Министерство труда
и социальной защиты
Республики Казахстан

Национальная комиссия
по делам женщин и семейно-
демографической политике
при Президенте РК

Фонд ООН в
области
народонаселения
(ЮНФПА)

Оценка социально-экономического положения и потребностей пожилых людей в Казахстане *(результаты комплексного национального социологического исследования)*

Алматы, 2020

В данном отчете представлены результаты комплексного национального социологического исследования по изучению социально-экономического положения и потребностей пожилых людей в Казахстане. Исследование проведено Центром изучения общественного мнения (ЦИОМ) при технической и финансовой поддержке Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), по заказу Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, под эгидой Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан.

Авторский коллектив ЦИОМ:

Алимбекова Г.Т. – аналитик, руководитель ЦИОМ, кандидат социологических наук;
Шабденова А.Б. – аналитик, зам. директора, руководитель отдела анализа и обработки ЦИОМ, PhD по социологии;
Молдакулова Г. – к.э.н., координатор национальных программ по Народонаселению и Развитию и Гендеру Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Казахстане;
Жусупова А.С. – аналитик, эксперт, кандидат политологических наук;
Резвушкина Т.А. – аналитик, докторант КарГУ им. Е.А. Букетова.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 5

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ 6

Программа исследования 6

Цель и задачи исследования 7

Процедуры исследования 8

Глубинные интервью с экспертами 10

Этические вопросы 10

РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 12

1. Социально-экономическое положение и предпочтения пожилых людей в Казахстане 12

Социально-демографические характеристики респондентов 12

Условия и качество жизни пожилых людей 13

Социальное самочувствие пожилых людей 15

Источники доходов и материальное положение пожилых людей 19

Питание пожилых людей 23

2. Оценка пожилых людей состояния их здоровья и доступности и качества оказываемых медицинских услуг 25

Оценка состояния здоровья 25

Получение медицинских услуг 27

Оценка пожилыми людьми качества и доступности медицинских услуг 31

3. Оценка потребности пожилых людей в помощи и каналов ее получения 34

Материальная помощь пожилым людям 36

Получение кредитов пожилыми людьми 37

4. Предпочтения пожилого населения по отношению к государственной социально-экономической поддержке 38

5. Трудовая активность и предпочтения пожилых по трудоустройству 40

6. Общественная и политическая активность пожилых людей 43

7. Отношение респондентов к учреждениям для проживания одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста и предпочтения в вопросах проживания с детьми/родственниками или отдельно 45

8. Проявление различных форм насилия в отношении к пожилым людям 48

Домашнее насилие 50

9. Степень информированности пожилых людей о государственных программах и системах социальной поддержки 55

10. Вовлеченность пожилых людей в жизнь общества, оказание помощи и досуговую, спортивную и познавательную/образовательную деятельность 56

11. Потребность пожилых людей в помощи и каналах ее получения в условиях чрезвычайного положения, в частности, в ситуации изоляции в связи с распространением короновирусной инфекции COVID-19 59

ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 62

РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Социально-экономический и трудовой статус пожилых людей 69

Оценка эффективности государственных программ 73

Оценка здоровья пожилых людей, доступности и качества, оказываемых медицинских и социальных услуг.....75

Учреждения для проживания пожилых граждан: оценки экспертов.....79

Система ухода за пожилыми гражданами на дому: оценки экспертов.....82

Оценка системы организации социальной работы 83

Оценка национального плана «Активное долголетие», практика реализации программы «Активное долголетие» на примере г. Алматы 85

Оценка общественно-политической, досуговой и познавательно-образовательной деятельности пожилых людей 87

Оценка проблемы насилия, потребностей пожилых людей в помощи в условиях чрезвычайного положения в связи с ситуацией COVID-19.....90

Оценка проблем пожилых людей в период изоляции в связи с COVID-19.....91

ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 92

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИТОГАМ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 104

ВВЕДЕНИЕ

Согласно демографическим прогнозам в Казахстане, выполненным в 2019 году в рамках Анализа положения в области народонаселения в Казахстане, разработанного при технической поддержке странового офиса ЮНФПА в Казахстане, одним из основных направлений изменения возрастной структуры населения в предстоящие 30 лет Казахстана будет увеличение абсолютной и относительной численности лиц в старших возрастах, или, иначе говоря, демографическое старение. Страна находится на начальной стадии демографического старения. Однако, рассмотрение регионального аспекта процесса старения в Казахстане свидетельствует о том, что в половине регионов страны 7-процентный порог, характерный для стареющей нации, уже преодолен.

Складывающаяся демографическая ситуация ставит новые задачи и цели перед государством и обществом, направленные не только на обеспечение основных потребностей граждан старшего поколения для поддержания условий жизнедеятельности, но и на создание условий для активного участия их в политической, социальной сферах деятельности общества.

Процесс старения населения представляет для страны новые вызовы, социальные, экономические и культурные, но в то же время создает новые возможности для улучшения жизни людей всех возрастов. Политика в сфере активного долголетия должна быть направлена на повышение качества жизни, самостоятельности и независимости в старших возрастах, увеличение продолжительности здоровой жизни населения, сохранение и укрепление здоровья, улучшение социального и психологического благополучия граждан старших поколений, расширение возможностей в старшем возрасте участвовать в различных сферах жизни общества, в социально-экономическом развитии страны.

С целью продвижения Программы действий Каирской международной конференции по народонаселению и Развитию страновой офис ЮНФПА в Казахстане сотрудничает с Правительством Республики Казахстан по вопросам старения населения с 2005 года. Страновой офис ЮНФПА в Казахстане был вовлечен в разработку Национального отчета по Человеческому Развитию (НОЧР), посвященного пожилым людям “Старшее поколение Казахстана: взгляд в будущее”.

В 2008 году ЮНФПА по запросу Национальной комиссии по делам женщин и семейно-демографической политике при Президенте Республики Казахстан оказал правительству техническую помощь в анализе процесса старения населения в стране через проведение кабинетного исследования и национального социологического обследования по социально-эконмическому положению пожилых людей, а также разработку Национального плана действий по улучшению положения пожилого населения Казахстана на 2010-2020 годы. Наряду с этим ЮНФПА оказывал поддержку в наращивании потенциала лиц, принимающих государственные и политические решения по вопросам разработки политики в области старения и демографических и социально-экономических аспектов старения (2009 год). ЮНФПА также оказал поддержку Министерству труда и социальной защиты в подготовке Национального доклада о реализации Мадридского международного Плана действий по проблемам старения в 2016 году.

В 2020 году ЮНФПА поддерживает Министерство по вопросам разработки Национального плана действий по улучшению положения пожилых людей в Казахстане "Активное долголетие" до 2025 года.

В виду того, что министерство труда и социальной защиты РК заинтересовано в сборе данных по положению и нуждам пожилых людей в Казахстане, а также Комитет по статистике – в сотрудничестве с ЮНФПА по вопросам расчета Индекса активного долголетия, в 2020 году ЮНФПА в Казахстане оказало техническую поддержку правительству в сборе данных для оценки положения людей старшего поколения и

дополнительных данных, необходимых для расчета индикаторов Индекса активного долголетия.

С этой целью ЮНФПА поддержало проведение национального обследования, аналогичного проведенному в 2008 году, для оценки социально-экономического положения и потребностей пожилых людей (также в свете Covid-19), с дополнительными вопросами для получения данных для расчета Индекса активного долголетия, и для обеспечения исходными данными разработку будущей Дорожной карты по проблемам старения (2021-2030 годы), совместно с ЕЭК ООН и последующего мониторинга исполнения плана действий по улучшению положения пожилых людей в Казахстане "Активное долголетие".

Результаты социологического исследования по оценке социально-экономического положения и потребностей пожилых людей в Казахстане представлены в настоящем отчёте.

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Программа исследования

Перед проведением работ по проекту была составлена программа исследования, которая состоит из логически связанных между собой компонентов, позволяющих совершать и контролировать ход организации и проведения работ. Она включает в себя следующие составляющие:

1. Формулировка цели, задач и выбор объекта исследования;
2. Выбор методологии исследования;
3. Разработка анкет, руководств для проведения интервью;
4. Дизайн выборки среди разных категорий объекта исследования;
5. Подготовка, организация и проведение полевых работ (стандартизированное интервью по специально разработанной анкете);
6. Обработка полученных результатов;
7. Анализ данных эмпирического исследования.

Методология исследования включает **в себя комплексный подход, как проведение количественного и качественного исследования.** Данные методы способствуют достижению поставленной цели и задач проекта.

Для достижения цели исследования был использован метод количественного исследования – индивидуальный стандартизированный опрос, что позволит оценить распространенность, а также величину изучаемых параметров. Количественное исследование используется, когда нужно оценить ту же проблему, но привлекая большее количество людей, чтобы предсказать реакцию целевой аудитории. В количественном исследовании можно проанализировать процентное соотношение людей, думающих, ведущих себя или реагирующих тем или иным образом. Количественное исследование называется также «статистическим». Те процентные соотношения, которые можно получить на основе выборки больших размеров, являются базой для статистических выводов. Обычно сбор информации о целевой аудитории, оценка нужд и потребностей предполагает совмещение качественных и количественных методов для получения наиболее точной информации.

Качественный метод, который был использован для решения поставленных задач - глубинное интервью. Под глубинным интервью (In depth Interviewing) понимают неструктурированное, прямое и личное интервью, которое в общем виде представляет собой неформальную, свободную по форме беседу, проводимую по заранее намеченному плану и основанную на использовании методик, побуждающих респондентов к продолжительным и обстоятельным рассуждениям по интересующему исследователя кругу

вопросов. Глубинное интервью предполагает получение авторитетного мнения респондента/эксперта в виде развернутых ответов на вопросы, а не заполнение формальной анкеты. Именно этот вид исследования позволяет в ходе интервью уделить особое внимание мотивам, обусловившим ответ, и задать дополнительные вопросы, которые составят четкую картину экспертной оценки.

Качественное исследование проводится тогда, когда основной целью является анализ того, о чем люди думают, что они чувствуют. Качественное исследование служит для зондирования проблемы. Оно помогает получить представление о различных позициях и поведенческих моделях, существующих в целевой аудитории, и о том, что за этим стоит.

Цель и задачи исследования

Цель данного исследования - изучить социально-экономическое положение и потребности казахстанцев в возрасте 55 лет и старше, с определением распространенности и значимости проблем, возникающих у лиц данной возрастной категории, для оказания содействия лицам, ответственным за принятие государствнных и политических решений в стране, в разработке предложений и рекомендаций по совершенствованию системы социальной защиты и механизмов адресной социальной помощи пожилым людям.

Для достижения этой цели были сформулированы следующие *исследовательские задачи:*

1. Всесторонний анализ условий и качества жизни (включая качество питания), социально-экономического положения и предпочтений пожилых людей в Казахстане;
2. Выявить отношение пожилого населения к жизненным условиям;
3. Определить оценку пожилых людей состояния их здоровья и доступности и качества оказываемых медицинских услуг;
4. Определить предпочтения пожилого населения по отношению к государственной социально-экономической поддержке, медицинским услугам, а также помощи оказываемой родственниками;
5. Выявить степень информированности пожилых людей о государственных программах и системах социальной поддержки;
6. Определить предпочтения пожилых людей по отношению к системе социального обслуживания, трудовой активности и возможности трудоустройства;
7. Определить степень общественной и политической активности пожилых людей;
8. Определить потребность пожилых людей в помощи (с выделением видов необходимой помощи) и каналов ее получения;
9. Определить потребность пожилых людей в помощи (с выделением видов необходимой помощи) и каналов ее получения в условиях чрезвычайного положения, в частности, в ситуации изоляции в связи с распространением короновирусной инфекции COVID-19;
10. Определить предпочтения пожилых людей по отношению к досуговой, спортивной и познавательной/образовательной деятельности;
11. Выявить факты домашнего насилия в семье по отношению к пожилым (в разрезе его видов), возможные барьеры в сообщении о происходящем насилии, а также степень их информированности о существующих услугах по оказанию различных видов помощи;
12. Определить отношение респондентов к учреждениям для проживания одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста и предпочтения в вопросах проживания с детьми/родственниками или отдельно.
13. обеспечить дополнительными данными для расчета индикаторов Индекса активного долголетия по вопросам:
    - ухода за детьми и внуками
    - ухода за престарелыми людьми
    - участия в политической жизни
    - участия в волонтерской деятельности

- физической активности
- независимому проживанию
- финансовой безопасности
- непрерывному обучению
- психолгическому благополучию
- использованию информационно-компьютерных технологий
- социальным связям

Процедуры исследования

Для достижения цели и задач комплексного национального обследования использованы количественный и качественный методы исследования. Количественный метод (опрос респондентов в возрасте старше 55 лет) позволил оценить распространенность, величину изучаемых параметров, проследить динамику изменений по сравнению с 2008 годом. Качественный метод – экспертный опрос сотрудников соответствующих министерств, ведомств и неправительственных организаций) позволил лучше понять и оценить ситуацию, представленную по результатам количественного исследования.

Анализ документов. Для разработки методологии и инструментариев исследования будут изучены относящиеся к теме исследования документы, данные исследования 2008 года, отчеты, касающиеся изучаемой тематики в области социально-экономического положения и потребностей пожилых людей в Казахстане, в том числе:
- документы, описывающие национальную политику РК в данной области;
- отчеты об исследованиях среди данной категории;
- статистические данные.

Анкетный опрос среди пожилых людей

Объект исследования: население в возрасте 55 лет и старше. *Метод сбора данных:* индивидуальное стандартизированное интервью с использованием специального программного обеспечения, установленного на планшетах.

Исследовательский инструмент: анкета, содержащая 91 вопросов (закрытые, открытые, простые, многозначные и табличные).

Процедура отбора респондентов:

Ввиду карантинных мер, по случаю пандемии коронавирусной инфекции, опрос респондентов проходил двумя методами: телефонный опрос и личный опрос F2F. Телефонный опрос проходил в городах, где номера телефонов были отобраны случайным образом из баз телефонных номеров по каждому региону. Личный опрос проходил в сельских населённых пунктах, которые в свою очередь были отобраны случайным образом из списка сёл по каждому региону. Отбор респондентов в домохозяйстве проходил в соответствии с квотой по полу и возрастной группе.

География исследования: опрос проходил во всех 14 областях Казахстана, с охватом областных центров, малых городов и сельских населённых пунктов, также опросом охвачены города Нур-Султан, Алматы и Шымкент.

Объем выборки: общий объем выборки был определен в 2000 респондентов. Для обеспечения репрезентативности выборка была сформирована пропорционально численности населения областей, распределению сельского и городского населения, а также распределению городского населения в областных центрах и других городах. Расчет количества интервью по населенным пунктам был выполнен на основании официальных статистических данных, согласно численности населения, в возрасте 55 лет и старше в каждой области (таблица 1).

Таблица 1. Численность населения и распределение респондентов по регионам

№	Регионы	Численность населения 55+	Кол-во респондентов на регион
1	Акмолинская	160420	102
2	Актюбинская	138965	88
3	Алматинская	326303	208
4	Атырауская	84638	54
5	Западно-Казахстанская	126443	81
6	Жамбылская	169098	108
7	Карагандинская	294420	187
8	Костанайская	208698	133
9	Кызылординская	106734	68
10	Мангистауская	78861	50
11	Павлодарская	168977	108
12	Северо-Казахстанская	145743	93
13	Туркестанская	234338	149
14	Восточно-Казахстанская	325543	207
15	г. Нур-Султан	132333	84
16	г. Алматы	318979	203
17	г. Шымкент	120884	77
Всего		**3141377**	**2000**

Сроки проведения полевого этапа количественного исследования:

Полевые работы по опросу респондентов проходили с 6 августа по 3 сентября 2020 года.

Обеспечение качества полевых работ

Был организован 100% контроль факта проведения интервью, целью которого являлось определение правильности отбора респондентов для исследования, а также соблюдение необходимых процедур (личное интервьюирование, зачитывание всех вопросов и т.д.):

- 80% прослушивание аудиозаписей интервью;
- 10% телефонный контроль;
- 100% проверка анкет на правильность заполнения.

Тренинг интервьюеров

Перед проведением полевого этапа количественного исследования был проведен тренинг всех интервьюеров, задействованных в проекте. В ходе тренинга интервьюеры: ознакомились с целями и задачами исследования, анкетой и правилами проведения

интервью; научились правилам отбора респондентов; приобрели необходимые навыки по работе с респондентами.

В ходе проведения тренинга, каждый интервьюер протестировал анкету в специальном программном обеспечении, все возникшие вопросы были разъяснены и обсуждены. Затем после тренинга каждый интервьюер ещё раз протестировал анкету для лучшего понимания опросного инструментария. К участию в исследовании были привлечены наиболее опытные и профессиональные интервьюеры. Полевые работы проходили под контролем супервайзеров и менеджеров проекта ЦИОМ, непосредственно проводивших контрольные работы. В ходе контрольных работ были прослушаны аудиозаписи проведённых интервью.

Глубинные интервью с экспертами

Были определены ключевые лица из числа представителей Министерства труда и социальной защиты РК, представителей учреждений/центров для пожилых людей, НПО, представителей медицинских, социальных и государственных учреждений на уровне руководителей и специалистов, предоставляющих услуги пожилым людям. Глубинные интервью проведены профессиональными модераторами по согласованному с ЮНФПА списку людей. Всего было проведено 22 глубинных интервью с ключевыми лицами различных организаций. В экспертном опросе приняли участие представители различных направлений, от экспертов со стороны Министерства, государственных учреждений различного уровня и направлений по оказанию помощи пожилым, НПО по различным направлениям деятельности, преподаватели и герантологи с различных регионов по Казахстану.

Этические вопросы

Информированное согласие респондентов на участие в исследовании

В форме информированного согласия были указаны цель исследования, риски и преимущества участия в интервью, альтернативные процедуры, а также информация о конфиденциальности и добровольном участии. Модератор/интервьюеры устно разъясняли текст формы согласия и после того, как участникам были понятны цели исследования, от каждого из них было получено согласие на участие в нем. Все респонденты были проинформированы о том, что их участие добровольное; личные данные использоваться не будут, только обобщенная информация. Участников опроса также заверили в том, что их согласие или отказ никоим образом не скажется на получаемых ими услугах, а также, что вся собранная информация для данной экспертной оценки будет конфиденциальной и не станет известна другим лицам.

Исследование предполагает лишь минимальный риск для его «объектов» (влияние на здоровье участника, не превышающее обычно встречающееся в повседневной жизни или при выполнении стандартных, физикальных или психологических обследований или тестов); оно не включает процедур, для которых обычно требуется письменное согласие, поэтому ограничились получением устного информированного согласия.

Конфиденциальность данных

Участие в исследовании добровольное. У всех участников было получено информированное согласие. Личные данные респондентов не фиксируются в анкетах и в отчете об исследовании. Каждому респонденту присвоен уникальный идентификационный

код. Все записи были транскрибированы и закодированы. Результаты всех интервью представлены в обобщенной форме.

