

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РОБОТА:
ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА**

Ужгород
2014

УДК: 364.4.:61(477)

ББК: 51.1.(4УКР)

М 42

Медико-соціальна робота: теорія і практика: монографія / [Данко Д.В., Козубовська І.В., Попович А.М. та ін.] ; за заг. ред. А.М.Попович– Ужгород: Видавництво: ФОП Брежа А.Е., 2014. – 236 с.

ISBN 978-966-2668-84-1

У роботі розглядаються окремі аспекти медико-соціальної роботи в Україні. Представлені досвід підготовки, зміст і структура готовності студентів до застосування технологій медико-соціальної роботи. В окремих розділах розкриті засади медико-соціальної роботи з молоддю з адиктивною поведінкою, людьми похилого віку та людьми з проблемами психічного здоров'я, дітьми-сиротами в інтернатних закладах.

Монографія розрахована на фахівців у галузі соціальної роботи і охорони здоров'я, викладачів і студентів вищих навчальних закладів, усіх, хто цікавиться медико-соціальною роботою.

УДК: 364.4.:61(477)

ББК: 51.1.(4УКР)

Рецензенти:

доктор медичних наук, професор Л. Т. СІКСАЙ
доктор педагогічних наук, професор В.А.ПОЛЩУК

Затверджено до друку рішенням Вченої ради
Державного вищого навчального закладу «Ужгородський
національний університет» від 23 червня 2014 року (протокол № 10)

*Видання здійснено за фінансової підтримки
проекту «Навички для майбутнього»
програми прикордонного співробітництва
ЄІСП Угорщина-Словаччина-Румунія-Україна
(HUSKROUA/1101/093)*

ISBN 978-966-2668-84-1

© Данко Д.В., Козубовська І.В., Козубовський Р.В.,
Попович А.М., Смух О.Т., Сопко Р.І.

Medical-social work: theory and practice: monography / [Danko D.V., Kozubovska I.V., Popovich A.M. and others] ; in edition of A.M.Popovits. – Uzhhorod, FOP Breza A.E., 2014. – 236 p.

In this publication various aspects of the medical-social work in Ukraine are examined. The experience of training, the content and structure of students' readiness to use the technology of medical and social work are presented. Separate chapters are devoted to the principles of medical-social work which deals with the problems of young people with addictive behavior, elderly people, people with mental health issues and children-orphans under institutional care.

The book is intended for specialists, teachers and university students in the field of health and social work, and anyone else who is interested in medical and social work.

Egészségügyi-szociális munka: elmélet és gyakorlat: monográfia / [Danko D.V., Kozubovska I.V., Popovich A.M. stb.] ; A.M.Popovits szerkesztésében. – Uzhhorod, FOP Breza A.E., 2014. – 236 old.

Jelen kiadvány az ukránai egészségügyi-szociális munka számos aspektusát vizsgálja. Bemutatásra kerülnek az oktatási tapasztalatok, az egészségügyi-szociális munka technológiáinak alkalmazásához szükséges készségek tartalma és szerkezete. Külön fejezeteket szántunk a függőségekkel küzdő fiatalok, idős emberek, mentális gondokkal küzdő emberek, valamint intézetben nevelkedő árva gyermekek problémáival foglalkozó egészségügyi-szociális munka alapelveinek.

A könyvet azoknak a szakembereknek, tanároknak, egyetemi hallgatóknak szánjuk, akik az egészségügy és a szociális munka területén tevékenykednek, és azoknak is ajánljuk, akiket érdekel az egészségügyi-szociális munka.

РОЗДІЛ 5

ЗДОРОВЕ СТАРІННЯ І СОЦІАЛЬНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ
В УМОВАХ ДЕМОГРАФІЧНИХ ЗМІН*Пристосування національної системи соціального захисту населення до наслідків демографічних змін.*

Демографічні тенденції в Україні аналогічні тенденціям в усьому світі і демонструють збільшення кількості людей похилого віку. Так, якщо у 2013 році населення у віці 65 років і старше становило близько 15% всього населення країни, то, за оцінками Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, до 2050 року його частка перевищить 24% [25]. Щоб забезпечити задоволення потреб даної вікової групи, служби соціального захисту населення і охорони здоров'я відчувають значний тиск, адже ті соціальні системи, які за усталеними традиціями брали на себе турботу про людей похилого віку, слабшають і руйнуються. Демографічне постаріння посилює навантаження на працездатне населення, підвищує державні видатки у сфері соціальних послуг, ставить нові вимоги до реформування ринку праці, фіскальних та страхових систем, соціального обслуговування, розвитку соціальної інфраструктури.

Провідну роль у цьому переліку відіграє необхідність трансформації інституту соціального обслуговування, яка, насамперед, пов'язана з переходом від традиційних форм допомоги, заснованих на патерналістських стратегіях, до більш сучасних активізуючих форм надання послуг. Це потребує адаптації всієї соціальної політики до принципів концепції «активного старіння», які визнають людей похилого віку не лише бенефіціаріями соціальних послуг, а й повноцінними учасниками суспільного розвитку. Нині ж люди похилого віку в Україні змушені покладатися на державне соціальне забезпечення у вигляді пенсій і витіснені на найнижчі стратифікаційні рівні суспільства. При вирішенні питань розподілу ресурсів і забезпечення доступу до медико-соціальних послуг наявні прояви дискримінації за віковою ознакою. Зростаюча потреба у тривалому догляді цієї категорії населення виснажує сімейні ресурси

та ресурси системи соціального захисту населення і охорони здоров'я, поступово стає додатковим викликом не лише сім'ї та родині, а й державному сектору і громадянському суспільству. У зв'язку з цим актуалізуються соціальні аспекти старіння та роль соціальної роботи в підтримці добробуту літніх людей.

Для розуміння логіки подальших міркувань, необхідно визначити, за якими ознаками будемо відносити людей похилого віку до даної соціально-демографічної групи. Адже межі похилого віку рухливі, вони залежать від соціально-економічного розвитку суспільства, досягнутого рівня добробуту і культури, умов життя людей, менталітету і традицій того чи іншого соціуму.

Вчені різних спеціальностей (антропологи, геронтологи, психологи) мають різні точки зору на періодизацію старіння, але більшість трактує вік 60-65 років як початок старості. Відповідно до документів Організації Об'єднаних Націй (ООН) та Міжнародної організації праці (МОП) літніми вважаються особи у віці 60 років і старші. Найрозвиненіші країни світу взяли хронологічний вік 65 років як визначення літнього віку або літньої людини. Свій варіант визначення вікових меж похилого віку пропонує Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Відповідно до цієї класифікації до людей похилого віку відносять генерацію осіб старшого віку (60+): 60 - 74 років – літні, 75-89 років – старі, 90 років і старші – довгожителі.

Закон України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» [51] до таких відносить осіб, які досягли встановленого пенсійного віку, та осіб, яким до досягнення пенсійного віку залишилося не більш як півтора року. Таке визначення можна вважати дещо умовним, враховуючи, що вік, в якому можна почати отримувати пенсійні виплати, дуже різниться. Однак, з точки зору осмислення соціальних проблем і потреб людей похилого віку в Україні, його вживання нам здається доцільним. Адже саме формальний перехід з категорії працездатного населення до групи пенсіонерів стає однією з основних причин посилення соціальних проблем людей похилого віку. Серед інших соціально-економічних показників («порогів») переходу до старшого віку – зміна основного джерела доходів і соціального статусу, звуження кола соціальних ролей. Тому кожен віковий прошарок цієї категорії населення в суспільстві має свої внутрішні характеристики: вікові стереотипи, уявлення щодо ролей і

обов'язків на даній стадії життя, рівень узгодженості потреб і можливостей тощо.

За даними Державної служби статистики [36] станом на 1 січня 2014 року в Україні частка населення віком 60 років і старше становить 21,4 відсотків. Ці дані, як і комплексний демографічний прогноз України до 2050 року визначають, що Україна за часткою населення віком понад 60 років увійшла до 30 найстаріших держав світу, посідаючи наразі 25–26-те місце (поділяє із Норвегією) [25]. Дана соціально-демографічна група має стійку тенденцію до збільшення не тільки загалом в Україні, а й переважній більшості її регіонів і Закарпатті зокрема.

Одним із серйозних наслідків постаріння населення є поява в суспільстві когорти соціально незатребуваних людей похилого віку, недостатньо матеріально забезпечених, непрацездатних, які страждають від комплексної хронічної патології, соціально ізольованих. Тому науковці Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи у національній доповіді «Сталий людський розвиток: забезпечення справедливості» (2012) [63] серед найважливіших пріоритетів соціальної політики щодо осіб похилого віку в Україні визначають саме збереження здоров'я й працездатності літніх осіб.

Здорове і активне життя, яке починається з народження, визнається одним з пріоритетів політики і Європейським регіональним бюро ВООЗ [23]. У «Плані діяльності Міністерства соціальної політики України на 2014-2016 роки» однією із ключових цілей виступає забезпечення гідної старості, а також стимулювання молоді до накопичення заощаджень на старість [42]. Реалізація зазначеної цілі спрямована на формування ефективної системи захисту громадян пенсійного віку щодо їх прав на отримання гідної пенсії, соціального обслуговування та залучення їх до активного суспільного життя.

Активна старість разом з гарним здоров'ям можуть підтримуватися шляхом зміцнення незалежності людей похилого віку, захисту їх доходу, скорочення ризику бідності, підтримки заходів з продовження працездатності та запобігання ранньому виходу на пенсію з причини поганого здоров'я. У зв'язку з цим Міжнародна федерація соціальних працівників (МФСП) наголошує, що фахівці соціальної роботи мають широкі можливості у створенні і пропаганді політики та програм для літніх людей, а також у

забезпеченні для них необхідних послуг [85]. Стан здоров'я людей похилого віку часто потребує уваги й зусиль соціальних працівників для того, щоб забезпечити доступ до медичного обслуговування. Зокрема, доступності для літніх людей сучасних засобів діагностики, профілактики, лікування та реабілітації, геріатричних закладів; координаційних рад з питань медико-соціальної допомоги літнім при місцевих адміністраціях тощо.

Соціальні працівники підтримують інтеграцію людей похилого віку шляхом сприяння їх соціально-економічному та інтелектуальному внеску у розвиток суспільства і включення їх у процес прийняття рішень на всіх рівнях. Усе це дає змогу підтримувати або відновлювати оптимальний рівень фізичного і психоемоційного благополуччя. Таким чином, діяльність соціальних працівників охоплює широке коло питань, що характеризують якість життя літніх людей і значною мірою відображені у соціальній політиці держави. Це цілком узгоджується із призначенням і спрямованістю соціальної роботи на індивідуальні і суспільні потреби. В площині осмислення існування людини в системі соціокультурних відносин [71] вона розглядає її як таку, що має певні потреби («людина потребуюча»). На рівні практичних підходів соціальна робота веде пошуки механізмів гармонізації суспільних відносин через допомогу, підтримку, захист, розвиток, зміни (допомагаючий феномен).

Аналізуючи кадрову картину глобальної сфери охорони здоров'я, автори Доповіді про стан охорони здоров'я у світі (ВООЗ, 2006) визнають, що «працівники сфери охорони здоров'я – це усі люди, які зайняті в основному роботою, первинна мета якої полягає у зміцненні здоров'я» [62]. Це відповідає прийнятому ВООЗ визначенню систем охорони здоров'я, які охоплюють усі види діяльності, основна мета яких – зміцнення здоров'я, і які включають членів сім'ї, які займаються доглядом, партнерів «пацієнт-провайдер», працівників, зайнятих неповний робочий день (особливо жінок), волонтерів, які надають медико-соціальні послуги, і соціальних працівників.

Певна річ, що динаміка демографічної і соціально-економічної ситуації викликає зміну характеру потреб людей похилого віку, на які повинні реагувати система охорони здоров'я і соціального захисту населення. Оскільки прояви життєдіяльності людей похилого віку та їх потреби характеризуються різноманітністю та різноплановістю, то необхідна сукупна система характеристик, показників і параметрів,

що у своїй єдності спроможні відобразити стан задоволення потреб за їх окремими видами, а також охарактеризувати роль соціального обслуговування у його покращенні. Така система обґрунтована у цілому ряді міжнародних документів. У рамках нині діючого другого (Мадридського) Міжнародного плану дій з проблем старіння (ММПДПС) [16] Україна разом з іншими державами, які його реалізують, взяли на себе зобов'язання щодо здійснення відповідних заходів на усіх рівнях у таких трьох пріоритетних напрямках: люди похилого віку й розвиток; сприяння покращенню здоров'я та добробуту у похилому віці; забезпечення життєдіяльності у сприятливому стабільному середовищі [55]. Результати виконання цих зобов'язань в Україні проаналізовані фахівцями Міністерства соціальної політики України, Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, і представлені у огляді «Україна: через десять років після Мадриду (стан реалізації Мадридського міжнародного плану дій з питань старіння в Україні у 2007-2012 рр.)» [69]. У цьому ж матеріалі обґрунтовані найбільш актуальні для України напрями соціальної політики у царині старіння населення та сформульовані відповідні рекомендації щодо її вдосконалення і розвитку. Нижче ми представимо зміст практичної соціальної роботи щодо реалізації цих завдань [Табл. 1].

Табл. 1.
Соціальна робота у контексті стратегічних підходів до проблем старіння

	Зобов'язання урядів країн щодо практичної реалізації Мадридського плану дій з проблем старіння (ЄЕК ООН, 2002)	Рекомендації щодо вдосконалення соціальної політики у царині старіння та соціального захисту осіб похилого віку (Мінсоцполітики України, 2012)	Визначальні напрямки соціальної роботи
1.	Забезпечити органічне відображення проблем старіння в усіх сферах політики.	Удосконалення системи соціального захисту.	Деінституціалізація соціальних послуг, забезпечення «старіння вдома», стандартизація соціальних послуг.
2.	Забезпечити повну	Збереження здоров'я	Ініціювання створення

	інтеграцію й участь людей похилого віку в житті суспільства.	та подовження активного періоду життя; надання соціоемоційної й інструментальної підтримки; розвиток різних форм самоорганізації.	груп самопомоги, НУО.
3.	Скорегувати системи соціального захисту з врахуванням демографічних змін та їх соціальних і економічних наслідків.	Реформування пенсійного забезпечення	Розробка і реалізація програм підготовки до виходу на пенсію.
4.	Забезпечити ринкам робочої сили можливість реагувати на економічні й соціальні наслідки старіння населення.	Зміни у трудовому законодавстві	Антидискримінаційні заходи; дотримання гарантій у сприянні працевлаштуванню; проходження перепідготовки, спеціалізації, підвищення кваліфікації.
5.	Сприяти безперервному навчанню та пристосовувати систему освіти до змін економічних, соціальних та демографічних умов.	Організація освіти літніх осіб, культивування традицій самоосвітньої діяльності протягом життя.	Організація роботи «Університетів третього віку» у ТЦСО, розвиток інформаційних ресурсів (Інтернет-портали, мобільний сервіс «Пошук роботи», операторські телефонні центри, профорієнтаційні послуги у Центрах зайнятості.
6.	Домагатися забезпечення якості життя у будь-якому віці й збереження	Забезпечення сприятливого природного і соціального	Послуги догляду вдома, денного догляду, догляду у громаді, підтриманого

	самостійності, включаючи здоров'я та добробут.	середовища; підвищення якості послуг; надання хоспісно-паліативної допомоги.	проживання, обслуговування за принципом «єдиного вікна», робота «мобільних соціальних офісів», соціальні послуги у хоспісно-паліативних програмах допомоги.
7.	Надавати підтримку сім'ям, які доглядають за людьми похилого віку, й підтримувати солідарність між різними поколіннями та у межах одного покоління.	Посилення позитивного суспільного ставлення до старості, поваги до громадян похилого віку та їх заслуг перед суспільством, почуття відповідальності у дітей за долю літніх батьків.	Розвиток медіа-програм з формування позитивного іміджу літніх людей, профілактики стигматизації, кривди та дискримінації.
8.	Сприяти виконанню регіональної стратегії реалізації за допомогою регіонального співробітництва.	Посилення інформаційно-просвітницької діяльності та міжінституціональної взаємодії.	Робота у мультидисциплінарних командах.

Джерело: розроблено автором за даними опрацьованих джерел [2; 32; 35; 40; 47; 48; 49; 51; 58; 69].

Таким чином, перед системою соціальної роботи поставили завдання реалізації комплексних заходів для задоволення індивідуальних та суспільних потреб людей похилого віку, забезпечення доступу до послуг соціального обслуговування, недискримінаційної участі у всіх сферах суспільства. Перш ніж окреслити ключові аспекти соціальної роботи у згаданих напрямках, слід відмітити, що однією із важливих умов соціальної роботи з людьми похилого віку є пристосування національної системи соціального захисту населення до наслідків демографічних змін. Його основу становлять нормативно-правові акти: Конституція України, Кодекс законів про працю України, Закони України «Про основні

засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні», «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», «Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам», «Про соціальні послуги» та ряд інших.

Право людей похилого віку на соціальний захист у Конституції України гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням за рахунок страхових внесків громадян, підприємств, установ і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення; створенням мережі державних, комунальних, приватних закладів для догляду за непрацездатними [26]. Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги» особам похилого віку держава гарантує право на отримання соціальних послуг. За їх бажанням послуги можуть бути надані або у відповідній соціальній установі (будинку-інтернаті, територіальному центрі соціального обслуговування, спеціалізованому будинку для ветеранів війни та праці, громадян похилого віку та інвалідів, пансіонаті для громадян похилого віку), де вони перебувають тимчасово або постійно, або безпосередньо за місцем проживання вдома [54]. Кожен із вказаних варіантів передбачає комплекс служб побутового та соціально-медичного обслуговування.

