Государственное бюджетное профессиональное

образовательное учреждение

«Армавирский медицинский колледж»

министерства здравоохранения Краснодарского края

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**«Особенности медико-социальной работы с людьми пожилого возраста и инвалидами»**

**Выполнила:** Маслова Ирина Валерьевна 3 МА

Программы подготовки специалистов среднего звена по специальности:

34.02.01 Сестринское дело

Форма обучения: очная

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

**Руководитель:** Торосян Нелли Николаевна

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Дата защиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Оценка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Армавир

2021

СОДЕРЖАНИЕ.

ВВЕДЕНИЕ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1.1 Организация и содержание медико-социальной работы в России\_\_\_\_\_6

1.2 Организация и содержание медико-социальной работы за рубежом\_\_\_\_12

ГЛАВА 2 ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1 Общая характеристика контингента, проживающего в домах-интернатах для престарелых и инвалидов в Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20

2.2 Статистические данные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_22

2.3 Развитие социальной защиты пожилых людей и социально-медицинского обслуживания в Краснодарском крае\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_24

2.4 Специфика работы специализированного отделения социально медицинского обслуживания на дому\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_28

ЗАКЛЮЧЕНИЕ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_35

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_37

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность.** В современных условиях все чаще внимание исследователей стало уделяться реабилитации инвалидов, граждан пожилого и старческого возраста, как важной социальной проблеме.

Происшедшие в последние годы социально-экономические и другие изменения потребовали пересмотра многих принципов организации медицинской помощи. Тем не менее, в значительном количестве территорий медицинская служба продолжает работать с устаревшими подходами к проблеме, не пересматриваются структура существующих медицинских и социальных учреждений, состояние материальной базы и кадрового обеспечения их.

Одним из наиболее оптимальных путей повышения эффективности работы с инвалидами и гражданами пожилого и старческого возраста является развитие реабилитационного звена, которому в настоящее время, по мнению многих исследователей, на местах не уделяется должного внимания.

В условиях перехода к рыночной экономике одним из приоритетов социальной политики является социальная защита. А одним из основных направлений социальной защиты по праву считается реабилитация.

Учитывая актуальность реабилитационного звена в системе здравоохранения, необходимо более полное изучение проблем медико социальной работы.

Проблема реабилитации в последние годы в России приобрела большую значимость и новое звучание, как в практических, так и научных ее аспектах. Но, к сожалению, Россия пока не занимает достойного места в международном сотрудничестве по вопросам восстановительного лечения и реабилитации. Это связано с отсутствием в стране налаженной системы медико-социальной реабилитации и соответствующего опыта в рамках этой сферы. Усугубляет положение несовершенство законодательства и разобщенность ведомств, имеющих отношение к восстановительному лечению и реабилитации, а также издержки структуры здравоохранения, экономические трудности. Поэтому создание единой системы реабилитации в настоящее время является актуальным вопросом и требует единого концептуального подхода, дальнейшей научной разработки и внедрения в

Социальная работа позволяет решать широкий круг задач социальной защиты населения. Их число и разнообразие настолько велико, что порой заслоняет основную, конечную цель социальной работы. А конечной целью является охрана здоровья и жизни обслуживаемых лиц.

В последнее десятилетие активно стали обновляться стационарные учреждения для пожилых людей: дома-интернаты и геронтологические центры. Появилась система стационаров для дневного пребывания пенсионеров. Строятся жилые многоэтажные дома, в которые вселяются только пожилые и старые люди. Более активными стали клубы социальной взаимопомощи пожилых. Боязнь одиночества, утрата многих производственных и дружеских контактов приводят к тому, что многие пенсионеры принимают участие в организациях, основанных на возрастной общности с целью регулирования как внутри, так и вовне этой социально-демографической группы.

Пожилые же люди, в свою очередь, сохраняя трудовую и образовательную активность, смогут обеспечивать себе достойный уровень физической и культурной жизни. Необходимо покончить с социальным штампом «пожилой – значит беспомощный». Пожилые люди могут вносить огромный вклад в развитие общества, благодаря тому, чего нет у других поколений – мудрости.

Объектом исследования является медико-социальная работа.

Предметом исследования является медико-социальная работа с гражданами пожилого, старческого возраста и инвалидами.

Цель данной работы – изучить специфику медико-социальной работы с пожилыми людьми и инвалидами.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих задач:

1) Выявить проблемы медико-социальной работы с гражданами пожилого возраста и инвалидами.

2) Изучить социальное развитие пожилых людей.

3) Рассмотреть социально-медицинское обслуживание.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**1.1 Организация и содержание медико - социальной работы в России**

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), рассматривает потребности в области здравоохранения как совокупность слагаемых множества комплексных факторов, отражающих не только медицинские аспекты охраны здоровья. Так же рассматривает непосредственно связанные с ними социально-экономические проблемы: образ жизни и привычки, сопряженные с риском для здоровья; проблемы эмоционального характера и родственные им; сексуальное и репродуктивное здоровье; биологические и медицинские проблемы. При этом характер нужд в области здравоохранения определяется возможностями не только индивидуума, но и его непосредственного окружения, общества в целом [6; с.16].

Приоритетным направлением стратегии ВОЗ в целях достижения здоровья для всех является политика, способствующая укреплению здоровья. Она опирается на формирование здорового образа жизни населения и развитие реальных практических действий по сохранению и укреплению здоровья.

ВОЗ считает необходимым, для удовлетворения основных здравоохранительных потребностей населения, содействовать адекватному развитию служб медико-санитарной помощи. При этом важны как интеграция их деятельности, обеспечение доступности и качества обслуживания, так и соответствующее ресурсное обеспечение. Все это требует нового подхода к подготовке и процессу обучения кадров медико-социальных служб охраны здоровья, расширению их знаний в области основ здоровья, социальных и поведенческих наук, а также более широкому знакомству с реальными потребностями и интересами населения [6; с. 39].