Участники экспертных глубинных интервью

	Список экспертов
1.	КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг управления социального благосостояния г. Алматы», заместитель директора
2.	ОФ «Фонд социальных инициатив», руководитель, г. Алматы
3.	Центр «Активное долголетие», руководитель, г. Алматы
4.	Общественное объединение «Центр семейного воспитания Омир», председатель, г. Кокшетау
5.	Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), социальный работник, г. Тараз
6.	Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), социальный работник, г. Кызылорда
7.	«Ассоциация НПО», руководитель, г. Актобе
8.	НПО «НУРА», руководитель, г. Шымкент
9.	НПО по поддержке людей пожилого возраста, руководитель, г. Актау
10.	Отдел занятости и социальных программ акимата г. Караганда, социальный работник
11.	НПО «Сеть Пожилых людей», руководитель, г. Павлодар
12.	Карагандинский Государственный Университет, Кафедра социальной работы, Преподаватель геронтологии
13.	ОО «Ардагер», руководитель, г. Нур-Султан
14.	Общественный фонд «Национальная сеть Пожилых людей», член ассоциации геронтологов, руководитель, врач-геронтолог, г. Алматы
15.	КГУ «Центр социального обслуживания Шарапат», зам. директора, г. Нур-Султан
16.	Отдел занятости и социальных программ акимата г. Шахтинск, Отделение социальной помощи на дому, заведующая
17.	КГУ «Медико-социальное учреждение общего типа для престарелых и инвалидов Павлодарской области», зам.директора
18.	Частный дом престарелых «Асылжан», зам.директора, Алматинская область
19.	Министерство труда и социальной защиты РК, Департамент политики социального страхования, базового социального и пенсионного обеспечения, Эксперт, г. Нур-Султан
20.	Министерство труда и социальной защиты РК, Департамент развития политики социальных услуг, Эксперт, г. Нур-Султан
21.	Министерство труда и социальной защиты РК, Департамент развития политики социальной помощи, Эксперт, г. Нур-Султан
22.	Городской совет Ветеранов, председатель, г. Аксу

РЕЗУЛЬТАТЫ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Социально-экономическое положение и предпочтения пожилых людей в Казахстане

Социально-демографические характеристики респондентов

Данные о гендерном признаке, возрастной группе, национальности, семейном положении респондентов и типе поселения проживания представлены в таблице 2. Социологическим опросом охвачено 2000 респондентов из числа казахстанцев в возрасте 55 лет и старше, из них 39,5% мужчин и 60,5% женщин. Средний возраст участников опроса составляет 62,6 лет, минимальный возраст - 55 лет, максимальный – 90 лет.

Распределение респондентов по этническому признаку приближено к данным официальной статистики по национальному составу населения РК, т.е. выборка репрезентирует этнические группы генеральной совокупности: 60% респондентов - граждане казахской национальности, 28% - граждане русской национальности и 12% - граждане других национальностей, среди которых в выборку вошли представители узбеков, татар, уйгуров, украинцев, турок, туркменов, немцев, азербайджанцев, белорусов, башкир, армян, аварцев, грузин, дагестанцев, казаков, евреев, каракалпаков, киргизов, корейцев, курдов, молдаван, мордвин, литовцев.

Большинство опрошенных состоят в браке (61,7%), 2,8% состоят в партнёрском союзе, 9,4% - разведены, почти каждый пятый респондент (22,7%) вдовые, никогда не состояли в браке 3,5% респондентов. Доминирующее большинство респондентов (94,3%) указали, что имеют детей, минимум 1-го, в среднем 3 детей, максимум 12 детей. Внуков имеют 80,4% опрошенных пожилых людей, минимальное число внуков - 1 внук, в среднем 5 внуков, максимум 40 внуков – об этом указал один респондент.

Данные о типе поселения респондентов показывают, что значительная часть опрошенных (42,2%) проживают в областных центрах и городах республиканского значения (Нур-Султан, Алматы и Шымкент), также немалая часть (40,2%) проживают в сельских населённых пунктах, 17,7% проживают в малых городах Казахстана (таблица 2).

Данные об уровне образования представлены на рисунке 1. Результаты показали, что большинство пожилых людей, участвовавших в опросе (64,6%), имеют определённую специальность, полученную по окончании среднего специального (36,6%) или высшего (28%) уровней образования. Около трети (33,9%) не имеют определённой специальности, поскольку получили только среднее образование (29%), либо один из его уровней: незаконченное среднее (3,2%), начальное образование (1,7%).

Таблица 2. Социально-демографические характеристики респондентов (пол, возраст, национальности, семейное положение и тип поселения)

Категории характеристик		n	%
Всего		**2000**	**100%**
Пол	Мужчины	793	39,7%
	Женщины	1207	60,4%
Возрастные группы	55-59 лет	661	33,1%
	60-69 лет	1055	52,8%
	70 лет и старше	284	14,2%
Национальности	Казахи	1197	59,9%
	Русские	561	28,1%

	Другие национальности	242	12,1%
Семейное положение	Никогда не состояли в браке	70	3,5%
	Состоят в официальном браке	1234	61,7%
	Состоят в незарегистрированном браке	55	2,8%
	Разведены	188	9,4%
	Вдовые	453	22,7%
Тип поселения	Город (областные центры, города республиканского значения)	843	42,2%
	Малый город	353	17,7%
	Село	804	40,2%

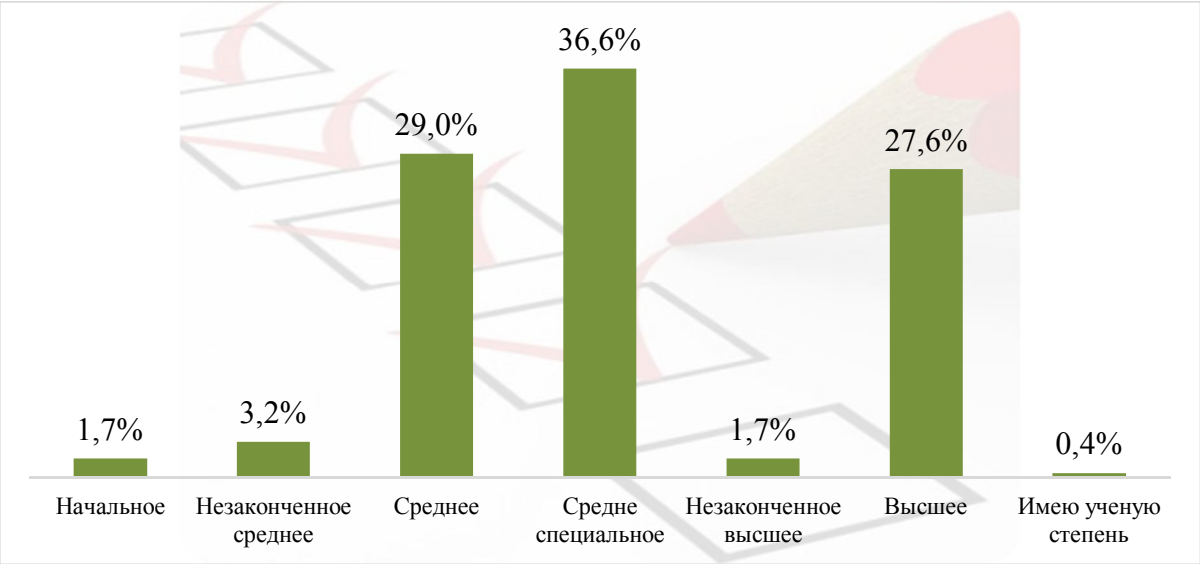


Рисунок 1. Уровень образования респондентов, n=2000

Условия и качество жизни пожилых людей

По данным опроса 2020 года, большинство граждан (74,7%) в возрасте 55 лет и старше проживают в благоустроенных квартирах и частных домах, 17,6% пожилых людей проживают в частично благоустроенных домах и квартирах, 6,8% пожилых людей проживают в неблагоустроенных частных домах. Среди ответов «другое» (1,2%) были отмечены ответы, показывающие, что в выборку вошли отдельные пожилые люди, которые отметили, что проживают в общежитиях, в социальных учреждениях для людей пожилого возраста, на дачах, во временно построенном жилье.

Сравнительные данные с исследованием 2008 года (рисунок 2) показывают, что значительно увеличилась доля пожилых людей, проживающих в благоустроенных домах и квартирах. По данным исследования 2008 года в благоустроенных домах и квартирах проживали 42% пожилых людей, в 2020 году доля таких респондентов увеличилась до 74,7%. В частности, значительно (более чем в 3,5 раза) возросла доля ответов о благоустроенных частных домах (с 10% в 2008 году до 36,7% в 2020 году). Соответственно значительно сократилась доля ответов о неблагоустроенных частных домах (с 36% в 2008 году до 6,8% в 2020 году). Также сократилась доля ответов о проживании в частично благоустроенных домах и квартирах (рисунок 2). Частично благоустроенные и неблагоустроенные частные дома значительно распространены в сёлах.

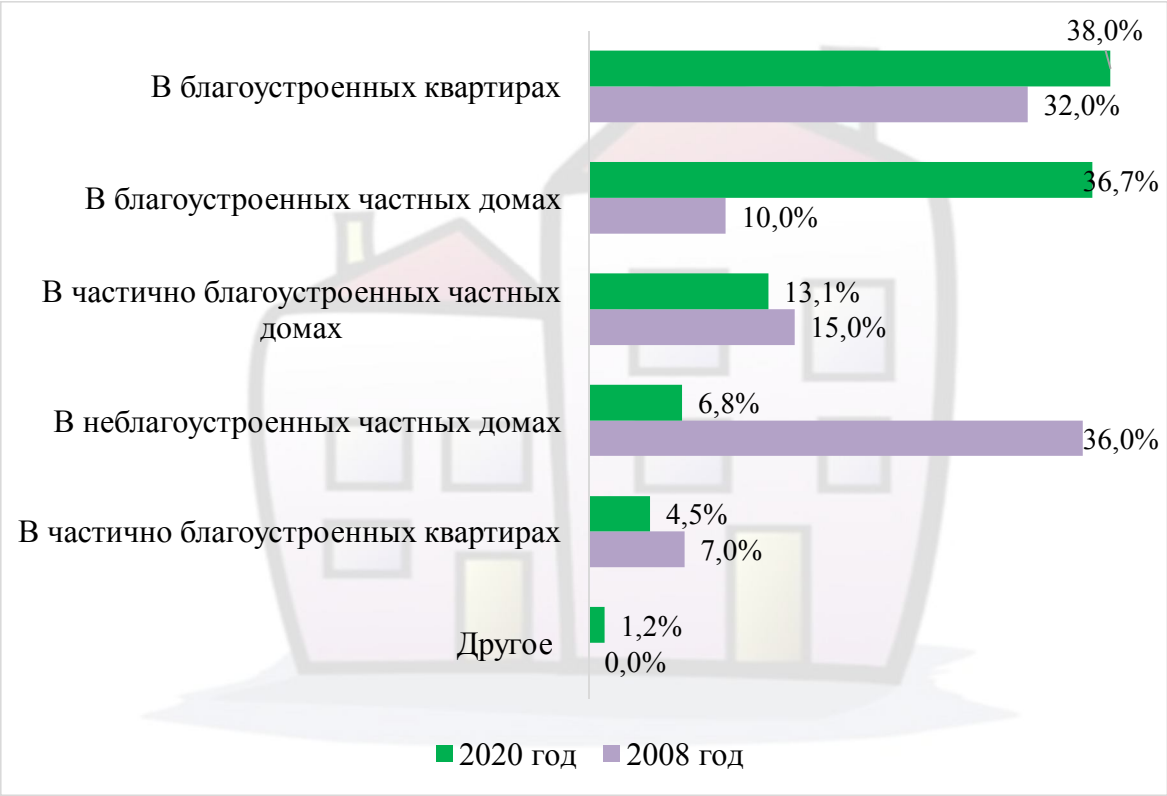


Рисунок 2. Сравнительные данные условий проживания пожилых людей (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

По данным 2008 года три четверти респондентов являлись собственниками своего жилья (75%); в доме или квартире, принадлежащем другим людям, проживали 25% пожилых людей. Опрос 2020 года подтвердил эти данные, изменений не наблюдается: 76,4% являются собственниками жилья, в котором проживают.

В 2008 году число людей, проживающих совместно с пожилыми людьми, варьировало от нуля до 14; в среднем - 2,6 человека. Чаще всего пожилые люди проживали вдвоем (29%). Примерно поровну - от 10% до 13% - респондентов сообщили, что в одном доме с ними проживают два, три, четыре или пять человек. Данные опроса 2020 года согласуются с опросом 2008 года: число людей, проживающих с пожилыми людьми также варьирует от 0 до 14, в среднем проживает 3,7 человека, чаще всего в домохозяйствах пожилых проживают по двое (27%); втроем проживает 16,6% пожилых, вчетвером – 11,9% и пятеро проживают в 11% домохозяйствах пожилых.

В отчёте 2008 года отмечалось, что 15% пожилых людей ответили, что они живут отдельно от родственников и друзей, т.е. являются одинокими, еще 21% проживают только со своим супругом или супругой, то есть представляют пару пожилых людей. 64% пожилых людей живут в домохозяйствах совместно с другими членами семьи/родственниками, при этом половина респондентов в ответах указала, что проживает в одном доме/квартире с детьми или их семьями. С учётом ошибки выборки (±2%) данные не изменились, аналогичная доля пожилых людей проживают в одиночестве (12,8% по данным 2020 года), либо проживают только со своими супругами (20,4% в 2020 году). В 2020 году смешанная структура семьи наблюдается у 67% пожилых казахстанцев (рисунок 3).

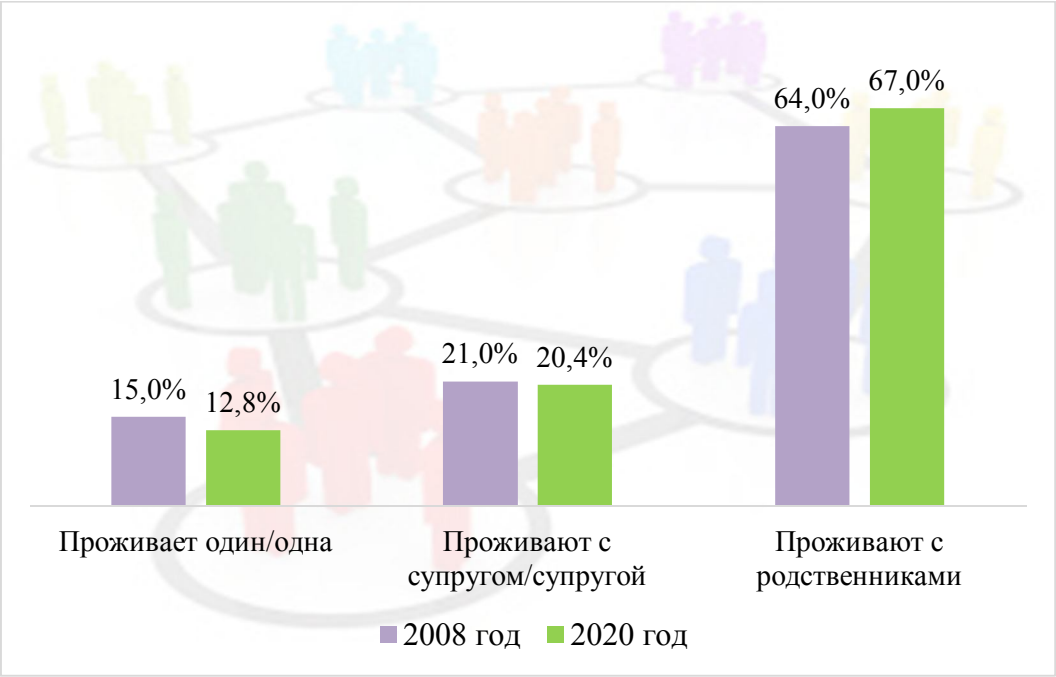


Рисунок 3. Сравнительные данные состава семей пожилых людей (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

Исследование 2008 года выявило определенные особенности: доля одиноких пожилых людей и пар пожилых людей представлена больше в Северо-Восточном регионе (50%), в малых городах и городских поселках (48%), а также выше представлена среди пожилых людей русской национальности (53%). В исследовании 2020 года также наблюдаются обозначенные тенденции, но с небольшими изменениями: процент одиноких пожилых людей и пожилых пар выше в городах в целом, в независимости от их размера или статуса, чем в сельских населенных пунктах (около 37% одиноких пожилых людей в городах и 27,1% в сёлах). Также процент одиноких пожилых людей выше среди граждан русской и других национальностей, чем среди граждан казахской национальности: 56,2% среди представителей русской национальности, 47,9% среди граждан других национальностей и 19,4% среди граждан казахской национальности. В то же время в 2020 году доля одиноких пожилых людей выше в некоторых регионах, отнесённых в 2008 году к Северо-Восточному региону: Акмолинской (50%), Карагандинской (54,5%), Павлодарской (48,1%), Северо-Казахстанской (50,6%) областях.

Таким образом, проведённые исследования подтвердили, что расширенные семьи, где совместно проживают пожилые люди, их дети, внуки, и/либо другие члены семей, шире распространены в сёлах, среди граждан казахской национальности, в южных и западных регионах Казахстана.

Социальное самочувствие пожилых людей

В рамках исследования 2020 года оценивался уровень удовлетворенности пожилых людей своей жизнью в целом. Оценка производилась по десятибалльной шкале, где 10 означает, что человек полностью удовлетворён своей жизнью в целом, а 1 – совершенно не удовлетворен. В результате средний бал оценки уровня удовлетворенности равен 7,9 баллов из 10 возможных. Уровень удовлетворенности различается в разрезе типа поселения, семейного положения, наличия детей и материального состояния. Анализ средних показал, что уровень удовлетворенности значительно выше среди сельских жителей (8,1), чем среди жителей больших городов (7,7), выше среди состоящих в браке (8,2), чем среди тех, кто никогда не состоял в браке (7,5), вдовых (7,6) и разведенных (7,2). Также удовлетворенных

жизнью больше среди тех, у кого есть дети (7,9), чем среди тех, у кого нет детей (7,3) и уровень удовлетворенности выше среди тех, у кого хорошее материальное положение (8,9), чем среди тех, у кого затруднительное материальное положение (7,3).

В какой-то мере оценить социальное самочувствие пожилых граждан можно по результатам ответов на вопрос «Скажите, пожалуйста, по каждому следующему из пяти высказываний, как вы себя чувствовали в течение последних двух недель?», данные представлены на рисунке 4. Большая часть респондентов (63%) отметили, что «постоянно» или «большую часть времени» в их повседневной жизни есть много вещей, которые им интересны. Также большая часть (61%) чаще всего чувствуют себя спокойными и расслабленными, и 58% чаще чувствуют себя бодрыми, веселыми и в хорошем настроении.

В целом, почти каждый пятый пожилой гражданин (17%-23%) «редко» (от 13% до 16%) или практически «никогда» (4%-7%) не испытывали хороших чувств и эмоций в течении последних двух недель перед проведением опроса.

Рисунок 4. Распределение ответов на вопрос «Скажите, пожалуйста, по каждому следующему из пяти высказываний, как вы себя чувствовали в течение последних двух недель?», n=2000

Самооценка безопасности пожилых людей

Для оценки ощущения безопасности проживания пожилых людей в населенном пункте, всем респондентам задавался вопрос: «Насколько безопасно вы себя чувствуете в одиночестве на улице в вашем населенном пункте (в районе вашего проживания) в темное время суток?». Большинство (76%) ответили, что чувствуют себя в различной степени безопасно: 37% совершенно безопасно и 39% достаточно безопасно (рисунок 5). И все же,

24% респондентов (т.е. каждый четвертый) считает проживание в их населенном пункте небезопасным (небезопасным и совсем небезопасным, т.е. опасным).

