стажа работы и образования (для специалистов).

*Опрос (анкетирование) специалистов.* Штат работников ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» рассчитан на 161 штатную единицу. В доме-интернате работают 142 человека, это руководитель учреждения, специалисты, врачи, средний и младший медицинский персонал, а также обслуживающий персонал интерната.

Уровень образования и квалификация сотрудников соответствует занимаемой должности. Руководитель, специалисты и врачи учреждения имеют высшее профессиональное образование. Все специалисты постоянно повышают профессиональный уровень. Большинство врачей и медицинских сестер

аттестованы на высшую, 1 и 2 квалификационную категорию. Средний медицинский персонал имеет среднее профессиональное образование. Младший медицинский персонал, а также обслуживающий персонал со средним профессиональным и начальным профессиональным образованием. Опыт работы сотрудников в учреждении составляет: более 40 лет – 0,7%; более 30 лет – 3,5%; более 20 лет – 9,1%; более 10 лет – 12%; более 5 лет – 14,7%; менее 5 лет – 60%

Таким образом, число специалистов, отвечающих критериям нашего исследования составляет 38 человек. Нами опрошено 32 человека (в силу объективных причин: отпуск, болезнь, командировка).

*Опрос (анкетирование) пожилых людей.* Общее число мест ГБУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» -222, В настоящее время в нём проживают 200 человек. Нами опрошено 98 человек, отвечающих критериям выборки (дееспособные, имеющие возможность участвовать в исследовании)

*Инструментарий:* анкета по изучению отношения пожилых людей к здоровью, анкета участника исследования (для пожилых), анкета специалиста ГБУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»

В рамках исследования были опрошены респонденты со следующими социально- демографическими характеристиками. Женщины составили 70,6%, мужчины – 29,4%; в возрасте 55-59 лет составляют 21,1%; 60-64 года – 29,7%; 65-69 лет – 20,8%; старше 70 лет – 28,5%. В ходе опроса были представлены следующие этнические группы: русские (57,7%), татары (40,7%), другие (2,6%). Большинство респондентов имеют следующее образование: высшее (32,60%), среднее профессиональное (30,40%), среднее полное (21,90%), имеют ученую степень 2,5%.

Остановимся только на нескольких факторах, определяющих качество жизни пожилых. Удовлетворенность жизнью, материальное положение: только 2,7 % опрошенных пожилых людей полностью удовлетворены своей жизнью, однако не менее одной трети (33,4%) оценивают ее в целом положительно («удовлетворены»). Достаточно низко, хотя в целом удовлетворительно оценивают ее качество («так себе») 38,2%, испытывают чувство неудовлетворенности 16,9 % опрошенных. Крайне негативно оценили свою жизнь 4,8% пожилых людей. Только 4 % затруднились с оценкой ее качества. Доля крайне негативных оценок своей жизни пенсионерами меньше, чем доля позитивных. Значение материального



фактора в оценке социального благополучия пожилых людей наглядно показывают данные, фиксирующие взаимосвязь изменения материального положения пенсионеров и их чувства тревоги по поводу своего будущего, а также удовлетворенности их жизнью в настоящем.

Таблица 1.

Вариант ответа	Оценки различных аспектов психологического самочувствия пожилых людей			
	Как часто вы испытываете			
	Чувство одиночества	Чувство забытости	Чувство ненужности	Потребность иметь хорошую компанию
Часто	10,1	6,5	7,1	9,9
Иногда	32,0	23,6	20,0	38,3
Никогда	50,5	61,7	63,3	32,6
Не могу сказать	7,4	8,2	9,6	19,2
Итого	100	100	100	100

Пожилые люди крайне чувствительны к ухудшению своего материального положения. Безотносительно причин, его вызвавших, будь то инфляция, увеличение расходов на оплату коммунальных услуг или «монетизация льгот», пенсионеры очень беспокоятся о своем будущем.

Существенное расхождение оценок респондентами своего материального положения и удовлетворенности жизнью позволяет высказать следующие гипотезы. Во-первых, «материальная» составляющая оценки качества своей жизни пенсионерами является важным, но не определяющим фактором этой оценки. Во-вторых, в механизме адаптации пожилых людей к условиям стационарного учреждения проявляются синдром, при котором относительно снижается «порог чувствительности» к реальным обстоятельствам жизни, и потребность в изменении смысла своей жизни. Признание в «полной неудовлетворенности» своей жизнью для многих пожилых людей означает признание своего фиаско, бессмысленности своего существования в настоящем и прожитой жизни в целом.

Важным показателем социального самочувствия является межличностная коммуникация, в частности, характер отношений с соседями. Наименее коммуникабельными и наиболее изолированными («никаких отношений с нет») являются пожилые люди старше 80 лет, мужчины, инвалиды первой группы. Образование и уровень доходов являются факторами, связанными с коммуникацией с соседями. Те, кто имеет высшее образование и обладает более высокими доходами, в отличие от людей с неполным средним и средним образованием и низкими доходами стараются поддерживать «очень хорошие» отношения с теми, кто живет рядом.

Важным показателем жизнеспособности социальной группы и степени ее адаптации к новым условиям является способность к сплочению, которая выражается, в частности, в готовности оказывать помощь другим людям. Никогда не чувствуют себя одинокими половина пожилых людей (50,5 %). Одна треть (32%) испытывают чувство одиночества иногда, но каждый десятый (10,1 %) – постоянно. Контрольные вопросы для оценки психологического самочувствия показали, что данные оценки являются устойчивыми и искренними. Фактор одиночества крайне остро воспринимается пожилыми людьми.

Пожилым людям очень важно соблюдать баланс автономности, независимости и, с другой стороны, защищенности, иметь возможность общения, испытывать чувство своей значимости.

Важно отметить, что из социально-статусных характеристик наиболее важным фактором, характеризующим качество жизни пожилых людей, является уровень образования. Анализ показал, что люди с неполным средним и высшим образованием склонны давать своей жизни прямо противоположные оценки: первые склонны оценивать ее как «неудовлетворительную» и «очень неудовлетворительную», вторые – как «удовлетворительную» и «очень удовлетворительную».

В целом не склонны давать резких отрицательных оценок качества своей жизни мужчины. Наиболее дискомфортно чувствуют себя и негативно оценивают свою жизнь люди, не имеющие собственной изолированной комнаты.

Более 70% опрошенных респондентов отметили тот факт, что размер ежемесячной выплаты пенсии не оправдал их ожиданий.

Социальные условия жизни пожилых людей, прежде всего, определяются состоянием их здоровья. В качестве показателей состояния здоровья широко используется самооценка. В силу того, что процесс старения у отдельных групп и индивидов происходит далеко не одинаково, самооценки сильно различаются.

Другой показатель состояния здоровья – активная жизнедеятельность, которая снижается у пожилых людей в силу хронических заболеваний, ухудшение слуха, зрения, наличия ортопедических проблем.

Согласно исследованию, среди основных ценностей, несомненно, преобладает «хорошее здоровье» - очень важным его посчитали 86,2% пенсионеров, а не важным лишь 0,2%, на втором месте в иерархии ценностей выходит важность наличия детей и внуков (у проживающих в учреждении их либо нет, либо

отношения не сложились), так очень важным этот фактор посчитали 80,2%, а не важным 0,5% опрошенных пенсионеров, следующая наиболее важная ценность в жизнедеятельности пенсионеров это материальное благосостояние и достаток, важность которого отмечают 78,6%, а не считают важным лишь 1% опрошенных. Остальные же ценности оцениваются по-разному, так например «общение с людьми» очень важным считает 41,2%, скорее важным 50%, а не важным вовсе 6,6%, «независимость в жизни» очень важна лишь 33,4% респондентов, «полезность людям» очень важна для 35,1% респондентов, уважение окружающих, как очень важную ценность отмечают 43,8% опрошенных, а полезный досуг лишь 21,1%. Необходимость в покое и отдыхе важна 40,9%, осознание чувства выполненного долга - 32%, общественная работа – 10,4%.

Однако для нормальной жизнедеятельности большинство пожилых людей. считает необходимым деньги (73,1%), лекарства (25,9%), стабильность (20,4%).

По результатам опроса 27,7% пожилых отмечают необходимость в дополнительной помощи, 35,6% - не нуждаются. При этом лишь 16,3% говорят о том, что нуждаются в помощи учреждений социального обслуживания граждан, в то время как более половины (54,8%) утверждают, что такой необходимости нет.

Среди наиболее востребованных услуг социального обслуживания пенсионеры отмечают: социально-медицинские (54,6%), социально бытовые (14,2%), социально-правовые (6,5%) За дополнительную плату пенсионеры хотели бы получать массаж (41,9%), лечебную физкультуру (21,5%), парикмахерские услуги (12,6%), консультации и диагностику врачей (42,1%).

Материальное положение – единственная проблема, которая может соперничать по своей значимости со здоровьем. Пожилые люди встревожены своим материальным положением, уровнем инфляции, высокой стоимостью медицинского обслуживания. Оценивая материальное положения пенсионеров мы выявили следующие особенности.

Мужчины в больше степени нуждаются в дополнительной помощи (32,9%), чем женщины (25,5%). Среди тех, кто считает себя полностью счастливыми в дополнительной помощи нуждаются 19,6% респондентов, в то время как среди тех, кто считает обратное 72,7%. Рассматривая необходимость в дополнительной помощи в зависимости от удовлетворенности условиями жизни в целом, видим, что среди полностью удовлетворенных необходимость отмечают 15,2% респондентов, а среди полностью неудовлетворенных 58,1%. Еще одна

существенная проблема пожилых людей - возможность более активного их включения в трудовую деятельность. Ведь учеными замечено: чем дольше человек работает, тем эффективнее действует его организм. Во многих развитых странах мира люди старше 65 лет энергичны, бодры и работоспособны. Для государства и налогоплательщиков продолжение трудоспособности пожилых - важный способ оздоровления экономики.

Возможности для развлечения и отдыха улучшились у 6,3 %, у 29,3% - остались неизменными. Условия жизни в целом улучшились у 8,2% респондентов, остались неизменными у 34% опрошенных респондентов.

Полученные данные позволяют выделить четыре основных фактора (в порядке убывания их значимости), определяющих качество жизни пожилых людей.

Первый фактор можно условно назвать «независимость». Он основан на сохранении у части пожилых людей достаточных ресурсов для удовлетворения своих витальных потребностей, в основе которых лежит здоровье, необходимое количество денег и возможность обеспечивать себя самостоятельно, ни от кого не находясь в материальной зависимости.

Второй фактор можно условно назвать «территориальная дистанция межличностных отношений». Пожилые люди очень остро чувствуют потребность в соблюдении баланса символической автономности своей жизни и способности поддерживать позитивные социальные контакты с группами других людей, которые для пенсионеров помимо своей семьи часто ограничиваются только соседями. В представлениях пожилых людей позитивные контакты с соседями возможны главным образом при отсутствии недоразумений на «общей коммунальной площади» и возможности приглашать для общения людей на «свою» («непроходную», «персональную») территорию.

Наконец, третий фактор можно назвать «ретрансляция жизненной стратегии молодости в настоящее время». Он фиксирует склонность (или необходимость) ограничить круг общения и интересов. Выбор жизненной стратегии, основанной на стремлении постоянно осваивать большой внешний мир, в частности, получая новые знания, воспринимается некоторыми пожилыми людьми как следствие отсутствия необходимости заботиться о внуках и негативных внешних обстоятельств (проживание вне рамок достаточно большой семьи).

Выделенные факторы демонстрируют нам различные подходы разных групп

пожилых людей к определению своего комфортного существования в преклонном возрасте.

В основе «социально активного» образа пожилых» лежит, прежде всего, оценка уровня образования этой группы. Мнение респондентов о том, какие черты наиболее характерны для современного пожилого человека выявили, что у пожилых, в основном, плохое здоровье, они, в целом не удовлетворены жизнью, и неостребованны в современной социально-экономической жизни.

Таблица 2

Мнение респондентов о том, какие черты наиболее характерны для современного пожилого человека (несколько вариантов ответов)

%	Характерные черты
73,2	Плохое здоровье пожилого населения
40,2	Неостребованность в современной социально-экономической жизни его профессиональных навыков
11,3	Социальная пассивность пожилого населения
10,9	Низкий уровень образования
51,1	Неудовлетворенность жизнью в целом
6,4	Практически отсутствие ограничений жизнедеятельности, связанных с состоянием здоровья
11,6	Заинтересованное отношение к происходящему и широкий круг интересов
19,7	Уровень образования пожилых не ниже, чем в других возрастных группах
7,0	Достаточно высокий уровень приспособления к современным преобразованиям
36,4	Пожилое население крайне неоднородно, судить о нем в целом невозможно

Ответы на следующие вопросы характеризуют образ жизни пожилых, выявлены предпочтения пожилых в структуре занятости в свободное время (Таблица 3).

Таблица 3

Предпочтения пожилых в структуре занятости в свободное время

	да	нет	иногда
Часто ли Вы читаете?	40%	40%	20%
Часто ли Вы смотрите телевизор?	60%	5%	35%
Часто ли Вы слушаете радио?	40%	55%	5%
Часто ли Вы говорите по телефону?	10%	55%	35%
Часто ли Вы совершаете прогулки?	80%	20%	-
Часто ли Вы занимаетесь любимым делом?	35%	65%	-
Часто ли Вы ходите в церковь?	10%	40%	50%
Часто ли Вы посещаете кино, театр, выставки?	-	70%	30%
Часто ли Вы ходите в гости и принимаете гостей?	5%	40%	55%

Как видно из Таблицы 4 большую часть времени (в структуре свободного времени) занимает просмотр телевизора и прогулки, хотя 55% заявили о доступности *всех* социокультурных благ.

Результаты исследования показали, что социальная активность пожилых достаточно низка: так в целом 85% пожилых людей не участвуют в мероприятиях.

Приведем некоторые результаты исследования.

Распределение ответов на вопрос «Как изменилось Ваше качество жизни в последние три года?: заметно улучшилось – 9%, несколько улучшилось – 11%, не изменилось – 75%, заметно ухудшилось – 5%.

Распределение ответов на вопрос «Как Вы относитесь к употреблению алкогольных напитков?»: не признаю никакие спиртные напитки – 51%, могу выпить только слабые спиртные напитки в небольших количествах – 12%, не вижу ничего особенного в употреблении вина и пива – 3%, иногда можно себе позволить и крепкие спиртные напитки – 2%.

Распределение ответов на вопрос «Откуда Вы бы хотели получить дополнительные знания о своей болезни?»: от врача – 38%, из специальной медицинской литературы – 22%, из Интернета – 10%, из научно-популярных журналов – 30%.

Распределение ответов на вопрос «Оцените уровень информации о различных аспектах Вашей болезни и медицинского вмешательства, которую Вам предоставил врач» представлен в Таблице 4.

Таблица 4

Оцените уровень информации о различных аспектах Вашей болезни и медицинского вмешательства, которую Вам предоставил врач

	Очень понятно рассказал	Кое-что было понятно	Было не очень понятно	Ничего не рассказывал
О диагнозе	30%	40%	20%	10%
О возможных осложнениях болезни	30%	40%	20%	10%
О методах обследования	30%	40%	20%	10%
О методах лечения	20%	50%	20%	10%
О возможных побочных эффектах обследования и лечения	20%	50%	20%	10%

Распределение ответов на вопрос «Как изменилось Ваше здоровье за последние три года?»: несколько улучшилось – 20%, примерно такое же – 50%, несколько ухудшилось 20%, гораздо ухудшилось – 10%

Распределение ответов на вопрос «Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?» представлено в Таблице 5

Таблица 5

«Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?»