Снижение уровня здоровья населения России вводит на первый план проблему реорганизации медико-социальной помощи. Негативные тенденции развития российского здравоохранения возникли давно, но в последние годы они усугубились внутренними разногласиями. На волне демократических преобразований привычное противопоставление частной и государственной форм медицинской помощи перестало быть одним из направлений «идеологической борьбы на международной арене». Концептуально это привело к обострению противоречий между существующей государственной системой и нарождающимся в стране рынком медицинских услуг. Для их разрешения необходимо изменение системы оказания медико-социальной помощи [9; с. 69].

Необходима принципиально новая модель медико-социальной помощи населению, затрагивающая и организацию, и управление, и медицинское образование. Базой для такой новой модели может послужить реабилитационная концепция медицины и здравоохранения, а предпосылкой безболезненного ее вживания в реально существующую систему медико-социальной помощи населению, безусловно, является подготовка специалистов с соответствующим мировоззрением.

Современные особенности процессов воспроизводства населения, характер преимущественной патологии, социальная незащищенность большинства населения, экологическое и санитарное неблагополучие в регионах Российской Федерации предопределили необходимость трансформации оказания медицинской помощи с особым акцентом на увеличение ее доступности.

Разделяя такой подход, представляется необходимым поиск новых современных форм оказания медико-социальной помощи населению, которые бы являлись наиболее адекватными для существующих организационных структур. Это позволило бы рассматривать предлагаемые новые медико-социальные технологии с точки зрения функциональной модели, и не ставить вопрос создания новых служб в условиях дефицита финансовых средств для существующих учреждений здравоохранения, социальной защиты населения или других отраслей.

Главной задачей работников службы медико-социальной помощи, является помощь людям сознательно контролировать и улучшать собственные жизненные ситуации в целях долгосрочной профилактики расстройств и улучшения здоровья. Нам представляется, именно такой подход является принципиально важным в построении функциональной модели медико-социальной работы. Предлагаемые в концепции функции социальной поддержки и психологической помощи использованы при создании базовой модели медико-социальной работы.

Министерством социальной защиты населения в 1992 году была разработана концепция социальной защиты нетрудоспособных граждан и семей с детьми. В ней определены цели и стратегия социальной политики в области социальной защиты населения, предложена система срочной социальной помощи малообеспеченным гражданам и семьям с детьми, определены формы и виды социальной помощи, механизм реализации системы социальной защиты.

Авторским коллективом НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов была предложена концепция социальной защиты инвалидов. В данной концепции авторы рассматривают социальную защиту инвалидов как многоуровневую систему мер - экономических, организационных, правовых, медико-социальных, психологических, имеющих своей целью обеспечить инвалидам равные возможности со здоровыми людьми, способствовать их интеграции в общество. Очевиден масштабный подход к решению проблем реабилитации, и стремление рассматривать реабилитацию через систему разноплановых мероприятий.

Признано, что медико-социальная помощь представляет собой комплекс проводимых на государственном и муниципальном уровнях интегрированных мероприятий: медицинских, социальных, психологических, юридических, педагогических, призванных укреплять социальную защищенность населения, особенно самых уязвимых его слоев. Это междисциплинарная сфера деятельности, виды, направления и организационные формы которой зависят как от политики государства в области охраны здоровья населения, так и от современной концепции здоровья и теорий социального обеспечения, являющихся базой медико-социальной помощи.

Актуальность дальнейшего развития медико-социальной помощи и поддержки граждан во многом обусловлена необходимостью расширения мер социальной защищенности, как на уровне всего населения, так и на индивидуальном уровне, в семье, коллектив.

Современные потребности различных групп населения, в том числе возникающие в связи с жизненными кризисными ситуациями, могут найти наиболее адекватные решения только на основе высокого уровня социальной работы, включающей комплекс взаимосвязанных мероприятий по медико-социальной, социально-экономической, социально-психологической, правовой помощи семье, коллективу, индивидууму. Это создает благоприятные предпосылки для профилактики нарушений соматического и психического характера, проявлений социальной деривации, а также совершенствования реабилитации и адаптации.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что обширной и неразработанной частью социальной работы являются лица пожилого и старческого возраста, традиционно наблюдающиеся в сфере здравоохранения. По данным исследователей, сочетанные медико-социальные проблемы выявляются не менее чем у 60 % пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями.

Все это свидетельствует о том, что резко возрастает потребность в адекватных и эффективных мерах, направленных на оказание медико-социальной помощи всем нуждающимся гражданам, для поддержания их социального, психологического и физического статуса.

Целью медико-социальной работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

Объектом медико-социальной работы – различные контингенты лиц, имеющих выраженные медицинские и социальные проблемы, взаимно потенцирующие друг друга, решение которых затруднено в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами, численность которых в последние годы неуклонно возрастает, одинаково тяжела и малоэффективна и для медицинских работников, и для специалистов социальной защиты населения, поскольку они неизбежно сталкиваются с кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной узкопрофессиональной деятельности.

Особенность медико-социальной работы состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей - здравоохранения и социальной защиты населения. Отечественный опыт организации первичной медико-санитарной помощи, зарубежный опыт социальной работы в здравоохранении показывают, что, несмотря на предпринимаемую координацию усилий в помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, реальная координация ведомственных действий недостаточно эффективна. Оптимальное взаимодействие вырабатывается лишь после длительной совместной работы в смежном секторе, после соответствующей подготовки на основе выбора специальных форм работы, которые позволяют объединить действия представителей разных специальностей в лице нового специалиста специалиста по социальной работе, получившего соответствующую медицинскую специализацию.

Одним из важнейших положений концепции является необходимость четкого разграничения функций между медицинскими и социальными работниками.

Обозначая место медико-социальной работы среди смежных видов деятельности, необходимо отметить координирующую роль социального работника в разрешении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов смежных профессий - врачей, психологов, педагогов, юристов.

