

УДК 61.36. 93/94

## ИСТОРИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕБЫВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ДОМАХ ПРЕСТАРЕЛЫХ

Чернова О.А.<sup>1</sup>, Коновалов Я.С.<sup>2</sup>, Ильницкий А.Н.<sup>3</sup>, Лебедев И.В.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85), тел. 8919-281-38-22, chernova@bsu.edu.ru

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, г. Санкт-Петербург, Россия (1971100, г. Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3), тел. 8812-230-00-49, info@gerontology.ru

<sup>3</sup>Полоцкий государственный университет, г. Новополоцк, Республика Беларусь (211440, г. Новополоцк, ул. Блохина, 29), тел. 8103-752-950-488-05, a-ilynitski@yandex.ru

<sup>4</sup>Российский государственный университет нефти и газа им. И.М. Губкина, г. Москва, Россия (117917, г. Москва, Ленинский пр-т, 65), моб. тел. 8906-766-07-74, dflbvsv59@mail.ru

В статье проведен анализ исторических и медико-социальных аспектов пребывания пожилых людей в домах престарелых, на основе которых исследована история становления и развития такой формы организации медико-социальной помощи пожилым людям, как дом престарелых, и исследованы формы организации пребывания в домах престарелых с точки зрения обеспечения условий для адаптации пожилых людей. Потребность современного общества в специальных учреждениях для лиц пожилого и старческого возраста сегодня резко возросла, и здесь особым образом обозначается проблема адаптации этих лиц к условиям новой жизни. И поэтому, описанная проблема, подводит нас к необходимости пристального изучения вопроса о возможности смягчения адаптивного периода пожилых людей, поступающих в дома для престарелых. Выявлено, что одним из направлений повышения адаптации в доме престарелых может быть реабилитация с применением комплекса доступных дома престарелых кинезотерапевтических, физиотерапевтических и медикаментозных мероприятий.

**Ключевые слова:** дома престарелых, пожилые люди, система призревания, благотворительные учреждения, адаптация, реабилитация.

## HISTORICAL AND MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF ELDERLY PEOPLE RESIDING IN RETIREMENT HOMES

Chernova O.A.<sup>1</sup>, Konovalov Y.S.<sup>2</sup>, Ilnitskiy A.N.<sup>3</sup>, Lebedev I.V.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> National Research Belgorod State University, Belgorod, Russia (308015, Belgorod, ul. Victory, 85), tel. 8919-281-38-22, chernova@bsu.edu.ru

<sup>2</sup> St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology Medical Sciences, St. Petersburg, Russia (1971100, St. Petersburg, Dynamo etc., 3), tel. 8812-230-00-49, info@gerontology.ru

<sup>3</sup> Polotsk State University, Novopolotsk, Belarus (211440, Novopolotsk, st. Blokhin, 29), tel. 8103-752-950-488-05, a-ilynitski@yandex.ru

<sup>4</sup>Russian State Oil and Gas. IM Gubkin Moscow, Russia (117 917, Moscow, Leninsky Prospect, 65), mob. tel. 8906-766-07-74, dflbvsv59@mail.ru

The article deals with the analysis of historical and medico-social aids to elderly people in the retirement houses, on which basis the history of foundation and development of retirement houses as a form of medico-social aids organization is analyzed and adaptation facilities for elderly people in retirement houses are researched. At present time the modern society requirement for special establishments for elderly and senile aged people have increased rapidly, and the problem of their adaptation to the facilities of new living conditions appears specifically. That's why the above mentioned problem leads us to the necessity to study how to make the adaptation easier for elderly people in retirement houses. It is revealed, that one of the ways to improve the adaptation in retirement houses can be the rehabilitation with the help of a complex of the available kinezotherapeutic, physiotherapeutic and medicamental actions.

