

А.С. Сидоров

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

УДК 614.253.8-053.9(571.56)

Ключевые слова: пожилой возраст, условия жизни, медико-социальная помощь.**Keywords:** advanced age, living conditions, medico-social help.

Быстрые темпы старения населения в настоящее время требуют совершенствования медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста для сохранения умственных и физических способностей этой категории населения и снижения их заболеваемости и инвалидности.

Демографические изменения, ставшие причиной увеличения в популяции удельного веса лиц старше 60 лет, имеют место в большинстве стран мира, в том числе и России [56].

В соответствии с рекомендациями ВОЗ началом периода позднего онтогенеза принято считать 60-летний возраст. Период позднего онтогенеза включает в себя пожилой возраст (60-74 года), старческий (75-89 лет) и долголетие (90 лет и старше) [18,54].

В настоящее время на планете 540 млн. чел. достигли возраста 60 лет. К 2020 г. на земле будет жить более миллиарда человек в возрасте старше 60 лет (Хроника ВОЗ, Медицинский Курьер 1997). При этом необходимо отметить, что процесс постарения населения происходит ускоряющимися темпами. В ФРГ удельный вес лиц старше 60 лет в 1994 г. составлял 20,9% в общей популяции, а доля лиц старше 80 лет – 3,8% [64]. В Швеции удельный вес лиц старше 65-летнего возраста составляет 17,5%, а лиц старше 80 – 4,7% [33].

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации (1999 г.), в стране в 1998 г. насчитывалось 30,6 млн. чел. старше трудоспособного возраста. Динамика постарения населения с 1980 г. имеет тенденцию к росту. Если в 1980 г. доля лиц старше 60 лет составляла 13,8% от общего числа населения, а в 1990 – 16, и в 1992 – 16,5, то в 1994 – 16,7, в 1996 – 16,8 и в 1998 – 17,6%.

Многие авторы [5,7,9,15,16,30,46 и др.] отмечают, что среди лиц пожилого

и старческого возраста преобладают женщины. В США, например, в популяции 65 лет и старше лица женского пола составляют 62% [65]. Аналогичная ситуация наблюдается и в странах Европы. В Швеции доля женщин в популяции старше 65-летнего возраста равна 57,7%, а среди лиц старше 80 – 65,96% [32]. Тенденции в этом направлении универсальны для стран с самым разнообразным культурным, социальным и экономическим уровнем [50,56]. В большинстве промышленно развитых стран разрыв в предполагаемой продолжительности жизни у мужчин и женщин составляет 6-8 лет, причем самого высокого уровня этот показатель достиг в России – 13 лет [23]. В 1999 г. средняя продолжительность жизни мужчин в России составила 59,8 года, в то время как для женщин этот показатель составил 72,2 года [54]. Некоторые авторы [14] связывают причины такой динамики с различием в цифрах повозрастной смертности. В 1995 г. в России смертность среди мужчин старше 60 лет составила 14,9 на тысячу, а женщин – 3,6 на тысячу [13].

Следствием более ранней смертности мужчин в популяции пожилых людей является одинокая старость. По данным отечественных авторов [15], более половины всех пенсионеров по возрасту в браке не состоят. При этом каждый третий из них проживает самостоятельно, а 15% из них вообще не имеют детей и близких родственников. Среди лиц старше 60 лет женщин в три раза больше, чем мужчин. Среди одиноко живущих лиц этой возрастной группы женщин в 10 раз больше, чем мужчин. Такое соотношение объясняется не только тем, что пожилые одинокие мужчины значительно чаще, чем женщины, переходят жить в семьи детей, родственников или переезжают в дома-интернаты, но и тем, что среди мужчин в пожилом и старческом возрасте значительно выше показатели смертности, чем у женщин [13,45]. Данные, полученные в ходе последних

исследований, показывают, что влияние семьи имеет огромное значение на уровень заболеваемости, смертности и продолжительности жизни пожилых людей [21,41]. По данным Капитонова В.Ф. с соавт. [21], продолжительность жизни мужчин и женщин, проживающих в семье, на 4,9 и 6,8 лет соответственно больше, чем у одиноких.

Однако проживание пожилого пациента в семье само по себе не всегда гарантирует ему достойное существование [7,11,19,27,29,52,62].

Помещение пожилого человека в дом престарелых также далеко не всегда является оптимальным решением проблемы [47,53,57,60,61]. В ряде домов престарелых 45% проживающих умирают в течение первых полугода. В связи с этим в большинстве стран Европы направление в дома престарелых рассматривается как последняя мера устройства жизни лиц пожилого и старческого возраста.