Медико-социальная работа имеет много общего по своей сути с медицинской помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не претендует на выполнение лечебно-диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение сфер деятельности

Медико-социальную работу можно условно разделить на две составляющие: медико-социальную работу профилактической направленности и медико-социальную работу патогенетической направленности. На общих методических принципах такая группировка позволяет строить модели медико-социальной работы в различных областях медицины и в системе социальной защиты населения.

Медико-социальная работа профилактической направленности включает выполнение мероприятий по предупреждению социально зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья, формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, и другое.

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

Медико-социальная работа определяется как организованное социальное обслуживание в больнице или вне нее. Классической триадой в организации социальной работы в области проблем, связанных с медициной и здравоохранением, являются службы, нацеленные на все виды профилактики - первичной, вторичной и третичной. Речь идет о работе по предупреждению аномальных явлений, лежащих в основе заболевания, по предотвращению осложнений и негативных последствий болезни и реабилитации больных, оказанию им социальной помощи. Именно в таком комплексном подходе строится медико-социальная работа во многих зарубежных странах.

**1.2 Организация и содержание медико-социальной работы за рубежом**

В большинстве стран Европы после второй мировой войны были созданы специальные структуры для осуществления социальной политики и программ социального обеспечения, поддержки различных социальных групп, в которых в настоящее время наряду с правоведами, психологами, медиками важное место занимают и социальные работники. Так, в Великобритании, к учреждениям, оказывающим медико-социальную помощь пожилым людям, относятся не только больницы, но и дома для престарелых, дома сестринского ухода государственного и частного секторов, дома для инвалидов, приюты общежития гостиничного типа для лиц с нарушением психики или инвалидов. Основная ответственность за медико-социальную помощь возлагается на местные власти, которым передается большая часть финансовых средств.

Ряд сложных проблем не только медицинского, но и организационного, экономического, правового, социального и этического характера связан с безнадежно больными пациентами. Вследствие возрастающей стоимости медицинского обслуживания, особенно больничного, большинство зарубежных специалистов предлагает введение альтернативных форм помощи тяжелобольным с неблагоприятным прогнозом, главным образом по программам медико-социального обслуживания на дому многопрофильными бригадами. Сложившейся формой обслуживания умирающих являются хосписы как специализированные медико-социальные учреждения.

Социальные работники широко представлены в медицинских учреждениях США, по существу, во всех областях здравоохранения, включая медико-хирургическую, педиатрическую, акушерско-гинекологическую помощь, службу интенсивного лечения, реабилитации и неотложной помощи. Они выполняют свои функции в общих и специализированных больницах, оказывающих неотложную медицинскую помощь и консультации; в психиатрических лечебницах для кратковременного и долгосрочного лечения; в реабилитационных центрах, учреждениях, осуществляющих долговременный уход за больными и немощными (частные лечебницы, приюты, стационары для взрослых); в учреждениях, оказывающих первичную помощь, например в амбулаториях, центрах охраны здоровья, кабинетах врачей; в случае медицинской помощи на дому.

В странах Европы и Америки существуют дома квалифицированного сестринского ухода. Дома сестринского ухода становятся центрами универсальных услуг, включая не только удовлетворение социальных и бытовых нужд пожилых людей, но и достаточно квалифицированное медицинское обслуживание.

Скандинавские страны достигли высокого уровня обеспечения нуждающихся в медико-социальном обслуживании с длительным уходом на общественные деньги. Вопросы медицинского и социального обслуживания в Швеции относятся к компетенции муниципальных и областных властей. Основная обязанность по социальному обслуживанию граждан возложена на муниципалитет, на территории которого гражданин постоянно проживает.

В больницах Швеции хорошо развиты службы помощи при кризисных ситуациях. Здесь специалисты по социальной работе решают целый ряд задач. В частности, оказывают помощь больному в его адаптации к условиям стационара и режиму лечения; ведут подготовку больных к операции и организуют помощь после нее; оказывают поддержку родителям, родственникам, дети или близкие которых неизлечимо больны; информируют врачей по поводу обстановки в семье больного, возможной помощи ему со стороны близких родственников; работают с родителями, дети которых умерли, с близкими родственниками умерших в клинике; составляют программы работы с родителями, дети которых тяжело больны.

Традиционной для Германии областью социальных мер являются службы здоровья. В настоящее время такие службы имеют в своем распоряжении обширную систему социальной помощи и охраны здоровья, отвечающую сравнительно высокому стандарту.

Службы здоровья и социальные службы в Германии являются двумя радикально разделенными секторами. Там, где они в своей работе взаимно пересекаются, в частности, в сфере социальной медицины, социальные мероприятия образуют звено для создания необходимого единства. Поэтому общественные службы здоровья являются важной рабочей средой для штата социальных служб, в частности, для работников в социальной сфере.

Вопросами управления и финансирования социального обеспечения и здравоохранения в Дании (кроме тех, которые относятся к сфере деятельности врачей общей практики и специалистов) занимаются местные органы власти.

Особый интерес представляет система оказания помощи пожилым людям в этой стране. Для обеспечения доступности социальных и медицинских услуг жителям муниципальные власти учредили так называемые центры здоровья для пожилых. В таких центрах, имеющихся в каждом микрорайоне, решаются все вопросы социального обеспечения и здравоохранения, предоставляются все услуги по уходу и лечению пожилых людей.

В Финляндии для всего населения доступны услуги по планированию семьи. Они включают предоставление информации и консультативной помощи, которую оказывают различные службы планирования семьи: муниципальные, общественные, созданные в составе Федерации по проблемам семьи, частные.

Финляндия относится к числу стран, где успешно реализуются программы профилактики болезней, передаваемых половым путем, включающие как широкое информирование населения по вопросам защиты от этих болезней, так и осуществление широких кампаний по распространению презервативов.

Анализируя зарубежный опыт профессиональной социальной работы с целью использования его в российских условиях, необходимо учитывать специфику теоретико-методологических подходов к одним и тем же социальным явлениям и процессам, технологию оказания социальной помощи на индивидуальном, личностном уровне, а также методы деятельности по формированию благоприятных условий бытия социального субъекта, нуждающегося в помощи.