У вищезгаданих нормативно-правових актах задекларовані й інші права людей похилого віку на соціальний захист. З огляду на численні потреби, які формуються з віком, в умовах перебудови медичної галузі та системи соціального захисту населення існує гостра необхідність розробки й впровадження підзаконних актів для системи медико-соціальної допомоги. У цьому сенсі особливо позитивними є тенденції переорієнтування окремих видів геріатричних служб на мультидисциплінарні форми роботи, налагодження взаємодії між державними і громадськими організаціями тощо.

У контексті нашого дослідження важливо охарактеризувати окремі підзаконні акти, які регулюють діяльність органів, служб і установ системи соціального захисту населення та спрямовані на реалізацію вищезгаданих нормативно-правових документів. Зокрема, наказ Мінсоцполітики України «Про Порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг) [52] спрямований на запровадження нових

механізмів надання соціальних послуг. У ньому передбачено надання комплексу соціальних послуг мультидисциплінарними командами, до складу яких включаються не менше трьох осіб з числа таких працівників територіального центру: соціальний працівник, соціальний робітник, медичний працівник, юрисконсульт, психолог, медичні сестри з масажу, лікувальної фізкультури, перукар, швачка тощо.

Метою запровадження мультидисциплінарного підходу є забезпечення доступності соціальних послуг, розширення їх спектру, охоплення більшої чисельності осіб та задоволення їх потреб, а також потреб тих осіб, які проживають у віддалених населених пунктах. Завдяки таким підходам передбачається здешевлення вартості соціальних послуг і їх наближення до рівня європейських стандартів якості. Новітніми є і етапи організації мультидисциплінарного підходу, які передбачають: планування роботи (визначення та оцінювання індивідуальних потреб); укладення договору соціального обслуговування; організацію роботи (складання графіка надання соціальних послуг, визначення складу мультидисциплінарної команди тощо); надання соціальних послуг; аналіз ефективності проведеної роботи і корегування діяльності за його результатами; контроль якості соціальних послуг. Обслуговування може здійснюватися як безпосередньо під час виїзду членів мультидисциплінарної команди за місцем проживання клієнтів (придбання та доставка продуктів харчування, медикаментів, перукарські послуги, профілактичні та санітарно-гігієнічні заходи, надання консультацій та порад тощо), так і приймання замовлень на послуги (ремонт одягу та взуття, побутової техніки, радіоапаратури, холодильників, прання білизни тощо).

Новим підходам до соціально-правового захисту людей похилого віку сприяє і затвердження наказом Мінсоцполітики від 13.04.2012 р. № 137 [47] роботи «мобільного соціального офісу». Його рекомендовано створювати при управлінні з питань праці та соціального захисту населення для виїзного обслуговування громадян безпосередньо за місцем проживання. Разом із фахівцями підрозділів управління до його роботи (за згодою) долучаються представники органів Пенсійного фонду; центрів зайнятості; територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг), інших органів виконавчої влади чи місцевого самоврядування, установ та громадських організацій. Основними завданнями

"мобільного соціального офісу" є: підвищення рівня інформованості населення про заходи соціального захисту, які передбачені діючим законодавством; сприяння ефективному "зворотному зв'язку" органів соціального захисту з населенням для оперативного реагування та задоволення актуальних потреб, обслуговування безпосередньо за місцем проживання. Робота офісу проводиться у житлово-експлуатаційних конторах та організаціях, які надають комунальні послуги, сільських та селищних радах, на великих підприємствах тощо. Інформація про такі пункти та їх графік роботи заздалегідь розповсюджується через ЗМІ.

Важлива роль у соціальному захисті літніх людей належить установам, що забезпечують стаціонарні та нестаціонарні форми обслуговування. До стаціонарних форм можна віднести будинки-інтернати, мережа яких існує ще з радянських часів. Нині в Україні забезпечено стале функціонування 324 будинків-інтернатів соціального захисту населення, в яких перебуває близько 55 тис. інвалідів та громадян похилого віку [58]. Вони призначені, в основному, для самотніх літніх людей, які мають значно обмежену здатність до самообслуговування, пересування та потребують стороннього догляду і допомоги. Крім того, будинки-інтернати дозволяють вирішувати проблеми спілкування, дозвілля та медичного обслуговування пенсіонерів. Однак, побудовані за типом гуртожитків, вони далеко не завжди задовольняють потреби в рівні комфорту і затишку, якості харчування та обслуговування. Згідно з даними дослідження Л.В. Єгорової [17], 86,0% опитаних людей віддали перевагу комплексному відновному лікуванню в умовах відділення медико-соціальної реабілітації територіальних центрів і лише 5,8% обрали б, при можливості, довготривалий медичний нагляд в умовах інтернату або лікарні для хронічних хворих. Інші соціологічні дослідження, які проводилися саме серед літніх людей, вказують на те, що більшість хочуть отримувати медичну допомогу вдома, чи у спеціалізованому центрі – майже 90 %, і лише близько 6% опитаних бажають провести старість у будинках для престарілих [30]. Обґрунтовуючи модель біопсихосоціального активізуючого догляду за геріатричним контингентом пацієнтів вдома, науковці [43] стверджують, що вона повинна бути орієнтована на підвищення якості життя, і полягає в модифікації біологічного внутрішнього і зовнішнього середовища пацієнта, в основному за рахунок підтримки активності шляхом активізуючої кінезотерапії та когнітивної

гімнастики, мінімізації пасивного догляду для досягнення максимально можливого рівня самостійного функціонування, а не просто у здійсненні догляду з метою задоволення базових потреб.

В Україні за останні роки зроблені важливі кроки щодо дінституціоналізації системи соціальної підтримки людей похилого віку. Одним з найбільш масштабних кроків є організація мережі територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг). За інформацією Міністерства соціальної політики України на кінець 2013 року діяли 733 територіальні центри соціального обслуговування (надання послуг), якими виявлено майже 1,9 млн. осіб, обслуговано понад 1,6 млн. осіб, що на 6 % більше ніж у 2012 році [58]. Мережею територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг) окрім стаціонарного обслуговування надаються соціальні послуги особам похилого віку вдома і в умовах тимчасового та денного перебування. Окрім базових соціальних послуг: догляд вдома, соціальна адаптація, соціально-медичних, грошової та натуральної допомоги, територіальними центрами соціального обслуговування запроваджено інноваційні соціальні послуги, зокрема, соціально-педагогічну послугу „Університети третього віку”, паліативну допомогу за місцем проживання вдома, транспортні послуги через транспортні служби, забезпечення гарячим харчуванням (їдальні). Служби термінової соціальної допомоги забезпечують гостро потребуємих гарячим (і найчастіше безкоштовним) харчуванням, підтримують їх через видачу продуктових наборів, одягу, взуття, предметів першої необхідності.

Викликом для системи цих закладів наразі є створення на виконання Закону України „Про психіатричну допомогу” спеціалізованих відділень соціальної допомоги вдома інвалідам з психічними захворюваннями, де вказаній категорії осіб за тісної співпраці з установами охорони здоров'я повинні надаватися різноманітні соціальні послуги, в тому числі з догляду. Поки що такі створені у м. Києві та Черкаській області [58].

Створення територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг), на нашу думку, є сходиною у вибудовуванні масштабної медико-соціальної програми активізації людей похилого віку. Але її реалізація може ускладнюватися наявністю наступних ризиків: значним навантаженням на державний бюджет, інертністю кадрів, браком кваліфікованих фахівців та

пов'язаною з цим необхідністю реформування освітніх стандартів при підготовці персоналу для роботи в таких установах.

Для наближення соціальної допомоги та послуг до жителів села при сільських та селищних радах організовано центри соціального захисту населення за місцем проживання. Вказані центри є структурними підрозділами органів праці та соціального захисту населення, їх працівники тісно співпрацюють з первинними організаціями ветеранів війни щодо надання потребуємих побутової допомоги.

Якісному обслуговуванню людей похилого віку сприятиме розпочата робота по унормуванню універсальних (державних) стандартів соціальних послуг. Вони встановлюють: рівність вимог до суб'єктів надання соціальних послуг незалежно від форми їх власності, порядок фінансування, визначення індивідуальних потреб отримувачів соціальної послуги, складання індивідуального плану й укладання договору про надання соціальної послуги, принципи і зміст соціальної послуги, місце й строки її надання інформаційно-методичне забезпечення, оцінку ефективності надання соціальної послуги тощо. Зокрема, державний стандарт денного догляду [48] застосовується для організації надання соціальної послуги денного догляду особам похилого віку та іншим категоріям населення, які не здатні до самообслуговування і потребують постійної сторонньої допомоги. До комплексу послуг включено організацію денного відпочинку (сну) (за потреби); харчування (від одно- до чотириразового (за потреби); спостереження за станом здоров'я відповідно до медичних показань та рекомендацій; надання психологічної підтримки та рекомендацій стосовно здорового способу життя та раціонального харчування (бесіди, спілкування, консультації психолога, соціального працівника, соціального педагога); сприяння в організації денної зайнятості, дозвілля (читання книг, журналів, газет тощо; допомога у написанні й прочитанні листів; допомога під час занять рукоділлям, малюванням тощо; проведення ігор).

Соціальна послуга догляду вдома розглядається як комплекс заходів, що здійснюються за місцем проживання (вдома) отримувача соціальної послуги протягом робочого дня суб'єкта, що надає соціальну послугу догляду вдома, який спрямований на створення умов забезпечення життєдіяльності осіб, які частково або повністю втратили / не набули здатності до самообслуговування [49]. Зміст та

обсяг соціальної послуги догляду вдома для кожного отримувача соціальної послуги визначаються індивідуально залежно від ступеня індивідуальної потреби та зазначаються в договорі. Основні заходи, що складають зміст соціальної послуги догляду вдома, передбачають: допомогу у веденні домашнього господарства; надання інформації з питань соціального захисту населення; допомогу в отриманні безоплатної правової допомоги; допомогу в оформленні документів, внесення платежів; допомогу у самообслуговуванні; допомогу в організації взаємодії з іншими фахівцями та службами; навчання навичкам самообслуговування; допомогу у забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навичкам користування ними; психологічну підтримку (бесіди, спілкування, мотивацію до активності, консультації психолога) тощо. Послуги здійснює мультидисциплінарна команда, про яку йшлося вище.

Різноманітність потреб людей похилого віку в медико-соціальній допомозі вимагає також удосконалення системи медичних служб та установ з відповідним переліком послуг. На думку В.В.Чайковської [74], медико-соціальна допомога людям похилого віку потребує нових форм гериатричної допомоги населенню, а саме гериатричних центрів, лікарень і поліклінік; лікарень сестринського догляду і сестринських скринінгових бригад; кризових центрів, нічних служб медико-соціальної допомоги літнім людям, служб "перепочинку", телефонних інформаційно-консультативних ліній; герореабілітаційних центрів і денних структур для психічно хворих; центрів геротехнічного обладнання і промислових товарів тощо.

Забезпечення та захист гідності, здоров'я та незалежності людей похилого віку потребує впровадження інноваційних методик та технологій для надійної, доступної та безпечної підтримки і догляду літніх людей. Серед них – забезпечення «старіння вдома», визнання та покращення стану формальних і неформальних доглядальників, організація підтриманого проживання [18]. У багатьох розвинених країнах рух «старіння вдома» допоміг перемістити ресурси з інтернатних установ до послуг вдома і на рівні громад. Надання таких послуг (наприклад, дотримання особистої гігієни, ведення домашнього господарства, приготування їжі, медичне обслуговування вдома) та комунальних послуг (наприклад, денні програми, соціальні центри, «їжа на колесах») дозволяє зростаючому відсотку літніх людей затримати або навіть уникнути інституційного догляду.

Послуги з підтриманого проживання у регіонах України реалізуються шляхом створення спеціалізованих житлових будинків для одиноких ветеранів війни і праці, пенсіонерів та інвалідів, у складі яких діють служби соціально-побутового призначення, медичного обслуговування, створено умови для організації дозвілля. На сьогодні в Україні функціонує 9 таких будинків (Крим, Донецька і Київська області, м.Київ) [58]. Перші поверхи у цих будинках відводяться під соціальну інфраструктуру: магазин, аптека, перукарня, пральня, кімнати для проведення дозвілля і занять спортом, медичний пункт, в якому цілодобово чергують лікар та медична сестра. Таким чином, при достатньо високому рівні автономізації (окремі квартири, замість кімнат у будинках-інтернатах) пенсіонерам надається великий спектр соціальних послуг та можливостей для медико-соціальної реабілітації.

Вирішення проблем, пов'язаних із життєдіяльністю осіб похилого віку та забезпеченням їх потреб, потребує координації діяльності державних та неурядових структур. Попри відсутність формалізації партнерства з профільними органами державної влади ряд релігійних об'єднань в Україні активно долучаються до вирішення актуальних потреб людей похилого віку. Суспільно значимі змістовні проекти і програми здійснюються у рамках конфесійної соціальної роботи. За сприяння Української лютеранської церкви понад 15 років функціонує "Медична клініка на колесах", громади Армії Спасіння реалізують такі програми, як: "Ліга Милосердя" (започаткована для обслуговування самотніх хворих людей, прикутих до ліжка), "Відкриті двері" (передбачає різноманітну допомогу будинкам для осіб похилого віку) [22].

Проект «Домашня опіка» Карітас України, метою якого є медико-соціальний догляд і покращення життя людей похилого віку, немічних, невиліковно хворих і тих, які внаслідок прогресування хвороби чи отриманої травми потребують постійної або тимчасової опіки, може служити прикладом діяльності з надання комплексної допомоги людям похилого віку. Працівники «Домашньої опіки» забезпечують широким спектром послуг: догляд за тілом хворих і немічних, медичні послуги, ведення домашнього господарства, вирішення юридичних питань, організація дозвілля, консультації підопічних та їхніх родичів тощо. При центрах «Домашньої опіки» діють інформаційно-консультаційні центри, де надаються консультації по догляду за хворими і збереженню їх здоров'я для

членів сімей, родичів і сусідів, спеціалістів з домашньої опіки; проводяться навчальні тематичні тренінги для волонтерів і соціальних працівників; при окремих центрах «Домашньої опіки» діють випозичальні реабілітаційного обладнання та соціальні пральні.

Регіональні адміністрації «Домашньої опіки» співпрацюють з місцевими управліннями соціального захисту населення, управліннями Пенсійного фонду, з відділами субсидій, лікарями поліклінік і лікарень з метою перенаправлення та консультування підопічних, також з освітніми закладами.

Інший приклад догляду в громаді за людьми похилого віку демонструють хеседи – благодійні соціальні служби єврейських громад. У Закарпатті «Хесед Шпіра» став центром, який надає матеріальну, медичну, психологічну і духовну підтримку біля 1100 клієнтам, які проживають у 67 населених пунктах Закарпаття [20]. Нині такі заклади створено в усіх обласних центрах України, а також у деяких великих містах і районних центрах. У них впроваджено комплексний підхід до розв'язання проблем людей похилого віку. Окрім догляду вдома, створено денні центри, клуби за інтересами, освітні гуртки та бібліотеки, є програми прокату реабілітаційного обладнання, доставка обідів додому, організація безкоштовного харчування в їдальнях або так званих «теплих будинках» (обідніх клубах), надання гуманітарної допомоги і можливості для отримання консультацій лікарів, юристів тощо. Важливою складовою хеседів є залучення до надання послуг волонтерів, надання можливості клієнтам для самореалізації.

Основною тенденцією розвитку системи соціального обслуговування осіб похилого віку є процес деінституціалізації та створення стаціонарних закладів нового типу – будинків-інтернатів та стаціонарних відділень з невеликою чисельністю проживаючих. Створення таких соціальних закладів у громаді дає змогу наблизити стаціонарні соціальні послуги до звичайного місця проживання осіб похилого віку, не розривати родинні та соціальні зв'язки, що склалися протягом життя.

Збільшення кількості людей, за якими потрібен догляд, потребує визнання та підтримки родичів-доглядальників (здебільшого жінок), через створення механізму врегулювання цієї трудової діяльності і родинних обов'язків та заходів їх соціального захисту. У середньому сьогодні на одну людину, що потребує догляду, припадає чотири працюючих (1:4), проте, згідно з прогнозами, до 2050 року це

співвідношення знизиться до 1:2 [25]. До того ж зростає кількість працюючих жінок і, відповідно, мобільність сімей, а тому старших самотніх людей, які потребують догляду з боку соціальних служб, стає дедалі більше. І хоча ці зміни відбуваються не відразу, необхідні стратегічні підходи, які б забезпечували баланс між розвитком надання медико-соціальних послуг в інституційних установах та сприянням здоровому старінню вдома.