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А) Тяжелые физические нагрузки,	70%	30%	0%
Б) Умеренные Физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	20%	20%	60%
В) Поднять или нести сумку с продуктами	20%	70%	10%
Г) Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	50%	30%	20%
Д) Подняться пешком по лестнице на один пролет	20%	20%	60%
Е) Пройти расстояние более одного километра	50%	30%	20%
Ж) Пройти расстояние в несколько кварталов	70%	30%	0%

Представим некоторые ответы специалистов-экспертов.

Распределение ответов на вопрос «По каким причинам чаще всего пожилые граждане оказываются в условиях стационарных учреждений?»: отсутствие родственников – 87%, невозможность проживания с родственниками – 3%, отсутствие жилья – 5%, невозможность самообслуживания – 5%.

Распределение ответов на вопрос «Что нужно сделать для улучшения качества социально-медицинских услуг в стационарных учреждениях?»: улучшить медицинское обслуживание – 63%, улучшить питание – 27%, ввести дополнительные услуги – 10%.

Распределение ответов на вопрос «Ведены ли дифференцированные режимы адаптации в стационарных учреждениях для пожилых?» представлен в Таблице

Таблица 6

Ведены ли дифференцированные режимы адаптации в стационарном учреждении

	да	нет	частично
1.режим общественно-трудовой занятости (направлен на поддержание личной активности, способствует реализации интересов, знаний, установок, потребности в общении)	80%	0%	20%
2.лечебно активирующий режим (поддержание полезных навыков и умений, оживление общения и бытовой адаптации)	70%	10%	20%
3.лечебно-охранительный режим (поддержание функциональных способностей и отправления физиологических функций индивидуально по отношению к каждому проживающему)	85%	5%	10%

## 2.2. Социальный проект «Возраст – здоровью не помеха!»

В качестве рекомендаций к выпускной квалификационной работе предложен социальный проект «Возраст – здоровью не помеха!».

*Проектная ситуация.* На современном этапе отмечается актуальность и острейшая социальная значимость проблемы здоровья пожилых людей. Прежде всего – это ухудшение физического и психологического здоровья. Нервные нагрузки, связанные с изменениями в обществе, приводят к обострению болезней. Привычными ощущениями пожилого человека становится потеря смысла жизни, неуверенность, беспомощность. Чтобы избавиться от душевной боли и укрепить не только физическое и психологическое, но и нравственное здоровье пожилых людей мы предлагаем пути к долголетию и здоровому образу жизни. Проект направлен на формирование у пожилых активной гражданско-нравственной жизненной позиции по отношению к своему здоровью и здоровью окружающих.

Здоровый образ жизни пенсионера является необходимым условием продолжительной и комфортной жизни пожилого человека. Способность быть довольным своей жизнью у пожилых людей зависит от того, насколько хорошо они подготовились к смене своего социального статуса и какое состояние здоровья вынесли из длинной череды прожитых лет.

Необходимо отметить и зависимость здоровья от психики человека, в связи с чем большое значение для поддержки здоровья имеет увлеченность интересным делом, активная жизненная позиция. Смена жизненного статуса может спровоцировать такие изменения типа личности пожилого человека, что некоторые авторы называют их пенсионной болезнью, когда человек, находивший в труде единственный смысл своей жизни неудовлетворён своим новым положением. Спасением от синдрома пенсионной болезни является активная жизненная позиция, интересные и полезные увлечения.

От старости вылечить нельзя, но вот замедлить её ход можно. Для того чтобы и в пожилом возрасте быть активным нужно серьёзно заниматься своим здоровьем. Важнейший шаг в данном направлении это полноценное и сбалансированное питание.

Основы здорового образа жизни – это отказ от вредных привычек ( курение, алкоголь), неподвижного образа жизни; рациональный режим дня с достаточным



отдыхом; сбалансированное и умеренное питание; систематические и умеренные нагрузки; создание позитивного эмоционального фона.

Движение, рациональное питание, правильное дыхание – вот те средства, которые открывают путь к долголетию. Чем старше становится человек, тем более необходимо обращать ему внимание на поддержание своего здоровья в нормальном состоянии. Все это улучшает состояние здоровья пенсионеров.

Несомненна важность в пожилом возрасте интеллектуальной и творческой активности. Активная мыслительная деятельность не только замедляет процесс возрастной деградации умственных способностей, но и активизирует работу системы кровообращения и обмен веществ, творчество наполняет жизнь ритмом и положительными яркими эмоциями.

*Проблемы, на решение которых направлен соответствующий механизм, и которые он должен устранить.*

Увеличение уровня продолжительности жизни возможно при сочетании правильного образа жизни, разумного чередования труда и отдыха, здоровой пищи, интересных занятий, новых встреч

Цели:

- расширение представлений о возможностях поддержания здорового образа жизни в пожилом возрасте с ориентацией на активную жизненную позицию, углубление знаний в интересующих областях в связи с возможностями самореализации в общественной деятельности и участия в «Психологическом клубе» для пожилых;

- улучшение качества жизни пожилых людей посредством пропаганды здорового образа жизни и формирование у людей старшего поколения чувства ответственности за свое состояние. Поддержка социального благополучия, оптимистического настроения, ощущения востребованности и нужности пожилых людей;

- оказание пожилым людям морально-психологической поддержки, чтобы дать им уверенность в завтрашнем дне, наполнить их жизнь общением, сделать ее яркой и интересной;

- профилактика и охрана здоровья граждан, пропаганда активного спорта и здорового образа жизни;

- поддержка социального статуса пожилого человека за счёт сохранения объёма и качества социальных ролей и активности путем дополнения или

компенсации трудовой активности различными спортивно- оздоровительными видами деятельности;

- формирование новых интересов и помощь в освоении новых видов социально- культурной деятельности, позволяющих заполнить досуг, расширить кругозор, адаптироваться к меняющемуся миру;

- нахождение новой формы работы с пожилыми людьми и инвалидами;
- улучшение и восстановление функциональных способностей организма;
- формирование активно-творческой старости, когда пожилые ведут здоровый образ жизни, продолжают работать, участвовать в общественной жизни.

Задачи.

- улучшение здоровья пожилых людей в результате перемены негативных поведенческих факторов риска;

- предотвращение развития вредных привычек;
- пропаганда здорового образа жизни среди людей пожилого возраста для продления долголетия и активной жизненной позиции;

- привлечение пожилых волонтеров для работы в проекте;
- организация «Психологического клуба»;
- помощь пожилым людям в восстановлении утраченных и формирование новых коммуникативных навыков;

- поддержание жизненной активности пожилых людей;
- формирование системы представлений о здоровье и здоровом образе жизни у пенсионеров;

- формирование способности к развитию здоровых жизненных увлечений и интересов, творческой самореализации пенсионеров;

- вовлечение в активную жизнь людей с ограниченными возможностями.

*Контроль и оценка: показатели качественные*

Активная позиция участников – главный фактор, который изменит личностную позицию пенсионеров: люди, потерявшие смыслы в жизни, смогут обрести новые смыслы, почувствовали свою востребованность, благодаря чему возникают новые сферы для самореализации в различных общественных областях.

Изменится социальная позиция пожилых людей на уровне ближайшего окружения.

Из пассивного получателя малых социальных благ пожилые превращаются в

активных участников гражданского общества (создание клуба). В результате общество получит дополнительные ресурсы – опыт, знания, время пожилых. В результате появятся знания о факторах улучшающих качество жизни и состояния здоровья. Участники смогут критически оценить, пересмотреть свой образ жизни и образ жизни близких людей, а также, применить полученные знания, освоить навыки здорового поведения и сформировать осознанное отношение к построению здорового образа жизни.

В результате можно говорить о повышении качества жизни за счет предоставления целого спектра возможностей реализации. Открытие новых горизонтов и возможностей позволило посмотреть на жизнь другими глазами.

*Контроль и оценка: показатели количественные*

Вовлечение в проект не менее 20 человек

*Описание рисков:*

низкая информированность людей пожилого возраста о проекте. В процессе реализации проекта будет организовано несколько информационных поводов, которые в свою очередь спровоцируют интерес прессы. Это позволит широким слоям населения узнать о проекте и принять в нем участие. Сложность найти талантливых и опытных педагогов для проведения занятий с людьми пожилого возраста.

#### Риски проекта

п/п	Наименование риска проекта	Ожидаемые последствия наступления риска	ФИО ответственного исполнителя	Действия в случае наступления риска
1	Отказ граждан пожилого возраста и инвалидов от участия в проекте	Снижение количества граждан пожилого возраста и инвалидов, проходящих курс социальной адаптации.	Борисова И.Ю.	Разъяснение, беседы с потенциальными участниками проекта, изменение мероприятий по проекту
2	Снижение финансирования	Невозможность реализации некоторых запланированных мероприятий проекта.	Борисова И.Ю.	Изменение мероприятий по проекту, поиск другого источника финансирования
3	Невозможность найти талантливых модераторов для организации клуба	Невозможность реализации некоторых запланированных мероприятий проекта	Борисова И.Ю.	Реклама проекта в СМИ для привлечения педагогов

*Ожидаемые результаты:*

проект позволит продлить жизнь людей старшего поколения, повысить мотивацию и заинтересованность пожилых людей в решении своих жизненно важных проблем, даст знания людям о здоровом образе жизни, даст возможность участвовать пожилым людям в решении социальных проблем на уровне учреждения. Эффективность проекта обусловлена тем, что он нацелен на поддержку инициатив, которые уже реализуются в Белгородской области.

*Психологический клуб как элемент здоровьесберегающей программы для граждан пожилого возраста*

Когда человек выходит на пенсию, он выпадает из привычного режима жизни. Снижается активность и насыщенность взаимодействия, сужается круг общения, ограничивается поток информации, кроме того, изменяется ее качество. Эти новые условия требуют адаптации человека к ним, к своей новой социальной роли в обществе и семье. Возникает возрастной психологический кризис.

Появляется много свободного времени и, вместе с тем, проблема невостребованности имеющихся опыта, способностей и знаний. Эта же проблема отмечается и у людей, являющихся инвалидами. Если не помочь выйти из данного жизненного кризиса, то личность все больше и больше будет дезадаптироваться в социуме, сосредотачиваться на своих внутренних переживаниях и, чаще всего, на самочувствии. Возникает благоприятная почва для развития и усугубления психосоматических заболеваний. Проблема свободного времени в этом случае решается, как бесконечные походы в поликлинику, ипохондрическая фиксация на болезнях.

Кроме того, снижение нагрузки на мыслительную сферу, приводит к снижению когнитивных функций (памяти, внимания), особенно заметному в условиях возрастного изменения состояния сосудов головного мозга. Грамотная, регулярная тренировка когнитивных функций в пожилом возрасте необходима как для профилактики деменций, так и для сохранения навыков самообслуживания и социальной адаптации.

С изменением социальной роли в обществе и семье могут обостряться взаимоотношения с окружающими, возникать конфликтные ситуации. Иногда человек пытается жить жизнью своих детей и внуков, что всегда воспринимается ими как избыточный контроль, вторжение в их личное пространство. Поэтому необходимо создавать возможность пожилому человеку иметь собственные интересы, условия для творческой самореализации и активности.

Решение проблем коммуникаций, поиска своего места в обществе способствует профилактике и разрешению семейных конфликтов, а так же предотвращению ситуаций, при которых пожилые люди и инвалиды, имеющие родных, проживают в специализированных домах-интернатах.

Оздоровительные и здоровьесберегающие программы для людей пожилого возраста и инвалидов, которые реализуют учреждения социального обслуживания, имеют в своем составе социально-психологические мероприятия, гарантированные государством. Эти мероприятия направлены на поддержание работоспособности, физической и психической активности пожилых граждан, уменьшение заболеваемости, за счет снижения уровня тревоги и депрессии (основных факторов развития психосоматических заболеваний), снижению уровня конфликтности и повышению уровня социальной адаптации в данном возрастном периоде.

Но в учреждение социального обслуживания пожилой человек приходит на реабилитационную или оздоровительную программу 1–2 раза в год. Этого времени недостаточно для достижения значимых изменений в установках личности и мониторинга социально-психологической адаптации. Кроме того, при проведении профилактических и реабилитационных мероприятий важно учитывать следующие психологические особенности пожилого возраста:

- Ограничение коммуникаций и информации о мире и социуме.
- Ригидность мышления и поведения, а так же долговременный характер формирования убеждений, реакций, стиля поведения (возникает особо устойчивый характер сложившихся паттернов мнений, взглядов и реакций).
- Гипертрофированное восприятие действительности (обидчивость, заострение на эмоциональных аффектах приводят к усилению психологических защит от внешнего воздействия и вторжения во внутренний мир).
- Наличие множественных хронических патологий (это определяет требования особой корректности психофизиологического вмешательства, а, часто, необходимость опосредовать разговор о психотравмирующих ситуациях, чтобы не спровоцировать обострение заболевания).

Поэтому проблемы пожилого человека не могут быть решены единовременно. Это долгий и постепенный процесс личностных изменений, без которого часто невозможно полноценное восстановление психологической адаптации.

Возникает необходимость создания условий для контакта с клиентом в

промежутках между курсами с целью поддержания адаптации и достижения более глубоких изменений (работы с внутрисемейными отношениями, психотравмами, сложившимися убеждениями и стереотипами, разрушающими социально-психологическую адаптацию).

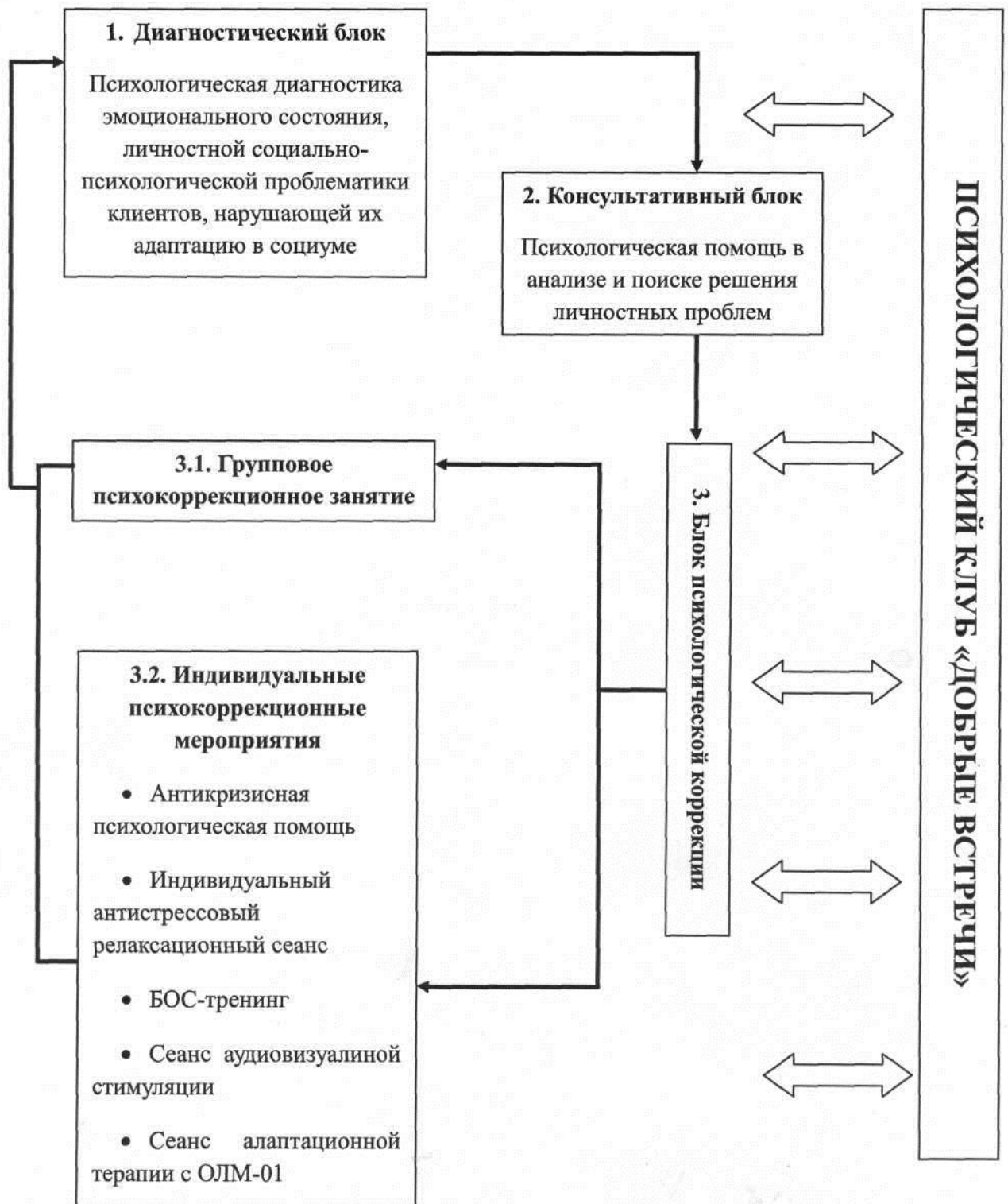


Рис.2 Социально-психологические мероприятия

Именно на решение этих задач направлена такая форма работы с пожилыми людьми и инвалидами, как Психологический клуб (Рис. 2).