В то же время Россия располагает большим собственным опытом социальной работы и медико-социальной помощи, отличающимся своими традициями, тесно связанными с имеющимися социальными институтами и возможностями здравоохранения.

Таким образом, на этапе становления медико-социальной работы в России особое значение имеет ее научно-методическое обеспечение. Реализация концепции медико-социальной работы определяет необходимость дальнейшей углубленной проработки основных ее положений. Комплексными исследованиями на междисциплинарном уровне должны стать работы, направленные на поиск новых современных технологий медико-социальной работы, учитывающих особенности социально-экономических условий общества переходного периода.

В настоящее время медико-социальная работа в России находится на стадии развития, и еще не сформировался единый подход к данной проблематики. Отечественные исследователи предлагают различные подходы к определению медико-социальной работы, адаптируют зарубежные концепции к российским условиям. За рубежом данный вид помощи оказывается давно и медико-социальная работа имеет свои особенности, специфику в странах Европы и США. Обращает на себя внимание противоречивость и разно плановость теоретических подходов к социальной работе в целом и медико-социальной работе, в частности. Представляется, что последняя наименее разработана в зарубежных исследованиях, а работы отечественных ученых в данном направлении единичны.

Отличительной чертой современной эпохи является изменение возрастной структуры населения в сторону увеличения календарного возраста. Уже сегодня в высоко развитых странах и в России доля пожилых людей составляет от 13 до 17 % по отношению к общему населению. По прогнозу РАН к 2015 году доля пожилых людей старше 60 лет достигнет 20 % от общего населения.

Наиболее существенным проявлением неблагополучия демографического развития России последних лет, наряду с падением рождаемости, стал заметно прогрессирующий рост смертности. Болезни, определяющие основные причины смерти (болезни сердечно-сосудистой системы, новообразования, травмы) поражают не только пожилое население, но и население среднего и даже молодого возраста.

Одной из главных проблем, связанных со старением населения России, будет рост расходов на содержание престарелых. Это выплаты пенсий, перестройка системы здравоохранения, в целях улучшения гериатрической помощи, расширение сети домов-интернатов, и укрепление служб их социального обеспечения.

Всё вышеизложенное в полной мере относятся и к городу Междуреченску, где на 104700 населения, 18429 – являются получателями пенсии по старости, что составляет 17,6 % от общей численности населения, из них, 13009 женщины, 5420 мужчины.

К сожалению, эти люди все еще остаются самыми незащищенными в социальном плане. Они нуждаются в поддержке и своих детей, и государства и каждого, из нас. Наш долг – сделать все возможное, чтобы обеспечить им спокойную и благополучную жизнь. Поэтому забота о старшем поколении – это одно из приоритетных направлений работы Управления социальной защиты населения.

Одной из важнейших задач является реабилитация граждан преклонного возраста и инвалидов, их адаптация к новым условиям жизни, интеграция в обществе.

Социальная реабилитация граждан пожилого возраста и инвалидов – это новый вид деятельности в технологии социальной работы. Она направлена на восстановление здоровья, трудоспособности, социального статуса личности, его правового положения, морально-психологического равновесия, уверенности в себе.

В рамках социально-реабилитационной деятельности выделяются различные уровни, медико-социальный, профессионально-трудовой, социально-психологический, социально-ролевой, социально-правовой, социально-досуговый, социально-бытовой и др.

Индивидуальная программа реабилитации инвалидов и пожилых граждан включает в себя комплекс оптимальных реабилитационных мероприятий, разрабатываемых на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы. Социальная реабилитация осуществляется по двум основным направлениям: социально-бытовое и социально средованное.

Социально-бытовая реабилитация включает: социально-бытовую ориентацию; социально-бытовое образование; социально-бытовую адаптацию; социально-бытовое устройство.

Социально-бытовая ориентация – процесс ознакомления с предметами и окружением социально-бытового назначения. Социальный работник обязан ориентировать клиента к социально-бытовым проблемам, раскрывать перспективу его способностей к осуществлению жизнедеятельности, показать необходимость приложения определённых усилий.

Социально-бытовая адаптация – процесс приспособления инвалида или пожилого человека имеющего дефект в состоянии здоровья, к условиям ближайшего социума. В ходе адаптации в одних случаях используются возможности приспособления к привычным, обыденным предметам, условиям, бытовому оборудованию на основе реабилитационного потенциала, с использованием элементарных приспособлений. В других случаях требуются специальные вспомогательные устройства, обеспечивающие не только социально-бытовую адаптацию, но и относительно независимый образ жизни.

Социально-средовая реабилитация включает в себя: социально-средовую ориентацию; социально-средовое образование; социально-средовую адаптацию.

Социально-средовая ориентация – процесс формирования умения пожилого человека, инвалида, ориентироваться в окружающей среде: жилой, градостроительной, образовательной, производственной.

Социально-средовое образование – процесс обучения пожилого человека или инвалида навыкам пользования вспомогательными устройствами для осуществления жизнедеятельности в окружающей среде.

Социально-средовая адаптация необходима для лиц с нарушениями способности к двигательной активности

В реабилитационном воздействии особое место занимает формирование инвалида или пожилого человека, образа нового “Я”, саморегуляции личности, адекватной самооценки, преодоление ограниченных возможностей, принятие нового вынужденного образа жизни.

Социальная реабилитация пожилых граждан и инвалидов включает в себя также обучение их навыкам социального общения, социальной независимости, навыкам проведения досуга, отдыха, участия в спортивных мероприятиях, обучение умению решения личных проблем (создание семьи, воспитание детей и т. д.), обучение знаниям юридических основ, знаниям своих прав и льгот, гарантированных законодательством. Эта многоуровневая задача выполнима только при активном участии многих государственных структур. Однако главенствующая и координирующая роль принадлежит органам социальной защиты населения.