Рост численности престарелых сопровождается сокращением возможностей ухода за ними со стороны членов семьи.

ВОЗ уделяет особое внимание роли муниципального здравоохранения в решении задач санитарно-просветительной работы с отдельными лицами и семьями, которые нуждаются в этом. Территориальные органы управления здравоохранением координируют работу общественных организаций, которые должны участвовать в определении приоритетов и разработке программ лечебно-профилактической помощи, осуществляют их взаимодействие с учреждениями первичной медико-санитарной помощи и специализированными гериатрическими медицинскими учреждениями.

В рамках рекомендаций ВОЗ (1992г.) странам, осуществляющим политику реформирования здравоохранения, необходимо расширять автономию и увеличивать ответственность местных систем здравоохранения, обеспечивать условия социальной справедливости и равный доступ

к медико-профилактической помощи, разрабатывать программы подготовки кадров здравоохранения для оказания медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста.

Пациентам этой возрастной категории необходим систематический патронаж, в ходе которого основной объем услуг может осуществляться медицинской сестрой или другим медицинским работником среднего звена [1].

При этом одной из важнейших задач медицинской сестры является обеспечение адекватной информацией врача, курирующего данного пациента, о его состоянии на текущий момент. До сих пор в подобных ситуациях после проведения патронажного посещения медицинская сестра информирует врача о состоянии пациента исключительно в описательных терминах: «Пациент перестал самостоятельно питаться, перестал вставать и т.д.». В подобных случаях у врача отсутствует возможность отследить тонкие сдвиги в состоянии пациента и, соответственно, принять своевременные меры [8]. Если полностью обслуживающий себя пациент в течение длительного времени постепенно теряет какие-то функции самообслуживания, то, как правило, медицинская сестра на этом не фиксирует свое внимание, а иногда ее просто не информируют об этом сами пациенты и их родственники [40,44]. Как указывает Фишер Г. [49]: «Многие пожилые пациенты становятся на путь преуменьшения и вытеснения замеченных нарушений при помощи самолечения, смирения и терпения».

Данные, полученные в ходе исследования, проведенного Kohl S. [63], также показали, что самооценка пациентами своего состояния – недостаточный надежный критерий. Только 71% пациентов с незначительными когнитивными нарушениями реалистично оценивали свое состояние. В группе пациентов с более тяжелыми когнитивными нарушениями адекватно оценивали свое состояние только 62% обследованных. И только 33% пациентов с выраженными когнитивными нарушениями были способны реально оценивать свое состояние. При этом увеличивается время получения врачом информации об этих изменениях, и, как следствие этого, необходимые мероприятия проводятся с опозданием [8].

Проблема усугубляется еще и тем, что отсутствие надежной методики комплексной оценки здоровья лиц пожилого и старческого возраста не позволяет врачу правильно оценить сложившуюся ситуацию. Так, например, по данным Sandholzer H. et al. [67], у

пациентов старше 70-летнего возраста врачами первичного контакта, не пользующимися специальными методиками, в 61,8% случаев не распознаются проблемы психиатрического характера и в 56,8% – проблемы социального характера.

Одним из самых удачных вариантов комплексного решения данной проблемы является использование, так называемых, анкетированных опросников [22]. Преимущество такого подхода очевидно – нет необходимости в использовании «узких» специалистов для оценки тех или иных характеристик состояния пациента на текущий момент. Медицинская сестра или социальный работник, участвующий в организации ухода за пациентом, в состоянии провести исследование по всем пунктам опросника и зафиксировать текущее состояние наблюдаемого. В результате такой организации процесса наблюдения за геронтологическим пациентом врач получает исчерпывающую информацию о нем, не затрачивая времени на рутинные исследования. В настоящее время существует несколько подобных опросников, отражающих способность пациентов к самообслуживанию, способность к передвижению и их интеллектуальный резерв.

По данным некоторых авторов [67], использование специальных опросников повышает до 21% диагностирование когнитивных нарушений у пациентов старше 70 лет. В то время как врачи, не использующие в своей работе такие опросники, определяют распространенность когнитивных нарушений в той же популяции только в 4,6%.

Таким образом, увеличение удельного веса лиц пожилого и старческого возраста среди населения развитых стран является причиной комплекса проблем для национальных систем медицинской и социальной помощи. При решении этих проблем большинство стран оптимизирует взаимодействие медицинских и социальных служб. Необходимо с особой осторожностью относиться к переводу пожилых пациентов в учреждения социального обслуживания стационарного типа, т.к. это связано с отчетливым увеличением смертности и снижением качества жизни у пожилых пациентов.