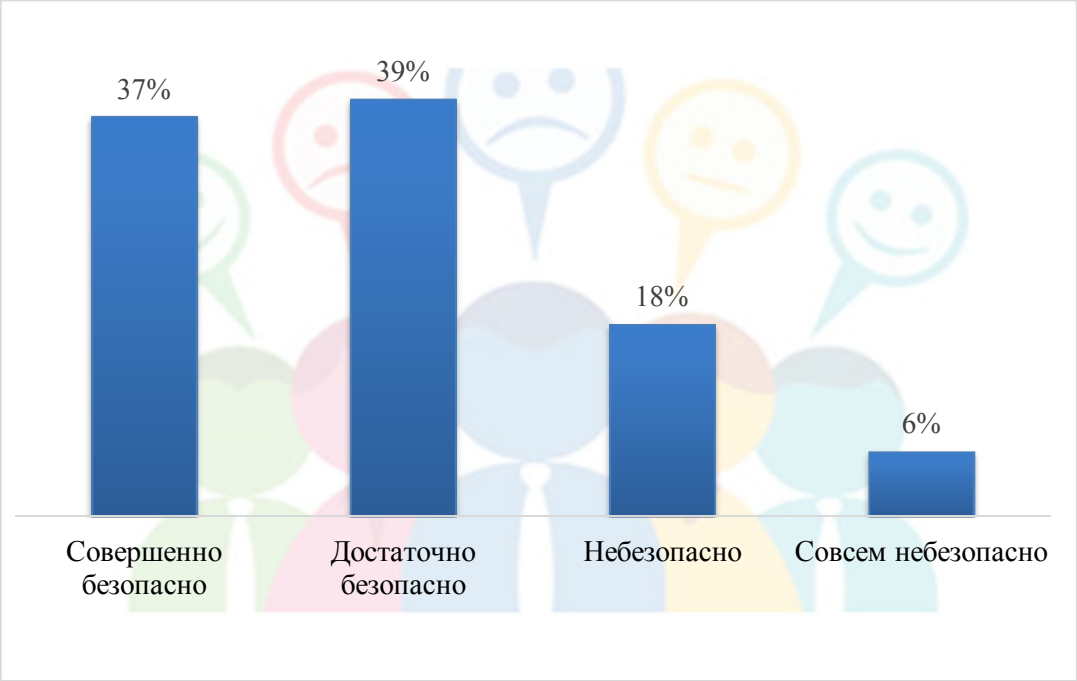


Рисунок 5. Самооценка респондентами уровня безопасности в своих населенных пунктах (n=2000)

Данный вопрос был проанализирован в разрезе регионов страны, данные ранжированы по ответу «совершенно безопасно», результаты представлены в таблице 3. Различия статистически значимы на уровне $p<0,05$. Данные показывают, что наибольшая доля ответов «совершенно безопасно» наблюдается в населенных пунктах Туркестанской области (63%), наименьшая доля этих ответов в Атырауской области (17%). Наибольшая доля ответов «совсем небезопасно» наблюдается в Западно-Казахстанской области (20%), наименьшая доля в Туркестанской области (1%).

Жители сёл значительно чаще отмечали ответы «совершенно безопасно» (44%), чем жители больших городов (30,5%).

Таблица 3. Самооценка безопасности в разрезе регионов РК, n=2000

		Совершенно безопасно	Достаточ-но безопасно	Небезопас-но	Совсем небезопас-но	Всего
Казахстан	**n**	**745**	**778**	**358**	**119**	**2000**
	%	**37%**	**39%**	**18%**	**6%**	**100%**
Туркестанская	n	94	32	22	1	149
	%	63%	22%	15%	1%	100%
Кызылординская	n	38	18	4	8	68
	%	56%	27%	6%	12%	100%
город Нур-Султан	n	45	24	12	3	84
	%	54%	29%	14%	4%	100%
Северо-Казахстанская	n	36	36	18	3	93
	%	39%	39%	19%	3%	100%
Жамбылская	n	42	36	24	6	108
	%	39%	33%	22%	6%	100%
город Шымкент	n	29	36	10	2	77
	%	38%	47%	13%	3%	100%
Западно-Казахстанская	n	29	23	13	16	81
	%	36%	28%	16%	20%	100%
Алматинская	n	73	81	36	18	208
	%	35%	39%	17%	9%	100%
Карагандинская	n	66	82	34	5	187
	%	35%	44%	18%	3%	100%
Мангистауская	n	17	29	3	1	50
	%	34%	58%	6%	2%	100%
Восточно-Казахстанская	n	71	84	37	15	207
	%	34%	41%	18%	7%	100%
Акмолинская	n	34	37	26	5	102
	%	33%	36%	26%	5%	100%
город Алматы	n	65	87	34	17	203
	%	32%	43%	17%	8%	100%
Костанайская	n	43	54	28	8	133
	%	32%	41%	21%	6%	100%
Павлодарская	n	30	46	29	3	108
	%	28%	43%	27%	3%	100%
Актюбинская	n	24	39	21	4	88
	%	27%	44%	24%	5%	100%
Атырауская	n	9	34	7	4	54
	%	17%	63%	13%	7%	100%

Источники доходов и материальное положение пожилых людей

С 1 января 2018 года в Казахстане вступили в силу изменения в пенсионном законодательстве, в соответствии с которыми предусмотрено поэтапное повышение пенсионного возраста женщин. Согласно данным изменениям, каждый год пенсионный возраст женщин увеличиваться на полгода. С 1 января 2018 года пенсионный возраст женщин повысился с 58 до 58,5 года. С 1 января 2019 года на пенсию вышли женщины, достигшие 59 лет, с 1 января 2020 – вышли на пенсию женщины, которым исполнилось 59,5 года. Казахстанские мужчины выходят на пенсию в 63 года. Отсюда и изменения в результатах опроса о структуре доходов пожилых казахстанцев. Также следует учитывать, что в опросе 2020 года приняли участие граждане в возрасте 55 лет и старше, а в опросе 2008 года приняли участие женщины от 58 лет и мужчины от 63 лет, поэтому по данным 2008 выходит, что 98% получали пенсию по возрасту.

Результаты опроса о структуре доходов пожилых людей представлены на рисунке 6, в порядке убывания ответов последнего исследования. По данным опроса 2020 года, пенсию по возрасту получают 56,5% (от всей выборки 2000 респондентов) или 1129 респондентов. Данные 2020 года дифференцированы на две категории: все респонденты (n=2000) и респонденты, получающие пенсию (n=1129). Представленные данные показывают сопоставление двух опросов в целом (2008 год и 2020 год) и сопоставление выборки граждан, вышедших на заслуженный отдых и соответственно получающих пенсию.

В целом, основным доходом респондентов-пенсионеров, является получаемая от государства пенсия. Практически не изменилась доля пенсионеров, получающих заработную плату: 5% в 2008 году и 6,5% в 2020 году. В то же время, сравнительные данные свидетельствуют, что структура доходов граждан, находящихся на пенсии, немного изменилась: значительно уменьшилась доля тех, кому помогают дети (более чем в 2 раза - с 29% в 2008 году до 13% в 2020 году), и значительно (в 3,5 раза) сократились доходы с приусадебного хозяйства/участка (с 17% в 2008 году до 4,8% в 2020 году). Доля остальных источников в структуре доходов пенсионеров не изменилась с 2008 года (рисунок 6).

Рисунок 6. Сравнительные данные ответов об источниках доходов участников опроса (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

Данные исследования 2020 года свидетельствует, что по сравнению с 2008 годом, улучшилось материальное положение пожилых людей, об этом говорят индикаторы самооценки участников опроса (рисунок 7). В 2,7 раза (с 8% до 21,9%) увеличилась доля ответивших «Я ни в чем себе не отказываю». Также почти на 11% увеличилась доля ответов «На ежедневные расходы хватает, но товары длительного пользования (крупную бытовую технику, дорогую одежду, автомобиль, мебель) приобрести не могу» - с 35% до 45,8%. Вместе с тем уменьшилась доля тех, кто ответил «Денег хватает только на питание» (с 28% до 13,3% - в 1,3 раза)) и «Денег едва хватает от пенсии до пенсии» (в 1,65 раза - с 22% до 13,3%). Доля пожилых людей в затруднительном материальном положении не изменилась, по-прежнему около 7% пожилых людей испытывают нужду, денег не хватает на самое необходимое.

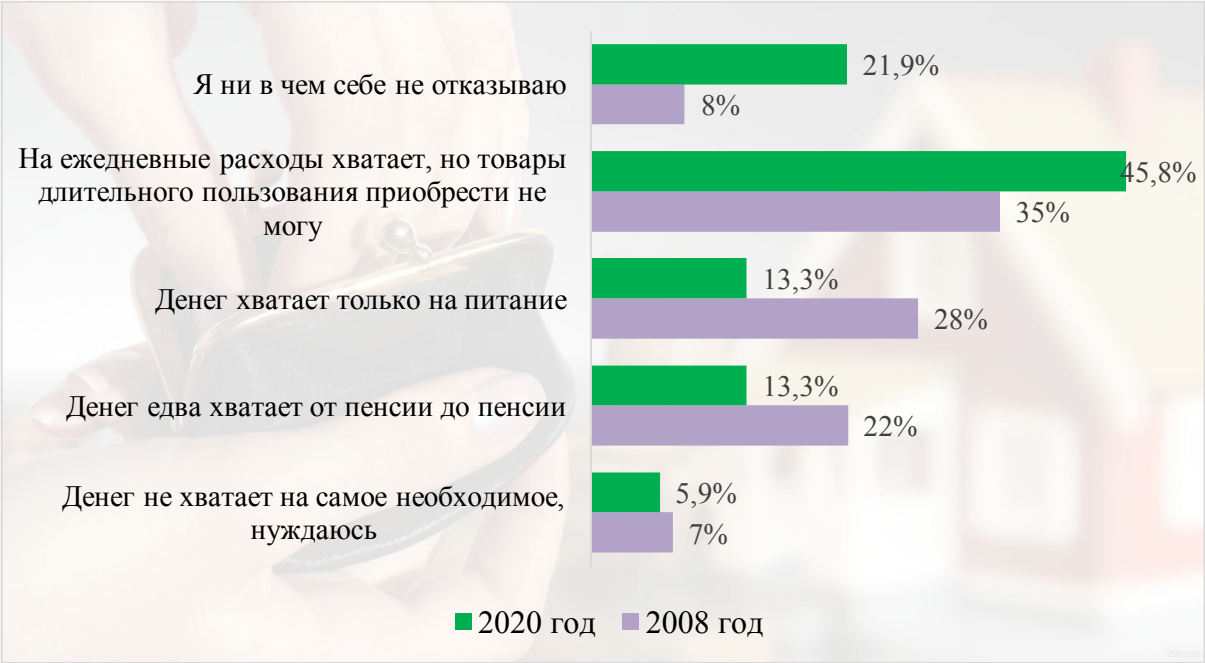


Рисунок 7. Сравнительные данные ответов о самооценке материального положения участников опроса (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

В 2008 году 29% пожилых людей признали, что испытывают значительные материальные затруднения («денег едва хватает от пенсии до пенсии» и «денег не хватает на самое необходимое, нуждаюсь»), в 2020 году данная социальная категория сократилась в 1,5 раза - до 19,2%, что свидетельствует о положительной динамике, но в то же время следует обратить внимание, что почти каждый 5-й пожилой казахстанец находится в затруднительном материальном положении. Следует обратить внимание, что ответы «денег едва хватает от пенсии до пенсии» отметили 18,5% людей, получающих пенсию. 9,1% респондентов предпенсионного возраста ответили, что «денег не хватает на самое необходимое, нуждаюсь»

По данным 2020 года, анализ материального положения в разрезе социально-демографических и географических признаков показал, что доля пожилых людей, находящихся в затруднительном материальном положении больше в Мангистауской (32%), Западно-Казахстанской (33,3%), Северо-Казахстанской (26%), Атырауской (26%) и Костанайской (25%) областях. Также в затруднительном материальном положении больше вдовых (23%) и тех, кто никогда не состоял в браке (24%). Таким образом, материальное положение пожилых людей различается в разрезе географического признака и семейного положения.

В 2008 году были выявлены следующие различия: доля таких респондентов выше в городах Астана и Алматы (39%), и в Северо-Восточном регионе (36%), и среди одиноких пенсионеров (39%).

В анкету опроса 2020 года были включены новые вопросы для оценки материального положения домохозяйств пожилых людей: «Принимая во внимание доходы всех членов семьи/домохозяйства, есть ли у вашего домохозяйства возможность…», далее перечислялись различные варианты, результаты ответов на которые, представлены в таблице 4. Данные ранжированы в порядке убывания ответов «Да». Ответы свидетельствуют, что в домохозяйствах большинства пожилых людей есть возможность оплачивать коммунальные услуги, полноценно питаться, покупать по необходимости одежду и лекарственные препараты. В то же время, данные также подтвердили, что почти каждый пятый пожилой гражданин (около 20%) находится в затруднительном материальном положении, поскольку нет возможности оплачивать коммунальные услуги и полноценно питаться, не говоря уже о других расходах.

Таблица 4. Распределение ответов на вопрос «Принимая во внимание доходы всех членов семьи/домохозяйства, есть ли у вашего домохозяйства возможность…», n=2000

	Да	Нет	Затрудняюсь ответить	Отказ отвечать
Содержать свой дом достаточно теплым	91,2%	7,2%	0,9%	0,8%
Оплачивать в полном объеме и в срок съем жилья, ипотеку или коммунальные услуги	83,2%	14,5%	1,2%	1,2%
Заменить членам семьи изношенную одежду, обувь	75,1%	20,8%	3,1%	1,1%
Регулярно есть мясо, птицу или рыбу, или равноценную вегетарианскую пищу	75,1%	22,3%	1,8%	0,9%
Оплачивать жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты	72,7%	22,4%	4,1%	0,9%
Купить обычный мобильный телефон	70,5%	27,9%	0,9%	0,8%
Покупать фрукты в любое время года	69,4%	27,2%	2,6%	0,9%
Приглашать гостей на семейное торжество (день рождения, Новый год и др.)	68,5%	28,5%	2,2%	0,9%
Заменить пришедшую в негодность самую простую мебель	52,0%	43,6%	3,5%	1,0%
Справиться с неожиданными тратами (расходы на срочный ремонт жилья или замену предметов длительного пользования, срочные медицинские услуги и т.п.)	46,3%	48,1%	4,7%	1,1%
Провести неделю отпуска вне дома хотя бы раз в год	45,8%	50,7%	2,6%	0,9%
Купить стиральную машину	45,3%	51,4%	2,4%	0,9%
Купить телевизор	44,7%	52,3%	2,2%	0,9%
Купить смартфон с выходом в интернет	40,0%	57,0%	2,1%	1,1%
Купить машину	17,1%	80,3%	1,6%	1,1%

На основе вопросов таблицы 4 был разработан аддитивный индекс материальной обеспеченности (анализ надежности показал, что переменные, перекодированные для этого индекса, согласованы, значение Альфа Кронбаха 0,9). Индекс принимает значение от 0 до 15, где 0 – означает, что респондент не отметил ни одного пункта, по которому имеются возможности у домохозяйства, т.е. очень бедственное материальное положение (таких респондентов 2,6%). Значение 15 означает, что на все вопросы таблицы отмечены ответы «да», т.е. у домохозяйства хорошая материальная обеспеченность (таких респондентов 10,5%). В среднем индекс принимает значение 9.

Индекс был проанализирован в разрезе социально-демографических признаков. Значимые различия наблюдаются в разрезе регионов, уровня образования, состава домохозяйства. Меньше материальных возможностей у тех, кто проживает один, у кого ниже уровень образования. В разрезе регионов, наименьшее значение индекса наблюдается в Мангистауской области, т.е. в этом регионе отмечали меньше, чем в других регионах, материальные возможности, представленные в таблице 4. Среднее значение индекса материальной обеспеченности в разрезе регионов представлено в таблице 5, в порядке убывания.

Таблица 5. Значение индекса материальной обеспеченности, n=2000

Регионы	Среднее значение	n	Стандартная отклонения
Всего	**9,0**	**2000**	**4,4**
Актюбинская	11,9	88	3,7
город Нур-Султан	9,9	84	3,9
Атырауская	9,6	54	3,7
Жамбылская	9,6	108	3,6
Западно-Казахстанская	9,5	81	4,5
Восточно-Казахстанская	9,4	207	4,4
Северо-Казахстанская	9,4	93	4,0
Карагандинская	9,0	187	4,0
Алматинская	9,0	208	4,4
Костанайская	8,9	133	4,4
Павлодарская	8,9	108	3,7
город Алматы	8,8	203	4,3
Туркестанская	8,7	149	4,5
Кызылординская	8,3	68	5,7
Акмолинская	7,7	102	3,9
город Шымкент	7,2	77	4,7
Мангистауская	4,2	50	4,3

Питание пожилых людей

Общеизвестно, что качество питания определяет во многом состояние здоровья людей, в пожилом возрасте особенно важно иметь полноценное сбалансированное питание для поддержания здоровья. Данный вопрос изучался и в 2008 году, тогда было выявлено, что наиболее часто употребляемыми пожилыми людьми продуктами питания являются сахар (добавляемый в различные блюда, выпечку и напитки) и молоко, которые каждый день употребляют, соответственно, 83% и 65% респондентов. Сливочное масло и свежие овощи каждый день употребляли чуть более 40% респондентов. От 25% до 29% респондентов указали, что каждый день употребляют сливки/сметану, макароны, мясо и фрукты/ягоды. Реже других продуктов пожилые люди употребляли рыбу и сыр. Как видно из приведенных данных, в структуре питания пожилых людей в 2008 году преобладали углеводы – мясо ежедневно употребляют только 28% респондентов. Рыба не входила в их ежедневный рацион питания.

Опрос 2020 года согласуется с данными 2008 года, по-прежнему в рационе питания пожилых людей преобладают углеводы, по-прежнему не часто употребляется рыба (рисунок 8).

Но в целом наблюдается увеличение доступности необходимых продуктов питания на каждый день, т.е. значительно (больше чем в 1,5 раза) увеличилась доля пожилых людей, ежедневно употребляющих:

- Мясо - с 28% в 2008 году до 46% в 2020 году;
- Свежие овощи, кроме картофеля – с 44% до 64%;
- Сливочное масло – с 43% до 69%;
- Молоко – с 65% до 74%;
- Фрукты, ягоды – с 25% до 46%;

- Сливки сметану – с 30% до 42%;
- Сыр – с 12% до 33%;
- Рыбу – с 1,5% до 6%.

Также из положительных изменений стоит отметить, что ежедневное потребление сахара снизилось с 83% в 2008 году до 78% в 2020 году. Но к сожалению, увеличилось потребление макарон – с 29% до 53%.