Работники учреждения социального обслуживания никогда не должны забывать, что миссия учреждения такого типа заключается в реабилитации, в поддержании социальной активности, продлении жизни пожилого человека и всячески этому способствовать. Эффективное управление системой социальной защиты, выстраивание новых руководящих отношений в учреждении социального обслуживания способствует полноценной реабилитации.

**ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**2. 1Общая характеристика контингента, проживающего в домах-интернатах для престарелых и инвалидов в Российской Федерации.**

В нашей стране группа старших возрастов представлена следующим образом: от 60 до 74 лет – пожилой возраст, 75-89 - старческий, 90 лет и старше - долгожители. В домах-интернатах для престарелых и инвалидов лица пожилого возраста составляют 36,8 % , старческого - 56,9 % и долгожители - 6,3 % от всего контингента проживающих 60 лет и старше.

Рисунок 1. Возрастной показатель контингента, проживающего в домах-интернатах Российской Федерации

Отсюда можно сделать вывод, что большинство проживающих в домах-интернатах Российской Федерации старческого возраста от 75 до 89 лет.

Количество женщин более чем в два раза превышает численность мужчин (73,1 % и 26,9 % соответственно).

Рисунок 2. Половая принадлежность

Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что в домах-интернатах женщин проживает больше, чем мужчин.

Среди всех этих людей нет практически здоровых: 88% людей находящихся в домах-интернатах, страдают психическими патологиями, у 67,9% наблюдается ограничение двигательной активности: они нуждаются в постоянной помощи; 62,3% не способны даже частично себя обслуживать.

Рисунок 3. Состояние здоровья людей, находящихся в домах-интернатах

Рассматривая данную диаграмму, можно сделать вывод о том, что среди проживающих в домах-интернатах нет практически здоровых людей.

Наиболее распространённые заболевания среди пожилых людей – болезни органов кровообращения и костно-мышечной системы.

По статистическим данным в Российской Федерации проживает около 15 миллионов инвалидов. Постоянную работу имеют только 13-15% из них.

В процентном соотношении больше всего инвалидов III группы – 43,2%; II группы – 40,9%; I группы – 15,9%.

Рисунок 4. Процентное соотношение инвалидов в Российской Федерации

По этим данным можно сделать вывод о том, что больше всего инвалидов 2 и 3 групп.

**2.2 Статистические данные**

Количество стационарных учреждений социального обслуживания и проживающих в них граждан пожилого возраста и инвалидов в России

Рисунок 5. Учреждения социального обслуживания и проживающие в них граждане

Проанализировав данную диаграмму, можно сделать вывод о том, что с каждым годом число учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов увеличивается, количество мест возрастает, проживающих становится больше.

Численность населения в городе Армавире 191799 человек, пенсионеров - 55023 человек, инвалидов из них – 23045 человек, состоящих на учете в управлении социальной защиты – 124011 человек, из них имеют право на меры социальной поддержки - 47088 человек.

Рисунок 6. Статистика по городу Армавиру

По этим данным можно сделать вывод о том, что численность постоянного населения города растет, пенсионеров и людей, состоящих на учете в управлении социальной защиты, становится больше.

ВГосударственном бюджетном учреждении «Армавирский дом-интернат для престарелых и инвалидов» всего 160 мест, проживающих – 160 человек, инвалидов из них – 111 человек.

Рисунок 7. Статистика Государственного бюджетного учреждения «Армавирский дом-интернат для престарелых и инвалидов».

Отсюда можно сделать вывод, что инвалиды по численности более чем в 2 раза превышают здоровых пенсионеров.

**2.3 Развитие социальной защиты пожилых людей и социально-медицинского обслуживания в Краснодарском крае.**

По состоянию на 31 декабря 2014 года функционировало 52 государственных бюджетных  учреждения  социального  обслуживания, 1 государственное автономное учреждение и 1 государственное бюджетное учреждение Краснодарского края, в которых обслужено 855490 человек.

В данных учреждениях функционировало:

 10 стационарных отделений на 304 места, количество обслуженных – 2256 человек;

 6 полустационарных отделений на 123 места, количество обслуженных – 2192 человека;

 993 нестационарных отделения, количество обслуженных 616607 человек, в том числе получили социальное обслуживание на дому 68613 человек.

 9 отделов в краевом методическом центре, обслужено 234435 человек.

В крае действует 73 государственных полустационарных учреждения социального обслуживания Краснодарского края, которыми обслужено более 358 тыс. человек, в том числе:

 49 центров социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, обслужено 314 тыс. чел.;

 12 комплексных центров социального обслуживания населения, обслужено 40 тыс. чел.;

 9 социально-оздоровительных центров граждан пожилого возраста и инвалидов, обслужено 1,5 тыс. чел.;

 центр социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий, обслужено около 2 тыс. чел.;

 2 дома ночного пребывания, обслужено более 1 тыс. чел.

В структуру данных учреждений входят более 1000 различных отделений, в том числе:

1) 717 отделений социального обслуживания на дому, в которых состоят на учете более 47 тысяч пожилых граждан и инвалидов. Из общего числа обслуживаемых 82,4 процента граждан проживает в сельской местности, 17,6 процентов - в городском секторе. Социальное обслуживание осуществляют 8 800 социальных работников.

В 2006 году открыто 11 отделений социального обслуживания на дому в учреждениях городов Геленджика, Горячего Ключа, Новороссийска, г. Сочи (Центральный район), Красноармейского, Крыловского, Ленинградского, Мостовского, Славянского, Туапсинского, Успенского районов;

2) 203 специализированных отделения социально-медицинского обслуживания на дому с охватом более 7,2 тыс.чел. Их обслуживанием занято 2,5 тыс. специалистов.

В 2006 году было открыто 8 отделений в учреждениях городов Новороссийска, Краснодара, Славянского, Красноармейского, Павловского и Щербиновского районов.

Охват населения в сельской местности по социально-медицинскому обслуживанию на дому составляет 72,5 процента от общего количества обслуживаемых граждан.