**Key words:** retirement houses, elderly people, care system, charitable institutions, adaptation, rehabilitation.

В настоящее время уход за престарелыми людьми, которые не в состоянии вести самостоятельный домашний образ жизни, осуществляется в домах для престарелых. Пожилые люди избирают социальную помощь и социальное обслуживание как новый

образ жизни. Потребность современного общества в специальных учреждениях для лиц пожилого и старческого возраста сегодня резко возросла, и здесь особым образом обозначается проблема адаптации этих лиц к условиям новой жизни. И поэтому, описанная проблема, подводит нас к необходимости пристального изучения вопроса о возможности смягчения адаптивного периода старых и пожилых людей, поступающих в дома для престарелых.

Учитывая *актуальность*, научно-практическую значимость исследования, авторы поставили перед собой следующую *цель* – проанализировать исторические и медико-социальные аспекты пребывания пожилых людей в домах престарелых, исследовать формы организации пребывания в домах престарелых, с точки зрения обеспечения условий для адаптации пожилых людей.

*Материал исследования* представляет собой совокупность общенаучных и исторических методов, среди которых следует, прежде всего, назвать системный подход, который позволил последовательно раскрыть сущность изучаемых вопросов.

*Результатами исследования* явились: выявление этапов становления и развития такой формы организации медико-социальной помощи пожилым людям, как дом престарелых, форм организации пребывания в домах престарелых, с точки зрения обеспечения условий для адаптации пожилых людей.

Общественная норма заботы о пожилых людях известна еще с древних времен. Общинно-родовые формы помощи и поддержки связаны с язычеством и неотделимы от него родовым пространством, главным выражением которого была круговая порука. Именно в древнюю *языческую эпоху* заложились основы традиции заботы о старых и немощных. В частности сформировался и развился институт старцев. Е.Г. Лозовская пишет: «Формы поддержки стариков различны. Общиной выделялся для стариков особый участок земли – «косячок» – для заготовки сена»[2]. Одной из форм поддержки немощных стариков была общинная, мирская помощь, когда старики переходили из дома в дом на кормление. Старцу могли назначать «общественных» опекунов, которые брали его на свой прокорм. Таким образом, на Руси формировались различные формы помощи старикам. Общинно-родовые формы помощи и защиты данной слабо защищенной категории постепенно видоизменялись и заложили основу для государственного подхода в решении социальных проблем престарелых.

В период с X по XVII вв. складывалась государственная политика защиты престарелых, которая базировалась на христианской парадигме социальной защиты стариков, основанной на философии деятельной любви к ближнему. Происходит законодательное регламентирование поддержки и помощи старикам (Устав князя Владимира 996 г., Русская Правда 1072 г.); наделение стариков соответствующими правами, расширяются субъекты помощи (князь, церковь, монастыри); появляются новые ведомства, благотворительные учреждения, заведения для нуждающихся людей пожилого возраста; оформляются первые теоретические подходы к проблемам решения социальных проблем старости (Поучение Владимира Мономаха XI в.), Изборник 1076 г.), социальные программы государства; зарождается и развивается частная благотворительность [3].

Традиции призрения в русском народе не ограничивались деятельностью церкви и отдельных князей. В городах устраивались «убогие и божьи дома» для немощных старцев и больных [1]. Первое богоугодное заведение для нищих и старцев на Руси появилось в Переяславском Троицком монастыре в начале XVI века. С начала XVII века, в России состарившиеся переписывались по всем городам, и для них устраивались мужские и женские богадельни под ведением священников, а содержались такие богадельни на счет частной милостыни. В то же время цари продолжали устраивать и поддерживать богадельни в Москве и других городах за счет своей царской казны.

Более всего истории известно имя великого реформатора – Петра I, который в свое правление создал государственную систему призрения нуждающихся, выделил категории нуждающихся, ввел превентивные меры борьбы с социальными пороками, урегулировал частную благотворительность, закрепил законодательно свои нововведения. Впервые при Петре I старость, детство и сиротство становятся объектом попечения государства. Немощные старцы, «нищие, больные и престарелые» определялись в дома Святейшего патриарха и Московские богадельни. С конца XVIII века идет количественный рост богаделен и они становятся всеобщими [1].