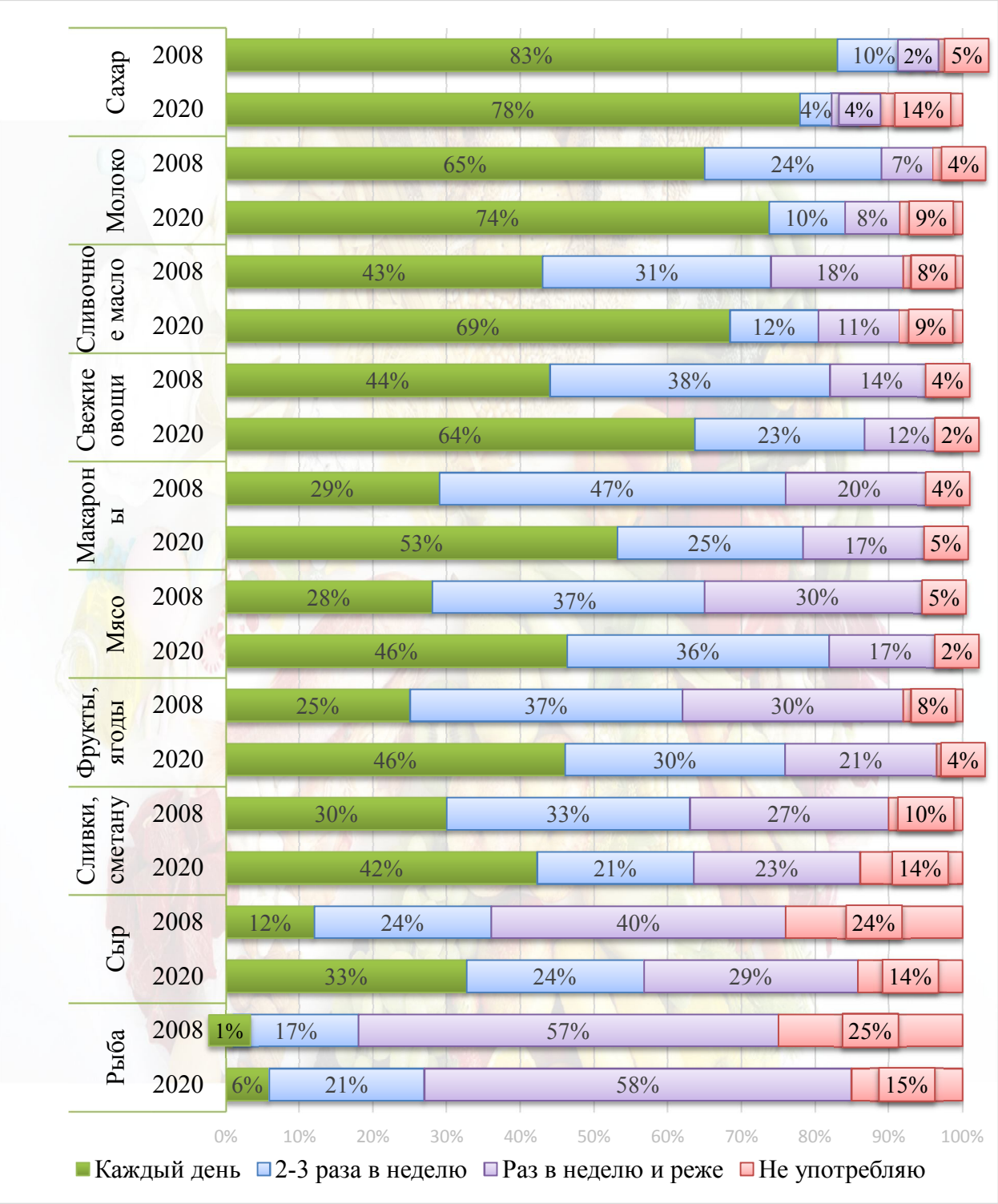


Рисунок 8. Частота употребления пожилыми людьми разных видов пищевых продуктов в 2020 году (n=2000)

2. Оценка пожилых людей состояния их здоровья и доступности и качества оказываемых медицинских услуг

Оценка состояния здоровья

В 2008 году 59% респондентов оценили состояние своего здоровья как удовлетворительное: «нормальное» - 48%, «скорее хорошее» - 6% и «хорошее» - 5%. На плохое состояние указали около 42% респондентов: «скорее плохое» - 24%, «плохое» - 14% и «мне постоянно нужна медицинская помощь» - 4%. По данным опроса 2020 года, значительно (на одну треть) увеличилась доля пожилых людей, удовлетворенных своим состоянием здоровья (с 59% в 2008 году до 79% в 2020 году). Значительно (почти в 4 раза) возросла доля оценивающих своё здоровье, как «хорошее»: с 5% до 18,6%. Соответственно значительно (почти в два раза) уменьшилась доля тех, кто оценивает своё здоровье, как неудовлетворительное, это сумма оценок «скорее плохое», «плохое» и «мне нужна постоянная медицинская помощь»: с 42% в 2008 году до 22% в 2020 году. Сравнительные данные представлены на рисунке 9.

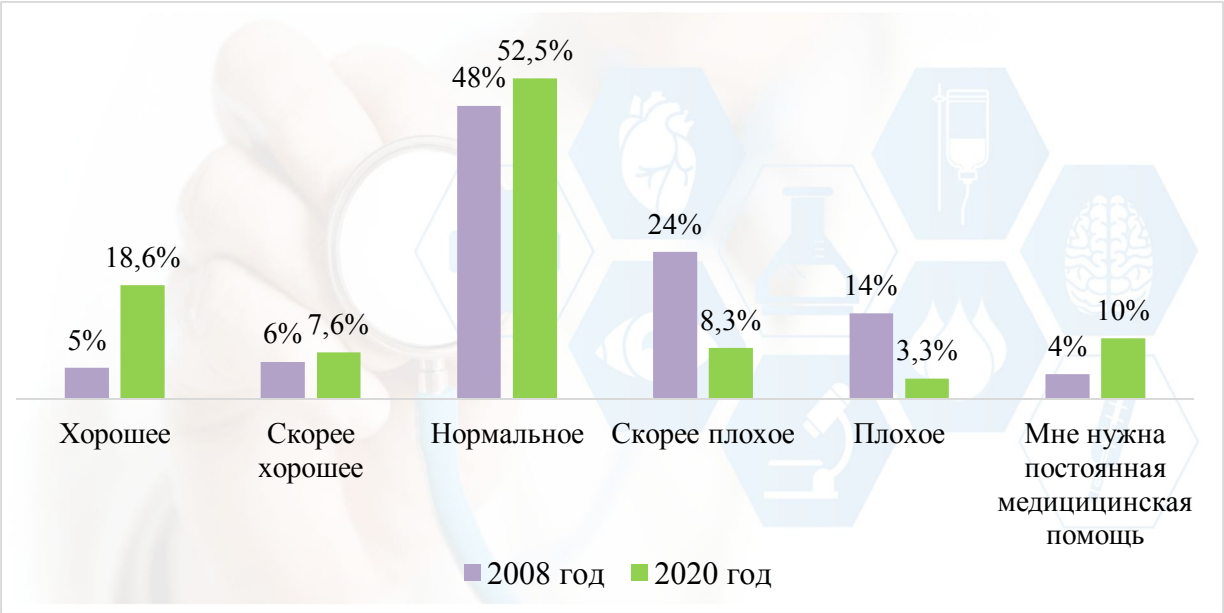


Рисунок 9. Сравнительные данные оценки пожилыми людьми состояния своего здоровья (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

Наблюдаются гендерные различия в оценке своего здоровья: женщины чаще оценивают своё здоровье, как «неудовлетворительное» (26%), чем мужчины (16%), подробные ответы в разрезе гендера представлены на рисунке 10. Как и при исследовании 2008 года, отношение к состоянию организма респондента сильно зависит от его возраста, чем старше возрастная группа, тем чаще оценивают своё здоровье, как «скорее плохое», «плохое» и «мне нужна постоянная медицинская помощь». Также самооценка состояния здоровья зависит от материального благополучия, чем хуже материальное благополучие, тем чаще оценивают своё здоровье неудовлетворительными оценками. По другим социально-демографическим признакам значимых различий не наблюдается.

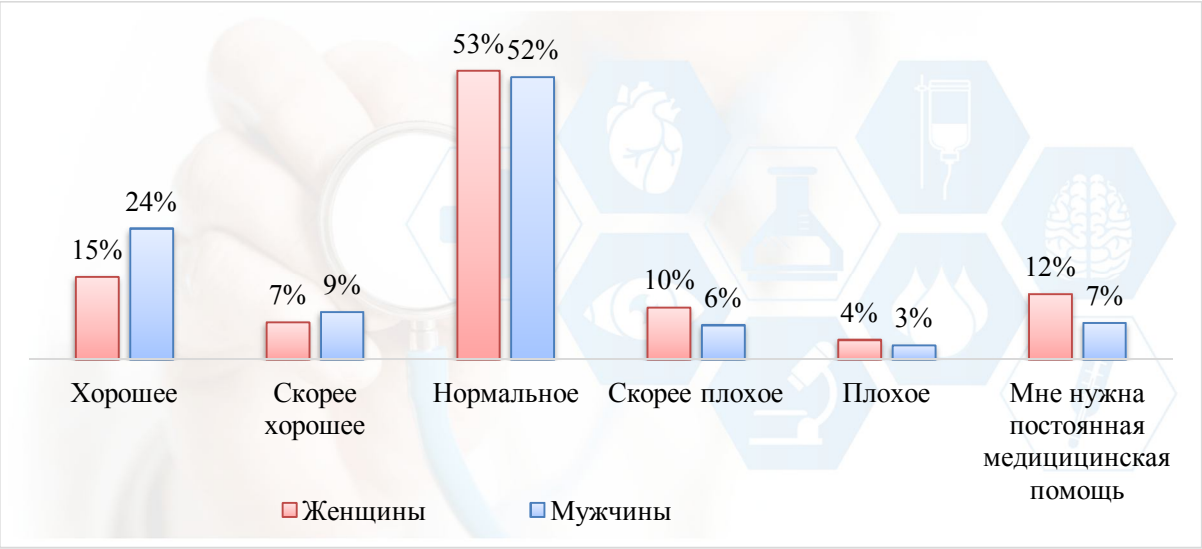


Рисунок 10. Оценка пожилыми людьми состояния своего здоровья в разрезе гендерного признака по данным 2020 года (n=2000)

В анкету опроса 2020 года был включен вопрос: «Как часто вы занимаетесь физической культурой и спортом, включая секционные (организованные) или самостоятельные занятия?», результаты ответов свидетельствуют, что около трети (33,3%) пожилых казахстанцев каждый день занимаются физической активностью. Другая треть пожилых казахстанцев (34,1%) никогда не занимаются физкультурой. Оставшиеся, также около трети (32,8%) респондентов, хоть иногда практикуют физическую активность (рисунок 11).

Анализ данного вопроса в разрезе социально-демографических признаков показал, что среди граждан в возрасте 70 лет и старше, больше тех, что каждый день занимается физической активностью (39,4%), чем среди тех, кому 55-59 лет (29,5%). Также наблюдаются различия в разрезе материального благосостояния пожилых людей - среди тех, у кого хорошее материальное положение (76,4%) значительно больше тех, что с различной частотой занимается физкультурой, чем среди тех, у кого затруднительное материальное положение (56,4%).

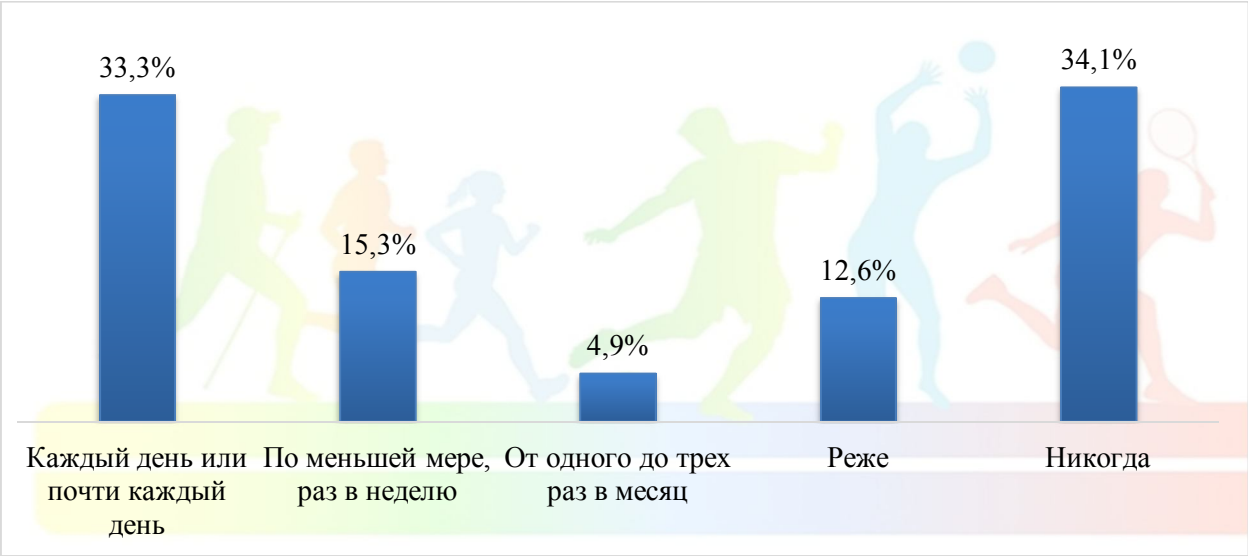


Рисунок 11. Частота занятий физической культурой/спортом пожилыми людьми (n=2000)

Получение медицинских услуг

Сравнительные данные двух опросов (2008 год и 2020 год) показывают, что пожилые люди чаще стали обращаться за медицинской помощью только по острой необходимости, доля таких респондентов увеличилась с 33% до 41%. В то же время сократилась доля тех, кто практически не обращается за медицинской помощью: с 20% в 2008 году до 13,2% в 2020 году (рисунок 12). Наблюдаются гендерные различия: женщины чаще обращаются за медицинской помощью, чем мужчины, среди мужчин шире распространены ответы «практически не обращаюсь», сравнительные данные опроса 2020 года представлены на рисунке 13.

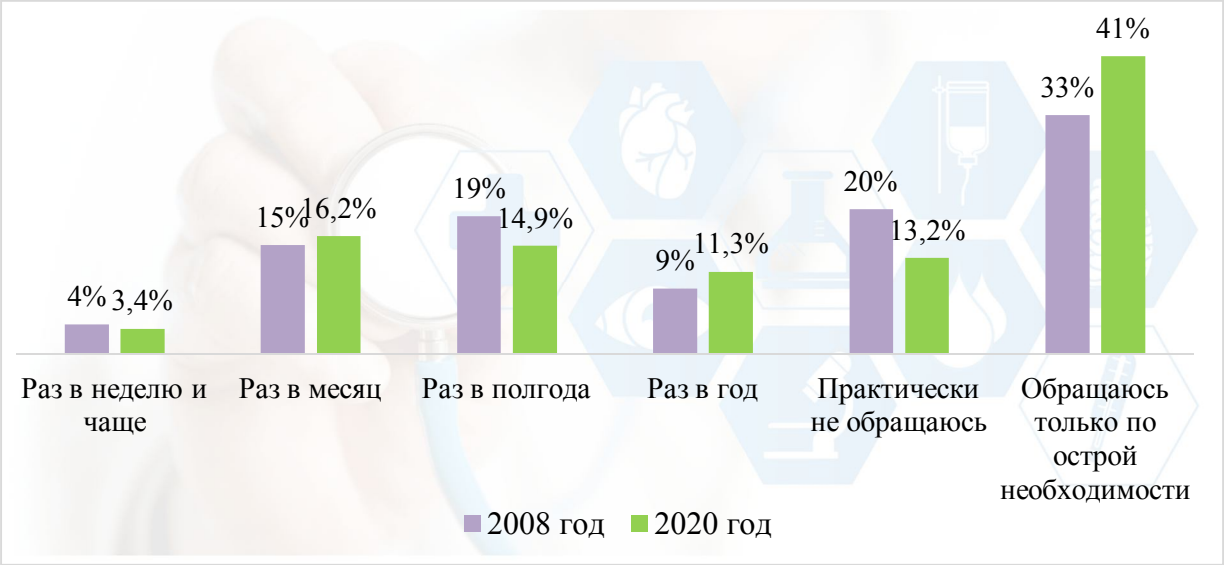


Рисунок 12. Сравнительные данные частоты обращений респондентов за медицинской помощью (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

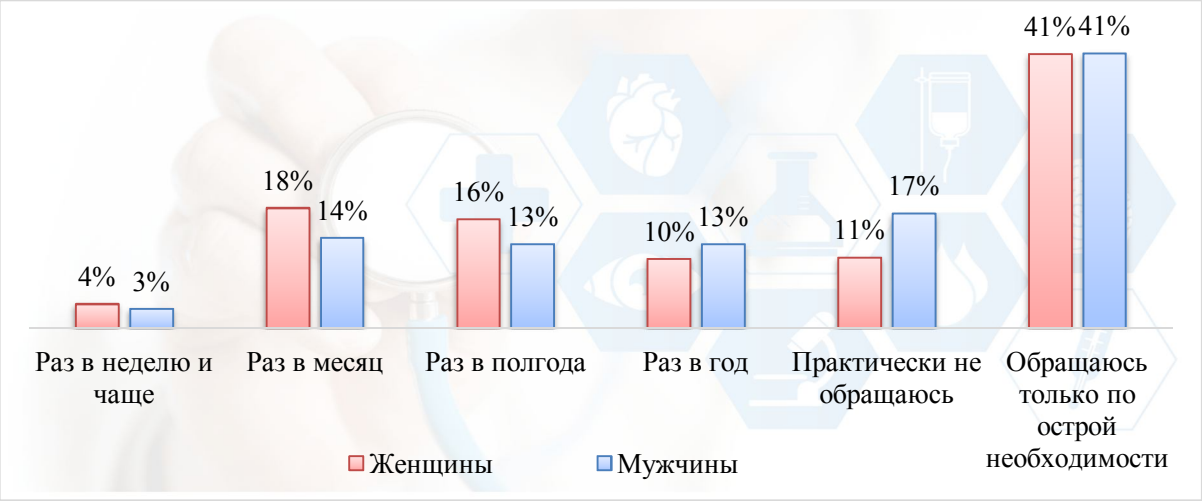


Рисунок 13. Частота обращений респондентов за медицинской помощью в разрезе гендерного признака, по данным опроса 2020 года (n=2000)

В отчёте 2008 года было отмечено: только треть респонденток, в последнее время обращавшихся за медицинской помощью, отметили, что им было предложено пройти обследование на выявление рака молочной железы (33%); лишь 27% указали, что прошли такое обследование. Из числа недавно обращавшихся за медицинской помощью 29% респонденток сообщили, что им предлагали пройти обследование с целью выявления рака шейки матки; и только 23% женщины прошли такое обследование.

Опрос 2020 года показал, что в два раза увеличилась доля женщин, которым предлагали пройти обследование на выявление рака молочной железы (с 33% в 2008 году до 68% в 2020 году) и на выявление рака шейки матки (с 29% в 2008 году до 59% в 2020 году) (рисунок 14). По результатам опроса 2020 года, все, кому предлагались такие обследования, прошли их (рисунок 15). Лишь небольшой процент женщин (1-2%) самостоятельно прошли данные обследования, без приглашения со стороны медицинских учреждений. Представляется, что увеличение охвата обследованиями репродуктивной сферы связано с широкомасштабным скринингом, проводимым поликлиниками по месту жительства.

Различий этого индикатора в разрезе типа поселения не наблюдается, т.е. профилактическими осмотрами охвачены практически равные доли женщин, независимо от их места проживания: в селе, в малом или крупном городе. Аналогичная ситуация в отношении мужчин, результаты представлены на рисунке 16, различий по типу поселения не наблюдается.