С начала года число населенных пунктов, не охваченных надомным социальным обслуживанием, уменьшилось на 11 (с 52 до 41). Работа по предоставлению социальных услуг гражданам, проживающим в отдаленных населенных пунктах, продолжается путем развития мобильных форм социального обслуживания;

3) 113 отделений срочного социального обслуживания функционируютдля оказания разовых услуг населению.

В отделениях срочного социального обслуживания работает более 1,3 тыс. человек. За 2014 год ими оказано свыше 1 млн. 150 тысяч услуг более 294 тысячам граждан.

4) 19 отделений временного проживания на 430 мест - обслужено 1435 чел., 5 социально-реабилитационных отделений на 109 мест, обслужено 800 чел., 12 отделений дневного пребывания на 265 мест, обслужено – 2030 чел.

5) 6 учреждений (отделений) для лиц без определенного места жительства и занятий на 294койко-места. Ими обслужено более 4,5 тыс. человек, что на 1125 человек больше, чем за предыдущий год. Данные учреждения (отделения) действуют в городах Краснодаре, Кропоткине, Новороссийске, Туапсе, Калининском и Курганинском районах.

В текущем году продолжена работа по развитию новых форм социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

В городе Туапсе, Динском, Павловском, Славянском, Тихорецком, Успенском районах организована работа "стационаров на дому", что позволяет осуществлять уход за пожилыми людьми, временно потерявшими способность к самообслуживанию, во время болезни или при обострении хронических заболеваний. На время болезни клиента социальному работнику устанавливается гибкий график работы, позволяющий осуществлять ежедневные посещения.

В центрах социального обслуживания города Сочи, Апшеронского, Абинского, Белоглинского, Белореченского, Крымского, Курганинского, Кущевского, Лабинского, Мостовского, Усть-Лабинского районов действуют выездные мобильные бригады, сформированные из специалистов различных по профилю, которые оказывают помощь гражданам пожилого возраста и инвалидам, проживающим в отдаленных населенных пунктах, не охваченных социальным обслуживанием.

ВАбинскомрайоне созданы специализированные выездные бригады для социального обслуживания ветеранов и участников Великой Отечественной войны. В городе Кропоткине, Гулькевичском, Кущевском районах осуществляется организация подвоза граждан пожилого возраста и инвалидов в лечебные учреждения, учреждения культуры ("социальные рейсы").

**2.4 Специфика работы специализированного отделения социально медицинского обслуживания на дому**

Проанализирована медико-социальная работа с пожилыми людьми на примере центра МУСЗН "Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов" г. Армавира.

Общие направления деятельности отделения:

 выявление и учет граждан, нуждающихся в социальных услугах, оказываемых отделением;

 оказание социальной, бытовой, доврачебной медицинской помощи на дому;

 оказание морально-психологической поддержки обслуживаемым гражданам и членам их семей;

 наблюдение за состоянием здоровья обслуживаемых граждан и проведение мероприятий, направленных на профилактику обострений у них хронических заболеваний;

Работа отделения осуществляется во взаимодействии с территориальными учреждениями здравоохранения.

Зачисление на обслуживание в отделение производится на основании личного заявления, медицинского заключения о состоянии здоровья, акта материально-бытового обследования и справки о размере получаемой пенсии.

Противопоказаниями к принятию на обслуживание в отделение являются:

1. наличие у граждан психических заболеваний;
2. хронического алкоголизма;
3. венерических и инфекционных заболеваний;
4. бактерионосительства;
5. открытых форм туберкулеза, а также иных тяжелых заболеваний, требующих лечения в специализированных учреждениях органов здравоохранения.

Отказ в предоставлении социальных услуг центром по медицинским показаниям оформляется совместным заключением его руководства и врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения.

Территория обслуживания и график работы социальных работников устанавливается заведующим отделением с учетом степени и характера нуждаемости граждан в помощи, характера оказываемых им услуг, компактности проживания, транспортных связей, наличия предприятий торговли, общественного питания, бытового обслуживания, а также учреждений органов здравоохранения.

Периодичность посещения обслуживаемых граждан не реже 3-5 раз в неделю.

«Контроль за организацией работы отделения, за расходованием финансовых средств, взимание оплаты за социальные услуги осуществляет администрация центра социального обслуживания населения и управление социальной защиты населения».

Многие пациенты отделения, потеряли или не смогли создать свои семьи. Но и у тех, у кого есть дети, нередко складываются с ними психологически сложные взаимоотношения. Как показывает опыт, и подтверждают литературные данные, наличие родственников не всегда определяет качество ухода за престарелыми людьми. Нередко ухаживающие сами люди преклонного возраста, живут в других районах города или просто очень заняты.

Таким образом, большинство пациентов отделения – совершенно одинокие престарелые или супружеские пары; в меньшей степени, те, чьи родственники по тем или иным причинам не могут или отказываются помогать им.

Уже первые визиты показали эффективность психологической и медицинской поддержки пожилых и старых людей. Психологическая помощь престарелым и инвалидам особенно актуальна в связи с тем, что у большинства из них наблюдаются так называемые посттравматические стрессовые расстройства с различными психосоматическими проявлениями. Доверительные, дружеские, неформальные отношения между пациентом и медицинской сестрой, социальным работником, – а именно такой стиль отношений характерен для специализированного отделения, способствуют улучшению психического состояния пациентов.

Центр не ставит целью в своей работе подменять государственные медицинские службы, а лишь дополняет их усилия в тех областях, где эти структуры по тем или иным причинам недостаточно активны.

Оказание помощи на дому означает предоставление услуг и необходимого оборудования пациентам по месту их проживания с целью восстановления и поддержания максимального уровня здоровья, функционирования и комфорта.

Медико-социальная помощь на дому является альтернативой госпитализации пожилых людей. Этот вид помощи дешевле стационарного и амбулаторного лечения.