Один з таких підходів тривалий час базувався на традиціях родинно-сімейних відносин, що передбачали співжиття літніх і молодих членів сім'ї. Потреба у підтриманні міжпоколінних сімейних зв'язків зберігається і нині, поширеною залишається й сімейна взаємодопомога: догляд та виховання онуків особами похилого віку та допомога батькам у веденні домашнього господарства, необхідна матеріальна допомога дорослих дітей [61]. Хоча більшість літніх людей можуть вести незалежне і продуктивне життя і не потребують багато догляду, сім'ї та громади стикаються зі зростаючими труднощами в догляді за своїми старіючими членами. Зміна структури сім'ї (збільшення рівня розлучень, зниження шлюбності і народжуваності, змішані сім'ї в результаті розлучення і повторного шлюбу) у поєднанні з демографічним старінням створюють серйозні загрози для надання допомоги між поколіннями [85]. Загальний вплив процесів глобалізації поступово призводить до секуляризації автентичних культурних форм, а відтак впливає і на культурну традицію догляду людей похилого віку у сім'ї.

Попри те, що переважають погляди нібито наразі в Україні суттєвих зрушень у моделі взаємодії поколінь у сім'ї (як сільській, так і міській) не відбулося, останні дослідження свідчать про певні зрушення у цій сфері. За результатами соціологічного моніторингу Інституту соціології НАН України тривожні тенденції виявлені у поглядах на сім'ю як одну з ознак життєвого успіху. Як підкреслює Л. Бевзенко, «у міру просування від міст-мільйонників до селища міського типу спостерігаємо зростання ваги цього фактору від 33,2% до 52,9%, і раптом мешканці села показують тут лише 31,4%. Цей факт руйнує уявлення про село як місце, де цінності сім'ї тримаються найміцніше» [3, с.325]. Ще однією тенденцією змін в структурі сім'ї є зростаюче число літніх людей, які виступають в якості основних опікунів для онуків або інших молодих членів сім'ї у зв'язку із проблемами залежності, позбавленням волі, захворюванням на ВІЛ/СНІД. Але найбільш поширеними стають конфлікти між

поколіннями, відбувається зміна ролей: діти займають батьківську опікунсько-заборонну роль. Враховуючи останнє, для соціальних працівників важливо досліджувати, наскільки об'єктивною є їх оцінка стану здоров'я та інших потреб людей похилого віку.

Незважаючи на ці тенденції, сім'ї, особливо жінки, як і раніше забезпечують більшу частину догляду за літніми людьми, в першу чергу, в домашніх умовах. Все частіше самі літні люди піклуються про інших літніх людей одного і того ж або іншого покоління. Перед сімейними доглядальниками часто стоїть завдання балансування між доглядом у сім'ї та обов'язками у суспільстві. Тому позитивними є здійснені державою кроки щодо призначення соціальної допомоги сім'ям, які доглядають за немічними особами похилого віку, а також компенсаційної виплати особам, які постійно надають соціальні послуги громадянам похилого віку та іншим категоріям осіб, не здатним до самообслуговування [46]. Впровадження такого виду послуг дало змогу не обмежувати право людини похилого віку на отримання соціальних послуг тільки в стаціонарній установі або ж територіальному центрі. Людина, яка має потребу у послугах, за її вибором, може отримувати їх від фізичної особи. Таким чином соціальні послуги було наближено безпосередньо до місця проживання літньої людини, яка потребує постійного стороннього догляду. Непрацюючим фізичним особам, які постійно надають соціальні послуги громадянам похилого віку, призначається щомісячна компенсаційна виплата. Компенсація фізичним особам пенсійного віку, які надають соціальні послуги, призначається виходячи з прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. Інтеграція та підтримка інших неформальних доглядальників, таких як друзі і сусіди також має важливе значення і вимагає сильної солідарності між поколіннями на рівні громад.

Загалом домашня опіка (догляд) в Україні ще не є окремим напрямком в системі охорони здоров'я чи соціального захисту населення і кількість надавачів послуг у цій сфері на сьогодні є абсолютно недостатньою, а потреба у такому виді послуг залишається надзвичайно великою. Для цього є три основні причини: бажання людей похилого віку жити вдома, а не в закладах; економічні переваги та фективність опіки вдома; наявність культури і традицій опіки над близькими і рідними в Україні.

Здорове старіння і потреби людей похилого віку в умовах деприваційної бідності.

Інтенсивне соціально-економічне розширення суспільства в Україні спричинило поляризацію населення, тобто спрямованість соціальної та економічної мобільності до полюсів соціальної структури. Висловлюються думки, що попередня, класова стратифікація, яка ділила людей на вертикальні прошарки, поступово змінюється горизонтальною диференціацією [1]. Стає важливим розуміти не те, внизу люди чи наверху, а в центрі вони або на периферії (тобто зараз мова йде не про поняття «верх-низ», а про поняття «всередині-зовні»). Певна частина населення не просто бідна, що означає нестачу необхідних ресурсів – вона викинута з суспільного способу життя, а інша хоча і не бідна, все одно виключається через численні механізми дискримінації. Згадується й так звана інтегрована бідність, коли і за низьких життєвих стандартів люди не випадали із соціальних мереж, будь то сім'я чи безпосереднє оточення. А в епоху, яка прийшла на зміну "золотого віку" Welfare State, ми спостерігаємо просунуту маргінальність, що виражає себе у формі андеркласу або соціальної ексклюзії [1]. В результаті з'являються нові групи людей, зосереджені на периферії («зовні»), так звані деприваційні групи. Аналізуючи відмінності між концепціями бідності і соціальної ексклюзії, П.Абрахамсон вбачає причину бідності у фрустрації потреб, натомість причину ексклюзії – у дискримінації з боку інститутів інтеграції; передбачувані способи захисту у ситуації бідності – соціальні трансферти (гарантований мінімальний дохід), у ситуації ексклюзії – соціальні послуги (міри активації).

З цього приводу ведуться активні дискусії: чи вважати групу «депривованих» суб'єктами реальних процесів інтеграції до суспільного життя або ж вони лише об'єкти різного виду політики. Долучаючись до таких дискусій, українські науковці намагаються виокремити види депривації, їх якісну структуру і кількісний «поріг», при цьому відмічають, що індивіди чи групи позбавлені чого-небудь не за власним вибором, а тому, що не можуть собі цього дозволити [5]. Визначення «якісного наповнення» означає відповідний ступінь депривації, а кількісний поріг – перехід від одного ступеня до іншого. Отже, перебування індивіда чи домогосподарства на одному із ступенів депривації дозволяє захарувати їх до однієї із деприваційних груп, а досягнення відповідного кількісного «порогу» означає перехід

з однієї групи до іншої. Таким чином, деприваційні групи – це сукупність людей, які досягнули кількісного «порогу» депривації, який характеризується відповідним «якісним наповненням», в силу обставин, які не залежать від них, а тому потребують соціального захисту держави.

Таким чином, сучасні трактування розширюють традиційне розуміння бідності, яке базувалося на монетарних критеріях. У національній доповіді «Цілі розвитку тисячоліття: Україна 2013» [73] воно визнається таким, що повністю себе вичерпало. Щораз активніше використовується концепція деприваційної бідності (бідності за умовами життя), коли бідність оцінюється не за ресурсами, які є у тієї чи іншої родини, а на основі переліку благ, яких позбавлені окремі індивіди чи групи людей. Вона охоплює широкий спектр ознак – від харчування, забезпеченості непродовольчими товарами і послугами, безпечного природного чи соціального середовища до можливості включатися в суспільне життя та доступності закладів соціальної інфраструктури. Сюди належать і доступ до здорового способу життя, якісного харчування, якісних медичного обслуговування та освіти, нормальних побутових умов, а також доступ до роботи, що відповідає освітній кваліфікації людини. Крім того, дедалі більшого значення при оцінці бідності набувають такі чинники, як доступ до чистої питної води та стан довкілля. Саме ці ознаки найбільш точно відображають реальну ситуацію з умовами життя людей похилого віку в Україні. Так, відповідно до індексу Global Age Watch [82] Україна посіла 66-е місце серед 91-ї країни світу в рейтингу якості життя пенсіонерів. Тому сприяння доступу цієї категорії населення до ресурсів і зменшення матеріальної депривації задля забезпечення їх потреб – це важливий фактор покращення якості їх життя та активного довголіття.

Джерелом інформації про умови життя людей похилого віку є дані державної статистики та результати соціологічних досліджень, які дозволяють виявити ряд нових додаткових тенденцій, які не фіксуються офіційною статистикою. В Україні перше дослідження умов життя населення з точки зору деприваційного підходу було здійснено у 2007 р. в рамках обстеження умов життя домогосподарств (ОУЖД), що здійснюється Державною службою статистики України на постійній основі. За результатами опитування 2007 р. межа деприваційної бідності в Україні встановлена на рівні 4 позбавлень, тому з врахуванням ступеня позбавлення виокремлюють

такі групи населення: 1) відсутні позбавлення; 2) з 1-2 позбавленнями; 3) з 3-4 позбавленнями; 4) з 5-6 позбавленнями; 5) з 7 та більше позбавленнями.

В цілому всі депривації поділяються на такі групи: 1) ознаки бідності, пов'язані з харчуванням і необхідними предметами гігієни; 2) неможливість оновлювати одяг, взуття для всіх членів сім'ї; 3) немає коштів для придбання основних предметів тривалого користування в разі їх відсутності; 4) депривації в сфері медичних послуг; 5) немає коштів для проведення в разі крайньої необхідності ремонту будинку, квартири; 6) дитячий блок депривацій для сімей, які мають неповнолітніх дітей [29]. Поширення кожної з них в нашій країні залежать від соціально-демографічних чинників, особливостей домогосподарства, типу населеного пункту, де проживає індивід, сім'я чи група людей. В силу цих та інших факторів люди похилого віку мають низький рівень життя і відчують різні депривації, пов'язані із задоволенням найбільш значущих потреб. Тому в рамках соціальної політики держави розробляються різні механізми профілактики, пом'якшення та подолання об'єктивної позбавленості й дефіцитарності, а також підвищення можливостей у задоволенні потреб.

Серед депривацій (позбавлень за умовами життя) найбільш поширеними стосовно до людей похилого віку є ті, що пов'язані з недоступністю для них якісної медичної допомоги. Незважаючи на те, що останніми роками в Україні намітились деякі позитивні зрушення у показниках дожиття до похилого віку та у рівні смертності літніх, ситуація зі станом здоров'я літніх осіб лишається складною. Відповідно до індексу Global Age Watch [82] у 2013 році рейтинг України в сфері охорони здоров'я людей похилого віку знизився у зв'язку з переглядом психологічних даних благополуччя. Він нижче регіональних середніх значень для всіх показників здоров'я.

Провідними видами патології людей післяпрацевдатного віку за даними результатів діяльності галузі охорони здоров'я України у 2013 році [56] є хвороби системи кровообігу, новоутворення, хвороби органів травлення і органів дихання, інфекційні та паразитарні захворювання. Крім цього, зростає число осіб піддано впливу одночасно декількох патологічних станів. Комплексне обстеження населення старше працевдатного віку, проведене В.В. Чайковською [74], показало, що до першої групи диспансерного нагляду

("здорових") не належало жодної літньої людини; до другої ("практично здорових"), хто мав в анамнезі гострі або хронічні захворювання, які не відбилися на функціях життєво важливих органів - 1,2 %; усі інші відносилися до третьої групи ("хворих хронічними хворобами"), а саме з компенсованим перебігом захворювання - 56,7 %, субкомпенсованим - 28,6 %, декомпенсованим - 13,5 %.

У цьому контексті показовими є дані вибіркового опитування домогосподарств, проведеного Державною службою статистики України у жовтні 2013 року [табл.2].

Табл.2
Самооцінка стану здоров'я людьми похилого віку залежно від статі (2013)

	Чоловіки 60 років і старші	Жінки 56 років і старші
Кількість населення - всього (тис.осіб)	3327,7	7356,1
у т.ч. оцінили стан здоров'я як (%):добрий	12,0	7,5
задовільний	63,1	63,2
поганий	24,9	29,3
Кількість осіб, які повідомили, що мають хронічні (6 місяців і більше) захворювання або проблеми зі здоров'ям - усього (тис.)	2306,1	5897,8
Кількість осіб, які повідомили, що звергалися за медичною допомогою протягом останніх 12 місяців - усього (тис.)	2443,8	6083,0

Джерело: дані Державної служби статистики України [60].

За даними Державної служби статистики України [60] у 2013 році у 4471,7 тисячах (99,1 відсотків до загальної кількості) домогосподарствах, які очолює жінка 56 років і старше, хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя. У домогосподарствах, які очолює чоловік 60 років і старше, ці показники становлять відповідно 2129,6 тисяч (97,5 відсотків до загальної кількості).

Щодо доступності медичної допомоги, то серед домогосподарств, які очолює жінка 56 років і старше і в яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, 29,5 відсотків при потребі не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя. У домогосподарствах, які очолює чоловік 60 років і старше, цей показник становить 24,1 відсотків.

Серед причин відсутньої можливості у членів вищезгаданих домогосподарств придбати ліки, медичне приладдя, отримати лікувальні процедури, отримати лікування у стаціонарі, зробити протезування, відвідати стоматолога у кожній з цих позицій понад 90 відсотків (а в окремих до 99 відсотків) вказують занадто високу вартість послуг. Для 69,1 відсотка домогосподарств, які очолює жінка 56 років і старше та 75,6 відсотків домогосподарств, які очолює чоловік 60 років і старше, занадто високою є вартість послуги відвідування лікаря, для 89,8 та 88,6 відсотків відповідно – провести медичні обстеження. Така ситуація пов'язана з низьким рівнем доходів людей похилого віку, адже норми, закладені Кабінетом міністрів України у прожитковому мінімумі українців ще у 2000 році, суттєво нижчі за фізіологічні.

Результати соціологічного моніторингу Інституту соціології НАН України вказують, що за останні вісім років у самооцінках стану здоров'я населення відмічається його погіршення незалежно від віку. Відбуваються зміни також у структурі факторів, які визначають стан здоров'я різних поколінь [табл.3].

Табл.3
Структура факторів, які визначають стан здоров'я різних поколінь
(за показником самооцінки)

	1 місце	2 місце		3,4 місця	
Покоління	2004, 2012 роки	2004 рік	2012 рік	2004 рік	2012 рік
Молодь (18-29 років)	Хронічні захворювання	Соціальний оптимізм	Кількість простудних захворювань за останній рік	Соціальна підтримка (задоволеність життям у своєму населеному пункті), матеріальний стан (особистий дохід)	Захворювання, за яких потрібно брати бюлетень або дотримуватися постільного режиму, недостатність медичної допомоги
Середній вік (30-55, 30-59 років)	Хронічні захворювання	Недостатність медичної допомоги	Кількість простудних захворювань за останній рік, недостатність медичної допомоги	Схильність до простудних захворювань, соціальна підтримка , особистий дохід, тривалість захворювань	Недостатність медичної допомоги, соціальний статус, схильність до простудних захворювань
Старші (55+, 60+)	Хронічні захворювання	Соціальний статус	Недостатність медичної допомоги, схильність до простудних захворювань	Частота простудних захворювань, особистий дохід, соціальна підтримка , вік, населений пункт, соціальний оптимізм	Схильність до простудних захворювань, тип населеного пункту, захворювання, що потребують постільного режиму

Джерело: розроблено автором за даними соціологічного моніторингу Інституту соціології НАН України (1992-2013) [9].

При аналізі наведених даних увагу дослідників привертає те, що визначальним і незмінним за останні вісім років фактором погіршення фізичного самопочуття у всіх вікових категоріях залишається наявність хронічних захворювань. До нього «у середньому віці додається недостатність медичної допомоги, а у старшій віковій групі – тип населеного пункту. У молодому і старшому віці...істотно впливають також низький рівень доходу і недостатньо розвинута інфраструктура поселення, у якому людина проживає. У середньому віці домінуючим чинником ...стає недостатня медична допомога» [9, с. 422].

У контексті нашого дослідження особливу увагу варто звернути на те, що якщо у 2004 році третє-четверте місце у всіх вікових категоріях містило позицію «соціальна підтримка», то у 2012 році вона відсутня. У цьому році зникає і позиція «соціальний оптимізм», яка у 2004 році займала друге місце у осіб до 29 років та 3, 4 місце у осіб 55+. Можна зробити припущення, що значна частина населення поступово втрачає відчуття соціальної захищеності та оптимізму. Підтвердження цьому знаходимо у відповідях респондентів на запитання щодо свого майбутнього і майбутнього України [табл.4].

Табл.4
Динаміка почуття оптимізму щодо свого майбутнього і майбутнього України (%)

Варіанти запитань	2005	2006	2010	2012	2013
1. Які почуття виникають у Вас, коли Ви думаєте про своє майбутнє? • Оптимізм	-	-	28,3	28,2	19,2
2. Які почуття виникають у Вас, коли Ви думаєте про майбутнє України? • Оптимізм	33,8	25,5	25,1	19,7	14,1

Джерело: результати національних щорічних моніторингових досліджень 1992-2013 років [57, с. 533].

Окрім цього, якщо у 2002 році віра в краще майбутнє об'єднувала 38,2% людей у нашому суспільстві, то у 2013 – 30,6%. Значний відсоток населення (45,9%) вважає, що в сучасному українському

суспільстві порівняно з радянськими часами найвідчутніше змінилося ставлення людей один до одного», 47,4% - «ставлення держави до людини» [57, с. 528, 529].

76,8% респондентів за результатами опитування 2013 року вважають, що такі цінності, як соціальна рівність, колективізм, взаємодопомога, підтримка держави тощо, які пропагувалися у Радянському Союзі, сьогодні не діють. Думку про те, що Україні не вдалося стати соціальною державою, підтримують 60,4 % і лише 8,4% вважають, що вдалося [57, с.530, 532].