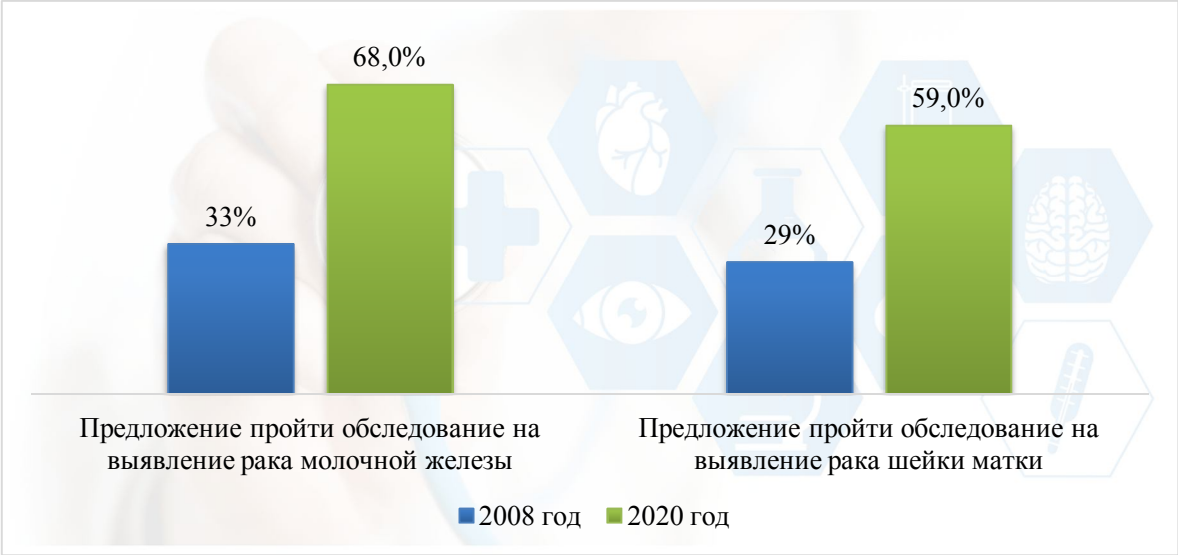


Рисунок 14. Сравнительные данные распределения женщин, которым предлагали пройти обследования репродуктивной сферы (n=1207)

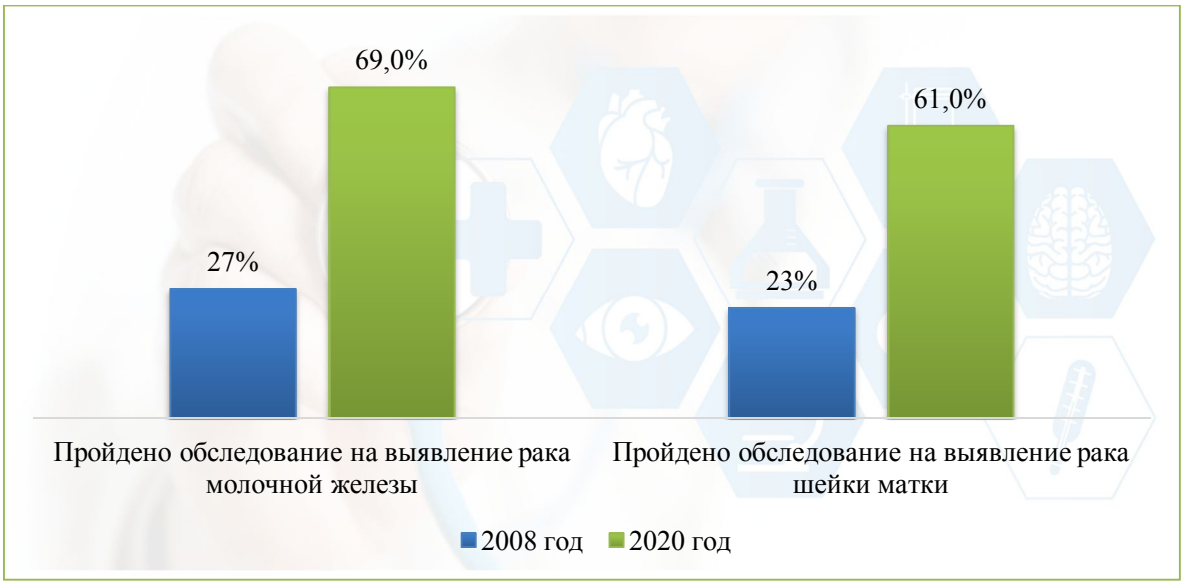


Рисунок 15. Сравнительные данные распределения женщин, прошедших обследования репродуктивной сферы (n=1207)

В отношении обследования мужчин показатели более низкие: лишь 23% респондентам в 2008 году и 28% в 2020 году, было предложено пройти обследование с целью выявления заболевания предстательной железы; прошли такое обследование всего 17% мужчин в 2008 году, в 2020 году этот показатель увеличился до 28%. По данным опроса 2020 года, практически все мужчины, которым было предложено данное обследование, прошли его (рисунок 16).

Рисунок 16. Сравнительные данные распределения мужчин, прошедших обследования репродуктивной сферы (n=793)

По результатам опроса 2008 года около половины респондентов (51%) указали, что не прошли обследование по той причине, что медицинские работники не предложили им пройти его; 44% выразили мнение, что обследования с целью выявления таких заболеваний им проводить не нужно; вариант «сложно добраться до места обследования» отметили только 6%; на тот факт, что обследование было предложено, но оказалось платным, указали 5% респондентов; отсутствие оборудования или специалистов, как причины непроведенного обследования, было названо, соответственно, 4% и 3% респондентов.

Согласно данным опроса 2020 года доля респондентов, обозначивших те же причины, значительно сократилась, к примеру, ответы «не предлагали в поликлинике» сократились с 51% до 43%, ответы «считаю, что мне это не нужно» сократились в более чем 2 раза - с 44% до 19,3%. Сравнительные данные представлены на рисунке 17, в порядке убывания ответов по результатам опроса 2020 года. Также незначительно, но сократились и другие причины непрохождения медицинских обследований органов репродуктивной сферы.

По данным опроса 2020 года возросла доля причин, вошедших в вариант ответа «Другое», т.е. причин, записанных интервьюерами со слов респондентов. Анализ таких ответов показал, что, почти каждый пятый респондент (23%) отметил, что годом раньше уже проходил такое обследование, следующий скрининг ожидается в следующем году. Определённая часть респондентов (1,3%) отметили, что не проходили обследование по причине закрытия поликлиник в связи с карантином по Covid-19. Отдельными респондентами было обозначено: «не было времени», «хорошо себя чувствую», «болели», «нет желания».

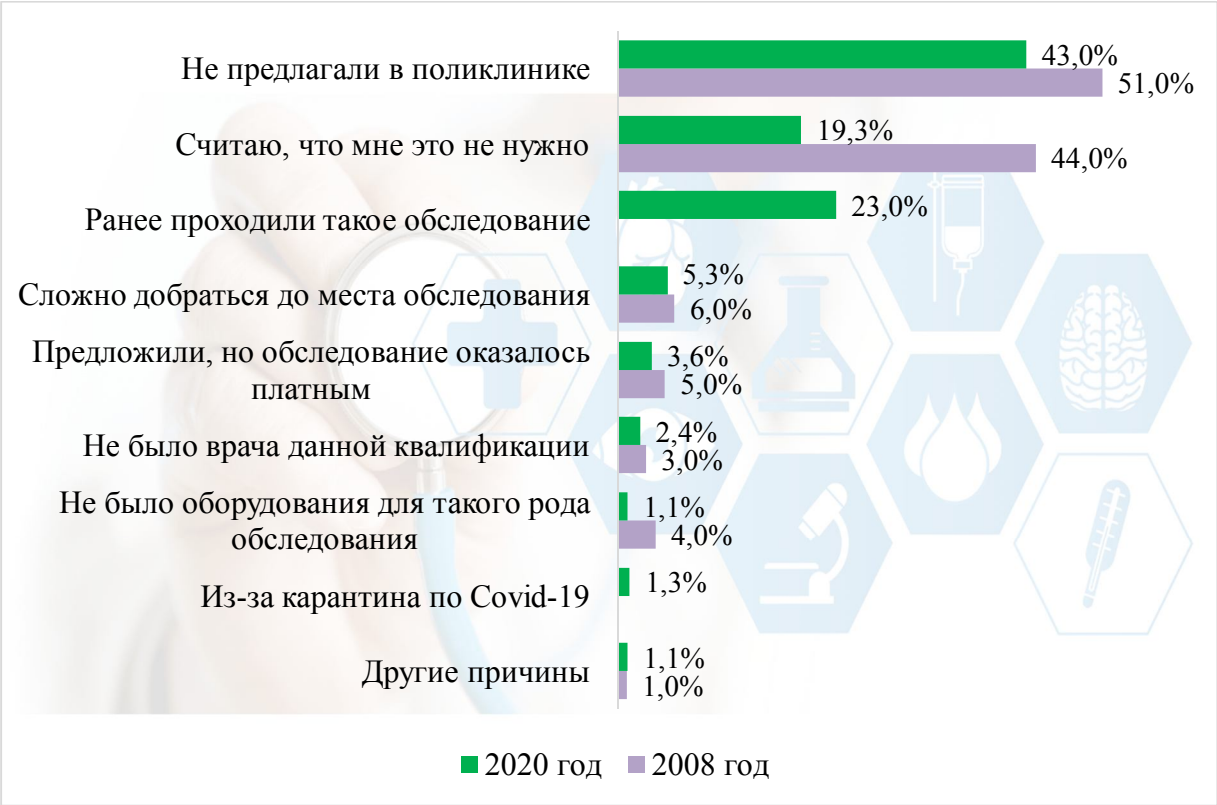


Рисунок 17. Сравнительные данные причин не прохождения медицинских обследований репродуктивной сферы (в 2008 n=1218, в 2020 n=1084)

В течение 2020 года население всего мира переживает пандемию коронавирусной инфекции COVID-19. Эксперты из области здравоохранения отмечают, что в особенно уязвимом положении, по отношению к данному вирусу, находятся пожилые люди, т.е. они составляют основную группу риска.

По данным нашего исследования почти каждый пятый (18%) казахстанец пожилого возраста обращался к врачу для обследования на наличие коронавирусной инфекции COVID-19; около 15% проходили тестирование на наличие вируса (рисунок 18).

Обращение к медикам по поводу наличия данного вируса чаще распространено среди пожилых людей в возрасте 55-59 лет (22%), чем среди возрастной группы 60 лет и старше (16%). Различий в разрезе других социально-демографических признаков не наблюдается.

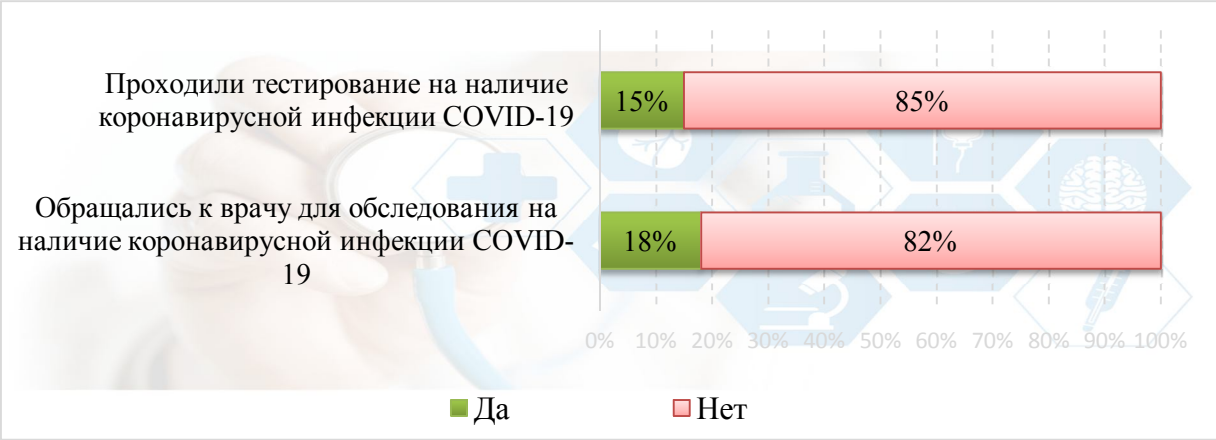


Рисунок 18. Распределение ответов на вопросы об обращении за медицинской помощью в связи с коронавирусной инфекцией COVID-19 (n=2000)

В целом, почти каждый пятый (18,3% или 366 респондентов) казахстанец в возрасте 55 лет и старше, за последние 12 месяцев, был в ситуации, когда нуждался в медицинском обследовании или лечении, но был не в состоянии его получить. Наиболее распространённой причиной такого положения, является карантин (36,1%), при введении которого, были введены ограничения по перемещению и посещению мест массового скопления людей. Другими причинами являются следующие (n=366):

- Необходимое лечение предлагалось только на платной основе – 16,7%;
- Большие очереди на прием – 12,3%;
- Не было нужного специалиста – 9,6%;
- Не было необходимых медикаментов или оборудования – 7,1%;
- Не получил медицинскую помощь по другой причине – 6%;
- Не смог предварительно записаться к врачу – 5%;
- Не смог найти время на поездку к врачу из-за работы, необходимости ухаживать за пожилыми родственниками, внуками – 3,8%;
- Не смог добраться до медицинской организации без посторонней помощи / Было тяжело добираться до медицинской организации – 2,7%;
- Не располагал информацией, где можно получить необходимую медицинскую помощь, не знал необходимых врачей – 0,8%.

За прошедший год, 13,8% (276) пожилых людей оказывались в ситуации, когда нуждались в стоматологическом обследовании или лечении, но были не в состоянии его получить. Самой распространённой причиной такой ситуации является «Необходимое лечение предлагалось только на платной основе / было слишком дорого» - 51% респондентов из 276 ответили таким образом. Остальные причины распределились следующим образом:

- Из-за карантина по COVID-19 – 23,6%;
- Большие очереди на прием – 4,3%;
- Боюсь лечить зубы – 3,6%;
- Не получил медицинскую помощь по другой причине – 3,6%;
- Не было нужного специалиста – 3,3%;
- Не смог предварительно записаться к врачу – 2,9%;
- Не знаю хороших стоматологов – 2,9%;
- Не смог добраться до медицинской организации без посторонней помощи / Было тяжело добираться до медицинской организации – 2,2%;
- Не смог найти времени на поездку к врачу из-за работы, необходимости ухаживать за пожилыми родственниками, внуками – 1,4%;
- Не было необходимых медикаментов или оборудования – 1,1%.

Как видно из приведенных данных, принятые ограничительные меры в связи с короновирусной инфекцией, являются второй по значимости причиной не позволившей пожилым людям (почти четверти респондентов, нуждавшихся в этих услугах) получить услуги по стоматологическому обследованию или лечению.

Оценка пожилыми людьми качества и доступности медицинских услуг

Как и по результатам опроса 2008 года, большинство респондентов удовлетворены качеством предоставляемого медицинского обслуживания (62% - в 2008 году и 60,4% - в 2020 году).

Наблюдаются различия в разрезе типа поселения, регионов, материального положения и в разрезе оценки состояния своего здоровья. Так, жители сельской местности чаще отвечали, что удовлетворены качеством медицинского обслуживания (68%), чем жители малых городов (60%) и чем жители областных центров и городов республиканского

значения (53,5%). Удовлетворённость качеством медицинского обслуживания шире распространена среди пожилых людей, проживающих в Туркестанской (81%) и Жамбылской (73%) областях; среди пожилых людей с хорошим материальным положением (76%), также среди тех, кто оценивает своё состояние здоровья, как хорошее (72%).

В исследовании 2008 года наблюдались почти аналогичные различия: «оценка качества услуг схожа с оценкой их доступности: оно оценивается выше в Западном и Южном регионах, а также пожилыми людьми, удовлетворенными своим здоровьем и материальным положением».

Каковы причины неудовлетворенности медицинским обслуживанием? Результаты исследования 2008 года показали, что наиболее распространёнными причинами неудовлетворенности качеством предоставляемого медицинского обслуживания были «невнимательное отношение медицинского персонала к пожилым пациентам» (52%) и «большие очереди и сложно ждать в очередях» (46%). По результатам исследования 2020 года, значительно сократилась доля респондентов, отметивших обозначенные проблемы: с 52% до 28% и с 46% до 33% соответственно. То есть медики стали более внимательно относится к пожилым пациентам и лучше решена проблема очередей в медицинских учреждениях.

Одна проблема осталась не решёной за эти годы – «нет нужных специалистов в ближайшем медицинском учреждении», по данным 2020 года — это самая распространённая причина неудовлетворенности качеством предоставляемого медицинского обслуживания. Причём данная проблема не зависит от типа поселения, она одинаково распространена в сёлах, малых городах и крупных городах.

Сравнительные данные о причинах неудовлетворенности представлены на рисунке 19 в порядке убывания данных по 2020 году, результаты демонстрируют, что значительно сократились доли причин, названных в 2008 году, но появились новые проблемы. Так, третьей распространённой проблемой исследования 2020 года названа: «отсутствие необходимых бесплатных услуг» (33%), в 2008 году такую проблему не называли. Ещё две проблемы, которые не были озвучены в опросе 2008 года: «нет в наличии необходимых медикаментов» (18%) и «неудовлетворительное состояние/оснащенность палат в стационарах» (5%) – здесь следует отметить, что полевые работы по опросу проходили в августе 2020 года, а перед этим (июнь-июль) наблюдался период перебоев поставки лекарственных средств и оснащения в аптеках и больницах страны.

Рисунок 19. Сравнительные данные причин неудовлетворенности качеством предоставляемого медицинского обслуживания (в 2008 n=575, в 2020 n=804)

Помимо, представленных на рисунке 19 причин неудовлетворенности качеством предоставляемого медицинского обслуживания, респонденты (6% или 48 респондентов) называли другие причины. Среди которых можно выделить одну наиболее часто называемую причину неудовлетворенности: низкая квалификация врачей. Дополнительно названные причины обозначены следующим образом:

- ✓ *Мало хороших специалистов;*
- ✓ *Одна скорая помощь на весь сельский район;*
- ✓ *Врачи часто меняются;*
- ✓ *Всё дорого;*
- ✓ *Надо отдельно принимать и смотреть взрослых и детей;*
- ✓ *Во время карантина врачи полгода не принимали;*
- ✓ *Из-за коронавируса не могли попасть в больницу;*
- ✓ *Выписывают лекарства, которых нет в аптеках;*
- ✓ *В государственных поликлиниках качество обслуживания низкое, а в частных дорого;*
- ✓ *Запись к врачу идёт за неделю, за это время человек может выздороветь;*
- ✓ *Не ходячая и не хожу в поликлинику, а на дом врачи не приходят;*

- ✓ *Не предлагают полного комплексного обследования и лечения, а лечат только то, что болит;*
- ✓ *Слишком много анализов;*
- ✓ *Сложно попасть к узкому специалисту;*
- ✓ *Стоматология дорогая и некачественная;*
- ✓ *Трудно добраться до больницы из села.*

В 2008 году, респондентов, которые указали на недоступность медицинских услуг, попросили назвать конкретные недоступные медицинские услуги. Примерно треть респондентов сказали, что им недоступны дорогостоящие лекарственные средства. Значительная часть респондентов ответили, что недоступными для них являются услуги специализированной медицинской помощи без их названия (24%). Платные медицинские услуги как недоступные указали 17% респондентов. Около 7% респондентов отметили, что им недоступно ультразвуковое обследование, услуги стоматолога, а также санаторное лечение; 6% указали в ответах недоступность услуг стоматолога-ортопеда и зубного техника; 5% - услуг хирурга; и 3% - услуг процедурного кабинета. В 2008 году анализ этого открытого вопроса показывал, что были названы услуги, которые в основном не входят в состав первичной медико-санитарной помощи.

В 2020 году данный открытый вопрос «Какие необходимые медицинские услуги Вам недоступны?» задавался всем респондентам. Отвечая на него, почти каждый четвёртый участник опроса (25,5%) отвечал, что всё доступно, ещё 10% затруднились обозначить недоступные медицинские услуги. Остальные респонденты обозначили различные недоступные медицинские услуги, анализ ответов показывает, что в основном недоступными являются: обследование у специализированных врачей (хирург, кардиолог, окулист, уролог, гинеколог, ортопед, эндокринолог и т.п.) (16%), МРТ и компьютерная томография (15%), стоматология (12%), УЗИ различных органов (7%). Ещё 11% отметили, что все платные услуги недоступны для пожилых людей, многие пожилые люди не могут оплатить платные медицинские услуги. Около 7% отметили о недоступности дорогих лекарственных средств.