«За период работы сложились методы поиска кадров для социальной службы, инструктажа и первичного обучения, контроля работы».Разработана документация для оформления договора, финансовой отчетности, а также формы дневников учета посещения клиентов, ежемесячных рапортов о состоянии подопечных.

Перед оформлением договора с социальным работником заведующая отделением беседует с кандидатом, выявляет мотивацию, психологические особенности будущего работника социальной службы. Новый сотрудник заполняет анкету, договор специальной формы, изучает перечень функциональных обязанностей, а также получает всю необходимую информацию. Заведующая отделением подробно инструктирует нового сотрудника. Рассказывает об истории центра, о программе "Помощь на дому", об особенностях ухода за пожилыми и старыми людьми, о морально-этических требованиях, предъявляемых к социальному работнику или медицинской сестре. Затем заведующая отделением и медицинская сестра подбирают пациентов. Необходимо, чтобы социальный работник и его пациент по возможности проживали неподалеку друг от друга. Это важно для сокращения потерь времени на переезды.

Если вновь выявленный пациент в прошлом не обращался в центр, его посещают на дому. В ходе визита обращают внимание на особенности физического, психического и социального состояния пациента, выявляются его потребности в социально-бытовых, медико-социальных и иных услугах.

Заведующая отделением рассказывает клиенту о его будущем помощнике, согласовывает объем работы, частоту визитов социального работника и медицинской сестры.

Функциональные обязанности социального работника следующие: уборка жилища не реже 1 раза в неделю, стирка белья, доставка продуктов и лекарств, помощь в приготовлении пищи, в принятии ванны, сопровождение на прогулку, в медицинское учреждение, на кладбище для посещения могил родственников. «Однако деятельность социальных работников не ограничивается этими функциональными обязанностями». [26; с. 47].Нередко они становятся самыми близкими людьми для престарелых, оказывают им значительную психологическую поддержку.

По статистике 88 % всей помощи пожилым обеспечивается социальными работниками и медицинскими сестрами, 9 % обследованных, нуждающихся в уходе, получают ее от своих детей. Роль внуков и внучек в уходе за своими дедушками и бабушками ничтожно мала. Опыт показывает, что роль неформальных источников помощи престарелым людям невелика – 3%. Отчасти это объясняется обследованием преимущественно одиноких престарелых как наиболее нуждающихся. В связи с этим важно изучать окружение, в котором живет пациент, и тех, кто оказывает ему помощь, не являясь профессиональным работником социального обеспечения или медицинского обслуживания, т. е. семью, друзей, знакомых и соседей.

Опрашивая клиентов о тех, кто помогает им в выполнении тех или иных домашних функций (соседи, друзья или родственники), социальный работник стремится наладить сотрудничество с ними, чтобы дополнять виды помощи. Изучив, таким образом, различные аспекты потребности в услугах и окружение пациента, заведующая отделением передает данные социальному работнику, при этом определяются частота посещений и виды социальной помощи.

Задачей социальных работников и медицинских сестер совместно с сотрудниками ЛПУ, максимально мобилизовать усилия самого клиента на преодоление физических, психологических, социальных ограничений. Не устарело положение о том, что цель вмешательства при геронтологическом уходе - оказание такой помощи пожилым людям, чтобы они могли жить самостоятельно у себя дома. Большое значение также придается обучению членов семьи, родственников, самого больного приемам ухода и само ухода. В Центре обеспечивают или рекомендуют гигиенические, ортопедические и другие вспомогательные средства, облегчающие уход и реабилитацию, вовлекаем в этот процесс психолога, психотерапевтов, специалистов по лечебной физкультуре и массажу.

В специализированном отделении медико-социального обслуживания на дому обслуживаются граждане пожилого возраста и инвалиды, имеющие медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенцируют друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий.

«Работа с такими клиентами одинаково трудна у медицинских сестёр и социальных работников, так как требует решения проблем, выходящих за рамки их функциональных обязанностей и профессиональной деятельности».

Посещая тяжелых больных, сотрудники отделения зачастую вынуждены принимать самостоятельные решения.

Это очень ответственно – принимать самостоятельные решения, требует высокой квалификации сотрудников и дополнительных знаний. Задачей центра является подготовить их таким образом, чтобы они не терялись в любой ситуации и могли оказать квалифицированную помощь. Это достигается постоянным обучением сотрудников.

Таким образом, изучив документацию и специфику работы в специализированном отделении социально-медицинского обслуживания на дому, мы пришли к следующему выводу.

Пациенты специализированного отделения, это наиболее тяжелые в медицинском и наиболее незащищенная в социальном плане, группа больных, требующая к себе повышенного внимания, больших физических и психоэмоциональных затрат, обслуживающего их персонала, большого расхода лекарств и материально технических средств.

«К сожалению, на сегодняшний день невозможно осуществить круглосуточный уход за пациентами, в вечернее и ночное время приходится привлекать соседей, волонтеров, вызывать скорую помощь».

Тема оценки качества ухода за пожилыми гражданами и инвалидами на дому не простая. Оценивая качество работы по уходу за клиентами естественно задать вопрос: как организованна эта работа, как работает персонал, каковы объемы деятельности, какие применяются технологии для достижения качественного обслуживания?

Процессуальный подход к оценке качества помощи как раз и позволяет ответить на эти вопросы.

Оценка процесса ухода за пациентом включает оценку:

 объем деятельности;

 работа персонала;

 ведение документации.

При оценке процесса ухода за пожилыми людьми мы определили для себя следующие моменты.

Это: соответствие перечня услуг и объема помощи потребностям пациента;

 соответствие оказываемых услуг установленным стандартам;

 своевременность оказания услуг;

 очень важно также, соответствует ли деятельность медсестры назначениям врача, каковы взаимоотношения пациента и персонала, соответствует ли ведение документации установленным требованиям.

Мы считаем, что качество – это система управления, ориентированная на людей, что бы мы ни делали, должны знать – нужно это людям или нет. Достигается это через оценку потребностей. Оценка потребностей – очень важный метод социальной работы. Он используется во многих социальных технологиях, в том числе положен в основу технологий прогнозирования и моделирования.