Актуальным запросом пожилого человека является состояние здоровья. Поэтому для клиента акцент в начале программы делается на методах психологической коррекции психофизиологического состояния (артериального давления, болевого синдрома и т.д.), улучшении самочувствия и формировании мотивации на обучение саморегуляции.

В процессе улучшения самочувствия возникает доверие к психологу, как специалисту, и используемым психологическим техникам. Тогда становится возможен переход на следующий уровень программы, затрагивающий модели поведения в социуме, способы реагирования – все те факторы, которые являются причинами дезадаптации человека и развития психосоматических состояний.

Блоки программы повторяются по типу «спиральной лестницы», что обеспечивает взаимопреемственность достигнутых результатов на каждом уровне.

Осуществляет социально-психологические мероприятия в рамках программы здоровьесбережения и ведет работу Психологического клуба специалист, имеющий психологическое образование. Возможно, и желательно привлекать к совместному с психологом проведению клубных встреч специалистов по социальной работе и социальных работников.

### *1. Организационные основы*

*Целью работы клуба является:* повышение социальной адаптации пожилых людей, формирование положительной социальной среды для активизации резервов здоровья, психики, творческих способностей и продления активного долголетия.

#### *Задачи клуба:*

- профилактика тревожных и депрессивных состояний, повышение адаптационных возможностей организма;
- расширение круга общения и повышение информированности пожилого человека о современном мире;
- профилактика социального одиночества как помощь в формировании у пожилого человека новой социальной роли и выработке модели эффективного взаимодействия с окружающими;
- развитие творческих способностей и навыков самовыражения.

Категория участников: пожилые люди и инвалиды от 55 лет.

Количество участников: 10–25 человек

Состав клуба формируется на основе личного желания и индивидуальных особенностей клиентов. Занятия проводятся 1–2 раза в месяц. Продолжительность

одной встречи 1,5–2,0 часа.

*Правила создания клуба:*

*Формирование основы членов клуба*

Первичную основу клуба специалист должен формировать из числа активных, коммуникабельных, жизнелюбивых людей с интересным жизненным опытом или творческой составляющей. Вводить новых участников, с депрессивной симптоматикой и специфическими проблемами взаимоотношений, необходимо дозировано и только тогда, когда основной коллектив клуба сдружился, когда сложилась позитивная психологическая атмосфера.

Тогда клуб становится самокорректирующей средой, способствующей как изменению эмоционального состояния, так и формированию новых жизненных моделей реагирования и поведения. Возникает эффект, который можно назвать терапией средой, когда эмоциональное «заражение» работает на благо конкретного участника. Кроме того, в процессе ресоциализации и восстановления социальной адаптации человеку свойственно принимать групповой формат поведения. Таким образом, от других участников перенимаются новые, более эффективные и здоровые жизненные установки, а так же модели построения взаимоотношений.

*Актуальность тем для участников*

Отличие процессов обучения детей и взрослых в том, что первым интересно практически все, им просто интересно узнавать новое о мире. А вторые не станут тратить время и силы на то, что не считают для себя актуальным или в чем не видят практической пользы для себя. Поэтому начинать программу клуба следует с наиболее актуальных для участников тем. Темы, содержащие активную психокоррекционную информацию целесообразно вводить в программу клуба постепенно, после создания доверительной, доброжелательной атмосферы и мотивации участников на открытый обмен мнениями. Ведущий клуба должен учитывать, что встреча участников не является занятием психотерапевтической группы в прямом смысле. Это сотрудничающее взаимодействие равных в процессе интересной для них деятельности, которое может и должно способствовать достижению поставленных психокоррекционных задач.

*Опосредованность психокоррекционных средств*

Взрослый человек не склонен к тому, что бы его поучали, особенно, если это исходит от более молодых и имеющих меньший жизненный опыт людей, даже, если это психолог или специалист по социальной работе. По этой причине



полезная психокоррекционная информация часто воспринимается, как не стоящая внимания или отвергается, если противоречит ожиданиям клиента. Это срабатывают психологические защиты. Поэтому стоит выбирать такие психокоррекционные средства, которые позволяют опосредованно через фильмы, игры, произведения искусства актуализировать процессы личностного изменения, или обеспечивают введение необходимой психокорректирующей информации. Такой подход гарантирует участникам ощущение безопасности и создает возможность обойти их психологические защиты. Ведущий клуба должен способствовать обсуждению и осмыслению участниками предлагаемой информации. Фактически он выступает в роли фасилитатора или модератора<sup>3</sup>. Отличие может быть в том, что первый заранее планирует выводы, к которым и ведет группу, в то время, как второй предлагает группе техники, с помощью которых они сами должны найти свое решение.

#### Использование талантов и знаний участников

При проведении встреч важно привлекать к активности самих участников клуба. Можно предоставлять им возможность самим провести встречу или часть встречи по конкретной тематике, в которой данный человек обладает интересным опытом или знаниями. Это способствует повышению самоуважения, росту авторитета в группе, развитию творческих задатков.

#### *2. Структура работы психологического клуба*

Программа работы психологического клуба разделена на пять блоков:

1. Кинематограф «О детстве, юности и не только...»;
2. Психологические игры «Не в бровь, а в глаз»;
3. Язык искусства «Зеркало души»;
4. Академия взаимоотношений «С годами мудрость обретаем»;
5. Тайны родного края «Там, на неведомых дорожках...».

#### Блок 1. Кинематограф «О детстве, юности и не только...»

В рамках данного направления участники клуба получают возможность познакомиться с произведениями киноискусства, с творчеством современных талантливых режиссеров, как нашей страны, так и зарубежных.

Художественные фильмы, по разным причинам не попавшие в массовый прокат, или единожды мелькнувшие на телеэкране, но признанно вошедшие в сокровищницу киноискусства, не всегда легко доступны для просмотра.

Тематика данных произведений позволяет говорить с людьми об имеющихся

у них психологических и жизненных проблемах опосредованно. Иногда это возможность показать другую точку зрения на ситуацию или помочь осмыслить и найти выход из положения.

Содержание художественных и мультипликационных фильмов способствует активизации жизненного опыта пожилых людей, связи с эмоциональными ресурсами, в том числе, на символическом языке, позволяет работать с системой убеждений. При обсуждении просмотренных картин находятся единомышленники, могут разрешаться проблемы страха смерти, проблемы этических взаимоотношений (детско-родительских, с обществом).

Кроме того, знакомство с творчеством разных народов и стран повышает информированность пожилого человека в современном мире, развивает чувство юмора и помогает находить общие темы для развития контактов с окружающими, к какой бы возрастной группе они не принадлежали.

Задача психолога не только в том, что бы подобрать соответствующий материал для просмотра, но и организовать обсуждение в группе. Анализируя ситуации из художественных и мультипликационных фильмов, психолог может наглядно показать стратегии и тактики поведения в конфликте (х/ф «Любовь и голуби», «По семейным обстоятельствам», м/ф «Алеша Попович и Тугарин Змей»), на примере героев исследовать страхи и комплексы, помочь понять точку зрения и сложности другого поколения. Но данный анализ должен осуществляться самими участниками просмотра. Роль ведущего – задавать правильные вопросы, направляющие процесс обсуждения, побуждающие к активному осмыслению и фиксации эмоционального опыта.

Задачи, решаемые с помощью данного блока:

- опосредованный разговор о психологических и жизненных проблемах;
- активизация жизненного опыта;
- работа с системой убеждений, поиск выхода из ситуации.

Блок 2. Психологические игры «Не в бровь, а в глаз»

Психологическая игра это своеобразная форма тренировки различных функций мышления и сознания. Игровой элемент особенно эффективно работает в детском возрасте, стимулируя и развивая способности ребенка. Взрослые психологические игры основаны на том же принципе: через интерес и азарт познавать себя и мир на том этапе, на котором находится человек, а так же поддержать или даже развить конкретные навыки и функции (например,

когнитивные). Примером могут служить такие игры, как «Эрудит», «Шарады», игры с использованием метафорических ассоциативных карт.

Иногда игра предшествует интересу к какому-то аспекту жизни, философии и интеллекта. Иногда игра может облегчать коммуникации и способствовать развитию способности к эффективному взаимодействию. В ролевой игре можно безопасно тренировать какие-то новые модели поведения, позволить себе то, что не считал возможным ранее, но, что оправдывает игровая роль (например, игра «Мафия», правила которой приведены в Приложении 2). Все это позволяет расширять возможности человека, в то же время, давая психологическую защищенность.

Более сложными являются игры, направленные на личностную трансформацию и разрешение актуальных проблем. Особенностью трансформационных игр (таких, как «Лиля», «Трансформация») является их длительность, не-большое количество участников и грамотный психологический отбор игроков. Участники игры должны доверять друг другу, им должно быть комфортно вместе, настолько, что бы можно было говорить об очень глубоких и личных жизненных аспектах, если они будут затронуты в игре. Это игры из категории «не для всех», т.к. связаны с достаточно высоким интеллектуальным уровнем и духовным запросом.

Какой бы не была игра, она всегда позволяет наиболее интересным образом проявить свои качества, овладеть новыми способами самовыражения. Кроме того, это один из способов поднять настроение и найти друзей по интересам.

Происходит стимуляция творческого потенциала, воображения и коммуникации, развивается интуиция и понимание людей. Игровое направление позволяет овладеть новыми способами самовыражения.

Таким образом, игры раскрывают потенциал человека, способствуют росту самоуважения, учат ценить свою и чужую индивидуальность.

Задачи, решаемые с помощью игрового подхода:

- тренировка функций мышления, коммуникативных навыков;
- личностная трансформация и помощь в разрешении актуальных проблем;
- формирование новых способов самовыражения;
- повышение эмоционального тонуса.

Блок 3. Язык искусства «Зеркало души»

«Терапию искусством» можно назвать достаточно новым методом психотерапии. Впервые он был использован Адрианом Хиллом в 1938 году.

Данный метод позволяет работать с чувственной сферой человека, исследовать и выражать эмоции на уровне символов. С помощью художественного творчества находят отражение разные виды познавательных процессов, страхи, конфликтные ситуации, воспоминания из детства, мечты и др.

К этому направлению работы клуба относятся все виды арт-терапии: цветотерапия, живопись и рисунки, коллаж, музыкотерапия, библиотерапия, танцевальная и драматерапия.

Важнейшей техникой психокоррекции искусством является техника активного воображения, направленная на то, что бы соединить лицом к лицу сознательное и бессознательное, примирить их между собой посредством взаимодействия.

Для того, чтобы художественное самовыражение имело терапевтический характер, психолог должен продуманно выбирать арт-терапевтическое средство в зависимости от состояния участников группы, от поставленных психокоррекционных задач. Кроме того, в группе всегда должна быть возможность вербального завершения невербальной творческой деятельности.

Приемы арт-терапии, используемые в данном блоке психологического клуба эффективны в следующих случаях:

- работа с психотравмами;
- налаживание контакта и взаимопонимания с окружающими при наличии ограничений психологического и органического характера;
- разрядка эмоционального напряжения, формирование социально приемлемого выхода агрессивных и других негативных чувств;
- работа с возрастными кризисами и постстрессовыми расстройствами;
- работа с психосоматическими расстройствами;
- обнаружение личностных смыслов через творчество.

В границах данного направления психологического клуба участники получают возможность как вспомнить свои любимые поэтические и музыкальные произведения, так и открыть для себя новые. Мелодия, поэтическое слово, рифма, цвет и форма – все это универсальный язык искусства. Этот универсальный язык позволяет сформулировать свои чувства и мысли, лучше понять окружающих и себя, Это возможность наладить контакт и проявить себя для тех, у кого есть с этим сложности, как по объективным причинам органического характера, так и по субъективным психологическим.

Развивается психологическая наблюдательность, происходит разрядка напряжения. Иногда это хороший способ работы с мыслями и чувствами, которые кажутся особенно травматичными, плохо преодолимыми. В результате эмоционального переживания, своеобразного катарсиса могут разрешаться нежелательные состояния, нормализовываться или уравниваться болезненные состояния и процессы.

Использование художественного творчества для выражения чувств и мыслей может оказывать существенную помощь в выработке адекватного поведения и повышении самооценки. Повышается не только художественная компетентность человека, но и усиливается ощущение его собственной личностной значимости.

#### Блок 4. Академия взаимоотношений «С годами мудрость обретаем»

Задачи профилактики социального одиночества обуславливают необходимость повышения психологической грамотности пожилых людей и инвалидов в области человеческих взаимоотношений и понимания мотивов поведения окружающих.

Особенности возрастного кризиса пожилого человека, связанные с выходом на пенсию, и изменение социально-психологического статуса, как в обществе, так и в семье, определяют необходимость смены его ролевой позиции. Без этого невозможно восстановление социальной адаптации человека к новым условиям. Но это сложный момент для большинства людей, особенно тех, кто привык к активному, влиятельному статусу в социуме. Именно сохранение этой привычной стратегии поведения становится часто причиной для конфликтов в семье.

Понимание характера протекания психосоциальных процессов, природной естественности смены социальных ролей, помогает пожилому человеку выбрать и сформировать для себя наиболее эффективную социально-психологическую модель поведения.

Конечно, эта задача косвенным или опосредованным образом решается в ходе реализации всех блоков психологического клуба, но в Академии взаимоотношений возможен прямой разговор. Это практика психологического просвещения. Серия семинаров и тренинговых занятий по актуальным для участников проблемам взаимоотношений помогает узнать и освоить психологические подходы к построению взаимоотношений.

Таким образом, работа в Академии взаимоотношений направлена на решение следующих задач:

- повышение психологической грамотности в области взаимоотношений и мотивов поведения людей;
- профилактика конфликтов и социального одиночества;
- повышение социальной адаптации в ситуации возрастного кризиса;
- формирование эффективной ролевой позиции и социально-психологической модели поведения.

Например, актуальной проблемой для наших участников оказались взаимоотношения с мамами и, как следствие со своими, теперь уже взрослыми детьми. При обращении за психологической помощью женщины разного возраста говорят о не сложившихся отношениях с мамой, о своих обидах на нее, раздражении, даже ненависти. Особенно остро этот вопрос стоит в 40-60 лет, так как связан с сильным чувством вины за то, что «должна, но не могу быть хорошей дочерью».

Данная проблема связана с тем, что многие годы в нашей стране женщина ценилась, прежде всего, за деловые, рабочие достижения. Мама работали на производстве, у них не всегда хватало сил и времени на нежность и ласку, а свою заботу они выражали в основных социальных требованиях: накормить, одеть/обуть, проконтролировать, что бы сын или дочь хорошо учились, не грубили старшим. В этом случае, ребенок часто не чувствует себя понятым и любимым. Недолюбленность, как правило, превращается в неумение донести любовь до своих собственных детей – так появляется семейный сценарий неблагополучных взаимоотношений с мамами. Работать над изменением сценария можно в любом возрасте, это благоприятно сказывается не только на внутрисемейных связях, но и на самочувствии человека.