3. Оценка потребности пожилых людей в помощи и каналов ее получения

Сравнительные данные двух опросов показали, что уменьшилась доля респондентов, нуждающихся в физической помощи со стороны других людей: в 2008 году респондентов, нуждающихся в помощи хоть по одному из перечисленных пунктов, было 36%, в 2020 году таких респондентов 21%. Здесь следует учитывать, что в 2020 году объект исследования, а именно возраст респондентов (мужчин и женщин) был снижен до 55 лет, в 2008 году были опрошены женщины в возрасте от 58 лет, мужчины в возрасте от 63 лет.

Для более полного понимания ситуации по сравнению с 2008 годом, была выделена соответствующая социальная группа респондентов 2020 года: женщины в возрасте от 58 лет и мужчины в возрасте от 63 лет. Результаты статистического анализа по обозначенной социальной группе, показали, что доля респондентов, нуждающихся в помощи от других людей, составляет 24%, т.е. каждый четвертый, что отражает уменьшение зависимости пожилых респондентов от помощи других людей – в 2008 году каждый третий респондент нуждался в какой-либо помощи. Результаты обозначенной целевой группы по каждому виду помощи (ринсунок 20) подтверждает, что по сравнению с 2008 годом уменьшилась доля респондентов, нуждающихся в физической помощи со стороны других людей. Другие данные также показали, что сейчас пожилые люди более активны, стараются придерживаться полноцнного питания и активного образа жизни, что соответственно, в какой-то мере ведет к тому, что сокращается доля тех, кто нуждается в различных видах помощи со стороны других людей, причём по всем пунктам анкеты (рисунок 20).

Потребность в помощи со стороны других людей значительно чаще распространена среди пожилых людей в возрасте 70 лет и старше (31%), чем среди более младших возрастных категорий (55-59 лет - 16%, 60-69 лет - 22%). В целом, по итогам исследования 2020 года, каждый пятый опрошенный пожилой человек нуждается в той или иной помощи (21%), что более чем в полтора раза ниже, чем значение этого индикатора в 2008 году.

Рисунок 20. Сравнительные данные потребности пожилых людей в физической помощи от других людей (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

Подавляющее большинство респондентов (80% в 2008 году и 69% в 2020 году) указали, что при возникновении потребности в физической помощи они обращаются к своим детям. Значительно меньше респондентов (9% в 2008 году и 12% в 2020 году) сообщили, что при необходимости в посторонней помощи они обращаются к другим родственникам, и еще реже - к соседям (4% в 2008 году, 2% в 2020 году) и друзьям (2% в 2008 году и 3% в 2020 году). В 2008 году 5% респондентов признали, что в случае потребности в помощи им не к кому обратиться, в 2020 году таких респондентов 3,4%. По результатам опроса 2020 года 0,8% (16 респондентов) отметили, что обращаются за физической помощью к социальным службам. Среди ответов «другое» наиболее

распространенные ответы: «не нуждаюсь в помощи», «помогает супруга/супруг», «наёмные работники».

На конкретный вопрос «Кто Вам оказывает помощь по уходу во время болезни, при покупке продуктов, по дому?» большинство пожилых людей (71% в 2008 году и 63% в 2020 году) ответили, что дети. Значительная часть (29% в 2008 году и 44% в 2020 году) указали, что помощь в бытовых вопросах им оказывают супруги. Также в таких ситуациях помогают родственники (14% в 2008 году и 11% в 2020 году).

Опрос 2020 года продемонстрировал, что меньше всего пожилые люди получают помощь от соседей (3%), друзей (2%), работников социальных служб (1%), НПО и волонтёрских организаций (0,1%). Около 6% респондентов по результатам обоих исследований сказали, что помощь в бытовых вопросах им никто не оказывает.

Материальная помощь пожилым людям

Как и прежде, пожилым людям в первую очередь помогают дети, в плане материальной поддержки: 70% в 2008 году и 57% в 2020 году. В целом, следует отметить, что материальная помощь со стороны других людей пожилым людям сократилась (рисунок 21). По этому поводу можно выдвинуть два предположения: экономическое положение населения ухудшилось, поэтому значительная часть населения не имеет возможности помогать пожилым людям, либо на данном этапе стало больше пожилых людей, которые не нуждаются в материальной помощи со стороны других людей.

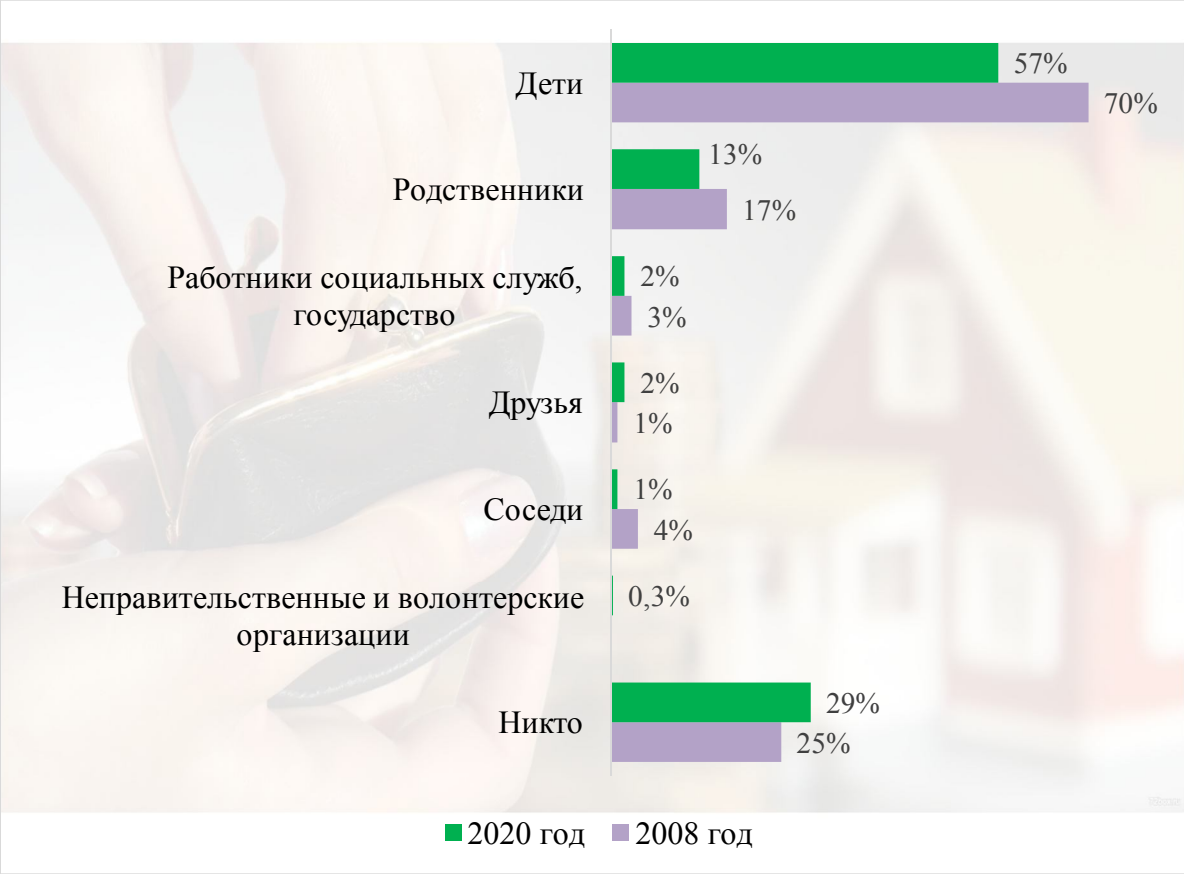


Рисунок 21. Сравнительные данные распределения ответов респондентов на вопрос «Кто оказывает Вам материальную помощь (деньгами, продуктами, одеждой и т.д.)?» (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

Получение кредитов пожилыми людьми

За прошедшие 12 лет значительно возросла доля пожилых людей, пользующихся кредитными займами в банках – более, чем в 7 раз: с 6% в 2008 году до 43,5% в 2020 году. Анализ социально-демографических признаков показал, что людей, пользующихся услугами кредитования, больше среди возрастной группы 55-59 лет (52%), среди граждан казахской национальности (53%), среди работающих граждан (57,5%), среди тех, кто состоит в браке (49%) и имеет детей (44,5%). В разрезе других социально-демографических признаков значимых различий не наблюдается.

На что берутся кредиты, для каких целей? Данный вопрос был задан респондентам, ответившим, что пользуются услугами кредитования (870). Самой распространённой целью кредитов является – покупка крупных вещей (техника, мебель, и т.п.), об этом сообщили 44% респондентов, имеющих кредиты в банках. Почти каждый третий (34%) берёт кредиты для того, чтобы помочь своим детям или внукам (рисунок 22).

Среди ответов «другое» (10%) распространены следующие цели: «на строительство дома», «для обучения внуков», «для покупки машины», «для личных нужд».

Из отчёта 2008 года: «На вопрос о том, пользуются ли респонденты услугами кредитования, утвердительно ответили 95 человек или 6%. Большинство респондентов (59 человека или 62%) сказали, что они брали кредиты для приобретения «крупных вещей» (что больше, чем в 2020 году), треть указала, что услугами кредитования они пользовались для того, чтобы оказать помощь детям или внукам (данный показатель не изменился по итогам исследования 2020 года). 11% респондентов, пользовавшихся услугами кредитования, сообщили, что они брали кредиты для участия в семейном бизнесе. На проведение ремонта жилища кредиты брали 7% респондентов, на приобретение жилья и на цели индивидуального предпринимательства - по 5% респондентов)». Сравнительные результаты двух обследований отражают, неизменность желания пожилых родителей помочь финансово своим детям и внукам, даже если у них не хватает собственных средств, используя услуги кредитования.

Рисунок 22. Цели кредитования (в 2008 n=95, в 2020 n=870)

В анкету опроса 2020 года был включен вопрос: «Если Вы не пользуетесь услугами кредитования/микрокредитования, то почему?». Значительная часть (41%), тех, кто не пользуется услугами кредитования (n=1130), ответили, что им хватает своих доходов, поэтому нет необходимости в кредитах, около половины респондентов негативно, с опаской относятся к кредитованию. Около 10% респондентов взяли бы кредиты, но им их не дают по причине возраста или плохой кредитной истории. Распределение ответов респондентов представлено на рисунке 23.

Рисунок 23. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы не пользуетесь услугами кредитования/микрокредитования, то почему?» 2020 г.(n=1130)

4. Предпочтения пожилого населения по отношению к государственной социально-экономической поддержке

В 2008 году на вопрос о том, пользуются ли респонденты услугами учреждений социальной поддержки, утвердительно ответили лишь 65 человек из 1500 участников опроса, что составляло 4% опрошенных. Из них 83% респондентов (54 человек), ответили, что услуги они получают в государственных органах социальной помощи. 3% указали, что им приходилось пользоваться услугами неправительственных организаций и общественных объединений; один человек отметил, что пользуется услугами, предоставляемыми обществом слепых. Большинство респондентов (62%) получавших услуги, служб государственной социальной помощи, ответили, что они удовлетворены ими частично. Треть респондентов (35%) выразила полное удовлетворение такими услугами. Только 3% сказали, что они не удовлетворены услугами государственной социальной помощи.

По данным исследования 2020 года, доля респондентов, пользующихся услугами учреждений социальной поддержки выросла в два раза (с 4% в 2008 году до 8% в 2020 году). По-прежнему, большинство тех, кто пользуется услугами учреждений социальной поддержки (n=156), получают услуги в службах государственной социальной помощи (83% в 2008 году и 68% в 2020 году). Возросла доля пожилых людей, пользующихся услугами неправительственных организаций и общественных объединений (с 3% до 8%). Результаты опроса 2020 года показали, что 8% пожилых людей пользуются услугами частных служб социальной помощи. Среди вариантов ответов «другое» (10%), отдельные респонденты отметили, что пользуются услугами социальной поддержки от волонтёров, партии Нур-Отан и религиозных организаций.

Уровень удовлетворенности услугами государственных учреждений социальной поддержки выше (78,2%), чем услугами частных служб (23,7%) социальной помощи и НПО (20,5%).

С целью определить предпочтения пожилых людей по отношению к государственной социально-экономической поддержке, всем респондентам был задан вопрос: «По вашему мнению, что государство должно предпринять для улучшения уровня жизни пожилых людей?». Сравнительные данные распределения ответов респондентов о приоритетных государственных мерах по улучшению уровня жизни пожилых людей представлены на рисунке 24.

Основным предпочтением большинства респондентов (85% в 2008 году и 78% в 2020 году) является увеличение размеров государственных пенсий и пособий. Увеличилась доля респондентов, отметивших необходимость сделать медицинские услуги более доступными (с 35% в 2008 году до 48% в 2020 году).

Незначительно увеличилась доля респондентов, отметивших необходимость улучшения качества медицинских услуг (с 30% в 2008 году до 34% в 2020 году). Вместе с тем, снизились доли пожилых людей, разделяющих мнение, что необходимо внедрить систему льгот по медицинским и жилищно-коммунальным услугам (с 37% до 28%), и что необходимо «государственное регулирование цен на предметы первой необходимости для пожилых» (с 34% до 27%). Лишь около 8% респондентов считают, что необходимо помогать пожилым людям найти работу.

Данные вопросы были также проанализированы в разрезе выборки граждан, находящихся на пенсии. Результаты аналогичны ответам общей выборки респондентов 2020 года: 80% пенсионеров отметили необходимость увеличения размеров пенсий и пособий, 47% - сделать медицинские услуги более доступными, 34% - улучшить качество медицинских услуг, 30% - внедрить систему льгот по медицинским и жилищно-коммунальным услугам, 29% пенсионеров отметили о необходимости введения государственного регулирования цен на предметы первой необходимости для пожилых и только 5% пенсионеров отметили, что требуется помогать пожилым людям найти работу.

Рисунок 24. Сравнительные данные распределения ответов респондентов о приоритетных государственных мерах по улучшению уровня жизни пожилых людей (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

5. Трудовая активность и предпочтения пожилых по трудоустройству

По данным опроса 2008 года, около 14% респондентов работали на момент проведения исследования, по результатам опроса 2020 года таких респондентов 41% (рисунок 25). Анализ половозрастной структуры показал, что абсолютное большинство из этих 41% работающих респондентов - это люди, не вышедшие на пенсию по возрасту, т.е. женщины до 59 лет и мужчины до 63 лет. В целом, среди мужчин значительно больше работающих (52,1%), чем среди женщин (33,8%). В возрастной группе 55-59 лет гендерные различия незначительны (работающих мужчин на 4% больше, чем женщин), в более старших возрастных группах наблюдаются значительные гендерные различия: в группах 60-69 лет и 70 лет и старше, работающих мужчин в 2,4 раза больше, чем работающих женщин.

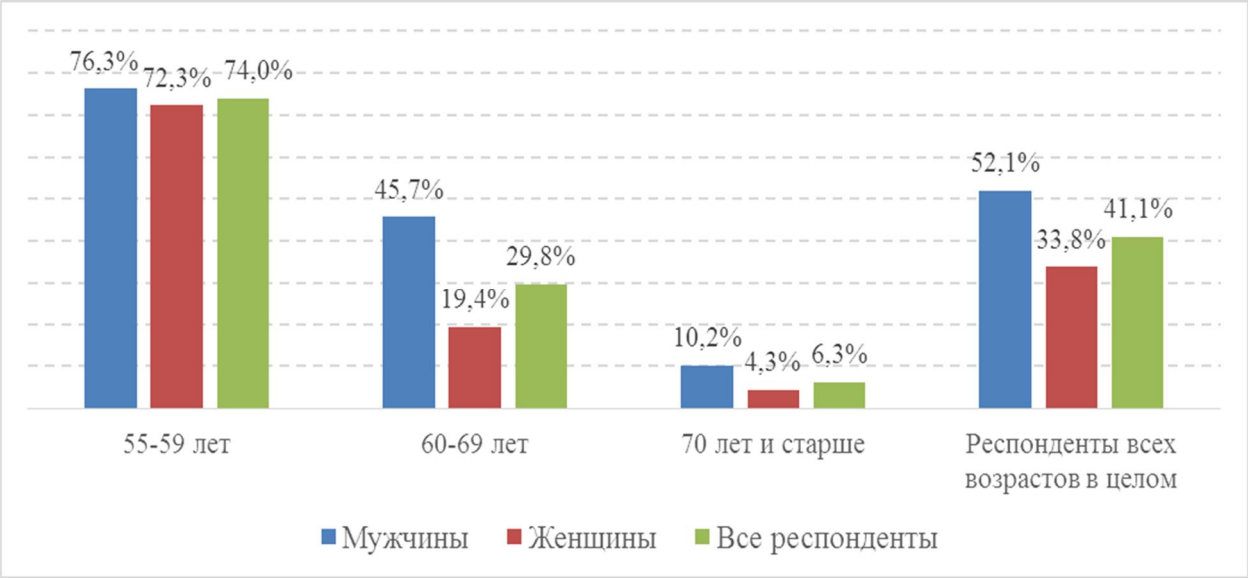


Рисунок 25. Половозрастная структура работающих пожилых людей по данным 2020 года (n=2000)

По данным исследования 2020 года работающих пенсионеров около 14,3% - это те, кто получает пенсию и продолжают работать. Обозначенные данные свидетельствуют, что доля работающих пенсионеров не изменилась: 14% в 2008 году и 14,3% в 2020 году.

Статус занятости работающих пенсионеров немного изменился:

- По-прежнему большинство составляют работающие по найму, но их доля снизилась с 74% в 2008 году до 62% в 2020 году.
- Доля самозанятых практически не изменилась - 19% в 2008 году и 20% в 2020 году, таким образом, каждый пятый работающий пенсионер – это самозанятый.
- По-прежнему, небольшая доля работающих без оплаты на семейном предприятии (2% в 2008 году и 1% в 2020 году).
- Уменьшилась доля пожилых, занимающихся добровольной или благотворительной деятельностью - с 5% в 2008 году до 2% в 2020 году.
- В то же время, около 15% работающих пенсионеров 2020 года занимаются предпринимательской деятельностью, в 2008 году таких респондентов не наблюдалось.

В 2008 году, большинство работающих респондентов (83%) (из числа работающих пенсионеров n=207) указали, что они решили работать, чтобы получить дополнительный доход, так как размер пенсии их не удовлетворяет. Более четверти респондентов (28%) сказали, что они продолжают работать «потому, что они хотят работать, и им это нравится». Примерно одинаковое число респондентов (по 12%) сказали, что они решили продолжать

работать, чтобы помогать родственникам, нуждающимся материально, или чтобы продолжать общаться с другими людьми. Около 10% респондентов указали, что они продолжают работать из-за того, что «в них нуждаются работодатели».

По данным опроса 2020 года, 47% (примерно в два раза меньше, чем в 2008 году) пенсионеров (из числа работающих пенсионеров n=162) работают, чтобы заработать дополнительные деньги, т.к. пенсии недостаточно; 15% работают, чтобы помогать материально нуждающимся родным; 9% работают, поскольку они ценные сотрудники, в них нуждаются по месту работы. Ещё 38% ответили, что им нравится работать, они желают продолжать работать. 9% респондентов ответили, что работают, ради общения с людьми, нахождения в социуме. Сравнительные данные двух опросов представлены на рисунке 25.