Еженедельно на рабочих совещаниях обсуждаются проблемы деятельности службы, вопросы качества, периодически проводятся «мозговые штурмы», в результате которых рождаются новые идеи. Это тоже можно считать новой технологией. Сравнивая начальные и конечные данные, появилась возможность судить о результатах работы.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Системный кризис современного общества, дестабилизация большинства его социально-экономических структур, неопределенность ближайших и отдаленных перспектив обуславливают особое внимание к вопросам социальной защиты населения. «Снижение здоровья населения выводит на первый план проблему реорганизации медико-социальной помощи».

В России и за рубежом сложились свои традиции, собственный опыт социальной работы и медико-социальной помощи, которые тесно связаны с имеющимися социальными институтами и возможностями здравоохранения.

Несмотря на значительные различия медико-социальной реабилитации в разных странах, все шире развивается международное сотрудничество в этой сфере, все чаще поднимается вопрос о необходимости международного планирования и разработки координированной программы реабилитации физически и психически неполноценных лиц.

В реабилитации инвалидов и лиц пожилого и старческого возраста достигнуты определенные успехи, но эта проблема требует решения еще многих задач организационного и методического порядка. Но уже сделанные шаги по внедрению социальной работы в Центрах социального обслуживания, что вселяет надежду на то, что со временем она займет положенное ей место и станет неотъемлемой частью в процессе полноценной реабилитации граждан пожилого и старческого возраста, инвалидов. «Хочется надеяться, что эффективность социальной работы в дальнейшем будет только повышаться, и деятельность специалистов станет неотъемлемой частью помощи лицам, столь нуждающимся в поддержке».

Современное состояние в структуре социальных служб служит предпосылкой для создания новых форм и методов работы. Для успешного решения задач необходимо значительно расширить и улучшить систему реабилитации. Старые методы и формы организации лечебного процесса не удовлетворяют ни больных, ни их родственников, больные предпочитают лечиться в поликлиниках, стационарах либо в домашних условиях.

Недостаточность предоставляемых медико-социальных услуг накладывает отпечаток на эффективность всех реабилитационных мероприятий. Выявление основных противоречий между реально сложившийся практикой медико-социальной реабилитации и потребностями клиентов, выше описанных категорий, является актуальной задачей на сегодняшний день, особенно для учреждениях социальной защиты. Современные подходы к оказанию подобного вида социальной помощи различны и многообразны, и для предоставления эффективной медико-социальной реабилитации необходимо определить уровень удовлетворенности потребителей медико-социальных услуг.

Наше медико-социальное исследование показало, что причиной первостепенной значимости проживания в геронтологическом центре является снижение способности к самообслуживанию. Это говорит о большой значимости медицинской и социальной работы геронтологического центра, так как более трети пожилых людей не могут обойтись без постоянного медицинского ухода и социального обслуживания.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Боярский А.Я., Шушерин П.П. Демографическая статистика. – М: Госстатиздат, 1955.-332с.

2. Бочарова В.Г. Педагогика социальной работы. – М.:Аргус, 1994.

3. Бердышев Г.Д. Эколого-генетические факторы старения и долголетия. – Л.: Наука, 1968.

4. Венедиктов Д.Д. Международные проблемы здравоохранения. – М.: Медицина, 2007. – 374с.

5. Григорьев С.И., Гусляков Л.Г., Ельчанинов В.А. Теория и методология социальной работы. – М.: 1994.

6. Гусева И.С. Демографическая статистика. М.: ЦОЛИУВ, 1987.-31с.

7. Гамезо М.В., Герасимова В.С., Горелова Г.Г., Орлова Л.М. Возрастная психология: личность от молодости до старости. – М.: Педагогическое общество России, Изд. Дом «Ноосфера», 1999.

8. Грановская Р. М. Элементы практической психологии – Л.: Изд. Ленингр. ун-та, 1988.

9. Губачев Ю.Н., Макиенко В.В. Гериатрические проблемы семейной медицины – СПб., 2000.

10. Государство и малоимущие: на чём останавливается социальная помощь. // Человек и труд, 2002 №1 с. 35 – 37.

11. Григорьев С.И., Гуслякова Л.Г. Социология для социальной работы. Учеб.пособие для студ. Вузов2-е издание доп., перераб. – М.: Издательский дом МАГИСТР – ПРЕСС, 2002. -164с.

12. Гаптов В., Алферова Т., Савостина Е. Новая стратегия подготовки врача реабилитолога//Врач. - 1994. - №4. – С.42-45.

13. Гуманистически подход к охране здоровья/Под общ.ред. Н. Берковитц. – М.: Аспект Пресс, 1998. – 254с.

14. Гурович И. Социальная реабилитация психически больных//Врач. - 1995. - №2. – С.34-37.

15. Дементьева Н.Ф., Устинова Г.В. Формы и методы медико-социальнойреабилитации нетрудоспособных граждан. – М: 1991.

16. Дмитриев А.Г., Усманов Б.Ф., Шелейнов Н.И. Социальные инновации: сущность, практика осуществления. – М: 1992.

17. Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан: Руководство для подготовки социальных работников. – М.: Логос, 1996.

18. Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. – М.: Логос, 1996. – 224с.

19. Дыскин А.А., Попова Н.В. Эффективность медицинской реабилитации инвалидов//Здравоохранение Российской Федерации. - 1997. - №3. – С.24-27.

20. Железняк Е.С., Вишняков Н.И., Петрова Н.Г. Мнение пациентов как важное направление улучшения системы обеспечения качества медицинской помощи в больнице//Здравоохранение РФ. – 1998. - №5. – С.39-40.

21. Зейгарник Б.С., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М.: Моск. ун-т, 1980. – 169с.

22. Илларионов В. Основы реабилитации//Врач. - 1997. - №3. – С.8-10.

23. Игнатов А., Об изменениях пенсионного обеспечения // Экономист, 2001, № 10.