В этот период в России складывается система призрения людей, и в частности, – стариков, нуждающихся в помощи. Церковь постепенно отходит от дел призрения, выполняя другие функции, а государство создает специальные институты, которые начинают осуществлять государственную политику в деле оказания социальной

поддержки и защиты. Екатерина II указом 1775 г. определила специальные органы – приказы общественного призрения – для насаждения в каждой губернии богоугодных заведений и надзирания за их процветанием. В 1864 г. приказы общественного призрения были заменены земскими учреждениями, а в 1867 г. города получили право самостоятельно принимать меры в области призрения.

В Польше богадельни с давних времен существовали большей частью под названием «приходских гошпиталей», и лишь в 1843 г., когда на основании указа 18 февраля 1842 г. проведено было систематическое разделение благотворительных заведений, они были переименованы в «дома приюта для престарелых и немощных». Некоторые из этих домов старинного происхождения. Так, например, дом приюта в Люблине был открыт в 1342 г., в Варшаве дом Св. Духа и девы Марии – в 1388 г., в Радоме – в 1435 г., в Скерневицах в 1530 г. Во Франции и в настоящее время приюты для престарелых, немощных и увечных, под названием *hospices*, составляют вместе с больницами для исцелимых больных (*hôpitaux*) одно ведомство госпиталей; учреждения, в которых имеются призреваемые обоих разрядов, называются *hospices-hôpitaux*. В Англии после реформы 1834 г. богадельни являются отделениями работных домов, положенных в основу английской системы общественного призрения.

С 60-х гг. XIX в. и до начала XX в. социальная защита престарелых приобретает все более организованный (создание разветвленной сети учреждений), массовый (расширение объектов социальной помощи: одинокие старики, инвалиды, нищие и т.п.) и сословный характер.

Анализ практики социальной защиты пожилых людей в дореволюционной России показал, что отечественная история социальной защиты престарелых складывалась по двум направлениям: государственно-общественному и частно-церковному. В начале XIX в. стали создаваться частные приюты, попечительские советы, благотворительные общества. В России была целая сеть приютов, которые содержались за счет частных лиц и общественных организаций. Основными субъектами социальной защиты престарелых выступали: государство, земства, представители духовенства, имущие классы, прогрессивная интеллигенция [3].

Система общественного государственного призрения стариков в России в конце XIX века представляла собой разветвленную сеть благотворительных обществ и учреждений. Примечательной чертой этого периода является зарождение

профессиональной помощи и появление специалистов. Начинают организовываться различные курсы, ставшие началом профобучения кадров для социальных служб.

В начале XX века, престиж старости, выстроенный с помощью русской монархии, стал рушиться. Положение стариков значительно ухудшилось и во всей Европе, что стало противоречить принципам развития современной цивилизации. В 1917 году советской власти было особенно не до стариков. В 1918 г. создается наркомат социального обеспечения. Оформляется классовый подход в предоставлении всех видов социальной помощи, в том числе, и пенсий по старости. В 1956 г. Верховный Совет РСФСР принимает закон о госпенсиях, что положило начало всеобщему государственному пенсионному обеспечению.

В годы «застоя» основными принципами соцобеспечения являлись: всеобщность соцобеспечения и соцзащиты, многообразие видов обслуживания, обеспечение за счет общественных и госсредств. Сейчас старые люди вспоминают стабильность того времени как «социалистический рай». Не столько финансовая сторона жизни пожилого человека того времени имеет значение, сколько уверенность в поддержке государства, подкрепленная моральными нормами отношения к старости.

В начале 90-х годов соцзащита, соцобеспечение и соцподдержка старых и пожилых людей оформляется правовым образом во множестве законов. Социальная защита старых людей в РФ реализуется на федеральном и региональном уровнях. Координацию и согласованность действий государственных и общественных организаций осуществлял Координационный комитет, созданный на основе Указа Президента РФ от 5 августа 1991 г. В 1994 году в составе министерства соцзащиты был открыт департамент соцзащиты. Реабилитацию в учреждениях социальной защиты, в частности, в геронтологических центрах, организовывало с 1997 г. министерство труда и социального развития, а с 2004 г. и по настоящее время министерство здравоохранения и социального развития РФ.