В ходе клубных встреч была проведены занятия, направленные на психологическую работу с данной проблемой: Просмотр и обсуждение х/ф «Прислуга» в блоке «Кинематограф», а так же информационное сообщение и круглый стол по теме: «Поговорим о важности любви. Мамам о мамах» в блоке «Академия взаимоотношений» с использованием д/ф о психологических экспериментах психолога Гарри Харлоу и его выводах о формировании детской привязанности.

Блок 5. Тайны родного края «Там, на неведомых дорожках...»

Территория, на которой мы живем, наша страна, наша земля обладают своей особенной историей, мифологией, даже энергетикой. Человек является частью

космоса и планеты Земля, как ее ребенок. Невозможно жить на планете, не будучи связанным с ее влиянием на нас, с ее энерго-информационной программой, историей. Но, тогда важно понимать эту связь.

Данное направление психологического клуба предусматривает создание условий пожилым людям узнать об истории родного края, о необычных, иногда загадочных природных уголках.

Знакомство с мифами и секретами родной земли способствует осознанию своих корней, своей информационной связи и позволяет сформировать мотивацию на путешествия.

Понимание, что интересное путешествие может быть не дальним и экономически доступным, расширяет ощущение личных границ, способствует повышению интереса к жизни и собственной самооценки.

Таким образом, все это помогает изменить эмоциональный настрой и улучшить качество жизни пожилого человека и инвалида. Человек, который находится в гармонии с окружающим миром, работает над собой, становится более мудрым, а это и есть путь к психологическому здоровью.

Задачи психологической коррекции, решаемые с помощью тем блока «Тайны родного края»:

- улучшение эмоционального настроения, повышение интереса к жизни;
- повышение самооценки;
- повышение качества жизни за счет расширения границ личного пространства.

Примеры тем для встреч психологического клуба по направлению «Тайны родного края» приведены в Приложении 3.

Каждая встреча клуба, независимо от блока и темы, предваряется информационно-рекламным буклетом с указанием календарного дня и времени проведения встречи. В буклете приводится краткое описание темы и содержания встречи.

#### Программа занятий психологического клуба

№	Наименование блока	Тема и содержание встречи
1	Кинематограф «О детстве, юности и не только...»	Открытие клуба. Знакомство участников. Просмотр х/ф «Сердца четырех»
2	Психологические игры «Не в бровь, а в глаз»	Интеллектуально-коммуникативная игра «Мафия»
3	Академия взаимоотношений «С годами мудрость обретаем»	«Параллельный мир невербальных сигналов»

4	Язык искусства «Зеркало души»	Арт-техника «Исполняем новогодние желания»
5	Кинематограф «О детстве, юности и не только...»	Просмотр и обсуждение х/ф «Прислуга»
6	Академия взаимоотношений «С годами мудрость обретаем»	«Поговорим о важности любви. Мамам о мамах»
7	Психологические игры «Не в бровь, а в глаз»	Интеллектуально-коммуникативная игра «Мафия»
8	Язык искусства «Зеркало души»	Вечер любимых стихов «О добром, о светлом, о родном...»
9	Тайны родного края «Там, на неведомых дорожках...»	«Тайна пяти озер или как оседлать конька-горбунка»
10	Психологические игры «Не в бровь, а в глаз»	Смехотерапия

### *Результативность работы клуба «Добрые встречи»*

Оценка уровня социально-психологической адаптации пожилых граждан и инвалидов представляет собой задачу, которая находится в процессе решения. Сложность разработки критериев оценки и методов их измерения определяется тем, что адаптация тесно связана с психологическими характеристиками личности и особенностями поведения человека.

Модель отношений человека с социальным окружением и с самим собой, заложенная в основу этого инструмента, должна исходить из концепции личности как субъекта собственного развития, способного отвечать за свое поведение.

Адаптированность – это согласованность требований социальной среды и личностных тенденций. Она предполагает реалистичную оценку себя и окружающей действительности, личностную активность, гибкость, социальную компетентность.

Адаптация определяется как состояние, в котором потребности индивида, с одной стороны, и требования среды – с другой полностью удовлетворены. Это состояние гармонии между индивидом и природной или социальной средой.

Другое определение адаптации: это процесс, посредством которого данное гармоничное состояние достигается.

На сегодняшний день существуют следующие методы оценки социально-психологической адаптации:

«Шкала социально-психологической адаптированности» (К.Роджерс и Р.Даймонд, в адаптации Т.В. Снегиревой).

Методика «Самооценка психологической адаптированности».

«Краткий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), который позволяет оценить физическую активность индивида, субъективные болевые ощущения,



жизненный тонус, эмоциональный фактор и социальную активность, т.е. качество жизни за определенный период.

Одним из перспективных показателей групповой психологической динамики является отклонение от аутогенной нормы (СО), которое рассчитывается по «Цветовому тесту отношений» (ЦТО) на основе теста Люшера.

Данные методики имеют свои границы достоверности, но основным их недостатком являются большие затраты времени на проведение. В условиях клубного общения это значительно затрудняет процесс и провоцирует возникновение психологических защит у участников. Поэтому были выбраны методики, простые и быстрые при проведении исследования, при этом, дающие качественный материал для социально-психологического анализа особенностей и динамики уровня индивидуальной средовой адаптации. В то же время, остается целесообразность дополнения этих методов прямым измерением факторов адаптированности.

Как это отмечено в проекте государственной стратегии в интересах пожилых людей до 2025 г., необходима разработка показателей социализирующего влияния культурно-досуговых мероприятий, показателей социальной адаптации пожилого человека.

Эффективность влияния мероприятий клуба на социально-психологическую адаптацию оценивалась по уровню тревожности и депрессии (HADS) и коэффициентам теста Люшера.

Это экологичный метод, влияющий на личность пожилого человека, его социально-психологическую реабилитацию и положение в обществе. Участие в работе психологического клуба способствует поддержанию социальных связей, навыков и знаний, повышению самооценки, сохранению и, даже, нахождению смысла жизни пожилого человека.

#### Смета расходов по проекту

	Название работы	Сумма, тыс. руб.	Федеральн ый бюджет	Областной бюджет	Местный бюджет
1	Предварительный этап				
1.1	Проведение диагностических исследований с целью выявления интересов граждан пожилого возраста	2,0	–	–	2,0

1.2	Проведение совещаний с представителями заинтересованных и привлекаемых сторон	2,0	–	–	2,0
2	Основной этап				
2.1	Проведение анкетирования	3,0	–	3,0	–
2.2	Торжественное открытие клуба, вечер знакомств	35,0	–	25,0	10,0
2.3	Мероприятия, посвященные социальному туризму	10,0	–	10,0	–
2.4	Мероприятия клуба)	10,0	–	–	20,0
3	Подведение итогов				
3.1	Проведение диагностического исследования с целью выявления оценки работы клуба	1,0	–	1,0	–
3.2	Выпуск методического пособия	40,0	–	25,0	15,0
3.3	Опубликование соответствующей информации в СМИ	5,0	–	3,0	2,0
	ВСЕГО:	108,0	–	67,0	51,0

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Решение задач исследования позволило нам сделать следующие выводы. Здоровье населения – комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу, отражает уровень его экономического и культурного развития, состояние медицинской помощи, находясь в то же время под воздействием традиций, исторических, этнографических и природно-климатических условий общества.

Здоровьесбережение – это деятельность, активность людей, способствующая сохранению и улучшению здоровья. Это единство и согласованность всех уровней жизнедеятельности человека – биологического, психологического, профессионального, социально-культурного и духовно-нравственного. Здоровьесбережение – категория общего понятия «образ жизни», включающая в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, способствующих предупреждению развития нарушений здоровья и поддерживающих оптимальное качество жизни. Здоровьесбережение – основа профилактики заболеваний.

При определении путей и средств влияния здоровьесберегающей, здоровьесформирующей среды стационарных учреждений для пожилых учреждений на формирование, укрепление и сохранение здоровья пожилых ученые исходят из компонентов физического, психического, социального здоровья человека. Отличительными чертами являются: нацеленность на достижение конкретных целей, актуальных для пожилых; использование широкого диапазона интерактивных видов деятельности для активного участия пожилых в процессе выработки поведенческих стратегий, персонификации поведенческих рисков; совместная деятельность по определению источников возможного негативного влияния и выработке стратегии реагирования на него; направленность на формирование ценностей здоровьесохранительного поведения и развитие групповых норм противостояния негативному влиянию, соответствующих возрасту и индивидуальному опыту и др.; совместный анализ результатов проделанной работы, планирование дальнейших действий.

Критериями и показателями эффективности формирования

здоровьесберегающей среды в стационарных учреждениях с учетом индивидуального подхода выступают: учет особенностей возраста (реализация возрастного подхода); целенаправленность и лонгитюдность использования методов; представленность технологий обучения жизненным навыкам (в том числе помощи интерактивных методов: моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, мозговые штурмы); представленность технологий обучения навыкам противостояния негативному давлению (коммуникабельность, самоуважение) в соответствии с индивидуальным уровнем развития и возрастом; направленность на взаимное положительное влияние пожилых друг на друга; представленность технологий формирования социально одобряемых норм поведения; ориентация на приобретение знаний, умений и навыков; проведение оценки эффективности деятельности по сохранению и укреплению здоровья пожилых людей.

К факторам, влияющим на формирование, укрепление и сохранение здоровья относятся: социальные, психолого-физиологические, организационно-педагогические, управленческие

Здоровьесберегающие технологии представляют совокупность форм, средств, методов, которые направлены на достижение оптимальных результатов в поддержании физического, психического, нравственного и социального благополучия человека, в формировании здорового образа жизни.

Автором проведено социологическое исследование «Изучение проблем формирования самосохранительного поведения пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания (на примере ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов)». Анализ результатов показывает, что подавляющее большинство пожилых отдает приоритет ценности «здоровье». Однако наиболее значимыми особенностями их образа жизни являются следующие: пренебрежение мерами личной безопасности, неадекватное пищевое поведение, недостаточная двигательная активность.

На основе проведенного теоретического и эмпирического исследования нами предложены рекомендации – социальный проект «Возраст – здоровью не помеха!» с организацией «Психологического клуба» для пожилых как элемента здоровьесберегающей программы для граждан пожилого», целью работы которого является: повышение социальной адаптации пожилых людей, формирование положительной социальной среды для активизации резервов здоровья, психики, творческих способностей и продления активного долголетия.

В результате реализации проекта произойдет: расширение представлений о возможностях поддержания здорового образа жизни в пожилом возрасте с ориентацией на активную жизненную позицию, углубление знаний в интересующих областях в связи с возможностями самореализации в общественной деятельности и участия в «Психологическом клубе» для пожилых; улучшение качества жизни пожилых людей посредством пропаганды здорового образа жизни и формирование у людей старшего поколения чувства ответственности за свое состояние. Поддержка социального благополучия, оптимистического настроения, ощущения востребованности и нужности пожилых людей; оказание пожилым людям морально-психологической поддержки, чтобы дать им уверенность в завтрашнем дне, наполнить их жизнь общением, сделать ее яркой и интересной; профилактика и охрана здоровья граждан, пропаганда активного спорта и здорового образа жизни; поддержка социального статуса пожилого человека за счёт сохранения объёма и качества социальных ролей и активности путем дополнения или компенсации трудовой активности различными спортивно-оздоровительными видами деятельности; формирование новых интересов и помощь в освоении новых видов социально- культурной деятельности, позволяющих заполнить досуг, расширить кругозор, адаптироваться к меняющемуся миру; нахождение новой формы работы с пожилыми людьми и инвалидами; улучшение и восстановление функциональных способностей организма; формирование активно-творческой старости, когда пожилые ведут здоровый образ жизни, продолжают работать, участвовать в общественной жизни

Работа психологического клуба – это экологичный метод, влияющий на личность пожилого человека, его социально-психологическую реабилитацию и положение в обществе. Участие в работе психологического клуба способствует поддержанию социальных связей, навыков и знаний, повышению самооценки, сохранению и, даже, нахождению смысла жизни пожилого человека.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]: [принят Международной конференцией здравоохранения: от 22.07.1946]. – [http://pravo.kulichki.com/megd2007/bz05/dcm\\_05144.htm](http://pravo.kulichki.com/megd2007/bz05/dcm_05144.htm)
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: [федер. закон: принят Гос. Думой 01. 11. 2011 г. № 323-ФЗ]. – <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>
3. Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации (ред. от 21.07.2014) [Электронный ресурс]: [федеральный закон: принят 28 декабря 2013г. №442-ФЗ]// [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_166044/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_166044/)
4. Об утверждении федерального перечня гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, утвержденного [Текст]: [Постановление Правительства РФ от 25 ноября 1995 года № 1151] // Собрание законодательства РФ. – 1995.– № 49. ст. 4798.
5. Социальное обслуживание населения. Классификация учреждений социального обслуживания ГОСТ Р 52498-2005[Электронный ресурс]: [Утверждено Постановлением Госстандарта от 30.12.2005 №355] // [www.google.ru / консультант-плюс](http://www.google.ru/консультант-плюс).
6. Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг. ГОСТ Р 52143-2003 [Электронный ресурс]: [Утверждено Постановлением Госстандарта от 30.12.2005 №534] // [www.google.ru / консультант-плюс](http://www.google.ru/консультант-плюс)
7. Об охране здоровья населения Белгородской области [Текст]: [закон Белгородской области от 24.12.2012 № 166] // Белгородские известия.– № 253.– 28 декабря 2012 г.
8. Программа улучшения качества жизни населения Белгородской области [Электронный ресурс]: [закон Белгородской области: принят областной Думой 27 февр. 2003 года]. – <http://www.belduma.ru/zakon.php>
9. Абрамян, М.Л. Культура здорового и безопасного образа жизни как фактор формирования здоровьесберегающего пространства школы [Текст] / М.Л.Абрамян // Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2015. – С.22-24

10. Баканова, И. Здоровьеформирующее образование в условиях городского социокультурного центра [Текст]/ И. Баканова //Учитель. – 2009. – № 4. – С. 29-33
11. Беличева, С.А. К вопросу о здоровьесберегающих образовательных технологиях [Текст] / С.А. Беличева // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2010. –№ 1. – С. 83-89
12. Богданова, Т.Г. Социальная адаптация, реабилитация и профессиональная ориентация лиц с ограниченными возможностями здоровья [Текст]: учебник / Т.Г. Богданова, Н.А. Степанова, К.Б. Вовченко, Т.М. Попова; под ред. Т.Г. Богдановой. – М.: ИЦ «Академия», 2014. – 240 с.
13. Борисов, Э.И. Существующие представления о здоровье и здоровом образе жизни [Текст] /Э.И. Борисов // Организация и методика учебного процесса, физкультурно-оздоровительной и спортивной работы: сб. материалов IX международной науч.-метод. конф.– М., 2006.– С.159-164
14. Валяева, Н.Ш. Адаптация и реабилитация в социальной работе [Текст]: учеб. пособие / Н.Ш. Валеева, Р.В. Куприянов, Э.Р. Валеева, Г.Б. Хасанова [и др.]. – 2-е изд., испр. и доп. – Казань: Казан. гос. технол. ун-т, 2011. – 586 с.
15. Варламова, С.Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад [Текст] / С.Н. Варламова, Н.Н. Седова // СОЦИС.– № 4. – 2010.– С. 75-88.
16. Губогло, З.И. Формирование культуросоциальной мотивации здорового образа жизни [Текст] / З.И. Губогло // Муниципальное образование: инновации и эксперимент. – 2008. – № 6. – С. 50-52
17. Гуслова, М.Н. Организация и содержание работы по социальной защите престарелых и инвалидов [Текст]: учеб. пособие для студ. нач. проф. образования / М.Н. Гуслова. – М.: ИЦ «Академия», 2012 – 240 с.
18. Дементьева, Н.Ф. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы [Текст]: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н.Ф. Дементьева, Л.И. Старовойтова. – М.: ИЦ «Академия», 2010. – 272 с.
19. Демакова, И.П. Программа «Здоровый образ жизни» (для учащихся 6-х классов) [Текст] / И.П. Демакова // Инновационные проекты и программы в образовании. – 2009. – № 3. – С. 68-82
20. Евграшина, Е.Г. Формирование потребности в здоровом образе жизни [Текст] / Е.Г. Евграшина // Специалист. – 2009. – № 3. – С. 25
21. Егорченков, М. «Школа здоровья» № 440: вчера, сегодня, завтра [Текст] /

М. Егорченков // Учитель. – 2009. – №4. – С. 56-59

22. Еременко, О. Искоренить вредные привычки [Текст] / О. Еременко // Учитель. – 2009. – № 4. – С. 73-75

23. Еремушкин, М. А. Основы реабилитации [Текст]: учеб. пособие для студ. учреждений сред. мед. проф. образования / М.А. Еремушкин. – 3-е изд. – М.: ИЦ «Академия», 2013. – 208 с.