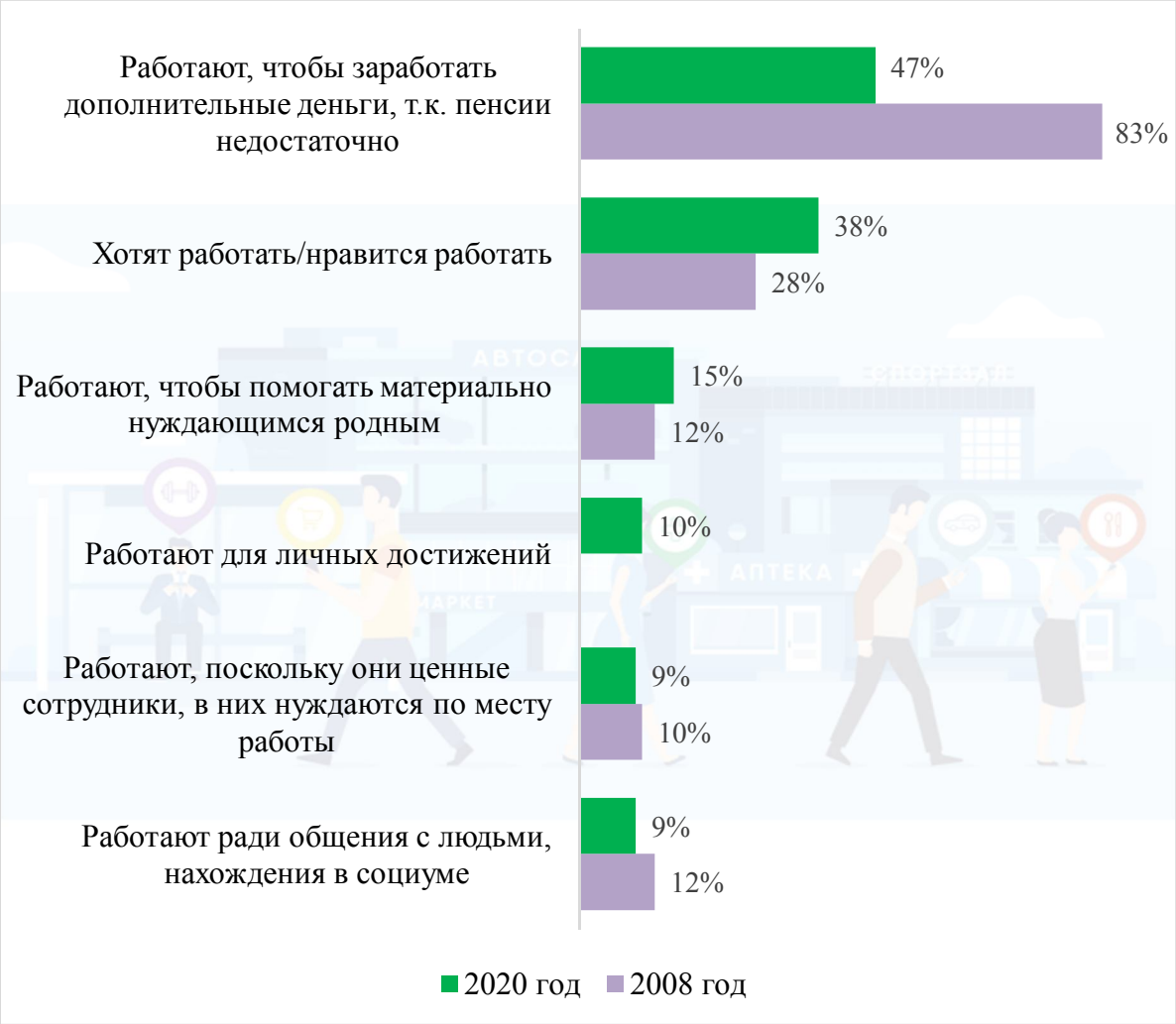


Рисунок 26. Сравнительные данные ответов респондентов о причинах продолжения трудовой деятельности после выхода на пенсию (в 2008 n=207, в 2020 n=162)

Всем респондентам, из числа неработающих пенсионеров (n=967), был задан вопрос: «Вы сказали, что Вы не работаете. А хотели бы Вы работать?», на что 25% ответили «да». В 2008 году таких респондентов было около 10%. Таким образом, в 2,5 раза увеличилась доля пожилых людей, находящихся на пенсии и желающих работать, если бы у них была такая возможность. Эти данные также подтверждаются результатами, представленными на рисунке выше - доля работающих пенсионеров, которым нравится работать, и они желают продолжать работать увеличилась на 10% - с 28% в 2008 году до 38% в 2020 году.

По данным обоих опросов, доминирующее большинство пожилых людей считают, что основным условием продолжения трудовой деятельности является хорошее здоровье, это отметили 82% респондентов в 2020 году и 88% в 2008 году.

Заметно сократилась доля респондентов, отметивших, что для продолжения трудовой деятельности необходимо иметь личные связи и влиятельных родственников (с 26% в 2008 году до 10% в 2020 году). Сравнительные результаты ответов на вопрос «Что необходимо, по Вашему мнению, предпринять, чтобы продолжать трудовую деятельность после выхода на пенсию?» представлены на рисунке 26 в порядке убывания ответов по данным 2020 года.

Рисунок 27. Сравнительные данные распределения ответов респондентов о необходимых условиях, чтобы продолжать трудовую деятельность после выхода на пенсию (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

Анализ ответов в опции «другое», т.е. где респонденты предлагали свои варианты ответов, показал, что наиболее распространёнными являются ответы, что пенсионерам не следует работать, что они должны отдыхать на пенсии, заниматься воспитанием внуков и уступить дорогу молодым специалистам. Представляем следующие по распространённости ответы о необходимых условиях, чтобы продолжать трудовую деятельность после выхода на пенсию:

- ✓ *Быть оптимистом;*
- ✓ *Должно быть высшее образование;*
- ✓ *Желание самих пенсионеров работать;*
- ✓ *Иметь хорошую квалификацию;*
- ✓ *Уметь работать на компьютере;*
- ✓ *Создавать рабочие места для пенсионеров;*
- ✓ *Работа попроще;*
- ✓ *Любовь к своему делу;*
- ✓ *Условия труда для пенсионеров;*
- ✓ *Стабильность;*
- ✓ *Интерес пенсионеров к работе.*

В целом 7% респондентов в 2020 году получали какое-либо образование или проходили курсы повышения квалификации, профессиональной подготовки, тренинги на

протяжении последних четырех недель перед объявлением чрезвычайного положения в стране в связи с пандемией коронавирусной инфекции.

6. Общественная и политическая активность пожилых людей

Исследование 2020 года подтвердило, что большинство пожилых людей являются активным электоратом и принимают активное участие в голосовании на выборах в представительные органы власти: 75% в 2008 году и 74% в 2020 году. Анализ в разрезе социально-демографических признаков показал, что чем старше возрастная группа, тем активнее они участвуют в голосовании на выборах: 55-59 лет – 72%, 60-69 лет – 74% и 70 лет и старше – 81%. Жители сёл (80%) и малых городов (79%) чаще ходят на выборы, чем жители больших городов (67%).

Если в 2008 году из числа не участвующих в выборах половина (50%) сказали, что не интересуется политикой – это было наиболее распространённой причиной, из-за которой пожилые люди не участвовали в выборах, то в 2020 году наиболее распространённой причиной является: «не уверены, что повлияют на результаты выборов» - 40% (в полтора раза больше, чем в 2008 году). Респондентов, не интересующихся политикой, из числа тех, кто не ходит на выборы, в 2020 году около трети (33%). По данным 2020 года увеличилась доля тех, кто не может принимать участие в голосовании по причине плохого состояния здоровья (с 5% в 2008 году до 12,4% в 2020 году). Сравнительные данные ответов респондентов представлены на рисунке 27.

Среди других причин, названных респондентами, наиболее часто встречающиеся: «не приносили бюллетени голосования», «не приглашали на выборы», «не были в списках избирателей», «не доверяю выборам», «нет времени», «нет желания» и «не знаю».

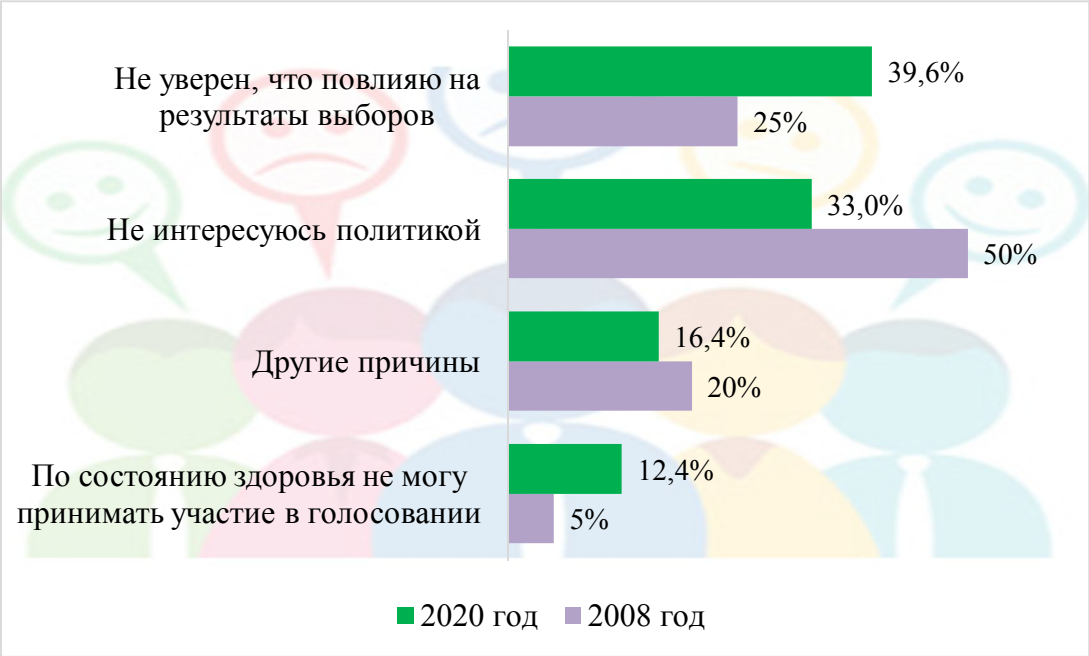


Рисунок 28. Сравнительные данные распределения ответов респондентов о причинах неучастия в голосовании на выборах в представительные органы власти (в 2008 n=375, в 2020 n=555)

По данным опроса 2008 года, о членстве в какой-либо политической партии сообщил 61 респондент, что составило 4% всех участников опроса (1500), по данным опроса 2020 года, число таких респондентов увеличилось до 217 человек, что составило 10,9% от всей выборки (2000). Членство в политических партиях шире распространено среди граждан в возрасте 55-59 лет (15%), среди жителей сёл (14%), среди граждан с высшим образованием (19,2%), среди граждан с хорошим материальным положением (15,8%).

О членстве в каком-либо общественном объединении или неправительственной организации сообщили 46 респондентов (3%) в 2008 году и 62 респондента, что также составляет 3%, в 2020 году.

Если в 2008 году, из числа респондентов, указавших, что они являются членами каких-либо общественных объединений или неправительственных организаций, 18 человек, или 39%, указали, что их организация занимается проблемой развития демократии в стране, то в 2020 году таких респондентов только 7, что составляет 11,3% от числа обозначенной категории. В целом 33% в 2008 году и 16% в 2020 году, сообщили, что миссией их организации является улучшение экономического и социального обеспечения пожилого населения. Вопросами улучшения экономического и социального обеспечения людей с инвалидностью занимались 20% в 2008 году и 10% респондентов – членов общественных объединений и неправительственных организаций в 2020 году. По данным опроса 2020 года появилась категория пожилых людей, ответивших, что общественные объединения, в которых они состоят, занимаются улучшением медицинского обслуживания населения (13%). Остальные респонденты опроса 2020 года, сообщили, что их общественные объединения занимаются следующей деятельностью:

- Адвокатура, защита прав человека;
- Помощь ветеранам;
- Решение вопросов аулов;
- Решение вопросов различных целевых групп (работники образования, пострадавшие на семипалатинском ядерном полигоне, помощь участникам афганской войны,);
- Развитие культурно-досуговой деятельности;
- Решение вопросов экологии;
- Привитие населению здорового образа жизни;
- Противодействие коррупции.

Таким образом, определённая часть пожилых людей отличаются высокой общественно-политической активностью в своих населенных пунктах.

Вопросы по общественно-политической активности были включены в анкету опроса 2020 года для расчёта индекса активного долголетия, распределения ответов на данные вопросы представлены здесь:

1. Пожалуйста, посмотрите внимательно на перечень организаций и скажите, как часто вы добровольно выполняли неоплачиваемую работу в этих организациях на протяжении последних 12 месяцев?

✓ *Общественные и социальные услуги – например, в организациях, оказывающих помощь пожилым людям, молодежи, инвалидам и прочим нуждающимся* - 10% респондентов, хоть изредка, время от времени, выполняют неоплачиваемую работу в этих организациях.

✓ *Образовательные, культурные, спортивные или профессиональные объединения, или ассоциации* - 6% время от времени, выполняют неоплачиваемую работу в этих организациях.

✓ *Общественные движения (например, по проблемам экологии, прав человека) или благотворительные фонды (например, сбор средств, проведение кампаний)* - 6% время от времени, выполняют неоплачиваемую работу в обозначенных мероприятиях.

✓ *Иные добровольные организации* - также 6% хотя бы иногда выполняют неоплачиваемую работу в подобного рода организациях.

В целом, 2,7% респондентов осуществляют неоплачиваемую волонтерскую (добровольную) работу в организациях по крайней мере, один раз в неделю, в том числе 2% мужчин и 3,1% женщин[1].

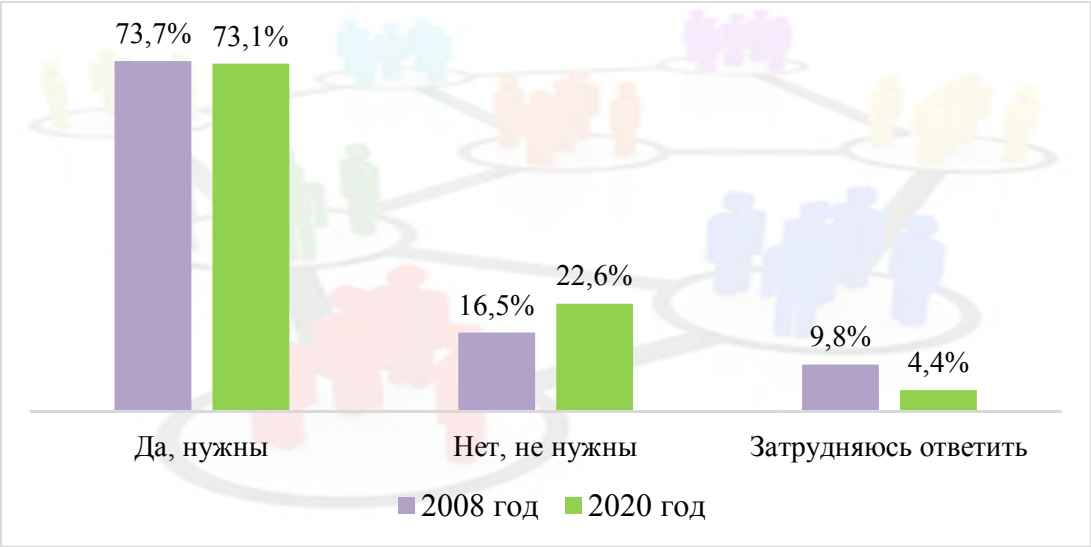
[1] Отчет по результатам технической поддержки в разработке и расчете индекса активного долголетия (Active Ageing Index) для Республики Казахстан. О.В. Синявская. Индикатор рассчитан по базе данных социологического исследования «Оценка социально-экономического положения и потребностей пожилых людей в Казахстане 2020 г.

2. В течение последних 12 месяцев:
   - 6% респондентов участвовали в собрании профсоюза, политической партии или политически активной группы;
   - 0,4% или 8 человек принимали участие в выражении протеста или демонстрации;
   - 1% или 19 человек подписывали петицию, включая и петиции, присылаемые по электронной почте или онлайн;
   - 1% связывались с каким-либо политиком или государственным чиновником, помимо контактов, вытекающих из повседневного пользования публичными услугами.

Значение индикатора участия в политической жизни (доля лиц в возрасте 55 лет и старше, принимающих участие в деятельности профсоюзов, политических партий или политических движений) составило в целом 7,4%, в том числе 7,8% для мужчин и 7,0% для женщин[2].

7. Отношение респондентов к учреждениям для проживания одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста и предпочтения в вопросах проживания с детьми/родственниками или отдельно

С целью определить отношение пожилых людей к учреждениям для проживания одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста, всем участникам опроса задавался вопрос «Как Вы считаете, нужны ли в Казахстане Дома для одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста?», сравнительные результаты ответов на данный вопрос представлены на рисунке 28. Опросы подтвердили, что по-прежнему, большинство пожилых людей (73%-74%) поддерживают необходимость домов для одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста. В то же время, несколько возросла доля тех, кто считает, что такие дома не нужны: с 16,5% в 2008 году до 22,6% в 2020 году. Наблюдаются значимые различия в ответах по данному вопросу, в разрезе семейного положения и национальностей: ответы «дома престарелых не нужны» значительно чаще распространены среди пожилых, состоящих в браке, и среди граждан казахской национальности.



[2] Отчет по результатам технической поддержки в разработке и расчете индекса активного долголетия (Active Ageing Index) для Республики Казахстан. О.В. Синявская. Индикатор рассчитан по базе данных социологического исследования «Оценка социально-экономического положения и потребностей пожилых людей в Казахстане 2020 г.

Рисунок 29. Сравнительные данные ответов пожилых людей на вопрос «Как Вы считаете, нужны ли в Казахстане Дома для одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста?» (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

На вопрос «Считаете ли Вы, что наряду с государственными домами для одиноких пожилых людей и семейных пар, должны существовать и частные, платные дома?» значительно больше респондентов выразило отрицательное отношение к частным, платным домам для престарелых: ответы «нет» увеличились в два раза - с 19% до 38,4%; соответственно значительно уменьшилась доля ответов «да»: с 67% до 53,2% (рисунок 29).