Известные с давних времен формы социальной заботы о лицах пожилого и престарелого возраста, ориентированные в основном на малоимущих и одиноких, на рубеже XX–XXI столетий получили новый импульс к развитию.

В настоящее время одним из наиболее распространенных видов длительной медико-социальной помощи пациентам преклонного возраста являются дома престарелых. Показания к направлению пациентов пожилого и старческого возраста в

дома престарелых следующие: ухудшение состояния здоровья, что сопровождается полной или частичной утратой способности к самообслуживанию, а также увеличение частоты падений, развитие синдрома иммобилизации и старческой деменции; недостаток средств для самостоятельного проживания; недооценка пожилым человеком своих возможностей по самостоятельному проживанию. Этот психологический синдром часто развивается под влиянием патерналистского типа отношения медицинского персонала в медучреждениях при длительном пребывании, утрате близких родственников, осуществлявших уход.

Необходимо рассмотреть *формы организации* пребывания в домах престарелых, с точки зрения обеспечения условий для адаптации. В разных странах значительное внимание уделяется проблеме проведения реабилитации в учреждениях госпитального типа для пожилых людей. Так, в польском законодательстве заложены прочные основы концепции медико-социальной реабилитации больных, инвалидов и пожилых. Принципы этой системы таковы: всеобщность – охват всех меддисциплин и всех нуждающихся; комплексность – решение всех аспектов данной проблемы; раннее применение – начало реабилитации вместе с классическими методами лечения; непрерывность – цикл тесно связанных между собой медицинских профилактических и соцмероприятий.

В Германии реабилитация гериатрических больных осуществляется путем развития дневных стационаров. Основные мероприятия можно разделить на следующие активизирующие направления: интенсивный уход, проводимый специально подготовленным персоналом; лечебная гимнастика – восстановление подвижности суставов; эрготерапия – функциональная тренировка, направленная на восстановление самостоятельности в быту; физиотерапевтические процедуры – бальнеотерапия, теплолечение в электротерапии, массаж, психотерапия, музыкотерапия, социальная помощь. В итоге реабилитируется до 73 % больных.

Первостепенными задачами медико-социальной помощи в Японии являются: мероприятия по информированию общества о проблемах реабилитации инвалидов; медицинские мероприятия; трудоустройство и профилактическая реабилитация; соцстрахование и обеспечение; снабжение информацией; спортивные, развлекательные и культурные мероприятия.

В Швеции имеются три этапа организации гериатрической помощи: жизнь в обычном доме для супружеских одиноких пар; на этой же территории – интернат для людей, чьи возможности ниже, а зависимость больше; гериатрическая клиника – для людей с еще большей зависимостью.

В Финляндии, согласно закону о социальном обеспечении, в случае инвалидизации или потери трудоспособности, осуществляется социальная помощь на дому. Большое внимание в стране уделяется организации взаимодействия между различными возрастными группами населения, органами здравоохранения и соцобеспечения при оказании помощи больным, престарелым и инвалидам, компенсируются затраты на приобретение протезов, приспособлений.

Таким образом, система комплексной гериатрической помощи включает: посещение больных на дому, амбулаторное лечение, пребывание в дневных стационарах, санаториях, реабилитацию и службы срочной диагностики.

Структура мероприятий *реабилитации* в учреждениях стационарного типа для людей пожилого и старческого возраста достаточно изучена. Обоснована также высокая степень клинической эффективности реабилитации в домах для престарелых, в больничных учреждениях, где лечение проходят люди пожилого и старческого возраста. Так, А. Bergman, S. Studenski, проводя изучение реабилитации лиц с патологией костно-мышечной системы, отметили, что основными ее методами являются лечебная физкультура, применение специальных укладок, образовательные программы, медикаментозное ведение [4]. В качестве ведущего метода реабилитации рассматривается лечебная физкультура, тем более имеются данные о полной безопасности в амбулаторных условиях высокоинтенсивных (свыше 70 % от максимальных) тренировок. При изучении потребности в специалистах по реабилитации выявлено, что наиболее востребованы физиотерапевты, кинезотерапевты, подотерапевты.