Очевидно, що здорове старіння і можливості людей похилого віку реалізовувати власні потреби корелюють також із такими явищами, як бідність, соціальна ізоляція, самотність, незайнятість, дискримінація і стигматизація за віковою ознакою, відсутність організованого дозвілля, непристосованість фізичного середовища до їх особливих потреб, насильство тощо. Усі ці проблеми є предметом діяльності соціальних працівників, зайнятих у міждисциплінарних командах. Адаптація загальних досліджень щодо стану здоров'я людей похилого віку [13; 30; 63; 74; 80] дозволяє встановити, що серед провідних чинників, що зменшують частоту їх захворювань, є соціальна затребуваність, фінансова забезпеченість, повнота та адекватність допомоги з боку медико-соціальних структур.

Аксіоматичними є положення про те, що для забезпечення базових потреб визначальними виступають можливості отримання адекватного доходу. Реалізація таких можливостей в Україні носить обмежений характер, про що свідчать результати наукових досліджень. Так, у матеріалах Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи [13; 63] наголошується, що в Україні майнове розшарування та нерівність у доходах істотно позначаються на стані здоров'я та ризику передчасної смерті для бідніших груп населення насамперед через обмежений доступ до якісного медичного обслуговування. Відмічена також тісна залежність між рівнем матеріального добробуту родини та її соціально-демографічними характеристиками. Найнижчі рівні бідності для чоловіків у віці 60-65 років та жінок у віці 50-60 років пов'язують із досягненням найвищого кар'єрного росту та можливістю отримувати одночасно заробітну плату і пенсію. Найвищі рівні бідності характерні для жінок у віці понад 75 років. Рівень їх бідності майже вдвічі перевищує аналогічне значення для одиноких чоловіків цієї вікової категорії (26,8 проти 13,9 відсотків). Це пов'язують із двома

чинниками – нижчим розміром пенсій осіб старших вікових груп порівняно з так званими «молодими» пенсіонерами, а також із втратою залишкової працездатності та можливості заробити додаткові до пенсії кошти [73].

У зоні підвищеного ризику бідності перебувають домогосподарства пенсіонерів найстарших вікових груп (75 років і старші), особи похилого віку із домогосподарств з «подвійним» демоеконічним навантаженням (дітьми й пенсіонерами) [13]. На думку дослідників демографічних чинників бідності, така ситуація може свідчити не тільки про низькі рівні оплати праці годувальників, а й про недостатній рівень пенсійного забезпечення та соціальних виплат (зокрема допомоги сім'ям з дітьми). А найвищий ризик бідності мають домогосподарства, що складаються лише з пенсіонерів.

Бідність мінімізує можливості людей похилого віку задовольняти навіть таку первинну (вітальну) потребу, як повноцінне харчування. Для того, щоб зрозуміти можливості людей похилого віку реалізації цього рівня потреб, можна зробити прості розрахунки. За даними Пенсійного фонду України [59] середній розмір пенсійної виплати для пенсіонерів за віком станом на 1 квітня 2014 року становив 1526,09 грн. (у Закарпатській області – 1311,32 грн., що є найнижчим показником в Україні після Тернопільської області, у якій він складає 1276,39 грн.). Вартість харчування за 9 місяців 2013 року у середньому на одну особу становила 31 грн. на добу [24]. Наголосимо, що ці витрати нижче межі бідності, визначеної ООН для країн Центральної та Східної Європи (вартість добового споживання на рівні 5 доларів США). Межа бідності (за структурним критерієм) визначається як така, за якої частка витрат на харчування у бюджеті домогосподарства є вищою за 60%. Таким чином, близько 930 гривень (біля 61%) від згаданої вище пенсії люди похилого віку можуть витратити лише на харчування. Залишок суми (біля 346 грн.) явно недостатній для оплати інших витрат, у тому числі й на лікування. Особливо якщо врахувати, що витрати, пов'язані зі здоров'ям «старих» пенсіонерів, як правило вищі, ніж у «молодших» пенсіонерів.

Існує невідповідність між розміром фінансового забезпечення (переважно пенсії) та фактичною потребою пенсіонерів у придбанні продуктів харчування, непродовольчих товарів, користуванні транспортом, придбанні ліків та отриманні найбільш необхідних

медичних послуг (виготовлення окулярів, зубопротезні роботи тощо) [31, с.238-268]. Підтвердженням цьому служать дані, що з 2004 року серед людей похилого віку в Україні фіксується рівень недоспоживання за показником калорійності добового раціону [73]. В Україні 96 % опитаних, які брали участь у дослідженні «Соціальна нерівність та її вплив на економічний і демократичний розвиток Європи та її громадян: посткомуністична Центральна і Східна Європа у порівняльній перспективі» [39] стверджують, що прожити на пенсію у нашій країні неможливо.

Попри те, що прожитковий мінімум визначається як «вартісна величина достатнього для забезпечення нормального функціонування організму людини, збереження його здоров'я набору продуктів харчування, а також мінімального набору непродовольчих товарів та мінімального набору послуг, необхідних для задоволення основних соціальних і культурних потреб особистості» [53], на сьогодні він не забезпечує можливості реалізувати ці потреби.

Принципи формування наборів продуктів харчування, непродовольчих товарів і послуг «підтримання повноцінного функціонування організму людини похилого віку» передбачають: задоволення мінімальної потреби громадян у житлі, організації побуту, користуванні транспортом, закладами культури, у підтриманні зв'язку з навколишнім середовищем; задоволення потреби громадян у користуванні закладами освіти, охорони здоров'я; визначення житлово-комунальних послуг (по водопостачанню, тепlopостачанню, газопостачанню, електропостачанню, водовідведенню, утриманню та експлуатації житла та прибудинкових територій, сміттєзбиранню, утриманню ліфтів) виходячи із соціальної норми житла та нормативів споживання зазначених послуг; урахування особливостей потреб осіб, які належать до різних соціальних і демографічних груп населення. В реальності споживчий кошук українців складається з мінімального набору продуктів і зовсім не враховує потреб людини, пов'язаних з технологічними, інтелектуальними, інформаційними змінами в сучасному суспільстві. Дослідження останніх років щодо споживчих можливостей населення сучасної України підтверджують необхідність підвищення прожиткового мінімуму, «оскільки він не відповідає ні фізіологічно та санітарно встановленим вимогам щодо рівня необхідного споживання людини, ні соціальним потребам, які передбачають участь у соціальному та громадському житті суспільства» [67, с. 225].

Достатній, на думку респондентів, середній розмір прожиткового мінімуму (3121 грн. на особу на місяць) майже втричі перевищує офіційно встановлений розмір. Він коливається у респондентів різних соціально-демографічних груп, але показово, що найвищі вимоги до соціального стандарту висували старші 55 років (2901 грн.). Аналізуючи ці дані, Н.Толстих [67, с. 225] припускає, що в період соціально-економічної і політичної нестабільності піддаються руйнуванню новим досвідом і практикою конкретних життєвих колізій і випробувань не тільки традиційні зразки соціальної поведінки, окреслені певними віковими параметрами, а й рівень домагань у представників різних вікових груп.

Проблема бідності людей похилого віку актуальна і для Закарпаття. В розрізі регіонів України за даними обстеження за 9 місяців 2013 року [24] Закарпатська область ввійшла до середнього рівня бідності: за відносним критерієм – 20, 6% (в Україні – 24,7 %), за абсолютним критерієм (за доходами) – 10,6% (в Україні – 9,1 %).

Зберігається значне перевищення рівня бідності осіб похилого віку, які проживають у сільській місцевості, над городянами, а також у цілому доволі високий рівень позбавлення населення похилого віку умов життя (що особливо стосується пенсіонерів найстарших вікових груп та одинаків похилого віку). Найбільш поширеними є позбавлення літніх тих умов життя, що стосуються доступу до якісної медичної допомоги (незпроможність забезпечити необхідне лікування у випадку хвороби: брак коштів для оплати необхідного лікування у стаціонарі (за відсутності таких послуг на безоплатній основі) або оплати життєво необхідної хірургічної операції; недостатність коштів та медичного приладдя, призначених лікарем, та окремих об'єктів соціальної інфраструктури (найчастіше – через незабезпеченість населеного пункту своєчасними послугами швидкої медичної допомоги). Н. А. Фойгт [72] вбачає головну причину такої ситуації в тому, що в основі розподілу ресурсів і забезпечення доступу до послуг системи охорони здоров'я лежить дискримінація за віковою ознакою. У результаті медико-соціальна допомога може обмежуватися в обсягах, оскільки в них бачать людей, які наближаються до кінця життя, внаслідок чого постає питання про ціну й ефективність медико-соціальної допомоги особам, які не зможуть повернути суспільству вкладені інвестиції. Разом з тим, на нашу думку, з огляду на викладені вище дані щодо пенсійних виплат

для різних категорій населення варто говорити і про ознаки соціальної несправедливості.

Таким чином, найбільшій державної підтримки і уваги соціальних працівників потребують домогосподарства з подвійним демооекономічним навантаженням, які проживають у сільській місцевості та невеликих містах, домогосподарства пенсіонерів, а також одинокі жінки у віці 75 років і старші. Заходи у напрямку сприяння активному та здоровому старінню часто стикаються із проблемою самотності, адже демографічні зміни супроводжуються нагромадженням у структурі населення кількості самотніх людей похилого віку і самотніх, бездітних подружніх пар, у яких обоє немічні. До цієї категорії людей похилого віку належить майже 3 млн. осіб старше працездатного віку, тобто кожен п'ятий пенсіонер самотній [75]. Відповідно до прогнозів, до середини даного сторіччя кількість непрацездатних людей похилого віку, які проживатимуть самотньо, збільшиться втричі. Значну більшість самотніх у всіх вікових групах становлять жінки. Серед причин такого явища: розпад багатопокілних родин, різна тривалість життя чоловіків і жінок, традиційна перевага в суспільстві малодітних родин, міграція молоді з сіл та інші.

В результаті самотності, ускладнень в налагодженні нових і підтриманні старих контактів і зв'язків може порушуватися соціальне функціонування. Це пов'язано як із відсутністю родичів, дітей, онуків, подружжя, так і окремим проживанням від молодих членів родини або ж позбавленням спілкування багатьох старих людей, які мешкають у родині. З огляду на характер і психічне здоров'я (прагнення відгородитися від оточення, бажання захистити свій спосіб життя, внутрішній світ, незалежність і стабільність від вторгнення сторонніх і навіть близьких родичів) самотність може характеризувати обраний спосіб життя.

Медико-психологічні наукові дослідження в Україні свідчать, що у самотніх людей пенсійного віку досить часто відзначається депресивний стан. Соціальна ізоляція стає провідною детермінантою суїциду серед людей похилого віку: майже половина тих, хто скоює самогубство, живуть самотньо [21]. Серед причин суїцидальної поведінки – неспроможність впоратися з такими проблемами, як настання інвалідності і хронічні захворювання, або вплив інших непередбачуваних подій. У похилому віці депресію можуть спричинити смерть одного з членів подружжя або інших близьких

людей, труднощі адаптації до змін у життєвих ситуаціях, усвідомлення своєї непотрібності через припинення трудової діяльності, критичне погіршення стану здоров'я або інвалідність, що несуть із собою відчуття безпорадності й потребу у сторонній допомозі, нездатність фінансового самозабезпечення.

Ізоляція від навколишніх підвищує ризик розвитку ряду захворювань, і в першу чергу захворювань серцево-судинної й нервової систем. Самотні люди похилого віку швидше утомлюються, менше вірять в успішний результат лікування, частіше ходять на прийом до лікаря, більше приймають ліків, ніж ті, хто не відчуває самотності. Вони постійно відчувають страх перед можливістю розвитку безпорадності. Рівень госпіталізації самотніх на 20 % вище, ніж інших категорій пенсіонерів, а тривалість їхнього перебування на госпітальному ліжку на 30–70 % довше, ніж осіб, які живуть у родині [75]. Госпіталізація самотніх старих людей досить часто обумовлена не медичними, а соціальними показаннями. Вони в першу чергу мають потребу в наданні довгострокової допомоги вдома.

Тобто самотність як соціальний феномен самі по собі впливають на стан здоров'я індивіда, а значить, і на величину його потреби в медико-соціальній допомозі. Про те, що потреби самотніх у різних видах медичної й соціально-побутової допомоги вище, ніж у проживаючих у родині, свідчать дослідження, проведені В.В. Чайкоською у м. Києві [74]. Самотніх пенсіонерів віком 70 років і більше, залежно від стану здоров'я і рівня потреби в різних видах допомоги, було розподілено на 4 групи: прикуті до ліжка — 5,2 %, пересуваються в межах квартири — 24,2 %; вимагають часткової допомоги — 43,5 %; вимагають тимчасової допомоги — 28,1 %. Часткова допомога передбачає виконання важкої домашньої роботи, ремонтних робіт, роботи на присадибній ділянці, заготівлі на зиму продуктів харчування, палива тощо. Тимчасова допомога виявляється під час загострення захворювання, після перенесених травм, виписки зі стаціонару, перенесення стресових ситуацій тощо. Отже, практично всі самотні люди віком 70 років і більше потребують тимчасово чи постійно сторонньої допомоги.

Отже, залишається гостра потреба у заходах, спрямованих на попередження кривди, нехтування, самотності. Люди похилого віку, визнані недієздатними, або такі, що мають обмежену мобільність, можуть потребувати здійснення соціальними працівниками представництва і захисту їхніх прав, а в деяких випадках захисту від

насилення у родині, з боку сусідів, знайомих, добровільних доглядальників тощо. Самотність, соціальна ізоляція, ставлення до людей похилого віку як до слабких і залежних, ерозія міжпоколінних родинних зв'язків є факторами ризику жорстокого поводження. Так, у дослідженні щодо жорстокого поводження з особами похилого віку 12 066 жінок 70–75 років 6,4 % обстежених відчували примус у родині, 7,5 % — підвищену уразливість, 17,5 % — залежність, а 21,6 % — нудьгу [41]. Люди похилого віку часто стають жертвами шахраїв, які представляючись співробітниками департаменту соціального захисту або соціальними працівниками, намагаються незаконно заволодіти коштами чи житлом громадян.

З огляду на викладене вище у практиці медико-соціальної роботи нині відбувається перехід від традиційного надання соціальних послуг у великих стаціонарних закладах на задоволення потреб у самообслуговуванні, здійснення якого неможливе або ускладнене внаслідок втрати чи обмеження тих або інших функцій. У свою чергу загальні форми допомоги переорієнтовуються на запобігання втрати здатності до самообслуговування або обмеження негативних наслідків цього. Надання особам старших вікових груп засобів малої механізації і спеціальної побутової техніки, спеціальне облаштування житла сприяють продовженню періоду їх самостійності і запобігають самотності та ізоляції завдяки регулярній фізичній активності.

Соціальні практики активізації людей похилого віку.

В соціології соціальна активність визначається як спосіб «життєдіяльності соціального суб'єкта (індивіда, групи), що фіксує свідому спрямованість його діяльності і поведінки на зміну соціального середовища, умов, інститутів відповідно до назрілих потреб, інтересів, цілей, ідеалів або на консервацію існуючого стану речей, гальмування змін, розвитку; вияв соціальних ініціатив, участь у вирішенні актуальних соціальних завдань, постійна взаємодія з іншими соціальними суб'єктами...Через активність соціальну реалізуються діяльнісні потенції суб'єкта, його культура, уміння, знання, потреби, інтереси, прагнення, здатність охоплювати своєю діяльністю світ» [66, с. 9]. Серед сфер соціальної активності виокремлюють сімейно-побутову, професійно-трудова, дозвілля, підвищення освіти, участь у волонтерстві та суспільно-політичній діяльності.

Сучасна демографічна ситуація в Україні потребує пошуку можливостей активізації ресурсів людей старших поколінь у кожній із цих сфер. Демографи і геронтологи відмічають, що залучення людей похилого віку до активного життя в умовах депопуляції можна вважати єдиним шляхом вирівняти економічну і соціальну картину. Одним з головних умов цього процесу є переорієнтація систем медичного і соціального обслуговування в бік профілактики старіння та інклюзії людей похилого віку до повноцінного суспільного життя. Це необхідно для подолання існуючих позбавлень в економічній, політичній, культурній та соціальній сферах, що зумовлено низькими доходами, обмеженими можливостями отримання послуг соціального захисту, підтримання соціальних зв'язків та доступу до культурних надбань.

Активізація отримувачів соціальних послуг (базовий принцип соціальної роботи) розглядається як процес, основною метою якого є наділення клієнтів повноваженнями, владою, впевненістю у своїх силах, здатністю відстоювати своє право самостійно визначати і вирішувати свої проблеми з використанням наявних особистісних і соціальних ресурсів і в цілому — контролювати своє життя [44]. Такий підхід співзвучний з суб'єкт-суб'єктним підходом у соціальній роботі.