Постарение населения сопровождается значительным ростом риска заболеть несколькими хроническими заболеваниями [43], так как уровень заболеваемости у пожилых людей в 2 раза, а в старческом возрасте – в 6 раз выше, чем среди людей более молодого возраста [54], что является

проблемой для национальных служб здравоохранения [3].

Первыми в ряду патологических процессов, требующих от национальных систем здравоохранения максимальных затрат, стоят заболевания сердечно-сосудистой системы. Для пожилого населения все более актуальными становятся сахарный диабет [31,35], злокачественные процессы [17], психические заболевания [4,7,30]. Старческим слабоумием сегодня поражено 22 миллиона людей в странах Азии, Африки и Латинской Америки. А к 2025 г. их число может превысить 80 млн. По данным Гавриловой С.И. [10], в России у 27,4% населения в возрасте 60 лет обнаруживались те или иные клинически очерченные психиатрические расстройства.

Первостепенной задачей здравоохранения и социальной защиты в России является создание комплексной системы медицинской гериатрической и социальной помощи пожилым и старым людям.

При развитии служб социального обслуживания необходимо развитие полустационарных и нестационарных учреждений, разработка методик участия и влияния семьи и других общественных организаций в деле медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста [6].

В соответствии с Приказом № 9 от 25 января 1994 г. Министерства социальной защиты населения Российской Федерации, в число основных задач первичных организаций социальной защиты входит «определение конкретных видов и форм помощи лицам, нуждающимся в социальной поддержке» (п. 2.2). Однако важным недостатком организации социального обслуживания пожилых людей является отсутствие объективных четких критериев для определения объема критериев помощи. Определение таких критериев невозможно без дифференцированного учета всех лиц, нуждающихся в социальной поддержке в зависимости от видов и форм требуемой помощи и периодичности ее предоставления.

В отечественной литературе, посвященной организационным проблемам оказания социальной помощи престарелым на дому [3,12,13,26,34,38] не используются конкретные критерии определения степени нуждаемости пациента в постороннем уходе.

Таким образом, схема функционирования отечественных социальных служб в настоящее время полностью зависит от субъективных факторов, без учета сложившейся конкретной

ситуации с нуждаемостью того или иного пациента в уходе или ином виде социальной помощи. Основным, официально признаваемым критерием, на который ориентируется сотрудник социальной службы при определении необходимого уровня социальной помощи пациенту, является группа инвалидности. Определение степени нуждаемости пациента в посторонней помощи происходит на основании имеющейся у него группы инвалидности, в то время как сама группа инвалидности характеризует его с точки зрения способности к трудовой деятельности, а не способности к самообслуживанию (кроме I группы). На практике часто возникают ситуации, когда пациенты, более нуждающиеся в посторонней помощи, получают ее в меньшем объеме или вообще не получают, в то время как другие пациенты, нуждаемость которых в социальной помощи подчас вызывает сомнения, получают ее в неадекватных размерах. Это видно из данных, приводимых В.В. Егоровым [17] – у 10,8% городских и 20% сельских пенсионеров полностью отсутствует способность к самообслуживанию, в то же время, по данным Преображенской В.С. и др., [42], соответствующая этому состоянию I группа инвалидности констатирована только у 8,7% пациентов.

С целью рационализации обеспечения лиц пожилого и старческого возраста необходимой им социальной помощью необходимо использовать четко сформулированные критерии определения уровня нуждаемости в постороннем уходе с учетом региональных особенностей проживания, рационально организовать взаимодействие всех участников, принимающих участие в обеспечении ухода [58,63,66].

В развитых европейских странах существуют подобные классификации, которые признаны достаточно удобными для использования в сфере оказания социальных услуг. Такие классификации утверждаются на государственном уровне и имеют ранг федерального закона, что обеспечивает неукоснительное их использование всеми участниками процесса ухода.

По мнению многих авторов, использование в качестве критерия для определения степени нуждаемости в постороннем уходе количества времени, затрачиваемого обслуживающим лицом, позволяет достаточно точно организовывать и координировать работу социальных работников или заменяющих их лиц [59].

Одним из характерных примеров

использования классификации степени нуждаемости в постороннем уходе, основанной на количестве времени, необходимым обслуживающему лицу для удовлетворения этой нужде, является Федеральный закон о страховании расходов на обслуживание пациентов, нуждающихся в постороннем уходе, принятый в 1995 г. в ФРГ (Pflegeversicherung §§14 и 15 SGB XI 01.04.1995).