24. Журавлева, И.В. Здоровье и болезни в европейском обществе [Текст] / И.В. Журавлева // СОЦИС. – 2008. – № 2. С.15-16

25. Журавлева, И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: дис. ... д-ра социол.наук [Текст] / И.В. Журавлева. – М., 2005. – 434 с.

26. Зборовский, К.Э. Реабилитация личности – одно из направлений охраны здоровья, развиваемое Всемирной организацией здравоохранения [Текст] / К.Э. Зборовский // Здоровье населения: проблемы и пути решения: материалы II Междунар. науч.-практ. семинара, г. Минск, 19 – 21 мая 2011 г. / ред. кол.: Н.М. Римашевская (гл. ред.) и др.; НАН Беларуси; Ин-т социологии НАН Беларуси. – Минск: Право и экономика, 2011. – С. 185 – 191.

27. Зборовский, К.Э. Социальная реабилитация пожилого человека [Текст] / К.Э. Зборовский, Д.К. Зборовский // Охрана труда и социальная защита. – 2013. – №2. – С. 90-95.

28. Зборовский, Э.И. Санаторное оздоровление пожилых технологиями социальной реабилитации, коммуникации, логотерапии [Текст] / Э.И. Зборовский, К.Э. Зборовский // Санаторно-оздоровительный комплекс в сфере туризма и гостеприимства: материалы Республ. науч.-практ. конф. с междун. участием 20 марта 2013 г. / под редк.: Н.В. Мазур [и др.]. – Минск: Экономпрогресс, 2013. – С. 117-120.

29. Здоровый образ жизни [Электронный ресурс] / Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Вера». – Режим доступа. – [http:// www. centervera.ru /Zdorovyiy\\_obraz\\_zhizni](http://www.centervera.ru/Zdorovyiy_obraz_zhizni)

30. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика: учебное пособие [Текст] / под. ред. Э.М. Казина. – Кемерово, 2009. – 370 с.

31. Каган, В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // [Текст] / В.Е. Каган // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 86-88



32. Ключенович, В.И. Общественное здоровье: концептуальные подходы при создании модели управления [Текст] / В.И. Ключенович // Медицинские новости. – 2005. – № 3. – С. 65–70
33. Колесникова, И.С. Новации в социологии медицины и здоровья. Заметки участника VIII конференции ЕСА [Текст] / И.С. Колесникова // Социологические исследования. – 2008. – № 4. – С. 89-91
34. Колков, В.В. Системный подход в социальной работе [Текст] / Методологический семинар / В.В. Колков. – М.: Институт социальной работы, 1997. – 254с.
35. Корхова, И.В. Методы оценки здоровья [Текст] / И.В. Корхова // Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог»/ под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Издательство ИСЭПН, 2001. – С.224-252
36. Кривцова, Л.А. Создание здоровьесберегающей и развивающей среды для воспитания интеллектуальной и творческой личности [Текст] / Л.А.Кривцова // Управление качеством образования: теория и практика эффективного администрирования. – 2009. – №3. – С. 31-33
37. Кузина, И.Г. Теория социальной работы [Текст]: учеб. пособие / И.Г. Кузина. – 2-е изд. – М.: Проспект, 2016. – 175 с.
38. Куликов, Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики [Текст]: учебное пособие / Л.В. Куликов. – СПб.: Питер, 2004. – 214 с.
39. Лукьянова, М. Здоровьесберегающие ресурсы личностно-ориентированного обучения [Текст] / М. Лукьянова // Учитель. – 2007. – № 6. – С. 58-61
40. Маликова, Е. Беречь здоровье смолоду [Текст] / Е. Маликова // Учитель. – 2010. – №1. – С. 68-70
41. Малярчук, Н.Н. Здоровьесозидающая деятельность педагогов [Текст] / Н.Н. Малярчук // Педагогика. – 2009. – №1. – С. 55-59
42. Машлякевич, С.Ю. Психолого-педагогические основы здоровьесберегающей организации образовательного процесса [Текст] / С.Ю.Машлякевич // Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2015. – С.87-90
43. Медков, В.М. Демография [Текст]: учебное пособие /В.М. Медков. –

Ростов н/Д.: «Феникс», 2002. – 448 с.

44. Миняйло, И.Н. Взаимодействие семьи и образовательного учреждения как ресурс сохранения здоровья молодого поколения [Текст] / И.Н. Миняйло // Среднее профессиональное образование. – 2009. – №1. – С. 9-12

45. Набатова, Е.В. Класс культуры сбережения здоровья [Текст] / Е.В. Набатова // Инновационные проекты и программы в образовании. – 2009. – №3. – С. 112

46. Назарова, И.Б. Субъективные и объективные оценки здоровья населения [Текст] / И.Б. Назарова // Социологический журнал. – 1998.–№3/4.– С. 246-249

47. Науменко, Ю.В. Социокультурная концепция формирования феномена «здоровье» в процессе общего образования [Текст] / Ю.В. Науменко // Инновации в образовании. – 2010. – №3. – С. 72-85

48. Нестерова, Г.Ф. Социальная работа с пожилыми и инвалидами [Текст]: учебник для студ. сред. проф. образования / Г.Ф. Нестерова, С.С. Лебедева, С.В. Васильев. – М.: ИЦ «Академия», 2009. – 288 с.

49. Особенности формирования здорового образа жизни: факторы и условия [Текст]: материалы международной науч.-практ. конференции, Улан-Удэ, 15-17 июня 2009 г. / Федерал. Агентство по образованию, М-во образования и науки РБ; [редкол.: Ю. Ю. Шурыгина (отв. ред.) и др.]. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2009. – 219 с.

50. Пиетиля, И. Российское здравоохранение: ожидания населения [Текст] / И. Пиетиля, А.П. Дворянчикова, Л.С. Шилова // Социологические исследования. – 2007. – № 5. – С. 81-88

51. Попов, С.Н. Физическая реабилитация. В 2 т. Т. 1 [Текст]: учеб. для студ. учреждений высш. мед. проф. образования / С.Н. Попов, О.В. Козырева, М.М. Малашенко [и др.]; под ред. С.Н. Попова. – М.: ИЦ «Академия», 2013. – 288 с.

52. Решетникова, Г.А. Здоровье в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы Психолого-педагогические основы здоровьесберегающей организации образовательного процесса [Текст] / Г.А. Решетникова // Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2015. –С.120-123

53. Сиерес, Д. О различных подходах к понятию «здоровье» [Текст] / Д. Сиерес, В. Гавидия // Школа здоровья. – 1998. – Т.5 – №1. – С. 7-16

54. Сорвина, А.С. Социальная работа: теория и практика [Текст]: учебное пособие / А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА – М, 2001. – 452с.
55. Социальная адаптация и социальная реабилитация пожилых людей и инвалидов: комплексный подход [Текст]: сб. науч. ст. / под общ. ред. М. М. Гладковой. – Балашов: Николаев, 2009. – 76 с.
56. Технологии социальной работы [Текст]: учебник / под ред. В.И.Жукова. – М.: Изд-во РГСУ, 2011. –338 с.
57. Хабибуллин, К.Н. Динамика факторов риска и профилактика здоровья населения [Текст] /К.Н. Хабибуллин // Социологические исследования. –2005. – № 6. – С. 140-144
58. Холостова, Е.И. Социальная работа [Текст]: учебное пособие / Е.И. Холостова.– 5-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2007. – 668 с.
59. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография [Текст] /А.А.Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010.– 408 с.
60. Шабунова, А.А. Факторы, ограничивающие здоровье населения региона [Текст] / А.А. Шабунова, Н.А. Рыбаковпа, Г.В. Тихомирова // Социологические исследования. – 2009.– № 8.– С. 85-91.
61. Шаповалова, О.Н. Организация работы по здоровьесбережению в рамках реализации ФГОС в основной школе [Текст] / О.Н.Шаповалова, А.С.Петрушкина // Здоровьесбережение в образовании: опыт, инновационные подходы, перспективы: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конференции. – Ростов н/Д.: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2015. –С.159-162
62. Государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания системы социальной защиты населения «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» – офиц. сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://shdi31.ru/> (Дата обращения: 18.03.2018)
63. Государственное учреждение «Дом-интернат для пенсионеров и инвалидов» – офиц. сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dominternat.by/ob-uchrezhdenii.html> (Дата обращения: 19.03.2018)

## ПРИЛОЖЕНИЯ

## **Программа социологического исследования**

Изучение проблем формирования самосохранительного поведения пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания (на примере ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»)

### **I. Методологический раздел**

#### **1. Формулировка и обоснование проблемы исследования.**

Проблема сохранения здоровья населения занимает важное место в системе социальных ценностей и приоритетов общества. Неблагоприятная демографическая ситуация выдвигает в разряд национальных приоритетов мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения страны.

Постарение населения, нарастание в нем численности и доли людей пожилого, старческого возраста и долгожителей становится устойчивой тенденцией, характерной для стран со средним и высоким уровнем социально-экономического развития. Она определяется повышением уровня и качества жизни, устранением наиболее опасных эпидемий, разработкой механизмов социальной поддержки граждан старшего поколения.

Россия, в соответствии со шкалой ООН, уже с 60-ых годов XX в. относится к странам с интенсивным демографическим старением населения. К началу XXI столетия в структуре населения лица старше трудоспособного возраста составляли 20,7% (сноска).

Процессы старения отражаются на всех аспектах социального развития общества: показателях рождаемости, продолжительности жизни, особенно верхних пределах долгожительства; распределении материальных ресурсов между представителями различных поколений; структуре занятости населения; семейно-родственных отношениях; функциональных способностях, состоянии здоровья пожилых людей и других.

Пожилые люди представляют особую категорию граждан, жизнедеятельность которых в значительной степени зависит от возрастных изменений.

Восстановление утраченных в связи с этим возможностей доступно в определенных пределах. Оно касается навыков самообслуживания, повседневной бытовой деятельности, сохранения способностей к досуговой деятельности и организации отдыха. В связи с этим социальная реабилитация в пожилом возрасте приобретает доминирующее значение по сравнению с профессиональной.

Социальная реабилитация рассматривается как комплекс мер, направленных на восстановление социальных навыков, обеспечивающих функционирование в окружающей среде и относительно независимое существование в быту. В пожилом возрасте социальное функционирование происходит на сниженном уровне в связи с ограничениями жизнедеятельности, обусловленными возрастными изменениями психофизиологических функций. Указанные изменения могут приводить к ограничениям способности пожилых людей к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности и могут выявить потребность данной категории граждан в получении разного рода социальных услуг.

Укрепление здоровья, улучшение социально-экономического положения пожилых людей, повышение их социального статуса, активизация роли в жизни общества являются приоритетными направлениями государственной социальной политики.

Создание условий для здоровой, безопасной и достойной старости, обеспечение пожилым людям возможности для независимой жизни, участия в реализации внутреннего потенциала определяют основные направления деятельности всех секторов гражданского общества.

Социальная адаптация граждан пожилого возраста к реальным условиям жизни в значительной мере зависит от состояния их здоровья. При этом оценка ими своего здоровья связана с удовлетворенностью или неудовлетворенностью жизнью вообще. Как показывают исследования (Кравченко И.А., Лисицын Ю.П., Шабалин В.Н.), в последние годы отмечается общее ухудшение показателей здоровья лиц пожилого возраста, что проявляется в сокращении продолжительности жизни, увеличении заболеваемости, инвалидности и смертности, большинство лиц пожилого возраста не удовлетворены состоянием своего здоровья.

Результаты медицинских обследований свидетельствуют о том, что среди пациентов старших возрастных групп практически здоровы лишь 22%. Старение населения приводит к целому ряду экономических и медико-социальных

последствий. Тенденция увеличения популяции пожилых и старых людей, особенно группы 80-летних и старше сохранится и на протяжении первой половины XXI века. Это влечет за собой увеличение потребности в медико-социальной помощи и услугах, а также разработке новых здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых граждан в учреждениях социального обслуживания.

Здоровый образ жизни – это способ жизнедеятельности, направленный на сохранение и улучшение здоровья людей, который более чем на 50% определяет состояние здоровья человека. Формирование здорового образа жизни через изменение стиля и уклада жизнедеятельности является главным рычагом первичной профилактики в укреплении здоровья населения, его оздоровлении с использованием гигиенических знаний в борьбе с вредными привычками.

Всемирная организация здравоохранения еще в 80-е годы XX века выявила, что здоровье человека определяется образом жизни на 50-55%. Однако результаты исследований последних пяти лет позволяют говорить о том, что продолжительность жизни, жизнеспособность и активность современного человека, независимо от его социального статуса, уже на 70% зависят от образа жизни.

В связи с этим исключительного внимания заслуживает формирование самосохранительного поведения пожилых людей как особой социально-демографической группы.

**2. Степень научной разработанности темы.** Здоровье как объект философского и социологического осмысления представлено в работах И.И. Брехмана, В.П. Казначеева, Ю.П. Лисицина, Л.Г. Матрос, А.В. Сахно, П.Д. Тищенко, Г.И. Царегородцева, С.Я. Чикина, Б.Г. Юдина.

Развитие здоровья как социальной категории, уточнение понятийной и предметной области, нашло отражение в публикациях В.М. Димова, Е.В. Дмитриевой, В.Н. Иванова, А.М. Изуткина, В.М. Лупандина, В.М. Нилова, Г.С. Никифорова, В.П. Петленко, А.В. Решетникова, К.Н. Хабибулина и др.

Различные аспекты социальной политики в сфере охраны здоровья и формированию самосохранительного поведения граждан рассматривались в работах И.А. Григорьевой, В.И. Кашина, Л.В. Константиновой, А.Е. Чириковой, Л.С. Шиловой, С.В. Шишкина, В.Н. Ярской и др.

Анализу факторов, влияющих на состояние здоровья населения и

формирующих отношение к здоровью на уровне индивида, групп и общества, уделяли внимание Ю.И. Бородин, Дж. Браун, А.Е. Иванова, О.А. Кислицына, П.М. Козырева, М.С. Косолапов, В.Г. Копнина, Ю.М. Комаров, И.В. Корхова, Ю.П. Лисицын, Л.Г. Матрос, И.Б. Назарова, В.К. Овчаров, Н.М. Римашевская, Н.Л. Русинова, В.И. Стародубов, В.С. Тапилина, Е.И. Шарапова и др.