Спроби «пожвавити» людину і її соціальні відносини у соціальній роботі реалізуються шляхом сприяння у задоволенні різного рівня потреб за відсутності чи недостатності особистісних можливостей. При цьому здатність людини до відтворення і удосконалення свого життя у всіх сферах суспільства пов'язується як із її індивідуально-особистісними характеристиками, так і властивостями навколишнього середовища (фізичного і соціального). Формувати і реалізовувати згадані ресурси покликані різні моделі соціальної роботи, серед яких особливе місце займає віталістська модель соціальної роботи, методологічною основою якої є соціологічна концепція життєвих сил людини, її індивідуальної і соціальної суб'єктності [10; 11]. Основні положення цієї концепції можна сформулювати наступним чином: життєві сили людини як біопсихосоціальної істоти — це здатність відтворювати і вдосконалювати свої життєві сили в умовах специфічного життєвого простору та взаємодії цих двох факторів; взаємодія життєвих сил і життєвого простору людини характеризується трьома рівнями: природнім, систем культурних символів, розвитку потенціалу людини і середовища її проживання; діяльність людини

диференційоється як на рівні індивідуальної, групової, так і інституційної, громадської діяльності

Згідно цих положень з'ясування суті, змісту і обсягу соціальної роботи з людьми похилого віку лежить у площині визнання об'єктивної необхідності підтримки їх суб'єктної ролі, задоволення потреб, забезпечення сприятливого середовища життєдіяльності і активного, діяльнісного існування. Такий підхід вимагає комплексного, цілісного бачення життя цієї категорії населення і відповідної роботи шляхом надання всебічної допомоги тим, хто не в змозі самостійно справитися зі складними життєвими обставинами (серед яких і вік), а також на розвиток потенціалу цих людей та зміни у суспільстві в їх інтересах. Розвиток потенціалу тісно пов'язаний із включенням людей похилого віку до існуючих соціальних відносин як повноцінних суб'єктів життєдіяльності. Зміни у суспільстві передбачають формування сприятливого фізичного і соціального середовища, про що йтиметься далі.

Отже, життєві сили людей похилого віку реалізуються через індивідуальну і соціальну суб'єктність. Індивідуальна суб'єктність – це сукупність анатомофізіологічних, психофізіологічних, психологічних характеристик людини, які відіграють важливу роль у формуванні адаптивної поведінки людини, пов'язаної із віком. Соціальна суб'єктність розглядається як здатність брати участь у житті суспільства, ефективно і результативно функціонувати в рамках певного соціального середовища, а також самостійно вирішувати наявні проблеми. Клієнтом соціальної роботи людина похилого віку, як і будь-яка інша людина, стає за умови виникнення складних життєвих обставин, які порушують нормальну життєдіяльність, вносять «збій» у можливостях реалізовувати свою індивідуальну чи соціальну суб'єктність або ж обидві водночас. Забезпеченню цілісного, холістичного підходу при вирішенні подібних ситуацій сприяє взаємодоповнюваність біопсихосоціального і системно-екологічного підходів у практиці соціальної роботи. Акумуляуючи уявлення про існуючі між організмом людини і навколишнім середовищем процеси взаємозалежності, зворотніх зв'язків і пристосування, біопсихосоціальний підхід виступає альтернативою загальноприйнятому біомедичному підходу. Згідно даного підходу у структурі допомоги людині допомога і захист не менш важливі, чим

лікування: перше проявляється в увазі до психосоціальних потреб, друге реалізується шляхом впливу на біологічні потреби.

Системно-екологічна соціальна робота передбачає вирішення проблем людей похилого віку на соціально-груповому і суспільно-інституційному рівнях. Використання даних моделей соціальної роботи дозволяє комплексно підходити до вирішення соціальних проблем людей похилого віку за допомогою посилення адаптивних здібностей людей і здійснення впливу на їх соціальне оточення. Ефективність надання соціальних послуг буде полягати не тільки у виведенні людей похилого віку зі складних життєвих ситуацій, а й формуванні у них основ соціальної суб'єктності, соціальної активності та внесенні змін до навколишнього середовища, щоб воно якомога більше відповідало їх правам, потребам та інтересам. Реалізація таких підходів потребує: заохочення трудової зайнятості і підтримки працездатності; забезпечення доступу до різних форм освіти; пристосування навколишнього середовища до особливих потреб та функціональних можливостей літніх людей; сприяння участі в політичному, економічному, культурному та соціальному житті.

Мадридський міжнародний план дій в галузі старіння ставить завдання забезпечити можливість літнім людям продовжувати займатися економічною діяльністю так довго, скільки вони бажають та спроможні працювати [32]. Підтримка активного і здорового старіння як реакція на демографічні виклики спричиняє відмову від застарілої політики обов'язковості виходу на пенсію чи інших обмежувальних заходів по відношенню до зайнятості людей старше певного віку. Старіння людей на ринку праці вимагає збільшення найму літніх людей та ліквідації бар'єрів і пенсійних правил, які не враховують побажання та компетенцій літніх людей [85]. Інші компоненти, необхідні для розширення участі літніх людей на ринку праці включають зміцнення здоров'я, інституційну підтримку самозайнятості та мікропідприємств, пристосування робочих місць до особливих потреб людей похилого віку, розвиток соціальних служб на підприємствах.

Попри це МОП відмічає, що демографічні виклики поступово приведуть до обмеження можливостей зростання зайнятості, нестачі робочої сили і будуть здійснювати негативний вплив на фінансову витривалість національних систем соціального захисту населення [19]. Тому рекомендується формування стратегій економічно

активного старіння, які б сприяли адаптації умов праці до мінливих потреб працівників похилого віку, а також включали міри заохочення до трудової діяльності на наявних робочих місцях та зацікавленості роботодавців у зайнятості таких працівників, а також стимулювання участі усього працездатного населення на ринку праці за рахунок підвищення пенсійного віку, викликаного збільшенням тривалості життя.

Отже, старіння населення створює нові виклики для ринку праці, а водночас і для системи соціального захисту. Перш за все, мова йде про зниження людського капіталу за умов недостатньої гнучкості освітньо-професійної підготовки, слабого розвитку традицій та інститутів самоосвіти, неперервної освіти упродовж життя [28; 33]. Конкурентоспроможність людей похилого віку на ринку праці кардинально змінюється у зв'язку із зростаючими вимогами до рівня кваліфікації робочої сили. Адже за останні десятиліття змінилася сама система генерації й передачі знань, а їх обсяг постійно зростає. Період «напіврозпаду» компетенції внаслідок появи нової інформації за багатьма професіями настає менше ніж через 5 років, тобто раніше, ніж закінчується навчання [40]. Комплексна стратегія активного старіння на ринку праці визнає необхідність враховувати, що зайнятість щораз більше вимагає самостійності, неоднорідності і навчання протягом всього життя. За висновком І. Марченко «потреба в подоланні спровокованих кризовими явищами та старінням населення викликів для ринку праці також актуалізує переміщення пріоритетів у політиці зайнятості зі стратегії «спочатку робота» до стратегії «спочатку навчання» (особливо для найбільш вразливих категорій пошукувачів)» [33, с. 130].

У соціально-трудовій і освітній сферах наявні різні дискримінаційні практики, зокрема у таких сферах, як доступ до послуг з професійної орієнтації та працевлаштування; можливостей професійного навчання, підвищення кваліфікації, перекваліфікації; гарантії зайнятості, винагорода за працю рівної міри; умови праці, включаючи заходи безпеки та гігієни праці. Дослідження українських науковців [6] засвідчують наявність дискримінації за віком при прийнятті на роботу. Попри те, що у кожній із галузей існує свій віковий діапазон, у який має вписуватися людина, які шукає роботу, середні вікові межі працівників, яких хоче наймати український роботодавець, становлять від 25 до 42 років (у середньому це охоплює 15-20 років трудового життя).

Люди похилого віку, які втратили роботу, стикаються із труднощами при повторному працевлаштуванні: вони мають менше шансів, чим інші вікові групи, а безробіття для них є більш тривалим. Це пояснюється такими причинами, як менш інтенсивний пошук роботи, стурбованість роботодавців (у зв'язку з тим, що серед людей похилого віку ніби більш низька продуктивність, готовність до здобуття нових навичок і здатність адаптуватися до організаційних та інших змін), обмеженнями, пов'язаними із станом здоров'я. Чоловіки починають потерпати від дискримінації за віковою ознакою з 50-річного віку, а жінки й раніше. Впливати на рішення роботодавців про прийом на роботу в умовах старіючого населення можуть і такі фактори, як нарахування заробітної плати з врахуванням стажу роботи і виплата вихідних допомог при звільненні за скороченням, що підвищує трудові затрати, а також необхідність реорганізації виробничих процесів задля їх узгодження з можливостями робочої сили старших вікових груп.

Досліджуючи сучасний стан геріатричної допомоги в Україні, В.В.Чайковська висловлює думку, що у більшості випадків трудова зайнятість пенсіонерів викликана необхідністю додаткового джерела засобів до існування, тому є вимушеною і її можна вважати «відчуженою», пасивною. Якщо ж трудова діяльність пенсіонера пов'язана з утвердженням своєї ролі в суспільстві і самореалізацією, то в цьому випадку вона є соціальною активністю людини похилого віку. При цьому вона вказує на наявність потенціалу для зростання участі на ринку праці старших вікових груп: 75,3% 60-69-річних, 43,1% 70-79-річних і 25,8% 80-річних людей вважають, що ще могли б працювати для фінансової підтримки себе і сім'ї [74]. На нашу думку, зайнятість за будь-яких обставин запобігає відторгненню, маргіналізації та сприяє підтриманню соціального статусу людей похилого віку. Тому Державна служба зайнятості України сприяє зайнятості шляхом програм підготовки та перепідготовки для літніх людей, заходів з менеджменту стосовно цієї категорії населення у державному та недержавному секторах [рис.1].



Джерело: розроблено за даними Державної служби зайнятості України [64].

Як видно із наведених даних, за сприяння Державної служби зайнятості рівень працевлаштування осіб передпенсійного віку залишається достатньо стабільним, скорочення спостерігалось лише у 2009 році у зв'язку із кризою на ринку праці і в наступні роки не повторилося.

У зв'язку із демографічними змінами на сучасному ринку праці з'являються також нові форми зайнятості: пропозиції поєднання роботи із сімейними обов'язками, гнучкі форми організації праці (віддалене робоче місце, фріланс тощо), тимчасова зайнятість (в т.ч. агентська зайнятість), неповна зайнятість, дауншифтинг тощо. Попри те, що фріланс часто рекламується як порятунок для людей похилого віку, яких вже неохоче беруть на постійну роботу, але яким із задоволенням доручають разові замовлення (як і для людей зі слабким здоров'ям та молодих мам), ця форма зайнятості має і наступні мінуси: нестабільність заробітку, різноманіття завдань, підвищене робоче навантаження в окремі години чи дні, складність процедури отримання грошей, відсутність пільг (страхування, відпустки, пенсії тощо), відсутність колег для спілкування, сезонність зайнятості у деяких професіях.

Цей вид зайнятості поширений переважно у таких видах діяльності, як журналістика (і інші форми діяльності, пов'язані з

написанням текстів), комп'ютерне програмування, веб-дизайн, переклад, юридичні послуги, маркетинг, різного роду консультаційна діяльність. Щоб опанувати ці професії, необхідно добре знати комп'ютерні програми, а людям похилого віку це не завжди легко. Серед позитивних моментів є такі, що можуть дійсно зацікавити людей, які вже отримують пенсію або ж наближаються до цього віку і зацікавлені в таких аспектах зайнятості, як відсутність фіксованого робочого дня, психологічний комфорт завдяки можливості самостійно організувати роботу і бути незалежним, можливість обирати цікаву роботу і працювати на різних замовників, регульований дохід тощо. Тому такі інформаційні ресурси, як портал Freelance.ua та мережа «В контактi», які окремо пропонують фріланс для пенсіонерів, є свідченням формування позитивного ставлення до працівників старших поколінь.

Вчені виділяють три основних способи дауншифтинга: зниження робочих годин, припинення роботи або зміни в кар'єрі, з супутнім зниженням доходу і повернення на «шкільну лаву» — продовження навчання. Як свідома відмова від кар'єрних цінностей дауншифтинг стосується людей, які вже досягли певних висот і успіху в справах. Досить часто це люди середнього і старшого віку, які прийняли рішення переїхати на природу з веденням господарства, а доходи отримують від того ж фрілансу, оренди житла, попередніх накопичень і відсотків, або натурального господарства. Найбільший розвиток дауншифтинг отримав у США та Австралії. Згідно з недавніми опитуваннями громадської думки, більше 30 відсотків американців і 26% австралійців вже зробили свій крок у цьому напрямку [79]. У Європі охоплення населення дауншифтингом приблизно 14-17 відсотків населення. Можна сказати, що чим вище середній рівень життя в країні, тим більше людей переглядають своє ставлення до кар'єри, заробітків і рівня доходу. Творча складова і соціальний протест — головні особливості західного дауншифтингу.

В Україні приблизно 3-5% людей, зайнятих пошуком роботи, розглядають для себе можливість кар'єрного зниження і зниження рівня зайнятості [4]. Як правило, люди готові пожертвувати кар'єрою і доходом заради меншої завантаженості, більш цікавої роботи або сім'ї, набуття контролю над власним життям чи прагнення саморозвитку. Для людей старшого віку характерне бажання вести здоровий спосіб життя. На думку фахівців, старше покоління українців не готове сприйняти це явище як природне. «В українській

колективній психології працює лінійний стереотип уявлень про себе та інших — нормальним вважається тільки послідовне зростання соціального статусу і ненормальним — будь-які відхилення: добровільна відмова від високої посади (а отже, грошей і влади), різка зміна професії і несподіване розвертання «вбік» і «вниз» від обраного шляху» [4]. У будь-якому разі вибір дауншифтингу побудований на балансі духовних та вітальних потреб людини і пов'язаний з постматеріалістичними цінностями. У частини прихильників дауншифтингу (незалежно від віку) матеріальні потреби задоволені настільки, що споживання стає однією з форм самореалізації; інші є творчими людьми, що прагнуть не просто досягти матеріального добробуту, а самоутвердитися в якості унікальних особистостей. Таких, що прагнуть задовольнити свої матеріальні потреби і продають свою працю насамперед заради матеріальної винагороди, керуючись лише економічними стимулами, серед них мало.

Для соціальних працівників органів системи соціального захисту населення, Пенсійного фонду України та Державної служби зайнятості України важливою частиною роботи можуть стати Програми підготовки до виходу на пенсію. В останні роки трудової діяльності такі програми для працівників передпенсійного віку надають інформацію щодо планування своєї пенсії та адаптації до нової ситуації. Зокрема, це може бути така інформація: очікуваний розмір пенсії, податковий статус пенсіонера, спектр медичних та соціальних послуг, пільги для пенсіонерів, можливості продовжувати професійну діяльність (у тому числі на умовах неповного робочого часу чи самозайнятості), процес старіння організму та заходи з його уповільнення (медичні огляди, фізичні вправи, правильне харчування), використання вільного часу, наявні можливості освіти для дорослих.

Положення щодо згаданих програм підготовки до виходу на пенсію відображені у Законі «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» [51]. Передбачено, що такі програми можуть включати шадні умови праці, поступове скорочення за бажанням працівника робочого часу, а також заходи, що розширюють можливості громадян похилого віку в подальшій освіті, веденні здорового способу життя, у задоволенні інтересів, опануванні ремесел, та інші заходи, що сприяють адаптації громадян похилого віку до нового способу життя. Програми

підготовки до виходу на пенсію за віком можуть включатися в колективні договори і угоди. За рішенням трудових колективів для поліпшення умов життя громадян похилого віку в колективному договорі чи угоді за рахунок власних коштів підприємств можуть передбачатися пільги щодо пенсійного забезпечення, надання і оплати житла, торговельно-побутового, медичного і санаторно-курортного обслуговування, а також надання безоплатної допомоги в погашенні заборгованості за банківським кредитом.

У згаданому Законі України відображені й інші державні гарантії громадянам похилого віку: реалізація права на працю відповідно до професійної підготовки, трудових навичок і з урахуванням стану здоров'я; заборона дискримінації громадян похилого віку в галузі праці, охорони здоров'я, соціального забезпечення, користування житлом та в інших сферах; право на працю нарівні з іншими громадянами, яке додатково гарантується державними цільовими програмами зайнятості населення. Забороняється відмова у прийнятті на роботу і звільнення працівника за ініціативою роботодавця з мотивів досягнення пенсійного віку. Умови трудових угод з громадянами похилого віку, включаючи також і їх працю в період проживання в установах соціального забезпечення, не можуть погіршувати становище або обмежувати їх права, передбачені законодавством про працю.

Законом України «Про зайнятість населення» [45] впроваджена новела щодо заборони зазначати в оголошеннях (рекламі) про вакансії обмеження щодо віку кандидатів. Особи, яким до досягнення пенсійного віку залишилося 10 і менше років, мають додаткові гарантії у сприянні працевлаштуванню. Важливою новацією нової редакції цього Закону є можливість одноразового отримання ваучера (в розмірі не вище десяти прожиткових мінімумів для працездатних осіб) для проходження перепідготовки, спеціалізації, підвищення кваліфікації. Однак таке право надається лише особам віком старше 45 років і до досягнення встановленого пенсійного віку (обов'язковою умовою є також наявність страхового стажу не менше 15 років). Тобто для громадян пенсійного віку цей ваучер недоступний. За даними Державної служби зайнятості у 2013 році, з моменту набрання чинності постанови, ваучер для підтримання конкурентоспроможності осіб старше 45 років на ринку праці отримали 20,4 тис. громадян, у тому числі 11,9 тис. безробітних [64]. Найбільшу кількість ваучерів видано за спеціальностями і

професіями, які, на наш погляд, не завжди легко узгодити з індивідуальними потребами і прагненнями людей похилого віку: «землепорядкування», «комп'ютерні системи та мережі», «програмне забезпечення систем», «розробка програмного забезпечення»; за професіями: «тракторист-машиніст сільськогосподарського (лісгосподарського) виробництва», «електро-газоварник», «плодоовочівник», «водій навантажувача». Натомість сприятливим для підтримання їх конкурентоспроможності на ринку праці є включення Постановою КМУ до переліку професій, спеціальностей та напрямів підвищення кваліфікації, для навчання за якими може бути виданий ваучер, таких професій, як «сестринська справа» і «соціальна робота» [50].