Закон определяет, что первая степень нуждаемости в уходе имеется тогда, когда лица пожилого и старческого возраста при гигиеническом уходе, приеме пищи или передвижении нуждаются минимум в двух услугах по оказанию помощи однократно в течение дня. Потребность в помощи составляет минимум 1,5 часа в день.

При второй степени нуждаемости лиц пожилого и старческого возраста в помощи при гигиеническом уходе, приеме пищи или передвижении услуги по оказанию помощи необходимы минимум трижды в течение дня в разное время. Потребность в помощи составляет минимум три часа в день. Третья степень нуждаемости в уходе – это крайне тяжелая степень, когда для гигиенического ухода, приема пищи или передвижения необходима круглосуточная, непрерывная готовность сотрудника или члена семьи оказать помощь. Потребность в помощи составляет минимум пять часов в день.

Данная или подобные ей классификации, использующие в качестве основного критерия времени, широко используются при организации взаимодействия между социальными и медицинскими службами.

Совершенствование системы здравоохранения лицам пожилого и старческого возраста требует учета и использования опыта здравоохранения советского периода и международного опыта, а также имеющейся реальной практики работы в системе бюджетно-страховой медицины.

Концентрация населения в городах влечет неравенство в получении и качестве медицинского обслуживания. Для устранения подобных негативных тенденций необходима заинтересованность местных органов в решении проблем здравоохранения. Здравоохранение как в городах, так и в сельской местности должно удовлетворять стандартам качества. При недостаточных объемах финансирования здравоохранения необходимо находить организационные решения наиболее эффективного использования имеющихся ресурсов. При этом должны учитываться все факторы, влияющие

на здоровье населения. Для осуществления этого подхода необходима координация органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты [20,36].

Для совершенствования системы здравоохранения определенный интерес представляет опыт таких стран континентальной Европы, как Швеция, Дания, Норвегия, Финляндия [51]. Эти страны с преобладанием бюджетного характера финансирования избежали чрезмерной централизации в управлении и финансировании здравоохранения, сохранив ее преимущественно на региональном уровне, где лишь незначительная часть населения охвачена частным страхованием здоровья [34].

В Великобритании продолжает функционировать в организации здравоохранения основная вертикаль управления здравоохранением и социальным обеспечением.

Реформа здравоохранения в Швеции шла по пути создания модели первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с которой часть ресурсов на охрану здоровья определенного контингента населения координируется управлением первичной медико-социальной помощи, а врачи, работающие в системе первичной медико-социальной помощи, определяют использование финансов, выделяемых на больничную помощь [24,51]. При этом источником финансовых средств может служить как государственный, так и муниципальный бюджет. Слабой стороной муниципального финансирования является система распределения, когда основная доля финансов для здравоохранения определяется страховыми организациями.

В условиях благополучной экономической ситуации здоровье человека на 50% обусловлено социально-бытовыми, производственными условиями и образом жизни, на 23-25 % экологией, 15-17 % наследственностью и только 8-10% возможностями медицины и здравоохранения [28]. Система здравоохранения, в наименьшей степени имеющая возможность влиять на здоровье населения, на сегодня оказывается единственно ответственной за его укрепление [28,39,42]. Структуры, которые могут влиять на здоровье населения, не всегда принимают должное участие в профилактике и охране здоровья населения.

В период реформ здравоохранения в Российской Федерации и в Республике Саха (Якутия) опубликованные работы затрагивают в основном организацию медицинской помощи, редко увязывая ее эффективность с работой

по оказанию медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста [11,39,55].

Главным звеном в системе оказания первичной медицинской помощи населению были и остаются амбулаторно-поликлинические учреждения [19,31]. В современных условиях имеется необходимость в изменении подходов к планированию и финансированию системы оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста с учетом спроса этой категории населения на медицинские услуги и на финансовые возможности региона.

Система регионального здравоохранения должна обладать способностью к саморегуляции, в рамках государственного централизованного регулирования, передающего на места ряд управленческих функций. Это усиливает роль и значение элементов экономического управления, которые призваны и способны полнее и лучше учитывать конкретные условия и возможности формирования общественного здоровья. Местные органы власти должны заботиться об эффективном взаимодействии органов управления и учреждений здравоохранения с органами управления и учреждениями социальной защиты [4].