Роль институциональных субъектов формирования здоровья отражена в работах А.А. Баранова, Е.Б. Бреевой, И.А. Деминой, Н.Н. Куинджи, В.Р. Кучмы, Н.М. Пичужкиной, М.И. Чубирко, О.В. Шиняевой, В.С. Шуваловой.

Динамика демографических процессов, причины демографического кризиса в стране и возможные пути его преодоления при помощи формирования позитивного самосохранительного поведения, в том числе у несовершеннолетних, рассматриваются в трудах В.А. Борисова, Г.А. Бондарской, Е.Б. Бреевой, А.Г. Волкова, С.И. Голод, И.А. Гундарова, В.В. Елизарова, А.Я. Кваши, В.М. Медкова, В.И. Переведенцева, Л.Л. Рыбаковского, А.Б. Синельникова и др.

Анализ состояние здоровья населения, отношение населения к своему здоровью и стратегии самосохранительного поведения изучены С.Н. Варламовой, Н.А. Рыбаковой, Н.Н. Седовой, Г.В. Тихомировой, А.А. Шабуневой и др.

Несомненный интерес представляют собой научные исследования Г.А. Иваненко, О.Ю. Малоземова, А.В. Новоян, А.И. Федорова, Л.С. Шиловой, Е.И. Шубочкиной, Л.В. Ясной, посвященные конкретному анализу форм и факторов самосохранительного поведения населения.

Свой вклад в изучение процессов старения, старости, активного долголетия внесли И.А. Аршавский, А.А. Богомолец, И.В. Давыдовский, Т.В. Карсаевкая, А. Комфорт, А.В. Нагорный, Н.Н. Сачук, Д.Ф. Чеботарев, А.Т. Шаталов.

Проблематику здоровья населения старших возрастов, уровня заболеваемости, смертности и инвалидности этой категории населения, а также потребностей пожилых и старых людей в различных видах помощи развивали: М. Д. Александрова, О. В. Аллахвердова, В. Д. Альперович, В.В. Безруков, И.Г. Беленькая, О.В. Белоконь, Л.А. Бурганова, В.М. Васильчиков, Е.М. Данилова, А.А. Дыскин, М.Э. Елютина, А.Е. Иванова, Г. П. Котельникова, О. В. Краснова, А.В. Мартыненко, Л.В. Панова, П. В. Романов, Н.А. Русинова, В.М. Серeda, В.В. Фролькис, Д.Ф. Чеботарев, Э.Е. Чеканова, Е.Р. Ярская-Смирнова, Р.С. Яцемирская и др.

**3. Проблема исследования направлена на выявление проблемы**



формирования самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей; *выявление* факторов, способствующих формированию самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания; *поиск путей* совершенствования применения здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания.

#### **4. Определение цели исследования**

**Цель исследования:** выявить проблемы формирования самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей – клиентов стационарного учреждения социального обслуживания и наметить пути совершенствования применения здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания.

#### **Задачи исследования:**

- провести анализ источников и литературы по теме исследования;
- определить факторы, способствующие формированию самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания;
- выявить отношение респондентов к проблеме исследования;
- наметить пути совершенствования (с целью разработки рекомендаций) процесса формирования самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей в контексте применения здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых людей в условиях стационарного учреждения социального обслуживания.

Сроки проведения исследования: март – апрель 2018г.

**5. Методы исследования.** На различных этапах исследования используются следующие методы:

1. Методы прикладной социологии: анкетирование пожилых людей, экспертный опрос (анкетирование).
2. Статистические методы анализа эмпирических данных
3. В исследовании применяются теоретические методы сравнительного, структурно-функционального и системного анализа; статистические методы обработки и анализа эмпирических данных: показатели описательной статистики

(SPSS 22v).

## **6. Определение объекта и предмета исследования.**

*Объектом исследования* явились пожилые люди, проживающие в ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» и специалисты данного учреждения.

*Предмет исследования:* факторы и проблемы формирования самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей в ГСУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов».

## **7. Логический анализ основных понятий.**

*Самосохранительное поведение* – система действий и отношений, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла, на продление сроков жизни в пределах этого цикла.

В понятии «самосохранительное поведение» следует различать *позитивную и негативную стороны*. Позитивная сторона связана с действиями, направленными на сохранение и укрепление здоровья, на реализацию стремления прожить долгую и здоровую жизнь. Примерами позитивных форм самосохранительного поведения являются получающие все большее распространение занятия физической культурой и спортом, отказ от злоупотребления пищей, курения, алкоголя, наркотиков и т.п. — вообще все виды поведения, ассоциируемые с так называемым здоровым образом жизни. Негативные формы самосохранительного поведения связаны с сознательным или неосознаваемым предпочтением смерти возможной или условной перспективе неполноценной с точки зрения индивида жизни, неполноценной в физиологическом, психологическом, социальном или ином отношениях. Наиболее ярким примером негативного самосохранительного поведения является самоубийство, совершая которое, человек стремится сохранить свою «Я-концепцию», т.е. свое представление о самом себе. Однако в любом случае и позитивное, и негативное самосохранительное поведение в конечном итоге выражается в движении показателей уровня здоровья, заболеваемости, смертности и их структуры по причинам.

*Самосохранительное поведение* осуществляется в трех отношениях: *биологическом, психологическом и социальном*. Это позволяет выделить в самосохранительном поведении три ориентации:

1) биологическую – подразумевает поведенческую ориентацию, сфокусированную на удовлетворении своих первичных потребностей в еде,

отдыхе, порядке и т.д. На этом уровне для человека важно избегать опасности, удовлетворять свои постоянно возникающие желания, которые не выходят за рамки витальных. Самосохранение здесь, прежде всего, физиологично;

2) психологическую – предполагает поведенческую ориентацию при выборе модели поведения главным образом на первичные и референтные группы индивида, на те социальные институты, где происходит его личностная социализация. Благодаря влиянию и значимости в повседневной практике мнения семьи, друзей жизненные идеалы в данной поведенческой ориентации во многом детерминированы ближайшим окружением ради удовлетворения потребностей в уважении, общении, понимании. Самосохранение здесь основано на «Я-концепции человека», чувстве внутренней психологической гармонии;

3) социальную – характеризуется значимостью при выборе формы поведения социального набора признаков: социальный статус, престиж, признание в профессиональном коллективе, восприятие себя сквозь призму общественного мнения. Здесь речь идет о самосохранении в смысле поддержания социально-профессионального статуса, связанного с ним материального благополучия, а также выполнения активной гражданской функции, всего того, что воспринимается общественным сознанием в понятиях успешный, престижный и т.д.

*Мотивы самосохранения* можно разделить на экономические, социальные и психологические. Они как всегда связаны со средствами достижения индивидуальных экзистенциальных целей.

*Экономические мотивы* – это мотивы, которые побуждают выбирать такую стратегию самосохранительного поведения (стремиться жить дольше или отказываться от такового стремления), которая способствует достижению определенных экономических целей, т.е. целей, связанных с повышением (сохранением) достигнутого экономического статуса, с желанием получить определенные материальные блага или избежать их потери. Например, выбор человеком опасной профессии, связанной с повышенным риском, может мотивироваться желанием получения высокого дохода и разного рода льгот и привилегий, которые в данном случае служат определенной компенсацией риска. Напротив, резкое падение уровня жизни, связанное с переходом на пенсию, реальное или предполагаемое понижение экономического статуса (явление слишком частое в современной России, когда для миллионов старость означает нищету) могут провоцировать ослабление воли к жизни, уменьшение желания жить

дольше или даже вовсе отказ от жизни.

*Социальные мотивы* — это мотивы, которые побуждают выбирать такую стратегию самосохранительного поведения (стремиться жить дольше или отказываться от такового стремления), которая способствует достижению определенных социальных целей, т.е. целей, связанных с повышением (сохранением) достигнутого социального статуса. Они являются реакцией на бытующие в культуре социальные нормы отношения к ценности человеческой жизни и ее продолжительности, к полноте и завершенности индивидуального цикла жизни и т.д. Социальные мотивы действуют там и тогда, где и когда действуют стимулы, символизирующие повышение социального статуса и престижа человека, прожившего долгую жизнь, прошедшего через все социально значимые стадии жизненного цикла (вступление в брак, приобретение статуса родительства и прародительства), отметившего все «положенные» юбилеи, отпраздновавшего символические события типа серебряных или золотых свадеб, выхода на пенсию и т.п. Там же, где нет таких стимулов, где старикам в противоположность известной песне нет «везде почета», там нет и желания жить долго.

*Психологические мотивы* — это мотивы, которые побуждают стремиться выбирать такую стратегию самосохранительного поведения (стремиться жить дольше или отказываться от такового стремления), которая способствует достижению определенных сугубо личностных, социально-психологических внутренних целей личности. Они отражают исключительно личностную заинтересованность прожить тот или иной срок жизни. Скажем, наличие у человека того или иного числа детей формирует у него стремление и желание пожить подольше, чтобы увидеть, кем и чем станут его дети. И ясно, что чем больше детей имеет человек, тем сильнее это желание.

#### Определение понятия «здоровье»

1. *Здоровье* – отсутствие болезней и обладание идеальным состоянием благополучия в зависимости от хорошей физической конституции или рождения в определенном месте. Все выдвигаемые индикаторы здоровья от человека не зависят. Акцент делается на физическое здоровье.

2. *Здоровье* – отсутствие болезней и обладание идеальным состоянием благополучия, но причины изменения состояния здоровья зависят от поведения самого человека. Достижение высокого уровня благополучия принадлежит к категориям персональной ответственности.

3. *Здоровье* – нечто динамическое, балансирующее, инструментально измеряемое как показатель качества жизни. Однако ресурсы здоровья определены при рождении, человек имеет счастье (или несчастье) быть рожденным в определенной культуре, в определенных географических и экологических условиях. Окружающая среда в данном типе индивидуальной концепции здоровья присутствует как постоянный фактор.

4. *Здоровье* – способность к развитию. Эта тенденция представляет здоровье как динамический процесс, состоящий из серии мер, которые совершенствуются и развиваются при их использовании. Индивид с таким типом индивидуальной концепции здоровья ориентирован на то, что причины здоровья и болезней людей вызываются ими самими, поскольку каждый сам ответственен за свое здоровье.

*Здоровье населения* – комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу, отражает уровень его экономического и культурного развития, состояние медицинской помощи, находясь в то же время под воздействием традиций, исторических, этнографических и природно-климатических условий общества.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «*здоровье* – это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»

В науке исследуются три *вида здоровья*: физическое, психическое и нравственное (социальное):

*Физическое здоровье* – это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если хорошо работают все органы и системы, то и весь организм человека (система саморегулирующаяся) правильно функционирует и развивается.

*Психическое здоровье* зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств.

*Нравственное (социальное) здоровье* определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, т.е. жизни в определенном человеческом обществе. Отличительными признаками нравственного здоровья человека являются, прежде всего, сознательное отношение к труду, овладение сокровищами культуры, активное неприятие нравов и

привычек, противоречащих нормальному образу жизни. Физически и психически здоровый человек может быть нравственным уродом, если он пренебрегает нормами морали. Поэтому социальное здоровье считается высшей мерой человеческого здоровья. Нравственно здоровым людям присущ ряд общечеловеческих качеств, которые и делают их настоящими гражданами.

Ученые выделяют следующие *уровни* здоровья:

- Индивидуальное здоровье – здоровье отдельного человека.
- Групповое здоровье – здоровье социальных и этнических групп.
- Региональное здоровье – здоровье населения административных территорий.
- Общественное здоровье – здоровье популяции, общества в целом.

*Индивидуальное здоровье* обуславливается: сохранением и развитием биологических (размножение), физиологических (дыхание, питание, выделение, кровообращение), психофизиологических (восприятия, память, мышление), социальных (трудоспособность) функций при наибольшей продолжительной активной жизни.

*Общественное здоровье* складывается из здоровья отдельных людей. Показатели: общая смертность; средняя продолжительность жизни; детская смертность; первичная инвалидность; показатели физического развития и психического здоровья. На общественное здоровье влияют: природные факторы (загрязнение окружающей среды, жилищная среда) и социальные факторы (зарплата, продолжительность рабочего труда, условия труда, здравоохранение, уровень питания).

Исходя из модели социального действия, здоровье можно рассматривать как результат деятельности индивида, так и в зависимости от занимаемых им социальных позиций (статусов), и в этом смысле концепция образа жизни тесно переплетена с теорией стратификации, когда здоровье зависит от: 1) занимаемой должности и связанных с нею возможностей пользоваться медицинскими услугами, дохода и возможностей оплаты медицинских услуг, мер профилактики, рекреации; 2) санитарно-гигиенических и других условий труда. В стратификационных исследованиях здоровье может выступать в качестве дополнительного фактора, давая важную иллюстративную информацию в понимании и толковании социальной действительности. Образ жизни человека определяется не только в зависимости от набора дескриптивных признаков:

социального статуса, образования, профессии и т.д., но и аскриптивных характеристик, возраста и пола.

*Социальное здоровье* – это феномен гармоничного отношения личности с социальной средой, отношения к себе и своему месту в социальной структуре, обуславливающий ее жизнеспособность, оптимальность функционирования в социальной среде.

Выделяют три уровня факторов, оказывающих непосредственное влияние на формирование социального здоровья несовершеннолетних, находящихся в тесной взаимосвязи между собой и, в конечном итоге, оказывающих непосредственное влияние на социально-экономическое развитие общества (Ю.В. Березутский и А.С. Москвич).

*Факторы среды* представляют собой спектр внешних объективных факторов воздействия на социальное здоровье детей. К ним относятся: экономико-географическое положение, природно-климатические условия, природно-ресурсный потенциал, демографический потенциал, структура и специализация хозяйства, финансовая обеспеченность, тип (уровень) социально-экономического развития территории.

Цель здоровьесберегающих технологий по отношению к пожилому – обеспечение высокого уровня реального здоровья пожилого человека и воспитание валеологической культуры как совокупности осознанного отношения к здоровью и жизни человека, знаний о здоровье и умений оберегать, поддерживать и сохранять его, валеологической компетентности, позволяющей самостоятельно и эффективно решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения, задачи, связанные с оказанием элементарной медицинской, психологической самопомощи и помощи. Применительно к взрослым ЗТ содействует становлению культуры здоровья, в том числе культуры профессионального здоровья специалистов.

Существующие здоровьесберегающие образовательные технологии, по мнению Л.В.Зайцевой, можно выделить в три подгруппы:

4. Организационно-педагогические технологии, определяющие структуру воспитательно-образовательного процесса, способствующие предотвращению состояния переутомления, гиподинамии и других дезадаптационных состояний.

5. Психолого-педагогические технологии, связанные с непосредственной работой педагога с детьми.

6. Учебно-воспитательные технологии, которые включают программы по обучению заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья.

*В качестве рабочего определения, мы воспользуемся определением В.И.Жукова: здоровьесберегающие технологии* представляют совокупность форм, средств, методов, которые направлены на достижение оптимальных результатов в поддержании физического, психического, нравственного и социального благополучия человека, в формировании здорового образа жизни.

Данный вид технологий классифицируется в соответствии с конкретными признаками. Так, технологии профилактики условно подразделяются на педагогические, социальные, медико-психологические и медико-биологические.

Здоровьесберегающие технологии интегрируют все направления работы по сохранению, формированию и укреплению здоровья.

Здоровьесберегающие технологии предполагают совокупность педагогических, психологических и медицинских воздействий, направленных на защиту и обеспечение здоровья, формирование ценного отношения к своему здоровью. Нет какой-то одной единственной уникальной технологии здоровья. Здоровьесбережение может выступать как одна из задач некоего социально-реабилитационного процесса. Это может быть воспитательный процесс медико-гигиенической направленности (осуществляется при тесном контакте педагог – медицинский работник – воспитанник); физкультурно-оздоровительный (отдается приоритет занятиям физкультурной направленности); экологической (создание гармоничных взаимоотношений с природой) и др.