Аналіз документів стратегічного значення, які формують політику на ринку праці України, зокрема, Програми сприяння зайнятості населення та стимулювання створення нових робочих місць на період до 2017 року, дозволяють відмітити, що в них відсутні положення, адресовані розв'язанню специфічних проблем участі людей похилого віку у ринку праці. Державна політика зайнятості фокусується переважно на проблемах молоді, жінок, людей з інвалідністю, сільського населення, деяких інших груп населення, а трудові права літніх людей як значущої й особливої групи учасників ринку праці залишаються поза увагою. При цьому зарубіжні дослідження засвідчують, що трудова поведінка літніх людей, зокрема їх рішення щодо продовження зайнятості після досягнення пенсійного віку (виходу на пенсію), більшою мірою визначається кондиціями ринку праці, а не станом здоров'я [84]. Мотивацію літніх людей до участі у ринку праці істотно зменшує ригідність (негнучкість) ринку праці, що найчастіше виявляється через брак можливостей для зайнятості неповний робочий час чи за гнучким графіком роботи, низька зарплата, відсутність додаткових заохочень, перспектив професійного навчання та зростання.

З елементів гнучкого ринку праці в Україні певного поширення набули нестандартні режими зайнятості (самозайнятість, неформальна зайнятість, переведення трудових відносин у поле цивільно-правових договорів, технології аутсорсингу тощо). Водночас графік робочого часу залишається традиційно жорстким, що відштовхує літніх людей від участі у ринку праці. Обмежують мотивацію літніх людей брати участь у ринку праці і завчасне визнання як на особистому, так і на суспільному рівнях практичної

відсутності шансів їх працевлаштування. Для збільшення конкурентоспроможності людей похилого віку на ринку праці як одного з найбільш вразливих контингентів пошукувачів потрібні спеціальні програми із відповідними заходами, що забезпечують інформацією та знаннями. Це збільшує шанси у ситуаціях пошуку роботи, адже комунікації між учасниками ринку праці все більше переміщуються до віртуального середовища. Доступ клієнтів до інформаційних ресурсів і задоволення потреб в інформаційних продуктах і послугах Державна служба зайнятості здійснює через Інтернет-портали, мобільний сервіс «Пошук роботи», операторський телефонний центр, інформаційно-консультаційні послуги безпосередньо від працівників центрів зайнятості, профорієнтаційні послуги.

З метою активізації людей похилого віку шляхом залучення до суспільного життя існує потреба у культивуванні традицій самоосвітньої діяльності протягом життя; розвиток освіти і сфери дозвілля. Адже для багатьох літніх людей суттєвим аспектом кризи є депривація домагання на визнання, можливості реалізувати престижні потреби. Це наслідок того, що втрачаються основи зовнішнього визнання: статус, матеріальний достаток, зовнішній вигляд. Також літній людині доводиться по-новому організовувати свій час.

Науковці висловлюють обґрунтовані відповідними дослідженнями думки, що успіхи людини продовжують її життя більше, ніж фізична активність і здоровий спосіб життя, тому особливо актуальним є створення сприятливої психоемоційної сфери засобами культури і освіти [80]. Таким чином, в даний час стає особливо актуальним розгляд питань залучення осіб похилого віку до освітнього простору. Меморандум безперервної освіти Європейського Союзу [34] націлює освітні системи на адаптацію до сучасних умов демографічного старіння населення і реалізацію концепції навчання впродовж усього життя. Вона розглядає старість як черговий етап розвитку людини і визнає, що саме на цьому етапі у людини яскраво виражені потреби бути значимим і самостійним, до задоволення яких вона прагне. Тому люди похилого віку можуть і повинні розвиватися у відповідності до своїх інтересів і потреб.

Науковці відмічають, що потреба в навчанні у осіб пенсійного віку формується проблемною ситуацією, адже за рахунок навчання розширюється сфера можливого вибору моделей поведінки [27].

Усвідомлення потреби в поповненні знань визначається потребами, формування яких можуть спровокувати різні ситуації: недостатність знань для успішного функціонування в сучасному мінливому суспільстві; протиріччя між наявними знаннями і необхідними навичками; прагнення більш глибоко аналізувати проблеми, що виходять за межі особистого буття і носять глобальний характер; бажання глибше розібратися в собі; невміння впоратися з життєвими кризами; прагнення до задоволення культурних, творчих, дослідницьких потреб.

Таким чином, основним завданням освіти людей похилого віку є вироблення навичок активної й ефективної участі у всіх сферах суспільного життя. Навчання літніх людей спрямоване не тільки на отримання нової професії, але і на самоосвіту як процес безперервного самовдосконалення. З виходом людини на пенсію збільшується обсяг вільного часу, який можна присвятити реалізації своєї мрії, на яку раніше не вистачало часу (вивчення іноземних мов, заняття вокалом, танцями, образотворчим мистецтвом і т. ін.) Процес навчання дозволяє людям похилого віку відчувати себе самостійними, сприяє самореалізації і самоствердженню, впевненості у своїх можливостях, здібностях, силах.

До цих пір в суспільстві існує стереотипне уявлення про обмежені здібності літніх людей до сприйняття нової інформації та труднощі в навчанні. Проте дослідження показують, що відмінності в здібностях навчання між молодими і літніми людьми незначні і більшість людей у пенсійному віці (принаймні до 70-75 років) значною мірою зберігають працездатність, компетентність, інтелектуальний потенціал [68]. Навчання в старшому віці розглядається як найбільш ефективна форма тренування психічних функцій, а деякі труднощі в навчанні пов'язують лише зі станом здоров'я (слабкістю зору, слуху, поганою координацією рухів).

На сьогоднішній день досить актуальним, особливо щодо літніх людей, є використання в повсякденному житті сучасних технологій, таких як Інтернет, який дає можливість спілкування, отримання необхідної інформації щодо подій у світі, користування електронними бібліотеками, пом'якшення проблеми самотньої старості, самоосвіти як процесу безперервного самовдосконалення. За неможливості скористатися комп'ютером, можна вдаватися до найпростіших і доступних кожному способів задоволення

пізнавальних інтересів та самоосвіти - читання книг, журналів, газет, перегляду телепередач і т. ін.

В Україні навчання людей похилого віку є інноваційним проектом, що має на меті впровадження та практичну реалізацію згаданої вище європейської концепції навчання впродовж усього життя. Певна робота щодо залучення осіб старшого працездатного та післяпрацездатного віку до навчання проводиться у рамках надання структурними підрозділами територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг) соціально-педагогічних послуг „Університети третього віку” [35]. Методологія їх організації розроблена у 1985 році на базі Інституту геронтології Національної академії медичних наук України.

Метою цієї послуги є реалізація принципу навчання людей старшого віку впродовж всього життя та підтримка фізичних, психологічних та соціальних здібностей. Слухачами курсу можуть бути люди похилого віку, що мають освіту будь-якого рівня, та зацікавлені брати участь в освітніх програмах. Роль викладача носить специфічний характер, оскільки він виступає більше консультантом, наставником, посередником і організатором.

Основними завданнями надання послуги є організація та проведення безкоштовного навчання та освітніх заходів для людей похилого віку. Надання послуги має забезпечити надання допомоги людям похилого віку в адаптації до сучасних умов життя шляхом оволодіння новими знаннями, зокрема щодо: процесу старіння та його особливостей; сучасних методів збереження здоров'я; набуття навичок самопомоги; формування принципів здорового способу життя; основ законодавства стосовно людей похилого віку та його застосування на практиці; формування та розвитку навичок використання новітніх технологій, насамперед інформаційних та комунікаційних; потенціалу та можливостей волонтерської роботи; можливість для розширення кола спілкування та обміну досвідом.

Інформація для навчання відбирається з урахуванням віку, кваліфікації і потреб літніх людей. Вона може включати спеціальну літературу з різних галузей знань, відомості, що поставляються засобами масових комунікацій і т. ін. Особливістю більшості навчальних програм є різноманітність і відсутність строго окреслених дисциплін та спеціальні методики навчання. Головним в організації освітнього процесу літніх людей визнається особистісний підхід з

урахуванням індивідуальних, психологічних і соціальних особливостей.

Передбачається також сприяння спільно з державною службою зайнятості у подальшому працевлаштуванні слухачів (за їх бажанням). Під час організації надання послуги в залежності від потреби слухачів утворюються відповідні факультети: літературний; мистецький; комунікаційних та інформаційних технологій; основ медицини, здорового способу життя; іноземних мов та інші. До організації навчання людей похилого віку можуть бути залучені фахівці місцевих органів влади (за їх згодою), місцевих управлінь праці та соціального захисту населення, охорони здоров'я, юстиції, Пенсійного фонду України, служби зайнятості, територіального центру.

Навчання в „Університетах третього віку” здійснюється як викладачами, так і волонтерами. Принцип „рівний-рівному” є одним із основоположних в організації надання послуги і передбачає якомога ширше залучення до викладання та проведення занять людей похилого віку, які мають відповідний досвід та освіту, обізнані з темою та проблемами, що передбачені програмою. Для викладання окремих тем курсу залучаються викладачі вищих навчальних закладів різних рівнів акредитації, студенти, вчені із академічних інститутів та дослідницьких центрів, вчителі загальноосвітніх шкіл та представники громадських організацій.

Для забезпечення інформаційної підтримки людей літнього віку в Україні згідно рекомендацій Мадридського міжнародного плану дій щодо старіння в межах проекту Фонду Народонаселення ООН створений Веб-сайт Геронтологічного інформаційно – консультативного центру Інституту геронтології АМН України (ГІКЦ) [7]. Сайт призначений для забезпечення населення інформацією про шляхи та джерела вирішення медико-соціальних, побутових та інших проблем людей літнього віку, навчання населення та волонтерів принципам забезпечення активного довголіття та основам само- і взаємодопомоги. Крім того, сайт дає можливість спілкування людям літнього віку, сприяє їх активній участі у житті громади та поглибленню взаємодії профільних державних і недержавних організацій.

Ці приклади свідчать про певні кроки у пристосуванні вітчизняної системи освіти до нових демографічних умов. Потрібні також навчальні заклади, навчальні центри чи навчальні програми,

які спеціально були б зорієнтовані на потреби людей старшого віку, заохочували їх прагнення навчатися новому та пропонували можливості для здобуття необхідних знань та навичок, а також розвиток традицій самоосвітньої діяльності та системи неформальної освіти.

У сприянні активізації людей похилого віку важлива роль належить дозвіллю. Його роль в житті кожної людини індивідуальна і залежить від психофізичних можливостей, соціального статусу, матеріальних умов, території проживання тощо. Активізуючи особисту активність літньої людини, формуючи її життєвий тонус, дозвілля створює умови для збереження соціальних зв'язків, які з часом можуть руйнуватися, сприяє задоволенню потреби у визнанні, поліпшує і підтримує психофізичний стан.

Результати досліджень [40; 74; 80; 81] свідчать, що існує пряма залежність між рівнем активності людини та її настроєм, задоволеністю своїм становищем. А міра адаптації до пенсійного віку залежить від того, наскільки людина пенсійного віку зуміла переключитися на нові форми діяльності, відшукати сфери і галузі, в яких можна активно реалізовувати свою соціальну роль. Попри це змінюється спосіб життя, звужується коло спілкування, мінімізуються (переважно вимушено) потреби. Разом з тим збільшується обсяг вільного часу, який можна заповнити корисною змістовною діяльністю для продовження повноцінного життя, тому проблема реалізації вільного часу пенсіонерів як способу реалізації їх інтересів, запитів, потреб має вагоме значення.

Соціальна активність літніх людей, їх інтерес до дозвіллевих форм і засобів, рівень культурних запитів і потреб виступає вагомим морально-психологічним ресурсом. Матеріальна база пов'язана із розмірами власної пенсії, бюджетного фінансування (у тому числі на соціально-культурні заходи), спонсорських і благодійних вкладень (у тому числі гуманітарної допомоги), часткової комерційної діяльності окремих установ. Свою роль відіграють і такі чинники, як кадровий ресурс, тобто наявність фахівців, які здатні забезпечувати реалізацію соціально-культурних технологій з людьми похилого віку, а також інформаційно-методичний ресурс (методична література, спеціалізовані журнали, сайти) та потенціал історико-культурної самобутності регіону (традиції, звичаї). З огляду на це цілком ґрунтованою є підготовка в окремих європейських країнах, зокрема, Бельгії, соціальних працівників-аніматорів.

Моделі організації вільного часу включають проведення заходів, присвячених важливим датам і подіям; художню творчість; відвідування установ культури; концертну діяльність як самих людей похилого віку, так і запрошених для них виконавців; оздоровчі заняття і виїзди на природу. Відносно новими для України є волонтерська практика; театральні види діяльності; суспільно корисна робота; нетрадиційні види оздоровлення (йога, ліжі, біг, тренажери); заняття ікебаною і флористикою; догляд за тваринами; різні кафе (літературні, музичні, історичні, туристичні, інтернет) тощо. Перераховані заняття забезпечують людям похилого віку фізичне і психологічне задоволення, допомагають завести нові знайомства, розділити свої інтереси з однодумцями, отримати можливість для самовираження через різні види діяльності, тобто реалізувати рівень духовних потреб.

Дозвіллеву активність зумовлюють сформовані духовні цінності та інтелектуальні потреби. Багато людей похилого віку активно проводили дозвілля і відпочинок протягом усього життя, тому і після виходу на пенсію для них важливо знайти заняття, яке відповідає їх фізичним та іншим можливостям, здібностям та інтересам. Проте часто вони не володіють інформацією про доступні для них можливості дозвілля і відпочинку, позбавлені фінансових можливостей, не можуть скористатися транспортом із-за його відсутності чи недоступності, мають певні фізичні обмеження тощо. Тому існує необхідність розробки і впровадження фізично і фінансово доступних спеціалізованих програм і заходів з організації діяльності освітнього, культурно-розважального, спортивного та інформаційного характеру, адресованих людям похилого віку.

Для цього необхідні спеціальні дослідження щодо їх смаків та уподобань у сфері музики, театру, кіно, художньої літератури, інформаційних технологій, танцювального та образотворчого мистецтва і т. ін. В окремих дослідженнях українських науковців підтверджена думка, що вік найбільшою мірою впливає на модель культурного споживання [15]. Аналізуючи стилі культурного споживання, А. Домаранська відмічає, що для непрацюючих пенсіонерів, віком 46-55 років, з середнім загальним або спеціальним рівнем освіти характерний стиль «традиційна популярна культура», а саме: «вибір на користь традиційних друкованих видань, читання газет, журналів на дозвіллі, смак до музичних фільмів, мюзиклів, мелодрам, комедій, соціальних драм, мультфільмів, гумористичної

літератури, романів про кохання, естрадних пісень минулих років, українських та російських народних пісень, романсів» [14, с. 364-365].

Серед соціальних практик активізації людей похилого віку вагоме місце посідає пристосування навколишнього середовища до їх потреб. Ця робота розгортається у рамках концепції активного старіння вдома, що тісно пов'язана з парадигмою ВООЗ, яка популяризує проживання людей похилого віку вдома як стратегію поліпшення умов для здоров'я, участі та безпеки в процесі старіння. Вона представлена у Барселонській декларації «За активне старіння вдома» і проголошує, що політика у сфері старіння не повинна орієнтуватися виключно на задоволення особистих потреб у догляді, але і звертатися до взаємозалежності між індивідуальним і колективним середовищем [2]. Реформа навколишнього середовища повинна включати як реформу житла, дизайн вулиць, так і доступ до сервісних послуг, громадського транспорту, закладів. Таким чином заохочуються піші прогулянки та інші види фізичної активності, що допоможе запобігти зниженню функціональних можливостей людей похилого віку. Активному старінню може сприяти впровадження таких інновацій, як автоматизація будинку, сигналізація, «кнопка життя», «розумний будинок», телемедицина тощо.

У цьому документі ідея будинку як простору виходить далеко за межі домашнього побуту, включаючи в себе найближчі околиці, місця зустрічей, місцеві магазини та інші житлові будови. З роками цей простір стає все більш важливим, оскільки люди стають більш вразливими через свою емоційну прихильність, втрату функцій і зменшення адаптаційних здібностей. Враховуючи, що 80 відсотків свого часу літні люди проводять за місцем проживання та в основному стверджують, що вони мають намір прожити все життя в своєму будинку і в своєму районі, одними з ключових аспектів гідного житла повинні бути доступність, комфортна температура, пристосовані меблі, аксесуари і, звичайно ж, безпека. Альтернативою так званих «гетто», заселених тільки літніми людьми, є забезпечення різноманітності житлового середовища і задоволення потреб різних поколінь.