Медико-социальная помощь в системе здравоохранения населению осуществляется в определенной административной и географической территории, имеющей свои особенности (географическое положение, климат, состояние экономики, наличие инфраструктуры и др.). Это вызывает необходимость разработки концептуальных характеристик и медико-организационных технологий в регионах [55 и др.] с учетом факторов, формирующих экономическое, политическое, экологическое, географическое и демографическое развитие территорий. Вышесказанное весьма актуально и для многих регионов Сибири и Крайнего Севера.

Реформы здравоохранения Республики Саха (Якутия) осуществляются как составная часть реформирования здравоохранения Российской Федерации, с учетом региональных социально-экономических условий и медико-демографической ситуации. Переход здравоохранения от централизованно-административного управления к рыночной экономике без практического опыта в данной области неизбежно сопровождался созданием не всегда эффективных моделей его функционирования и финансирования [25,55].

Социально-экономические изменения, происходящие в Республике Саха

(Якутия), потребовали разработки новых подходов к управлению здравоохранением. С учетом особенностей региона необходимо обеспечить сохранение объема медицинских услуг населению в соответствии с возможностями бюджетного финансирования и средств обязательного медицинского страхования, с обеспечением гарантируемых государством объемов и качества медицинской помощи населению, в том числе лицам пожилого и старческого возраста.

Низкая плотность населения во многих сельских регионах Республики Саха (Якутия) заставляет разрабатывать новые стратегии медицинской помощи, в том числе пожилому населению, основанные на современных информационных технологиях и средствах связи с учетом последних достижений телемедицины [2].

Экономический кризис, охвативший страну, отрицательно отразился на состоянии здоровья населения. В 1990 – 2000 гг. наблюдалось стремительное ухудшение основных показателей. При снижении рождаемости наметилась тенденция повышения смертности; установилась ежегодная убыль населения. В структуре населения Республики Саха (Якутия) удельный вес жителей в возрасте 50 лет и старше почти в 2 раза ниже, чем по Российской Федерации. Значительная часть жителей Республики Саха (Якутия) умирает в трудоспособном возрасте [48]. Средняя продолжительность предстоящей жизни населения Российской Федерации составляет 67 лет, а экономически развитых стран – 85-87 лет.

В 1999 г. был разработан проект Концепции совершенствования здравоохранения Республики Саха (Якутия), рассчитанной на 25 лет. Концепция была одобрена XIV съездом медицинских работников республики в декабре 1999г., затем утверждена постановлением Правительства Республики Саха (Якутия) от 12 февраля 2000г. № 78.

Важнейшей социальной задачей здравоохранения любого государства является обеспечение права гражданина на общедоступность медицинского обслуживания и права на единый стандарт качества медицинского обслуживания, независимо от социального положения и территориального нахождения («Концепция развития телемедицинских технологий в Российской Федерации» - Приказ МЗ РФ №344 от 27.08.2001 г.).

Таким образом, проблема постарения населения в развитых странах, в том числе и в Российской Федерации, с каждым годом становится все более

актуальной. Постарение популяции влечет за собой увеличение числа заболеваний сердечно-сосудистой системы, злокачественных новообразований, заболеваний нервной системы, поражения опорно-двигательного аппарата, числа больных сахарным диабетом, патологий органов зрения и заболеваний иммунной системы.

В отечественной научно-методической литературе, посвященной организации первичной медико-социальной помощи, не уделяется достаточное внимание актуальным проблемам лиц пожилого и старческого возраста.

В развитых зарубежных странах комплексная оценка повседневной активности лиц пожилого и старческого возраста производится при помощи формализованных шкал.

В отечественной системе социального обеспечения отсутствуют технологии объективного определения степени нуждаемости в постороннем уходе лиц пожилого и старческого возраста. Оптимальное решение проблем медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста может быть достигнуто при организации первичного звена здравоохранения по принципу общей врачебной практики.