В последнее время появилась инновационная технология – *технология самосбережения здоровья и жизненного оптимизма* (ортобиооз).

На сегодняшний день технология самосбережения здоровья и жизненного оптимизма (ортобиооза, в пер. с лат. – *разумного образа жизни*) в социальной работе малоизвестна, хотя деятельность в этом направлении ведется достаточно интенсивно. По выражению И.И. Мечникова, ортобиоз – это «...правильная жизнь, основанная на изучении человеческой природы и на установлении средств к исправлению ее дисгармонии». И.И. Мечников был убежден, что суть ортобиооза – это обеспечение развития человека ради достижения долгой, деятельной и бодрой старости. Его последователь, В.М. Шепель, сформулировал современное направление ортобиооза, как *ортобиотика*.

В центре внимания здоровьесберегательных технологий – психологические



характеристики человека, психологическая предрасположенность к стрессу, проблемы питания, общения, личной жизни в современном обществе, проблемы семьи, старости. И в каждом случае предлагается комплексный подход к преодолению проблем.

*Социальная реабилитация* подразумевает под собой систему и процесс восстановления способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой жизни. Социальная реабилитация включает в себя несколько аспектов: социально-психологический; социально-педагогический; социально-средовой; социально-бытовой; социально-культурный; профессиональный (производственный).

*Основными направлениями социальной реабилитации пожилых являются:* восстановительная терапия, санаторно-курортное лечение; социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая, социокультурная и социально-бытовая адаптация; социальная реадaptация и реинтеграция.

#### Операционализация понятий

Теоретическое понятие	Эмпирический показатель	Индикатор	Значение переменной	
Самосохранительное поведение	Ориентации	биологическая	Уровень измерения	подразумевает поведенческую ориентацию, сфокусированную на удовлетворении своих первичных потребностей в еде, отдыхе, порядке и т.д. На этом уровне для человека важно избегать опасности, удовлетворять свои постоянно возникающие желания, которые не выходят за рамки витальных
			Номинал	
		психологическая	Номинал	предполагает поведенческую ориентацию при выборе модели поведения главным образом на первичные и референтные группы индивида, на те социальные институты, где происходит его личностная социализация. Благодаря влиянию и значимости в повседневной практике мнения семьи, друзей жизненные идеалы в данной поведенческой ориентации во многом детерминированы ближайшим окружением ради удовлетворения потребностей в уважении, общении, понимании. Самосохранение здесь

				основано на «Я-концепции человека», чувстве внутренней психологической гармонии
		социальная	Номинал	характеризуется значимостью при выборе формы поведения социального набора признаков: социальный статус, престиж, признание в профессиональном коллективе, восприятие себя сквозь призму общественного мнения. Здесь речь идет о самосохранении в смысле поддержания социально-профессионального статуса, связанного с ним материального благополучия, а также выполнения активной гражданской функции, всего того, что воспринимается общественным сознанием в понятиях успешный, престижный и т.д.
	Мотивы	экономические	Номинал.	мотивы, которые побуждают выбирать такую стратегию самосохранительного поведения (стремиться жить дольше или отказываться от такового стремления), которая способствует достижению определенных экономических целей, т.е. целей, связанных с повышением (сохранением) достигнутого экономического статуса, с желанием получить определенные материальные блага или избежать их потери. Например, выбор человеком опасной профессии, связанной с повышенным риском, может мотивироваться желанием получения высокого дохода и разного рода льгот и привилегий, которые в данном случае служат определенной компенсацией риска. Напротив, резкое падение уровня жизни, связанное с переходом на пенсию, реальное или предполагаемое понижение экономического статуса (явление слишком частое в современной России, когда для миллионов старость означает нищету) могут провоцировать ослабление воли к жизни, уменьшение желания жить дольше или даже вовсе отказ от жизни
		Социальные	Номинал	мотивы, которые побуждают выбирать такую стратегию самосохранительного поведения (стремиться жить дольше или отказываться от такового стремления), которая способствует

				<p>достижению определенных социальных целей, т.е. целей, связанных с повышением (сохранением) достигнутого социального статуса. Они являются реакцией на бытующие в культуре социальные нормы отношения к ценности человеческой жизни и ее продолжительности, к полноте и завершенности индивидуального цикла жизни и т.д. Социальные мотивы действуют там и тогда, где и когда действуют стимулы, символизирующие повышение социального статуса и престижа человека, прожившего долгую жизнь, прошедшего через все социально значимые стадии жизненного цикла (вступление в брак, приобретение статуса родительства и прародительства), отметившего все «положенные» юбилеи, отпраздновавшего символические события типа серебряных или золотых свадеб, выхода на пенсию и т.п. Там же, где нет таких стимулов, где старикам в противоположность известной песне нет «езде почета», там нет и желания жить долго</p>
		Психологическое	Номинал	<p>мотивы, которые побуждают стремиться выбирать такую стратегию самосохранительного поведения (стремиться жить дольше или отказываться от такового стремления), которая способствует достижению определенных сугубо личностных, социально-психологических внутренних целей личности. Они отражают исключительно личностную заинтересованность прожить тот или иной срок жизни. Скажем, наличие у человека того или иного числа детей формирует у него стремление и желание пожить подольше, чтобы увидеть, кем и чем станут его дети. И ясно, что чем больше детей имеет человек, тем сильнее это желание</p>
		Педагогически некомпетентные семьи	Номинал	<p>безнадзорность, безынициативность, слепое подчинение</p>
<b>Здоровье</b>	Типы	физическое	Номинал	<p>естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если хорошо работают все</p>

				органы и системы, то и весь организм человека (система саморегулирующаяся) правильно функционирует и развивается
		психическое	Номинал	зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств
		нравственное (социальное)	Номинал	определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, т.е. жизни в определенном человеческом обществе. Отличительными признаками нравственного здоровья человека являются, прежде всего, сознательное отношение к труду, овладение сокровищами культуры, активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни. Физически и психически здоровый человек может быть нравственным уродом, если он пренебрегает нормами морали.
	Уровни	индивидуальное	Номинал	здоровье отдельного человека; обуславливается: сохранением и развитием биологических (размножение), физиологических (дыхание, питание, выделение, кровообращение), психофизиологических (восприятия, память, мышление), социальных (трудоспособность) функций при наибольшей продолжительной активной жизни.
		групповое	Номинал	здоровье социальных и этнических групп
		региональное	Номинал	здоровье населения административных территорий
		общественное	Номинал	здоровье популяции, общества в целом; складывается из здоровья отдельных людей. Показатели: общая смертность; средняя продолжительность жизни; детская смертность; первичная инвалидность; показатели физического развития и психического здоровья. На общественное здоровье влияют: природные факторы (загрязнение окружающей среды, жилищная среда) и социальные факторы (зарплата,

				продолжительность рабочего труда, условия труда, здравоохранение, уровень питания)
--	--	--	--	--

## 5. Формулировка гипотезы исследования.

*Гипотеза исследования:* формирование самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей, проживающих в стационарном учреждении социального обслуживания, будет *успешным*, если будут *выявлены* факторы, отрицательно и положительно воздействующие на здоровье пожилых, *определены* основные проблемы формирования самосохранительного поведения и *разработана* система мероприятий по здоровьесбережению.

## II. Процедурный раздел

### 1. Описание выборки и структуры исследования.

Выборочная совокупность определялась посредством гнездовой, квотной, целенаправленной выборки. В качестве квотных критериев выборки использовались признаки пола и возраста (для пожилых); стажа работы и образования (для специалистов).

### 2. Определение обследуемой совокупности

*Опрос (анкетирование) специалистов.* Штат работников ГБУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» рассчитан на 161 штатную единицу. В доме-интернате работают 142 человека, это руководитель учреждения, специалисты, врачи, средний и младший медицинский персонал, а также обслуживающий персонал интерната.

Уровень образования и квалификация сотрудников соответствует занимаемой должности. Руководитель, специалисты и врачи учреждения имеют высшее профессиональное образование. Все специалисты постоянно повышают профессиональный уровень. Большинство врачей и медицинских сестер аттестованы на высшую, 1 и 2 квалификационную категорию. Средний медицинский персонал имеет среднее профессиональное образование. Младший медицинский персонал, а также обслуживающий персонал со средним профессиональным и начальным профессиональным образованием. Опыт работы сотрудников в учреждении составляет: более 40 лет – 0,7%; более 30 лет – 3,5%; более 20 лет – 9,1%; более 10 лет – 12%; более 5 лет – 14,7%; менее 5 лет – 60%

Таким образом, число специалистов, отвечающих критериям нашего исследования составляет 38 человек. Нами опрошено 32 человека (в силу объективных причин: отпуск, болезнь, командировка).

*Опрос (анкетирование) пожилых людей.* Общее число мест ГБУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов» -222, В настоящее время в нём проживают 200 человек. Нами опрошено 98 человек, отвечающих критериям выборки (дееспособные, имеющие возможность участвовать в исследовании)

**3. Инструментарий:** анкета по изучению отношения пожилых людей к здоровью, анкета участника исследования (для пожилых), анкета специалиста ГБУСОССЗН «Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов»

#### 4. Методы обработки и анализа данных

методы корреляционного, сравнительного, группировки переменных, методов математической статистики при использовании программного пакета SPSS.

#### 4. Рабочий план исследования.

Вид мероприятия	Содержание мероприятий	Необходимые ресурсы	Ожидаемые результаты	Сроки реализации
I этап (обоснование актуальности исследования)	Изучение существующих теорий и концепций, посвященных проблеме формирования самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей и выявление проблем, которые они не затрагивают	Материальный, технический, человеческий	Выявление проблем, которые необходимо решить для формирования самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения пожилых людей.	20.03.2018- 25.03.2018
II этап (разработка программы)	Выявление основных направлений, которые необходимо определить в результате проведения исследования	Человеческий, материальный	Определение тематических блоков исследования и разработка гипотезы.	26.03.2018 01.04.2018
III этап (полевой этап)	Проведение исследования	Человеческий, материальный	Получение данных, необходимых для подтверждения или опровержения рабочей гипотезы.	02.04.2018- 10.04.2018
IV этап (анализ и интерпретация данных и подготовка отчета)	Интерпретация результатов исследования, сопоставление их с рабочей гипотезой, подведение итога исследования	Человеческий, технический, материальный.	Подтверждение или опровержение своей гипотезы, вывод, основанный на сопоставлении гипотезы и результатов исследования.	11.04.2018 20.04.2018

## АНКЕТА ПО ИЗУЧЕНИЮ ОТНОШЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ К ЗДОРОВЬЮ

Уважаемый участник (ца) исследования! Просим Вас ответить на вопросы анкеты, которая позволит определить факторы формирования здоровьесберегающего поведения пожилых людей

1. **Ваш возраст:** \_\_\_\_\_ (полных лет)

2. **Ваш пол:** 1. Мужской 2. Женский

3. **Образование:**

1. Неполное среднее
2. Среднее
3. Среднее специальное
4. Неоконченное высшее
5. Высшее

4. **Оцените, пожалуйста свои жилищные условия по пятибалльной шкале (1 – низший балл, 5 – высший балл), обведите кружком один из вариантов**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. **Как изменилось Ваше качество жизни в последние три года**

1. Заметно улучшилось
2. Несколько улучшилось
3. Не изменилось
4. Заметно ухудшилось

6. **Оцените, пожалуйста, Ваш уровень жизни в настоящее время по 5 бальной шкале (1 балл – низшая оценка, 5 баллов – высшая оценка)**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. **Как Вы относитесь к употреблению алкогольных напитков**

1. Не признаю никакие спиртные напитки (независимо от крепости и количества)
2. Мне все равно, когда пьют другие, но сам я предпочитаю безалкогольные напитки
3. Могу выпить только слабые спиртные напитки в небольших количествах (вино или пиво), для того, чтобы поддержать компанию.
4. Не вижу ничего особенного в употреблении вина и пива
5. Иногда можно себе позволить и крепкие спиртные напитки
6. Другое \_\_\_\_\_

8. **Как часто Вы употребляете алкогольные напитки**

1. Вообще не употребляю
2. По очень редким поводам
3. По праздникам
4. Не чаще одного раза в неделю
5. Чаще одного раза в неделю
6. Ежедневно

9. **По Вашему мнению, оказывает ли отрицательное влияние алкоголь на организм человека**

1. Оказывает в любом случае
2. Оказывают только крепкие алкогольные напитки
3. Оказывает только некачественный алкоголь
4. Оказывает только злоупотребление

5. В небольших количествах не оказывают влияния  
 6. Другое \_\_\_\_\_

**10 Как Вы относитесь к курящим людям**

1. Отрицательно      2. Равнодушно      3. Положительно

**11. Курите ли Вы в настоящее время**

1. Нет      2. От случая к случаю      3. Регулярно

**12. Если Вы курите, то, сколько сигарет в день выкуриваете \_\_\_\_\_**

**13. По Вашему мнению, оказывает ли курение отрицательное влияние на организм человека**

1. Оказывает в любом случае  
 2. В небольших количествах не оказывает влияния  
 3. Не оказывает влияния  
 4. Другое \_\_\_\_\_

**14. Если Вы курите, то, как стараетесь исключить отрицательное влияние курение на здоровье**

1. Никак не стараюсь  
 2. Курю только сигареты с фильтром  
 3. Курю только облегченные сигареты  
 4. Курю, не затягиваясь  
 5. Стараюсь не курить больше одной пачки в день  
 6. Не курю на голодный желудок  
 7. Другое (Ваш вариант ответа) \_\_\_\_\_

**15. Вы хотели бы получить информацию о своей болезни?**

1. Да, я бы хотел знать как можно больше  
 2. Нет, достаточно того, что информацией владеет врач.  
 3. Затрудняюсь ответить

**16. Откуда Вы бы хотели получить дополнительные знания о своей болезни?**

1. От врача  
 2. Из специальной медицинской литературы  
 3. Из Интернета  
 4. Из научно-популярных журналов  
 5. Из информационного стенда в поликлинике  
 6. У знакомых или родственников  
 7. Не планирую  
 8. Другое \_\_\_\_\_

**17 Оцените уровень информации о различных аспектах Вашей болезни и медицинского вмешательства, которую Вам предоставил врач (в соответствующей ячейке таблицы обведите кружком цифру, соответствующую Вашему ответу)**

	Очень понятно рассказал	Кое-что было понятно	Было не очень понятно	Ничего не рассказывал
О диагнозе	1	2	3	4
О возможных осложнениях болезни	1	2	3	4



О методах обследования	1	2	3	4
О методах лечения	1	2	3	4
О возможных побочных эффектах обследования и лечения	1	2	3	4

### Самооценка здоровья

**18. Дайте оценку своему здоровью:**

1. Очень хорошее
2. Хорошее
3. Не очень хорошее
4. Плохое
5. Очень плохое

**19. Чем обосновывается такая оценка**

1. Практически не болею
2. Зависимость самочувствия от погоды
3. Часто болею простудными заболеваниями
4. Частое повышение давления
5. Частые головные боли
6. Страдаю хроническими заболеваниями с частыми обострениями
7. Страдаю хроническими заболеваниями с редкими обострениями
8. Другое \_\_\_\_\_

**20. Как изменилось Ваше здоровье за последние три года**

1. Значительно улучшилось
2. Несколько улучшилось
3. Примерно такое же
4. Несколько ухудшилось
5. Гораздо ухудшилось

**21. Имеются ли у Вас какие-либо хронические заболевания**

1. Болезни сердечнососудистой системы
2. Болезни желудочно-кишечного тракта
3. Болезни нервной системы
4. Болезни эндокринной системы
5. Болезни костно-мышечной системы
6. Болезни мочевыделительной системы
7. Гинекологические заболевания