Для незалежного життя і благополуччя люди похилого віку у ХХІ сторіччі потребують нових продуктів і рішень, адже порівняно з попередніми генераціями вони більш купівельноспроможні, освічені і використовують більше технологій. Новинки, орієнтовані на

збільшення автономії, використання універсального дизайну, не обмежуються одиничною ринковою нішею і можуть привернути увагу молодих споживачів. Дискурс про активне старіння стосується не тільки літніх людей, але і представників усіх вікових груп. Поліпшення здоров'я і благополуччя в літньому віці вимагає урядової прихильності до створення у партнерстві з неурядовими організаціями і приватним сектором соціального, фізичного та економічного середовища, що сприяє здоровому старінню [85]. Ця проблема сьогодні надзвичайно актуальна в Україні. Адже згідно річного звіту Мінсоцполітики України за 2013 рік [58] у нашій державі 2,6 млн. людей з інвалідністю, 40% людей пенсійного віку, 5% дітей до 7 років та 2% вагітних жінок та батьків з коляскою. Ці групи людей переважно не мають доступу до ключових об'єктів інфраструктури та послуг. Проте значення цієї проблеми зазвичай нівелюється як далеко не першочергової. У таких умовах громадський простір стає своєрідним фільтром, який сепарує людей щонайменше за фізичною та віковою ознаками. Деякі покращення громадського простору, такі як організація пандусів, безбар'єрного простору на деяких відрізках пішохідного шляху, звукових світлофорів і т. ін. незначні і досить часто – формальні, що не змінили загального стану речей. Можливість жити, працювати та відпочивати в тому ж середовищі і таких самих умовах, як і всі решта, для людей похилого віку значною мірою обмежена.

В умовах економічної кризи та обмеженості державного фінансування охорони здоров'я і соціального захисту населення постає надзвичайно складне завдання, пов'язане з пристосуванням побутових умов, робочих місць, транспорту, місць дозвілля, тобто усього громадського простору до потреб людей похилого віку. Необхідним є також налагодження і розвиток вітчизняного виробництва продуктів харчування, одягу, взуття, меблів, предметів побуту, засобів реабілітації для осіб похилого віку.

Вирішення цих завдань лежить у площині загальноновизнаної стратегії універсального дизайну. Вона спрямована на те, щоб проектування та компоненти будь-якого середовища, виробів, комунікацій, інформаційних технологій чи послуг були однаково доступні та зрозумілі всім і відповідали вимогам спільного користування. Універсальний дизайн є економічно ефективним підходом. Ця концепція вимагає від державних осіб, приватних компаній, архітекторів, веб-дизайнерів та представників інших

професій враховувати людське різноманіття, а також проблеми, з якими стикається кожен, хто в силу різних обставин отримав досвід обмеженості. Адже кожна людина проходить схожий життєвий цикл і може мати різний рівень мобільності на кожному з етапів, в залежності від таких обставин як вік, вага або тимчасова травма. До того ж, статистика свідчить, що у віці 65 років 40% людей мають функціональні порушення, а після 80 років майже кожен має інвалідність [70].

Принципи універсального дизайну базуються на організації простору, зручного для усіх. Такий простір організують переважно, зважаючи на потреби трьох основних груп людей з обмеженими фізичними можливостями: осіб з ушкодженням опорно-рухового апарату, осіб з дефектами зору (повністю або частково сліпі), осіб з дефектами слуху. Проте задоволення потреб цих трьох груп створює простір, зручний для усіх. Наприклад, пандуси та відсутність бордюрів необхідні не тільки людям на візках, а також і людям похилого віку, вагітним жінкам, батькам з малими дітьми у візочках, велосипедистам та туристам з валізами на колесах. Так само робить простір комфортнішим не тільки для людей із залишковим зором підвищення рівня освітленості, створення кольорових контрастів елементів простору, маркування та зниження ризику травми.

Універсальні складові, які можуть зробити міста сприятливими для людей будь-якого віку, визначені у концепції Всесвітньої організації охорони здоров'я «Місто, де старість у радість – місто для будь-якого віку», запропонованій у 2006 році у тридцяти трьох містах в усьому світі. До таких складових, важливих для повсякденного життя людини, були включені вісім основних аспектів: «будівлі і вулиці», «транспорт», «житло», «повага і включеність», «участь у житті суспільства», «суспільна діяльність і оплачувана робота», «інформація і комунікації», «соціальні і медичні послуги» [83]. Універсальний дизайн будинку та наявність допоміжних технологій і домашнього обслуговування, ремонту та модифікації значно підвищують потенціал для «старіння вдома», про що йшлося раніше. Для його забезпечення у багатьох країнах важливу роль відводять ерготерапевту, який допомагає клієнтові пристосуватися до змін у його функціональних можливостях. В Україні частину таких обов'язків виконують соціальні робітники.

У міру збільшення числа літніх людей, вони мають потенціал стати більш впливовими у суспільстві. Для цього необхідна більш

активна підтримка різних форм їх самоорганізації та створення умов для самореалізації. Розширення прав і можливостей та участь у політичному житті старшого покоління значно варіюється по країнах. У деяких люди похилого віку активно і ефективно виробляють і просувають політику і програми, які покращують якість їх життя; в багатьох інших літні люди не організовані боротися, щоб їх інтереси були включені до соціальної політики [85]. Дослідники вказують, що в українському суспільстві в останні роки під впливом ряду причин «поширюється таке явище, як абсентеїзм, тобто байдуже ставлення особистості до своїх громадянських і політичних прав, переконаність у тому, що вона не може вплинути на стан речей у суспільстві» [77, с. 434]. В. Степаненко соціальну пасивність населення пов'язує із особливостями патерналістського суспільства, «соціально-економічними стратегіями виживання у кризовий період та соціокультурними тенденціями індивідуалізації життєвого простору людей до обмеженого кола родичів, друзів, знайомих, збереженням та активним відтворенням соціальних відносин, побудованих за принципом «патрон-клієнт», особливо у взаєминах громадян із чиновниками або особами, здатними розв'язати їхні проблеми у «неформальний» спосіб» [65, с. 123]. Відмічається і низький рівень членства населення України у громадських організаціях, об'єднаннях та рухах. При значній недовірі благодійним фондам та громадським організаціям і невизнанні їх впливу на прийняття рішень органами влади, населення більш схильне довіряти сім'ї та родичам як таким, що можуть захистити їх права [38]. Дсліджуючи стан громадської активності в Україні, С. Дембіцький відмічає більшу громадську активність чоловіків порівняно з жінками, зростання як Інтернет, так і суспільно-політичної активності із збільшенням освіти та падіння Інтернет-активності із збільшенням віку (молодь – 0,70, середній вік – 0,62, похилий вік – 0,19) [12].

Аналізуючи ціннісний вакуум та боротьбу символічних універсумів в українському суспільстві, О. Шульга робить висновок про те, що представники старшого покоління (50+) «переважно не змогли ресоціалізуватися і відчувають дискомфорт від нової системи моральних регуляторів та соціальних відносин у цілому» [78, с. 309]. Ця частина населення вказує на втрату актуальності старих цінностей, передусім таких як «ставлення людей один до одного» (50,8%), «ставлення держави до людини» (49,5%), «самі люди» (44,1%), «головні життєві цінності людей» (34,2%), «уявлення людей

про те, що є добре і що погане» (32,6%). У період ціннісного вакууму, коли 24,1% старшого покоління однозначно не сприймають нову систему цінностей, 32,4% скоріше не сприймають, 24,6% важко визначитися, а однозначно сприймають її лише 2,6%, відслідковуються й певні розбіжності у їх думках. На думку окремих науковців, це може свідчити про боротьбу й незавершеність зміни символічних універсумів не лише між різними поколіннями, а й у межах одного покоління. Такий висновок обґрунтовується уявленнями українців про ознаки життєвого успіху в нашій країні, які вказують, що для людей старших 55 років попри значимість сім'ї (38,8%) і здоров'я (41,1%), досить високу вагу має багатство (гроші) (49,5%) і успішна кар'єра (бізнес) (34,3%), хоча з роками і втрачає свою значимість [3]. Більше 20% респондентів цього віку надають значимості як досягненню влади, так і престижним речам (гарна машина, будинок, дача). Самореалізація, внутрішня свобода та наявність хороших друзів набрали відповідно 10,4% та 10,9 %, а добродійність лише 3,2%.

Такі показники, окрім вищенаведеної думки про конфлікт цінностей, наводять і на роздуми про недооцінку значимості соціальних зв'язків для вирішення складних життєвих обставин, пов'язаних із віком. Посилаючись на теоретичні розробки американського соціолога М. Грановеттера, український науковець Г. Чепурко розкриває сутність двох типів соціальних зв'язків індивідів: «сильні зв'язки – постійні контакти, що існують між членами сім'ї та близькими друзями, і слабкі зв'язки – менш регулярні контакти, що охоплюють коло знайомих... Слабкі зв'язки являють собою важливий елемент соціального капіталу індивіда, тому що здатні відкривати доступ до різноманітних ресурсів – інформації, робочих місць, фінансових джерел, інших соціальних і матеріальних цінностей. Треба пам'ятати, що мову про соціальні зв'язки як форму капіталу можна вести тільки тоді, коли характер і обсяг соціальних ресурсів (зв'язків, контактів, взаємодій) дають змогу більшості індивідів нарощувати рівень власного добробуту» [76, с. 313]. У своїй науковій розвідці на основі даних соціологічного моніторингу Інституту соціології НАН України цей вчений стверджує, що доступ до ресурсів (допомоги) з метою розв'язання проблем забезпечують як сильні, так і слабкі зв'язки, проте можливості останніх вищі. За допомогою сильних зв'язків більшість українців (83%) розв'язують головним чином фінансові та побутові проблеми. Натомість

проблеми зайнятості (35%), освіти (30%) і судових справ (28%) вирішуються з допомогою слабких зв'язків. Таким чином, застосування сильних зв'язків забезпечує отримання простої допомоги й ресурсної підтримки, а слабких – більш складних і важливих життєвих проблем. У цьому ж дослідженні відмічено, що «серед майже половини (48%) злиднених і значної кількості (38%) бідних слабкі зв'язки зовсім відсутні», в результаті чого вони «потерпають не лише від хронічної нестачі доходів, а й від дефіциту інших життєво важливих ресурсів, передусім відсутності соціального капіталу, що своєю чергою консервує їх тяжке становище» [76, с. 320]. Зауважимо, що у соціальній роботі такий взаємозв'язок описують як «принцип доміно». Думка вченого про те, що саме доступ до складної багатофункціональної підтримки як важливого компоненту неформальних мереж і соціального капіталу в цілому впливає насамперед на подолання тяжких ситуацій, може бути продовжена баченням можливостей соціальної роботи у формуванні (розвитку) мережі підтримки для різних категорій клієнтів, у тому числі й людей похилого віку. У теорії і практиці соціальної роботи такий підхід обґрунтовується положеннями системно-екологічного бачення проблем клієнтів.

Існує потреба у поширенні взаємодопомоги серед людей похилого віку. Але, як зазначає Н. П. Щукіна [8], для активізації особистісного потенціалу літніх людей, завершення процесу інституціалізації їх взаємодопомоги державі ще необхідно створити відповідні нормативні та інші умови. Громадянське ж суспільство лише починає включатися у вирішення проблем життєзабезпечення людей похилого віку як однієї з найбільш вразливих категорій населення. Суспільство зацікавлене в тому, щоб якомога більше людей старшого покоління перетворювалося з соціально залежних в самостійних людей. На практиці спостерігається інша тенденція: значна залежність від державної мережі соціальної підтримки населення, діюча система якої орієнтована на зобов'язання з боку держави.

З точки зору автора, не можна забувати про неформальні стосунки між людьми, завдяки яким здійснюється значний обсяг медико-соціальних послуг. Неформальні відносини здатні компенсувати недоліки існуючої державної системи соціальної допомоги людям похилого віку. Вони несуть в собі такі важливі і унікальні характеристики, як адресність, мобільність, активний обмін

інформацією, готовність людей виконувати роботу по догляду безоплатно, бажання надавати посильну допомогу, незважаючи на вік і проблеми зі здоров'ям, взаємну морально-психологічну підтримку. Перші три із названих характеристик тривалий час впроваджуються у державній системі надання соціальних послуг, але, на нашу думку, ще не отримали такого рівня реалізації, як у недержавних організаціях та мережі взаємодопомоги (під терміном «взаємодопомога» розуміються зусилля людей, перед якими стоять схожі проблеми, спрямовані на надання допомоги один одному).

Попри безперечну дієвість розглянутих соціальних практик активізації людей похилого віку неможливо залишити поза увагою ряд фундаментальних соціальних протиріч, які, з нашої точки зору, опосередковано впливають на можливості їх реалізації. Перш за все, мова йде про фундаментальні протиріччя між індустріальною системою і сферою тих послуг, які тісним чином не пов'язані з її потребами. Заклади, що надають послуги, яких індустріальна система не потребує, але від надання яких держава не може ухилитися, потерпають від зневажливого ставлення до них. «Такі послуги держави, як турбота про хворих і престарілих, про фізично або психічно неповноцінних людей, послуги системи охорони здоров'я в цілому, створення парків і зон відпочинку, прибирання сміття, зведення будівель громадського користування, надання допомоги людям, які потрапили у злидні, і багато інших послуг не мають для індустріальної системи особливого значення» [8, с. 487]. Тому у питаннях фінансування ці послуги не витримують суперництва з потребами, народженими владним контролем індустріальної системи над поведінкою споживача (госпіталям і стадіонам доводиться туго у боротьбі з національною обороною, розвитком повітряного транспорту, кольоровим телебаченням тощо). Фізичне середовище населених пунктів так само часто ґрунтується на пріоритетах промислових потреб, а не індивідуальних чи соціальних потреб населення загалом, тим більше потреб людей похилого віку.

Окрім цього, прагнення вирішити теоретичні і практичні проблеми активізації соціальної ролі людей похилого віку у суспільстві також тісно пов'язане із визнанням цінності самої людини. Якщо людина представляє для суспільства цінність у якості якого-небудь ресурсу чи засобу досягнення визначених державою (її представниками) певних цілей, то за межами певного віку соціальна цінність людини різко падає, вона перестає бути цінністю і для сім'ї.

«Діапазон її ролей різко падає, часто обмежуючись простором власного «Я», доведеного до мікроскопічного рівня, вона стає пасивним споживачем соціальної допомоги з боку держави» [37].

Таким чином, системі соціального захисту населення і соціальній роботі як інструменту її реалізації доводиться мати справу із завданнями, які достатньо чужі (якщо не ворожі) індустріальній системі. Ставлення до людей похилого віку не лише як до пасивних реципієнтів соціальної допомоги, а як до активних членів суспільства та збереження їх соціального статусу шляхом залучення до суспільних відносин потребує виходу на якісно нові відносини між людиною, державою і суспільством.

Отже, в Україні люди похилого віку – це одна з найбільш представницьких соціально-демографічних груп населення, соціальне становище якої за останні роки зазнало істотних змін. Система соціального обслуговування, а в його процесі – надання спеціальних послуг покликана сприяти створенню належних умов життєдіяльності для цієї категорії населення. Вона виступає правовою і матеріальною базою для реалізації їх потенціалу та тривалого збереження активності. Функціонування даної системи дозволяє державі і суспільству здійснювати цілеспрямовані дії, пов'язані із підвищенням можливостей реалізовувати різні рівні потреб, виходячи з економічних, соціальних і правових гарантій. Теоретико-методологічною базою для побудови та розвитку цієї системи є сучасні концепції здорового і активного старіння, визначені у міжнародних рамкових документах у сфері старіння.

Традиційне об'єднання соціальних проблем людей похилого віку у кілька груп – матеріально-фінансового характеру, медико-соціальної реабілітації та психологічного благополуччя, що пов'язані переважно з первинними рівнями потреб, змінюється вимогами створення умов для збереження високого соціального статусу, звичного способу життя, можливостей розвиватися й реалізовуватися, залишатися активними і корисними членами суспільства.

Не дивлячись на соціально-економічну кризу і значні фінансові обмеження, система соціального обслуговування людей похилого віку в Україні поступово переорієнтовується на соціальні послуги, які співпадають з ідеями суспільства для всіх вікових категорій, виголошеними у Мадридському міжнародному плані дій з проблем старіння. Соціальні послуги дозволяють усувати або пом'якшувати ті обмеження життєдіяльності і задоволення потреб, які пов'язані з

віком: трудової діяльності, матеріального забезпечення, самообслуговування, спілкування, дозвілля, навчання впродовж усього життя, сприятливого навколишнього середовища тощо. Через зазначені обмеження, якщо вони не корегуються, у людей похилого віку виникають бар'єри у самостійному житті, соціальній мобільності і активності.