Литература

1. Арьев А.Л. Этапы медико-социальной помощи пожилым / А.Л. Арьев, Л.М. Селезнева, Р.К. Кантемирова // Актуальные проблемы геронтологии. – М., 1999. – С. 23-28.
2. Александров В.Л. Организация высокотехнологических центров специализированной медицинской помощи в условиях Крайнего Севера (по материалам РС(Я): автореф. дис. д-ра мед. наук / В.Л. Александров. – М., 2002. – 45 с.
3. Альперович В.В. Социальная геронтология / В.В. Альперович. – Ростов: Изд. «Феникс», 1997.
4. Баранова Ж.В. Медико-социальная помощь и социально-психологическая адаптация пожилых людей: автореф. дис. канд. мед. наук / Ж.В. Баранова. – Уфа, 2001. – 26 с.
5. Безруков В.В. Потребность пожилых людей в медико-социальной помощи / В.В. Безруков // Сб. материалов V Междунар. семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции». – Самара, 2001. – С. 7-8.
6. Бондаренко И.Н. Принципы ООН и перспективы организации защиты пожилых граждан России / И.Н. Бондаренко, В.С. Лазарева // Успехи геронтологии. – 1999. – Вып. 3. – С.13-21.
7. Бондаренко И.Н. Концепция Международного года пожилых людей – основа долгосрочных действий по улучшению положения пожилых людей / И.Н. Бондаренко // Материалы II Междунар. семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции». – Самара, 1997. – Ч.1. – С.7-9.
8. Бреше Ж.П. Передвижные бригады для проведения быстрой гериатрической оценки состояния пожилых в Женеве / Ж.П. Бреше, Ч.Г. Раппен // Там же. – С.10-11.
9. Введенская Е.С. Удовлетворенность жизнью один из показателей самосохранительного поведения пожилых / Е.С. Введенская, Б.А. Толченков, И.И. Введенская // Актуальные проблемы гериатрии: сб. науч. трудов. – СПб., 2001. – С. 104-105.
10. Гаврилова С.И. Современные проблемы геронтопсихиатрической эпидемиологии и органи-

заций геронтопсихиатрической помощи / С.И. Гаврилова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1987, №8. – С.1187-1192.

11. Галкин Р.А. Организация медико-социальной помощи лицам старшего возраста в лечебных учреждениях / Р.А. Галкин, И.А. Гехт, В.В. Павлов // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1997. – №3 – С. 31-32.

12. Геронтологическая служба территории и пути интеграции медицинской и социальной помощи пожилым / Б.А. Толченев [и др.] // Успехи геронтологии. – 1997. – № 7. – С. 93-98.

13. Гехт И.А. Одинокая старость – демографическая тенденция в сельской местности / И.А. Гехт // Материалы междунар. семинара по проблемам пожилых. – Самара, 1996.

14. Гехт И.А. Медико-демографическое и социально-гигиеническое значение проблемы постарения населения / И.А. Гехт // Практическая гериатрия. – Самара, 1995.

15. Гехт И.А. Одинокая старость: медицинские и социальные аспекты: дис. ... д-ра мед. наук / И.А. Гехт. – Самара, 2002. – 427 с.

16. Гехт И.А. Организация медико-социальной помощи пожилым и старым людям / И.А. Гехт // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории мед. – 2001. – №4. – С. 45-47.

17. Егоров В.В. Районный территориальный гериатрический центр как современная форма – организации медико-социальной помощи населению в возрасте 60 лет и старше / В.В. Егоров // Паллиативная медицина и реабилитация – М., 1997, №3. – С. 16 – 20.

18. Захарова Н.О. Роль гериатрии в деятельности врача общей практики / Н.О. Захарова, Г.П. Котельникова, О.Г. Яковлев // Материалы всероссийской научно-практической конференции 25-26 марта 1997. – Самара, 1997. – С.102-104.

19. Извазова Е.Г. Научное обоснование организации первичной медико-социальной помощи населению пожилого и старческого возраста крупного города в условиях перехода к общей врачебной практике: автореф. дис. канд. мед. наук / Е.Г. Извазова. – СПб., 2000. – 20 с.

20. Кавочкин С.Н. Современные информационные технологии как основа комплексной системы реабилитации инвалидов / С.Н. Кавочкин // ЦБ-НТИ. Минсоцзащиты населения РФ. – М., 1998. – Вып. 8. – 38 с.

21. Капитонов В.Ф. Состояние здоровья пожилых людей, проживающих в семье / В.Ф. Капитонов, В.В. Шевченко // Академическая геронтология. – 2000. – Т. 6, №9-10. – С.81.

22. Карюхин Э.В. Медико-социальные проблемы пожилых и старых людей. Гериатрия в лекциях / Э.В. Карюхин. – М., 2002. – С. 423-425.

23. Кинселл К. Стареение населения как свидетельство крупных демографических перемен / К. Кинселл, В. Велкофф // Журнал Американского международного союза здравоохранения. – 1998. – С.7-9.

24. Комаров Ф.И. Геронтология и гериатрия в Российской Федерации: состояние и перспектива / Ф.И. Комаров, В.Н. Анисимов // Клин. геронтология. – 1996, № 3. – С. 67–68.