В настоящее время имеются многочисленные данные о клинической эффективности стационарных реабилитационных мероприятий для пожилых лиц с хронической патологией терапевтического профиля. При изучении эффективности стационарной реабилитации пожилых лиц, страдающих бронхиальной астмой, выявлено достоверное возрастание физической работоспособности больных после окончания реабилитации, повышение степени их социальной активности.

Так, S. Roseler с соавт. [6] доказали эффективность стационарной реабилитации пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование и протезирование клапанов сердца, по клиническим критериям (данные суточного мониторинга артериального давления, стресс-эхо-кардиографии) и социальным критериям (повышение остаточной трудоспособности). У больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, кроме того, снижается уровень тревожности, депрессивных явлений (R. Monstert с соавт.) [5]. Таким образом, в мировой практике в качестве основного направления повышения адаптации пожилого человека в условиях дома престарелых рассматривается реабилитация.

Необходимо рассмотреть и медикаментозное сопровождение пребывания в доме престарелых. Не вызывает сомнений то, что находящиеся в домах престарелых пожилые люди страдают комплексом заболеваний, что требует постоянного приема ряда медикаментов. Вместе с тем, синдром нарушения адаптации нередко требует применения лекарственных средств из группы геропротекторов. Здесь несомненный интерес вызывает группа пептидных препаратов.

Пептидные препараты достаточно давно применяются в клинической практике, в том числе в гериатрии. Исторически наиболее известен пептидный препарат церебролизин, который улучшает клиническое состояние и способствует более полному регрессу неврологического дефицита. Среди относительно новых препаратов-геропротекторов пептидного плана стоит выделить кортексин. Следует отметить, что опыт применения кортексина в домах престарелых весьма мал, в литературе описание его возможностей в отношении повышения адаптации к длительному пребыванию в стационарных условиях отсутствует.

Подводя итог, следует отметить, что существование такой формы организации медико-социальной помощи пожилым людям, как дом престарелых, имеет многовековую историю, так как нуждающиеся в помощи старики существовали на протяжении всей отечественной и зарубежной истории. В настоящее время и в нашей стране, и за рубежом дом престарелых является одной из важнейших форм длительного стационарного пребывания пожилых людей. Вместе с тем, пребывание в нем характеризуется рядом особенностей, которые должны стать предметом научных исследований в области геронтологии и гериатрии. Одним из направлений повышения адаптации в доме престарелых может быть реабилитация с применением комплекса

доступных домам престарелых кинезотерапевтических, физиотерапевтических и медикаментозных мероприятий.

### Список литературы

1. Бобровников В.Г. Благотворительность и призрение в России. – Волгоград, 2000. – С. 31–84.
2. Лозовская Е.Г., Новак Е.С., Краснова В.Г. История социальной работы в России. – Волгоград, 2001. – С. 62.
3. Поддубная Т.Н. Становление и развитие института социальной защиты детства в России. // Ученые записки. – Москва РГСУ. – 2006. – № 4 (52). – С. 104–106.
4. Berman A., Studenski S . Musculoskeletal rehabilitation // Clin.Geriatr.Med. – 1998. – №14 (3). – P. 641–659.
5. Monstert R., Goris A., Weling-Scheepers C. Tissue depletion and health related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease // Respir. Med. 2000. – № 94. – P. 859–867.
6. Roseler S., Schwartz F., Karoff M. Effektevaluation eines ambulanten nach-stationaren Rehabilitationsprogramms // Gesundheitswesen. – 1997. – № 59 (4). – P. 236–241.

### Рецензенты:

Прощаев К.И., д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней №2 Белгородского государственного национального исследовательского университета, г. Белгород.

Мошкин А.Н., д.и.н., профессор кафедры российской и всеобщей истории Белгородского государственного национального исследовательского университета, г. Белгород.