В умовах нинішнього реформування систем охорони здоров'я і соціального захисту населення втілення ефективної і дієвої національної програми щодо старіння населення потребує стимулювання міжвідомчої співпраці та спеціальних досліджень, особливо на регіональному рівні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрахамсон П. Социальная эксклюзия и бедность //П.Абрахамсон //Общественные науки и современность. – 2001. – № 2. – С.158-166.
2. Барселонская декларация об активном старении дома [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.pencioner.ru/news/detail/prava_pensionera/barselonskaya-deklaraciya-ob-aktivnom-starenii-doma/
3. Бевзенко Л. Уявлення українців про ознаки життєвого успіху /Українське суспільство 1992-2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг /За ред. В. Ворони, М.Шульги. – К.:Інститут соціології НАН України, 2013. – С.325-337.
4. Вареник Н. Дауншифтинг: епідемія ХХІ століття чи «панська хвороба»? [Електронний ресурс]/Н. Вареник //«Дзеркало тижня. Україна». – 30 жовтня 2009. – №42 . – Режим доступу: http://gazeta.dt.ua/SOCIETY/daunshifting_epidemiya_hhi_stolittya_ch_hi_panska_hvoroba.html
5. Васильєв О.А. Теоретико-методологічні аспекти диференціації населення за умовами життя / О.А. Васильєв //Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. Т. 1. – 2010. – № 4. – С.263-272.
6. Гаджук О. Специфіка дискримінації при прийомі на роботу в різних сферах зайнятості /О.Гаджук, Л.Пригоровська, О.Свердлова // Соціальні виміри суспільства: Зб.наукових праць. – 2012. – В.4 (15). – С. 436-449.

7. Геронтологічний інформаційно-консультативний центр Інституту геронтології НАМН України [Електронний ресурс] . – Режим доступу:<http://gicc.org.ua/>
8. Гэлбрейт Дж. Новое индустриальное общество: Пер с англ./Дж.Гэлбрейт.- М.: ООО «Издательство АСТ; СПб.: Terra Fantastika. – 2004. – 602 с.
9. Головаха Є., Жуленьова О. Динаміка соціологічних показників стану здоров'я дорослого населення України за роки незалежності /Українське суспільство 1992-2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг /За ред. В. Ворони, М.Шульги. – К.:Інститут соціології НАН України, 2013. – С.417-423.
- 10.Гусякова Л.Г. Виталистская модель теории и практики социальной работы: монография. – Барнаул: Азбука, 2006. – 196 с.
- 11.Гусякова Л.Г., Григорьев С.И. Социология для социальной работы. – М.:Магистр-Пресс, 2002. – 224 с.
- 12.Дембіцький С. Соціологічна діагностика стану громадської активності в Україні /Українське суспільство 1992-2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг /За ред. В. Ворони, М.Шульги. – К.: Інститут соціології НАН України, 2013. – С.113-120.
- 13.Демографічні чинники бідності (колективна монографія) / За ред. Е.М. Лібанової. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України. –2009. – 184 с.
- 14.Домаранська А. Культурна стратифікація українського суспільства /Українське суспільство 1992-2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг /За ред. В. Ворони, М.Шульгт. – К.:Інститут соціології НАН України, 2013. – С.360-367.
- 15.Домаранська А. Стратифікація практик дозвілля /А.Домаранська //Соціальні виміри суспільства. – 2013. – В.5 (16). – С.648-666.
- 16.Доповідь другої Всесвітньої асамблеї з проблем старіння [Електронний ресурс] /ООН. – Мадрид, 8-12 квітня 2002 . – Режим доступу: www.un-ngls.org/pdf/MIPAA.pdf
- 17.Єгорова Л. В. Оптимізація надання медичної допомоги людям похилого і старечого віку в умовах відділення медико-соціальної реабілітації територіального центру соціального обслуговування пенсіонерів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец.14.02.03 / Л. В. Єгорова. – К., 2010. – 24 с.
- 18.Забезпечення рівних можливостей для всіх поколінь: Заохочення покращення якості життя та активного старіння: Віденська Міністерська Декларація [Електронний ресурс] /Міністерська конференція Європейської економічної комісії ООН з питань старіння. – Відень, 19-20 вересня 2012 року. – Режим доступу:http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Ministerial_Conference_Vienna/Other_documents/Vienna_Ministerial_Declaration_Ukrainian.pdf
- 19.Занятость, рост и социальная справедливость: 9-е Европейское региональное совещание: Доклад генерального директора [Электронный ресурс] /МОП – Осло, 8-11 апреля 2013 г. – Режим доступа: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_206055.pdf
- 20.Закарпатский областной благотворительный фонд «Хэсэд Шпира» [Электронный ресурс] . – Режим доступа: <http://www.hesed-shpira.com.ua/obshinnie-programmi>.
- 21.Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2011 році: Статистичний бюлетень. — К.: Державна служба статистики України, 2012. — 89 с.
- 22.Здіорук С. Соціальна діяльність церков та релігійних організацій в Україні: аналітична записка [Електронний ресурс] /С.Здіорук, В.Токмак . – Режим доступу:<http://old.niss.gov.ua/monitor/february2009/9.htm>
- 23.Здоровье-2020.Подход, учитывающий все этапы жизни [Электронный ресурс] /Европейское региональное бюро ВОЗ . – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/priority-areas/life-course-approach>
- 24.Інформаційно-аналітична записка щодо рівня життя населення у січні-березні 2014 року [Електронний ресурс] /Міністерство соціальної політики України. – К., 2014 . – Режим доступу: <http://www.fpsu.org.ua/napryamki-diyalnosti/sotsialnij-zakhist/4929-osnovni-pokazzniki-rivnya-zhittya-naselennya-ta-bidnosti-v-ukrajini>
- 25.Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 р. / За ред. Е.М. Лібанової. — К.: Український центр соціальних реформ, 2006. — 138 с.
- 26.Конституція України: Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР [Електронний ресурс] /Верховна Рада України . – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-вр>

27. Кошарная Г.Б. Особенности обучения пожилых людей [Электронный ресурс] / Г.Б. Кошарная, Е.В. Щанина Е.В. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-obucheniya-pozhilyh-lyudey>
28. Курило І. Старіння населення, його особливості та соціально-економічні наслідки в Україні /І.Курило //Україна: аспекти праці. – 2012. – №6. – С.30-36.
29. Лежнина Ю.П. Социально-демографические факторы, определяющие риск бедности и малообеспеченности // Социологические исследования. - 2010. - № 3. – С. 43-55.
30. Люди пожилого віку мають бути соціально та фізично активними [Електронний ресурс] – Режим доступу:http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130920_a.html
31. Людський розвиток в Україні: мінімізація соціальних ризиків (колективна науково-аналітична монографія) /За ред. Е.М. Лібанової. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В.Птухи НАН України, Держкомстат України, 2010. – 556 с.
32. Мадридський міжнародний план дій по проблемам старення [Электронный ресурс] / ООН, Департамент по экономике и социальным вопросам; Отдел социальной политики и развития. – Режим доступа: http://www.socpolitika.ru/rus/social_policy_monitoring/documents/document5491.shtml7
33. Марченко І.С. Інфраструктурна підтримка розвитку ринку праці України: [монографія] /І.С.Марченко. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В.Птухи НАН України, 2013. – 150 с.
34. Меморандум неперервного образования (А Memorandum on Lifelong Learning) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://adukatar.net/wp-content/uploads/2009/12/Adu_8_Pages_24-27.pdf
35. Методичні рекомендації щодо організації соціально-педагогічної послуги „Університет третього віку” у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг) /Міністерство соціальної політики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: mlsp.kmu.gov.ua/document/134175/1.doc
36. Населення (1990-2014 рр.) [Електронний ресурс] /Державна служба статистики України . – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
37. Насибуллин Р.Т., Ахмадинуров Р.М. Активизация социальной роли пожилых – выход на качественно новый уровень общественных отношений [Электронный ресурс] //Человеческий капитал. – 2013. - №1 (49).- С. 74-77. – Режим доступа: <http://www.imtp.ru/upload/medialibrary/66f/66f564a6c571e02771643bffd2ea5c6b.pdf>].
38. Нікітіна Т. Громадянська активність населення України /Т.Нікітіна, Т.Любива /Українське суспільство 1992-2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг /За ред. В. Ворони, М.Шульги. – К.: Інститут соціології НАН України, 2013. – С.107-113.
39. Опитування: Більшість українців вважають що держава сприяє соціальній нерівності [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://news.bigmir.net/ukraine/115220>
40. Освіта протягом життя: світовий досвід і українська практика: Аналітична записка [Електронний ресурс] /Національний інститут стратегічних досліджень при Президенті України. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/252/>
41. Пинчук И.Я. Распространенность психических расстройств в Украине / И.Я. Пинчук // Журнал Академії медичних наук України. – К., 2010. – Т. 16, № 1. – С. 168-176.
42. План діяльності Міністерства соціальної політики України на 2014-2016 роки [Електронний ресурс] . – Режим доступу: mlsp.kmu.gov.ua/document/158788/plan.doc
43. Пономарева И.П. Биопсихосоциальная модель ухода за пациентами пожилого и старческого возраста на дому [Электронный ресурс] /Пономарева И.П., Султанова С.С., Процаев К.И. // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5. – Режим доступа: www.science-education.ru/111-10747
44. Принцип активизации в социальной работе /Под ред. Ф.Парслоу; Пер. с англ. – М.: Аспект Пресс, 1997. – 223с.
45. Про зайнятість населення: Закон України / Верховна Рада України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5067-17>
46. Про затвердження Порядку призначення і виплати компенсації фізичним особам, які надають соціальні послуги: постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2004 № 558 [Електронний

- ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/558-2004-p>
47. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо надання громадянам соціальної підтримки за принципом «єдиного вікна» та виїзної роботи «мобільного соціального офісу»: наказ від 14 березня 2012 року N 137 [Електронний ресурс]/ Мінсоцполітики України. – Режим доступу: <http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/>
48. Про затвердження Державного стандарту денного догляду: наказ від 30.07.2013 № 452 [Електронний ресурс] /Мінсоцполітики України. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1363-13/page>
49. Про затвердження Державного стандарту догляду вдома: наказ Мінсоцполітики України від 13.11.2013 № 760 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1990-13/page#n14>
50. Про затвердження Порядку видачі ваучерів для підтримання конкурентоспроможності осіб на ринку праці: постанова, від 20.03.2013 № 207 [Електронний ресурс] /Кабінет Міністрів України. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/207-2013-p>
51. Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні: закон від 16.12.1993 № 3721-XII / Верховна Рада України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3721-12>
52. Про Порядок організації мультидисциплінарного підходу з надання соціальних послуг у територіальному центрі соціального обслуговування (надання соціальних послуг): наказ від 26.12.2011 № 568 [Електронний ресурс] /Мінсоцполітики України. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0354-12>
53. Про прожитковий мінімум: закон від 15.07.1999 № 966-XIV.- Редакція від 09.12.2012 [Електронний ресурс] /Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/про%20прожитковий%20мінімум>
54. Про соціальні послуги: закон від 19.06.2003 № 966-IV [Електронний ресурс] /Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/про%20соціальні%20послуги>
55. Региональная стратегия осуществления Мадридского международного плана действий по проблемам старения, 2002 г. (ЕСЕ/АС.23/2002/93 October 2002) [Электронный ресурс] / Европейская экономическая комиссия. Конференция министров ЕЭК ООН по проблемам старения. Берлин (Германия), 11–13 сентября 2002 года. Глава 3. – Режим доступа: http://www.un.org/russian/events/olderpersons/berl_dr_r.pdf25
56. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України: 2013 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Rezultati%20dijalnost_i%20OZ.%202013.pdf
57. Результати національних щорічних моніторингових досліджень 1992–2013 років /Українське суспільство 1992–2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг /За ред. В. Ворони, М.Шульги. – К.: Інститут соціології НАН України, 2013. – С. 533.
58. Річний звіт 2013 [Електронний ресурс] /Міністерство соціальної політики України. – Режим доступу: <http://mlsp.kmu.gov.ua/document/158183/2013.pdf>
59. Розподіл пенсіонерів по категоріях та розмірах призначених пенсій (станом на 1 січня 2014 року) [Електронний ресурс] /Пенсійний фонд України. – Режим доступу: <http://www.pfu.gov.ua/pfu/doccatalog/document?id=215123>
60. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2013 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2013 року): статистичний збірник [Електронний ресурс] /Державна служба статистики України. – К., 2014. – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2014/zb/03/zb_snsz2_1_3.zip
61. Сім'я та сімейні відносини в Україні: сучасний стан і тенденції розвитку. —К.: ТОВ «Основа-Принт», 2009. — 248 с.
62. Совместная работа на благо здоровья. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 год [Электронный ресурс] /ВОЗ. – Режим доступа: http://www.who.int/whr/2006/06_overview_ru.pdf
63. Сталий людський розвиток: забезпечення справедливості: Національна доповідь / кер. авт. колективу Е.М. Лібанова / Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи. – Умань : Видавничо-поліграфічний центр «Візаві», 2012. – 412 с.

64. Статистичний збірник "Ринок праці України - 2013" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dcz.gov.ua/control/uk/statdatacatalog/list>.
65. Степаненко В. Громадські організації у патерналістському суспільстві / В. Степаненко / Українське суспільство 1992-2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг / За ред. В. Ворони, М. Шульги. – К.: Інститут соціології НАН України, 2013. – С. 120-128.
66. Тарасенко В.І. Активність соціальна // Соціологія: короткий енциклопедичний словник / Під заг. ред. В.І. Воловича. – К.: Укр. Центр духовн. Культури, 1998. – С. 9-10.
67. Толстих Н. Споживчі можливості населення сучасної України / Українське суспільство 1992-2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг / За ред. В. Ворони, М. Шульги. – К.: Інститут соціології НАН України, 2013. – С. 222-230.
68. Тополь О. В. Філософія похилого віку: екзистенційний та соціокультурний вимір: автореф. дис. на здоб. наук. ступеня д-ра філос. наук: спец. 09.00.03 "Соц. філософія та філософія історії" / Тополь Ольга Володимирівна; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. - К., 2012. - 32 с.
69. Україна: через десять років після Мадриду (стан реалізації Мадридського міжнародного плану дій з питань старіння в Україні у 2007-2012 рр.) / Міністерство соціальної політики України, Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, Фонд ООН в галузі народонаселення (ЮНФПА). – К., 2012. – 132 с.
70. Універсальний дизайн: світовий досвід допоможе Україні досягти інклюзії [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/presscenter/articles/2014/05/14/-/>
71. Фирсов М. В. Введение в теоретические основы социальной работы (историко-понятийный аспект). – М. – Воронеж: «МОДЭК», 1997. – 192 с.
72. Фойгт Н. А. Оцінка пріоритетів реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні у контексті демографічного старіння [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=319>
73. Цілі розвитку тисячоліття: Україна 2013: національна доповідь [Електронний ресурс] / Міністерство економічного розвитку і торгівлі України; ПРООН. – К., 2013. – 178 с.
74. Чайковська В. В. Сучасний стан і концепція розвитку геріатричної допомоги населенню України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 / В. В. Чайковська. – К., 2003. – 32 с.
75. Чайківська В.В. Демографічні прогнози для України [Електронний ресурс] / В.В. Чайківські, І.Я Пінчук. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/issue-13366/article-13392/>
76. Чепурко Г. Соціальний капітал: вплив на розв'язання життєвих ситуацій / Українське суспільство 1992-2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг / За ред. В. Ворони, М. Шульги. – К.: Інститут соціології НАН України, 2013. – С. 312-321.
77. Шульга М. Больові точки українського суспільства у фокусі громадської думки (Післямова) / М. Шульга / Українське суспільство 1992-2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг / За ред. В. Ворони, М. Шульги. – К.: Інститут соціології НАН України, 2013. – С. 423-444
78. Шульга О. Ціннісний вакуум та боротьба символічних універсумів в українському суспільстві О. Шульга / Українське суспільство 1992-2013. Стан та динаміка змін. Соціологічний моніторинг / За ред. В. Ворони, М. Шульги. – К.: Інститут соціології НАН України, 2013. – С. 305-311.
79. Шух Т. Дауншифтинг як вільний вибір трудової поведінки [Електронний ресурс] // Преса України. – 19 квітня 2013. – Режим доступу: <http://uapress.info/uk/news/show/5956>
80. Щанина Е. В. Социальная активность пожилых людей в современном российском обществе: региональный аспект: автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра соц. наук: спец. 22.00.04 «Социальная структура, социальные институты и процессы» / Е.В. Щанина. – Пенза, 2006. – 30 с.
81. Щукина Н. П. Институт взаимопомощи в социальной поддержке пожилых людей: автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра соц. наук: спец. 22.00.04 «Социальная структура, социальные институты и процессы» / Н. П. Щукина. – Саратов, 2003. – 30 с.
82. Global AgeWatch Index 2014 AgeWatch report card: Ukraine <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Ukraine&printer=1>

83. Global_age_friendly_cities_Guide
http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
84. David M. Blau, Tetyana Shvydko. Labor Market Rigidities and the Employment Behavior of Older Workers / Discussion Paper No. 2996. – Bonn: Institute for the Study of Labor, August 2007. – 35 pp. <http://ftp.iza.org/dp2996.pdf>
85. Older adults and ageing, International federation of social workers, 2012. Available at: <http://ifsw.org/policies/ageing-and-older-adults/>

ЗМІСТ

Передмова (Попович А.М.)	5
Розділ 1. Теоретико-методологічні аспекти підготовки майбутніх соціальних працівників до застосування технологій медико-соціальної роботи у професійній діяльності (Данко Д.В.).....	8
Розділ 2. Профілактика адиктивної поведінки серед неповнолітніх і молоді (Козубовська І.В., Козубовський Р.В.)	93
Розділ 3. Міждисциплінарне співробітництво у системі психіатричної допомоги (Попович А.М)	118
Розділ 4. Медико-соціальні аспекти психологічного супроводу дітей-сиріт в інтернатних закладах (Смук О.Т.)	146
Розділ 5. Здорове старіння і соціальне обслуговування в умовах демографічних змін (Сопко Р.І.).....	172