25. Кучеренко В.З. Организационно-правовые формы экономической деятельности учреждений здравоохранения / В.З. Кучеренко. – СПб.: Дельфа Р.А., 1994.

26. Лазебник Л.Б. Медико-социальная помощь одиноким пожилым на уровне первичного звена / Л.Б. Лазебник, М.Ш. Башкаева // Первый Российский съезд геронтологов и гериатров. – Самара, 1999. – С.569-570.

27. Лебедева И.В. Анализ смертности сельских пенсионеров / И.В. Лебедева, А.А. Овчинников // Материалы междунар. семинара по проблемам пожилых. – Самара, 1996. – С.154-155.

28. Лисицын Ю.П. Модус здоровья россиян / Ю.П. Лисицын // Экономика здравоохранения. – 2001, №2. – С.32-37.

29. Лисицын Ю.П. Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении / Ю.П. Лисицын, А.С. Аюбян. – М., 1998. – 287 с.

30. Медицинская и социальная реабилитация

лиц пожилого и старческого возраста в Самарской области / Г.П. Котельников [и др.] // Материалы междунар. семинара по проблемам пожилых. – Самара, 1996. – С.58-62.

30. Михайлова Ю.В. Потребность населения пожилого и старческого возраста в медико-социальной помощи / Ю.В. Михайлова, А.А. Калининская, А.Н. Злобин // Сборник научных трудов, посвященный 100-летию Санкт-Петербургского гос. мединститута им. И.П.Павлова. – СПб., 1997. – Вып.2 – С.260-263.

31. Михневич Н.Н. О потребности лиц пенсионного возраста в лечебно-профилактической помощи / Н.Н. Михневич // Здравоохранение Российской Федерации. – 1996. – №2 – С.18-21.

32. Мольштедт Б. Забота о старшем поколении / Б. Мольштедт // Материалы Международного семинара по проблемам пожилых. 3-5 июня 1996г. – Самара, 1996. – С.26-33.

33. Мольштедт Б. Необходимость наличия гибкости при обслуживании пожилых / Б. Мольштедт // Материалы II междунар. семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции». – Самара, 1997. – Ч.1. – С. 38-41.

34. Мороз Н.И. Система социального обслуживания граждан пожилого возраста, проблемы и пути ее совершенствования в современных условиях / Н.И. Мороз // Клиническая геронтология. – 2000, №7-8. – С.112-113.

35. Мунтяну Л.В. Региональные особенности старения и здоровье пожилого населения России: автореф. дис. канд. э. н. / Л.В. Мунтяну. – М.: Институт социал.-полит. исследований РАН, 2001.

36. Низовцева О.О. Организация и пути усовершенствования медико-социальной помощи пожилым людям в учреждениях социальной защиты: дис. ... канд. мед. наук / О.О. Низовцева. – Самара, 2001. – 125 с.

37. Оганов Р.Г. Укрепление здоровья населения и профилактика заболеваний как одна из основных задач практического здравоохранения / Р.Г. Оганов // Первый Всероссийский съезд врачей общей практики. – Самара, 2000. – С.23-25.

38. Организация работы врача общей практики по оказанию медико-социальной помощи пожилым / И.Н. Данилов [и др.] // Первый Всероссийский съезд врачей общей практики, Самара, 5-7 декабря 2000 г.: сб. тезисов и статей. – Самара, 2000. – С. 117-119.

39. О разумном сочетании административных и экономических методов управления здравоохранением / Стародубов В.И. [и др.] // Здравоохранение. – 2000, №2. – С.9-22.

40. Особенности заболеваемости и обращаемости пожилых за амбулаторно-поликлинической помощью / Е.С. Введенская [и др.] // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории мед. 1998. – №5. – С.17-21.

41. Поляков И.В. Региональные особенности здоровья пожилых и политика в области здравоохранения / И.В. Поляков, В.Д. Селезнев // Проблемы соц. гигиены и истории медицины. – 1995, №1. – С.24-26

42. Преображенская В.С. Нормативы потребности лиц пенсионного возраста в медико-социальной помощи / В.С. Преображенская, Н.Н. Михневич // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1995. – №5. – С.12-15.

43. Проблемы охраны здоровья престарелой части населения / А.И. Вялков [и др.] // Первый Российский съезд геронтологов и гериатров. – Самара, 1999. – С.7-12.

44. Пушкова Э.С. О способности к самообслуживанию лиц пожилого возраста / Э.С. Пушкова, М.А. Едакова // Клиническая геронтология. – 1996, №3. – С.64-66.