**22. Перенесенные операции (какая и год)**

---

**23. Как часто Вам приходится обращаться к врачу**

1. Не обращаюсь
2. 1-2 раза в год
3. 3-5 раз в год
4. Более 6 раз в год

**24. Если Вы заболеете, в каком случае Вы обращаетесь за медицинской помощью**

1. Преимущественно не болею
2. Преимущественно не обращаюсь
3. Только при тяжелом заболевании

4. При любом заболевании
5. Только если нужен больничный лист
6. Другое (Ваш вариант ответа)\_\_\_\_\_

**25. К какому врачу Вам чаще всего приходится обращаться**

1. Терапевт
2. Хирург
3. Стоматолог
4. Невропатолог
5. Уролог
6. Гинеколог
7. Окулист
8. Узкий специалист (укажите, кто именно)\_\_\_\_\_

**26. Как часто Вы находились на стационарном лечении**

1. Последние 5 лет не находился
2. 1 раз в несколько лет
3. 3-4 раза в год
4. Более 4 раз в год
5. 1-2 раза в год

**27. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?**

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А) Тяжелые физические нагрузки,	1	2	3
Б) Умеренные Физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
В) Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
Г) Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
Д) Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
Е) Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3
Ж) Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
З) Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
И) Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
К) Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3

**28. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время в коллективе?**

1. Совсем не мешало
2. Немного
3. Умеренно
4. Сильно
5. Очень сильно

**29. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?**

1. Совсем не испытывал (а)

2. Очень слабую
3. Слабую
4. Умеренную
5. Сильную
6. Очень сильную

**30. Следующие вопросы касаются того, как ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВОВАЛИ и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. На каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течение последних 4 недель...**

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А) Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б) Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В) Вы чувствовали себя таким (ой) подавленным (ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г) Вы чувствовали себя спокойным (ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Д) Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е) Вы чувствовали себя упавшим (ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж) Вы чувствовали себя измученным (ой)?	1	2	3	4	5	6
З) Вы чувствовали себя счастливым (ой)?	1	2	3	4	5	6
И) Вы чувствовали себя уставшим (ей)?	1	2	3	4	5	6

**31. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (?)**

1. Все время
2. Большую часть времени
3. Иногда
4. Редко
5. Ни разу

**32. Насколько верно или неверно представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?**

(обведите одну цифру в каждой строке)

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
А) Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Б) Мое здоровье не хуже, чем у	1	2	3	4	5

большинства моих знакомых					
В) Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
Г) У меня отличное здоровье	1	3	3	4	5

**БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА ПОМОЩЬ В ПРОВЕДЕНИИ  
ИССЛЕДОВАНИЯ!**

### **Анкета участника исследования**

Уважаемы участники исследования! Проводится исследование, связанное с улучшением качества услуг в стационарных учреждениях для пожилых людей. Просим Вас ответить на вопросы анкеты (отметьте галочкой или обведите тот вопрос, который наиболее всего соответствует вашему мнению, при необходимости напишите ответ сами).

Благодарим за участие!

1. *Как вы оцениваете состояние своего здоровья?*
  1. Очень хорошее
  2. Хорошее
  3. Среднее
  4. Нормальное
  5. Плохое
  6. Очень плохое
2. *Причины ухудшения Вашего здоровья?*
  1. Возраст
  2. Нервные перегрузки
  3. Недоступность медицинской помощи
  4. Н хватает любви со стороны близких
3. *В каком душевном состоянии вы сейчас находитесь?*
  1. состоянии раздражения
  2. в состоянии сильного душевного расстройства
  3. в состоянии озабоченности здоровьем
  4. в состоянии стресса
  5. находятся в обычном для них состоянии
4. *Какое настроение преобладает у Вас в последнее время?*
  1. Хорошее, оптимистичное
  2. Нормальное, ровное
  3. Беспокойство, раздражение
  4. Страх, отчаяние, безысходность
  5. Другое (укажите)
5. *Удовлетворены ли Вы своим самочувствием в настоящее время?*
  1. Удовлетворен
  2. Не удовлетворён
6. *Какие причины побуждают Вас жить как можно дольше?*
  1. люблю жизнь, хочется многое увидеть
  2. еще есть творческие планы
  3. это естественное стремление человека
  4. успеть сделать больше для родных и близких
  5. не хочу жить как можно дольше
  6. затрудняюсь ответить
  7. другое (что именно)
7. *Можете ли Вы сказать, что Ваша жизнь в целом сложилась неплохо*
  1. Да
  2. В какой-то мере
  3. Нет
8. *Возникает ли у Вас чувство одиночества?*
  1. Никогда не возникает
  2. Иногда возникает
  3. Довольно часто возникает
  4. Постоянно чувствую одиночество
9. *Можете ли Вы рассчитывать на помощь работников пансионата в связи с жизненными невзгодами?*
  1. Да

2. В какой-то мере
  3. Нет
10. Можете ли Вы рассчитывать на помощь родственников в связи с жизненными невзгодами?
1. Да
  2. В какой-то мере
  3. Нет
11. Насколько важно для вас быть полезным для ваших родных и близких?
1. Очень важно
  2. Скорее важно
  3. Скорее не важно
  4. Совсем не важно
12. Как Вы оцениваете доступность социокультурных благ для вас лично?
1. Все блага доступны
  2. Круг доступных мне благ очень ограничен
  3. Мне практически ничего не доступно из социокультурных благ
  4. Другое (что именно)
13. Думаете ли Вы, что все потеряло ценность?
1. Да
  2. Нет
14. Расставьте в порядке предпочтения Ваши жизненные ценности?
1. Счастливый брак, семья
  2. Стабильность, спокойная старость
  3. Здоровье
  4. Материальное благополучие
  5. Мир в стране
  6. Хорошие друзья, соседи
  7. Интересный досуг
  8. Уважение окружающих
  9. Чистая совесть
  10. Успех в жизни
15. Участвуете ли Вы в мероприятиях, проводимых в пансионате?
1. Да (в каких?) \_\_\_\_\_
  2. Нет (почему?) \_\_\_\_\_
16. Как вы смотрите в будущее?
1. С оптимизмом
  2. С пессимизмом
  3. Стараюсь об этом не думать
17. К кому Вы обратитесь за помощью в первую очередь?
1. к родственникам
  2. к специалистам пансионата
  3. к бывшим сослуживцам
  4. мне обратиться не к кому
18. Общаетесь ли Вы с родственниками?
1. Часто
  2. Иногда
  3. Никогда
19. Какие проблемы Вас волнуют в первую очередь?
1. Материальный достаток
  2. Жилищные условия в пансионате
  3. Медицинское обслуживание
  4. Питание

5. Неорганизованный отдых

6. Другое (укажите) \_\_\_\_\_

*Ваш образ жизни:*

21. Часто ли Вы читаете?	да	нет	иногда
22. Часто ли Вы смотрите телевизор?	да	нет	иногда
23. Часто ли Вы слушаете радио?	да	нет	иногда
24. Часто ли Вы говорите по телефону?	да	нет	иногда
26. Часто ли Вы совершаете прогулки?	да	нет	иногда
27. Часто ли Вы занимаетесь любимым делом?	да	нет	иногда
28. Часто ли Вы ходите в церковь?	да	нет	иногда
29. Часто ли Вы посещаете кино, театр, выставки?	да	нет	иногда
30. Часто ли Вы ходите в гости и принимаете гостей?	да	нет	иногда

31. *Оцените свое материальное положение?*

1. Хорошее, ни в чем себе не отказываю
2. Неплохое, хотя многого не могу себе позволить
3. Среднее, денег хватает только на продукты
4. Плохое, денег едва хватает от пенсии до пенсии
5. Очень плохое, живу в крайней нужде
6. нахожусь в долгах
7. откладываю деньги на «черный день»
8. другое (укажите)

32. *Как Вы оцениваете социальное обслуживание в последнее время?*

1. Положительно
2. Скорее положительно
3. Скорее отрицательно
4. Отрицательно

33. *Что Вас беспокоит больше всего в сфере социального обслуживания сегодня?*

1. Культура общения
2. Платные услуги
3. Уровень доступности культурных ценностей
4. Отношение обслуживающего персонала к клиентам
5. Малый перечень социальных услуг
6. Отсутствие милосердия
7. Что еще? (напишите) \_\_\_\_\_

34. *На Ваш взгляд, способна или нет, сегодня система государственного социального обслуживания эффективно оказывать услуги пожилым?*

1. В основном да
2. В основном нет
3. При условии (допишите) \_\_\_\_\_

35. *Что Вас не устраивает в социальном обслуживании в вашем пансионате?*

1. Финансирование учреждения
2. Непрофессионализм работников учреждения
3. Отсутствие уважительного отношения к пожилым в пансионате
4. Нехватка услуг (каких?) \_\_\_\_\_
5. Что еще? \_\_\_\_\_

36. *Что бы Вы хотели изменить во взаимоотношениях между Вами и работниками пансионата?*

\_\_\_\_\_

37. Есть ли в Вашем пансионате клубы (кружки) по интересам?
1. Да (какие, напишите) \_\_\_\_\_
  2. Нет
38. *Есть ли клубы по интересам есть, то посещаете ли вы их и как часто?*
1. часто
  2. иногда
  3. никогда
39. *Удовлетворены ли Вы комнатой проживания?*
1. Да
  2. Нет
40. *Что бы Вы хотели изменить в комнате, в которой Вы проживаете?*
- 
41. *Удовлетворены ли Вы качеством питания?*
1. Да
  2. Нет
42. *Что бы Вы хотели изменить в качестве питания?*
- 
- 
43. *Удовлетворены ли Вы качеством медицинского обслуживания?*
1. Да
  2. Нет
44. *Что бы Вы хотели изменить в медицинском обслуживании?*
- 
- 
45. *Что нужно изменить в проведении Вашего досуга?*
- 
- 
46. *Что нужно сделать для улучшения работы пансионата?*
1. Ввести дополнительные услуги (какие?) \_\_\_\_\_
  3. Улучшить подготовку (образование) персонала
  4. Наказывать персонал за некорректное обращение с клиентами
  5. Улучшить медицинское обслуживание
  6. Улучшить питание
  7. Разнообразить досуг
  8. Что еще? (напишите) \_\_\_\_\_
- 
47. *Какой структуры в пансионате не хватает?*
1. Спортзала
  2. Кафе
  3. Библиотеки
  4. Кинозала
  5. Комнаты отдыха
  6. Бани
  7. Сауны
  8. Концертного зала
  9. Чего еще? (напишите) \_\_\_\_\_
- 
48. *Насколько добросовестно работники пансионата выполняют свою работу?*
1. Добросовестно
  2. Недобросовестно
49. *Культура общения работников пансионата с Вами?*
1. Высокая
  2. Средняя
  3. Низкая
50. *Жаловались ли Вы на когда-нибудь на работников пансионата?*
1. Да
  2. Нет
51. *Если Вы жаловались, то удовлетворены ли были Ваши пожелания?*
1. Да
  2. Нет



52. *Насколько квалифицированы работники пансионата?*

1. Медработники
2. Социальный работник
3. Библиотекарь
4. Психолог
5. Другие \_\_\_\_\_

Расскажите о себе

53. *Ваш пол:*

1. Мужской
2. Женский

54. *Ваш возраст*

1. 55-59 лет
2. 60- 65 лет
3. 66-70 лет
4. 71-75 лет
5. 76-80 лет
6. Более 80 лет

55. *Образование*

1. Неполное среднее и ниже
2. Среднее общее
3. Среднее специальное
4. Высшее

56. *Как долго Вы проживаете в пансионате (сколько лет)?*

---

57. *Есть ли у Вас дети?*

1. Да
2. Нет

58. *Если у Вас дети, то укажите их количество*

---

59. *Есть ли у Вас родственники?*

1. Есть (кто именно) \_\_\_\_\_
2. Нет

60. *Кем Вы работали до поступления в пансионат?*

---

61. *Состоите ли Вы в браке сейчас?*

1. Да
2. Нет

62. *Состояли ли в браке ранее?*

1. Да
2. Нет

63. *Хотели бы Вы вступить в брак?*

1. Да
2. Нет

64. *Имеете ли Вы инвалидность?*

1. Да (укажите группу)
2. Нет

### Анкета специалиста

Уважаемы участники исследования! Проводится исследование, связанное с применением здоровьесберегающих технологий в реабилитации пожилых людей в стационарных учреждениях социального обслуживания. Просим Вас ответить на вопросы анкеты (отметьте галочкой или обведите тот вопрос, который наиболее всего соответствует вашему мнению, при необходимости напишите ответ сами).

*Благодарим за участие!*

1. По каким причинам чаще всего пожилые граждане оказываются в условиях стационарных учреждений?

1. Отсутствие родственников
2. Невозможность проживания с родственниками
3. Отсутствие жилья
4. Одиночество
5. Невозможность самообслуживания
6. Другое (что именно) \_\_\_\_\_

2. Что нужно сделать для улучшения качества социально-медицинских услуг в стационарных учреждениях? (два варианта ответа)

1. Ввести дополнительные услуги (какие?) \_\_\_\_\_
2. Улучшить подготовку (образование) персонала
3. Наказывать персонал за некорректное обращение с клиентами
4. Улучшить медицинское обслуживание
5. Улучшить питание
6. Разработать индикаторы качества услуг
7. Разнообразить досуг
8. Что еще? (напишите) \_\_\_\_\_

3. Поступают жалобы (на низкое качество услуг) от клиентов стационарных учреждений руководству?

1. Часто
2. Очень редко
3. Затрудняюсь ответить

4. Располагают ли учреждения стационарного обслуживания для пожилых необходимым числом специалистов?

1. Да
2. Нет

5. Какую бы проблему в работе с пожилыми в стационарных учреждениях Вы назвали основной? (выберите не более двух вариантов ответов)

1. психологическую
2. недостаточная квалификация
3. недостаточная информированность
4. недостаточная разработанность нормативно-правовой базы
5. слабое финансирование
6. слабое взаимодействие с другими службами
7. проблем нет
8. другое (напишите) \_\_\_\_\_ -

6. Какие критерии, с Вашей точки зрения, возможны для эффективности работы стационарных учреждений для пожилых? (два варианта ответов)

1. Укрепление или поддержание физического здоровья пожилых
2. Укрепление или поддержание психического здоровья пожилых
3. Оптимизация среды жизнедеятельности пожилых
4. Создание благоприятных условий для реализации интеллектуальных и культурных потребностей пожилых
5. Создание благоприятных условий жизни, приближенных к домашним

6. Укрепление социальной защищенности пожилых

7. Другое (что именно)? \_\_\_\_\_

7. Ведены ли дифференцированные режимы адаптации в стационарных учреждениях для пожилых?

	да	нет	частично
1. режим общественно-трудовой занятости (направлен на поддержание личной активности, способствует реализации интересов, знаний, установок, потребности в общении)	1	2	3
2. лечебно активизирующий режим (поддержание полезных навыков и умений, оживление общения и бытовой адаптации)	1	2	3
3. лечебно-охранительный режим (поддержание функциональных способностей и отправления физиологических функций индивидуально по отношению к каждому проживающему)	1	2	3
4. затрудняюсь ответить			

8 Как вы оцениваете качество жизни пожилых людей в интернате?(оцените по 5-ти балльной шкале)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Назовите приоритетные жизненные ценности пожилых людей?

---



---

10. Опишите образ жизни пожилого человека, проживающего в интернате

---



---



---

11. Назовите условия, при которых продолжительность жизни пожилых, проживающих в интернате будет повышаться

---



---

12. Какие мероприятия по здоровьесбережению наиболее всего будут способствовать улучшению качества жизни граждан пожилого возраста?

---



---

13. Выделите наиболее значимые проблемы пожилых людей

---



---

*Немного о себе*

14. Ваш пол:

15. Ваш возраст \_\_\_\_\_

16 Должность, стаж работы \_\_\_\_\_

*Благодарим за сотрудничество!*