45. Рожков А.Г. Некоторые особенности состояния здоровья и медицинской помощи, одиноким лицам старших возрастов / А.Г. Рожков // Материалы региональной научно-практической конференции. – Омск, 1995. – С.49-51.

46. Тишук Е.А. Миграция и формирование медико-демографических процессов / Е.А. Тишук // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002, №4. – С.6-11.

47. Толченев Б.А. Организация медико-социальной помощи пожилому населению Нижегородской области / Б.А. Толченев // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1999. – № 3. – С. 6-9.

48. Тырылгин М.А. Здоровье населения: учеб. пособие / М.А. Тырылгин, В.Л. Александров. – Якутск, 2000. – 106с.

49. Фишер Г.Ш. Болезни пожилых людей / Г.Ш. Фишер // Общепрактическая и семейная медицина. – Минск: «Беларусь», 1997. – С.314-323.

50. Фролькис Р.А. Геронтология на рубеже веков / Р.А. Фролькис, В.В. Фролькис // Журнал Академии медицинских наук Украины. – 1997, №1. – С. 3-18.

51. Хмель А.А. Состояние здоровья населения и системы здравоохранения в экономически развитых странах Западной Европы: автореф. дис. канд. мед. наук / А.А. Хмель. – 1997. – 24с.

52. Хоспис на дому-оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи / Эккерт Н.В. [и др.] // Экономика здравоохранения. – М., 2009, №7(139). – С.15-20.

53. Храмов И.С. Потребность инвалидов пенсионного возраста в различных видах медико-социальной реабилитации / И.С. Храмов // Проблемы управления здравоохранением. – М., 2002. – № 6(7). – С. 45-47.

54. Шабакин В.Н. Актуальные проблемы медико-социальной помощи населению старших возрастных групп в России / В.Н. Шабакин // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1999. – № 3. – С. 25-28.

55. Щепин О.П. О современных проблемах и развитии здравоохранения России / О.П. Щепин // Probl. соц. гиг. и истории мед. – 1995, №1. – С. 4-8.

56. Щепин О.П. Социально-экономический кризис и его влияние на медико-демографическую ситуацию в стране / О.П. Щепин, Е.А. Тишук // Сб. материалов V междунар. семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции». – Самара, 2001. – С. 32-41.

57. Эккерт Н.В. Отделение-хоспис (отделение паллиативной помощи) в структуре многопрофильной больницы / Н.В. Эккерт, З.А. Софиева, М.И. Перова. – М. 2008, №6 (43). – С.77-82.

58. Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease: A conceptual model and prototype instrument / D.C. Marson [et al.] // Arch. Neurol. – 2000 Jun; 57 (6). – 877-84.

59. Bahr M. Pflegebedürftigkeit – was nun? Wenn die Eltern alter werden. München / M. Bahr // Urban & Fischer, – 1998. – S. 224.

59. Family caregiving in dementia—an analysis of the caregiver's burden and the “breaking-point” when home care becomes inadequate / L. Annerstedt [et al.] // Scand. J. Public Health. – 2000 Mar; 28 (1):23-31.

60. Comparison between multiple lacunar infarcted patients with and without dementia in nursing homes in shimane prefecture, Japan / H. Seno [et al.] // Dement. Geriatr. Cogn. Disord. – 2000. May-Jun; 11 (3):161-5.

61. Excess disability during morning care in nursing home residents with dementia / J.C. Rogers [et al.] // Int. Psychogeriatr. – 2000. Jun; 12 (2). – 267-82.

63. Kohl S. Messen der kognitiven Funktion ist zur Einstufung unabdingbar / S. Kohl // Ärzte Zeitung. 15.10. – 1997. – S. 4.

64. Kruse A. Allgemeine gerontologie. Handbuch der Allgemeinmedizin / A. Kruse, 1994. – S.91-94.

65. Mouton C.P. Health Screening in Older Women/ American Family Physician / C.P. Mouton, D.V. Espino. – 1999. – V.59, N.11, April 1. – P. 1835-1842.

66. Pilartz H. Angehörige brauchen oft mehr Hilfe als die Kranken. Demenz – Kranke und ihre Familien / H. Pilartz // Ärzte Zeitung. – 2000. 27.04. – S.3.

67. Sandholzer H. Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen: eine Studie über eine geriatriche Vorsorgeuntersuchung im unausgelesenen Patienten-tengut der Allgemeinpraxis / H. Sandholzer, A. Breull, G.C. Fischer // Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. – 1999. Bd. 32, – S. 172 – 178.