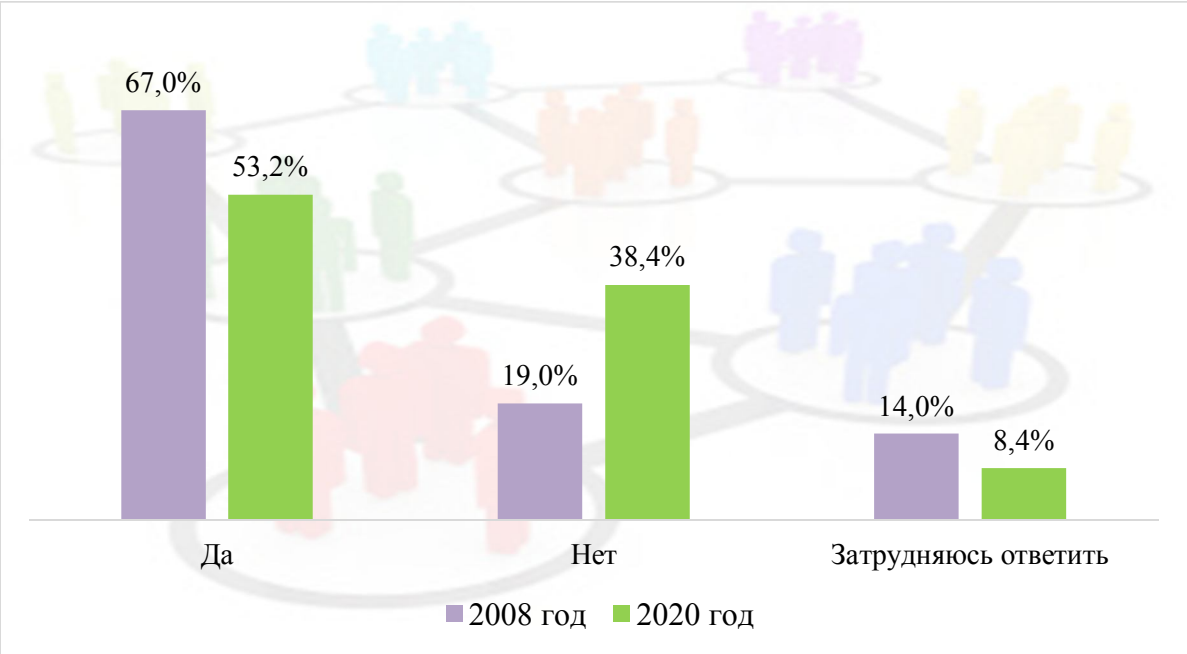


Рисунок 30. Сравнительные данные ответов пожилых людей на вопрос «Считаете ли Вы, что наряду с государственными домами для одиноких пожилых людей и семейных пар, должны существовать и частные, платные дома?» (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

Несмотря на то, что большинство опрошенных пожилых людей (73%-74%) поддерживают необходимость домов для одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста, значительно (в полтора раза) возросла доля тех, кто категорически не допускает, что им придётся воспользоваться услугами этих домов (с 43% в 2008 году до 64,3% в 2020 году). Соответственно, значительно сократилась доля тех, кто однозначно допускает такое предположение – в два раза (с 21% до 10,7%) и тех, кто разделяет мнение, что возможно, в зависимости от сложившейся ситуации, придётся воспользоваться услугами домов для престарелых (с 36% в 2008 году до 22,6% в 2020 году) (рисунок 30). Среди ответов «другое» в 2020 году (2,6%) были отмечены различные рассуждения участников опроса, свидетельствующие, что они затрудняются ответить на данный вопрос, не знают, как сложится их дальнейшая жизнь, отдельные респонденты отметили, что их дети не допустят, чтобы они жили в домах для престарелых.

Анализ данного вопроса в разрезе социально-демографических признаков показал, что возможность воспользоваться услугами домов для одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста значительно чаще допускают те, кто никогда не состоял в браке и у кого нет детей.

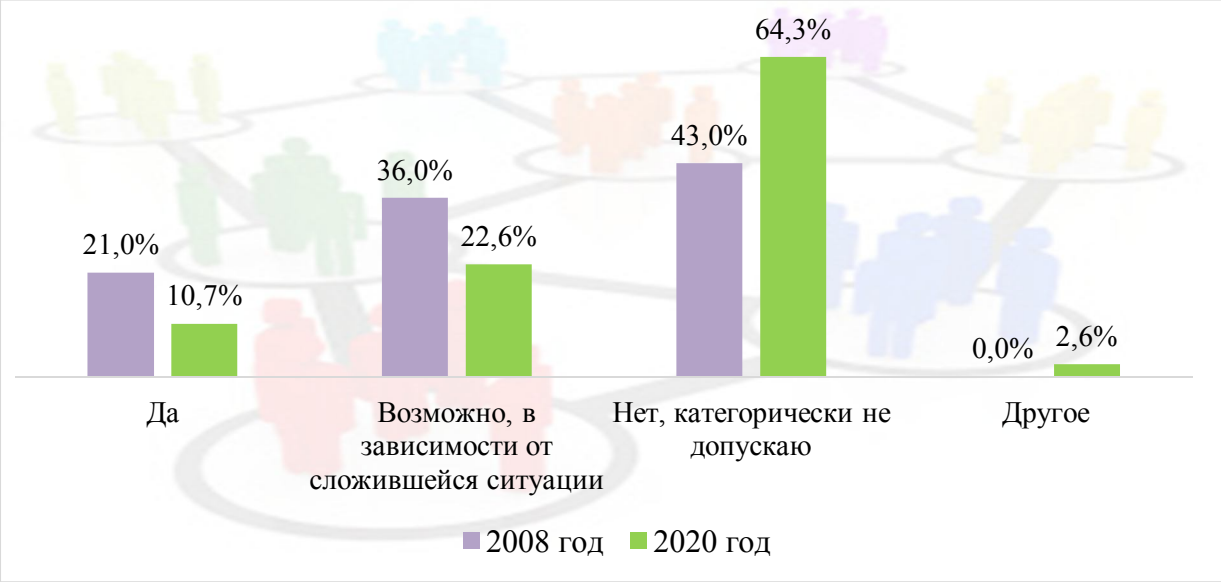


Рисунок 31. Сравнительные данные ответов пожилых людей на вопрос «Допускаете ли Вы, что в будущем Вам придется воспользоваться услугами домов для одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста?» (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

Всем респондентам, кто не допускает, что придется воспользоваться услугами домов для одиноких пожилых людей, была задан уточняющий вопрос, почему они придерживаются такого мнения, данный вопрос открытый, подразумевающий свободные ответы. Анализ всех ответов показал, что в большинстве своём, пожилые люди не допускают возможности воспользоваться услугами домов для престарелых, поскольку надеются на своих детей, внуков, супругов, родственников, что они их не бросят, что не допустят этого, что будут заботиться о пожилых. Отдельные респонденты отметили, что ищут спутников/спутниц жизни, хотят создать брачный союз, чтобы не быть одинокими, надеются жениться/выйти замуж и совместно поддерживать друг друга в старости. Лишь немногие респонденты отметили, что в домах для престарелых - плохие условия содержания, что им там страшно. Также отдельные респонденты отметили о менталитете казахстанцев, что в нашей стране не приемлемо, чтобы пожилые люди жили в домах престарелых, что это чуждо традициям народа, было отмечено, что пожилые люди в нашей стране должны жить в семье, среди родственников, в своём жилье.

По сравнению с 2008 годом поменялись предпочтения пожилых людей по проживанию в семьях совместно с родственниками или отдельно: в полтора раза сократилась доля респондентов, желающих жить отдельно от детей и других родственников (с 37,3% в 2008 году до 23,8% в 2020 году) (рисунок 31). Также сократилась доля желающих жить вместе с детьми: с 59,7% в 2008 году до 49,3% в 2020 году. В то же время увеличилась доля тех, кто хочет жить вместе с внуками (с 1% до 5,9%) и увеличились ответы в опции «другое», где респонденты отмечали различные варианты предпочтений проживания (с родителями; вместе с супругами, с детьми и внуками; со своими родными братьями и сестрами; с друзьями и т.п.), также немалая часть респондентов отмечали, что хотят проживать только с супругами. Об этом отмечали одинокие люди, а также те, кто проживает сейчас с супругами, и не хотели бы ничего менять. То есть, исследования подтвердили, что одиночество для части пожилых людей носит скорее вынужденный характер, в ходе опроса одинокие респонденты отмечали, что тяжело быть одним, они хотели бы встретить партнёров, сойтись с супругами и жить совместно.

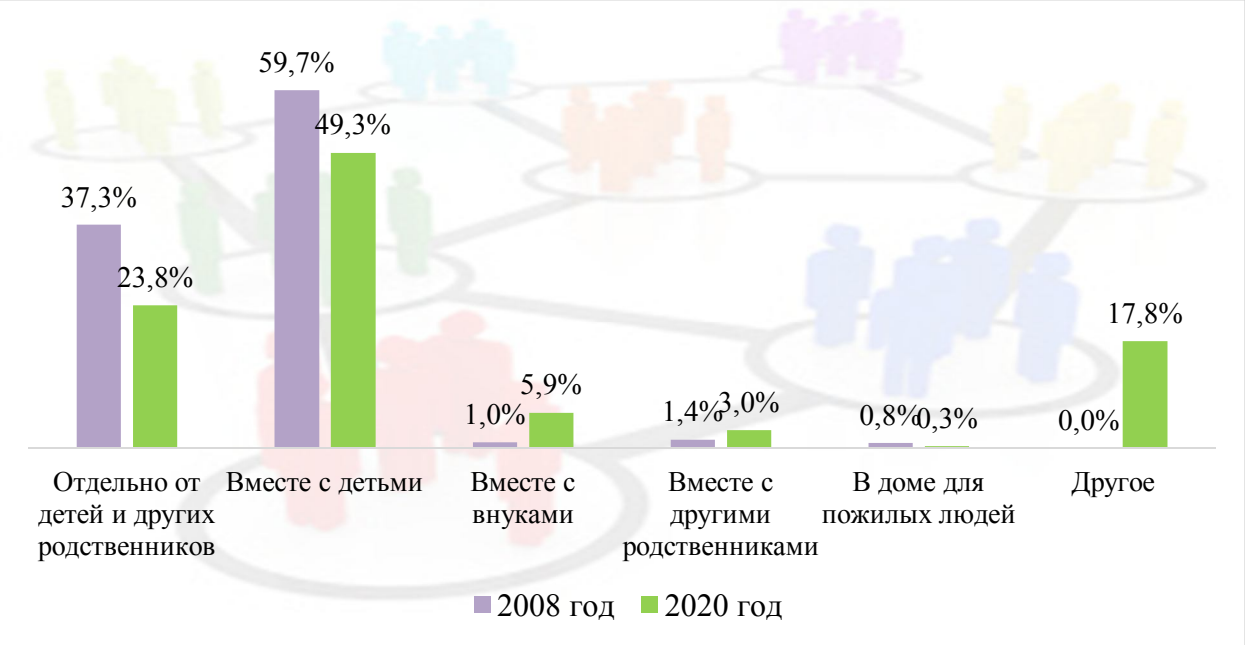


Рисунок 32. Сравнительные данные предпочтений пожилых людей в отношении состава семей (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

8. Проявление различных форм насилия в отношении к пожилым людям

Так же, как и по результатам опроса 2008 года подавляющее большинство респондентов (86% в 2008 году и 94% в 2020 году) указали, что взаимоотношения в их семьях теплые, основанные на взаимных любви, уважении и помощи. Около 5% респондентов в 2008 году и 3% в 2020 году оценили взаимоотношения в своих семьях как прохладные, без взаимопонимания. В целом 3% в 2008 году и 0,5% в 2020 году отметили, что взаимоотношения в их семье - холодные и лишь несколько респондентов (0,5% в 2008 году и 0,2% в 2020 году) сообщили, что взаимоотношения в их семьях - враждебные. Представленные сравнительные данные свидетельствуют, что за эти годы увеличилась доля респондентов, отметивших, что взаимоотношения в их семьях теплые, основанные на взаимных любви, уважении и помощи.

В то же время увеличилась доля тех, кто считает, что в обществе в целом присутствует насилие в отношении пожилых людей: с 45% в 2008 году до 61% в 2020 году.

Изменилось мнение пожилых людей о наиболее часто встречающихся видах насилия в отношении пожилых людей в обществе:

- Значительно сократилась доля респондентов, считающих, что наблюдается грубость и невнимательное отношение со стороны чиновников государственных органов при получении или оформлении различных документов – с 55% в 2008 году до 35% в 2020 году;
- Также значительно сократилась доля респондентов, разделяющих мнение, что существует дискриминация пожилых людей в различных ситуациях со стороны окружающих – с 48% в 2008 году до 28% в 2020 году;
- В то же время возросла доля респондентов, считающих, что наблюдаются преступные действия в отношении пожилых людей, такие как кража, грабеж, мошенничество и др. – с 48% в 2008 году до 54% в 2020 году.

Сравнительные данные ответов респондентов о наиболее часто встречающихся видах проявления насилия в отношении пожилых людей в обществе представлены на рисунке 32.

Рисунок 33. Сравнительные данные ответов респондентов о наиболее часто встречающихся видах проявления насилия в отношении пожилых людей в обществе (в 2008 n=667, в 2020 n=1211)

Сравнительный анализ данных двух опросов показал, что увеличилась доля участников исследования, которые указали, что они никогда не подвергались насилию: с 76% в 2008 году до 91% в 2020 году. То есть значительно сократилась доля опрошенных пожилых людей ответивших, что они подвергались или продолжают подвергаться различным видам насилия с различной частотой: с 24% в 2008 году до 9% в 2020 году (т.е. почти каждый четвертый респондент в 2008 году и каждый 11-тый в 2020 году).

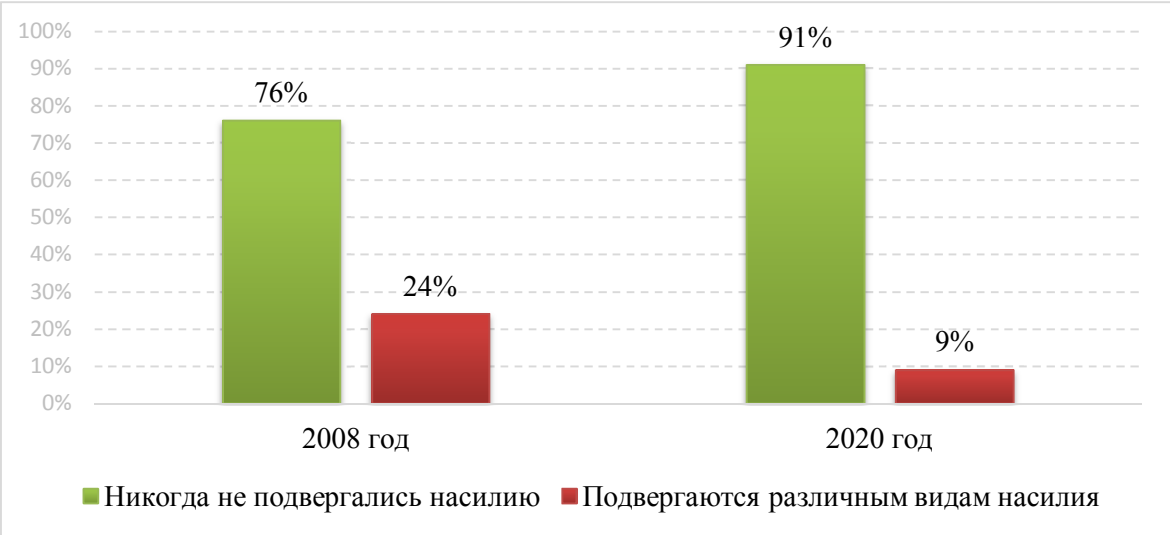


Рисунок 34. Сравнительные данные ответов респондентов о фактах насилия в отношении них (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

Несмотря на положительную динамику изменения мнений пожилых людей о наиболее часто встречающихся видах насилия в отношении пожилых людей в обществе, все же, половина их признает частое проявление преступных действий в отношении пожилых людей, такие как кража, грабеж, мошенничество и др., треть их отмечают грубость и невнимательное отношение со стороны чиновников государственных органов и дискриминацию пожилых людей в различных ситуациях со стороны окружающих.

Домашнее насилие

Распределение ответов респондентов опроса 2020 года на вопрос «Как Вы знаете, проблема домашнего насилия существует во всех странах и люди старшего возраста и люди с инвалидностью, особенно женщины, являются особенно уязвимыми в вопросах насилия. Не могли бы Вы ответить совершаются ли в отношении Вас членами Вашей семьи, с которыми Вы проживаете/поддерживаете отношения, следующие действия?» представлено в таблице 6.

Полученные данные согласуются с данными опроса 2008 года. При уменьшении распространенности всех видов насильственных действий в отношении респондентов в 2020 году по сравнению с 2008 годом, все же, наиболее распространенными остаются различные проявления психологического давления: ругань (18,8% в 2008 году и 5,6% в 2020 году), безосновательные упреки (10,5% в 2008 году и 4,0% в 2020 году), высказывания издевательского и унижающего характера (4,5% и 1,9% соответственно), злоупотребление алкоголем/наркотиками членами семьи, причиняющее беспокойство респондентам (4,6% и 1,9% соответственно), воспрепятсвование общению с родными и друзьями (1,7% и 1,3% соответственно). Значительно реже пожилые люди указывали на факты экономического давления - контроль над доходами и расходами респондентов. Физические формы насилия упоминались респондентами еще реже. Из форм экономического давления наиболее часто респонденты называли контроль над их доходами и расходами (6,4% в 2008 году и 2,5% в 2020 году). Наиболее частой формой физического насилия по отношению к пожилым людям являются ненадлежащий уход, побои и изгнание из дома. Расчет процентов производился от всего числа респондентов (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000). Респонденты могли называть все возможные формы насильственного поведения, которым они подвергались.

Таблица 6. Распространённость различных видов насилия в отношении пожилых людей, в 2008 n=1500, в 2020 n=2000n=2000

Формы насилия		% пожилых людей, подвергавшихся насилию	
		2008 год	2020 год
Физическое насилие	Побои, удушение	1,6%	0,6%
	Угрозы использования оружия или бытовых предметов в качестве оружия	0,5%	0,2%
	Изгнание из дома	1,5%	0,6%
	Насильственное удержание в доме	0,5%	0,5%
	Ненадлежащий уход	2,2%	0,9%
Экономическое давление	Контроль над Вашими доходами и расходами	6,4%	2,5%

	Вымогательство денег на алкоголь или наркотики	3,2%	0,8%
	Требование уйти с работы	1,2%	1%
	Отказ или угроза отказа в оказании материальной помощи	2,1%	0,5%
	Незаконное присвоение имущества	1,7%	0,5%
Психологическое давление	Ругань	18,8%	5,6%
	Высказывания издевательского и унижающего характера	4,5%	1,9%
	Угрозы	3,2%	0,7%
	Безосновательные упреки	10,5%	4,0%
	Воспрепятствование общению с родными и друзьями	1,7%	1,3%
	Порча личного имущества	1,3%	0,7%
	Злоупотребление алкоголем/наркотиками, которое причиняет Вам беспокойство	4,6%	1,9%

Официальные источники информации неоднократно сообщали об участившихся случаях бытового насилия в период карантина в связи с пандемией COVID-19, данная проблема наблюдается во всём мире. Насколько участились случаи насилия в отношении пожилых? С целью ответить на данный вопрос, всем участникам опроса был задан вопрос: «Участились ли перечисленные случаи насилия в период карантина?». Большинство (61,2%) из тех, кто подвергался различным формам насилия (178) сообщили, что нет, подобные случаи не участились, такие ситуации происходят с той же частотой, что и до карантина. Около четверти (24,7%) сказали, что такие ситуации стали происходить реже в период карантина, остальные 14% отметили об учащении случаев насилия в отношении них в период карантина. Различий в разрезе социально-демографических признаков по данному вопросу не наблюдается.

На уточняющий вопрос: «Кто так поступает с Вами?», значительная часть, из числа подвергавшихся насилию, сообщили «супруг/а» (44%), 27% ответили, что насилию их подвергают дети/супруги детей; 11% - другие родственники женского пола; 8,4% - другие родственники мужского пола; 2,2% - внуки; 12,4% респондентов отказались отвечать на данный вопрос. Представленные результаты аналогичны результатам опроса 2008 года и свидетельствуют, что наиболее распространённым является проявление различных форм насилия со стороны супругов по отношению друг к другу.

Значительная часть тех, кто подвергается насилию в семье (178), отметили, что терпят такое поведение в отношении них по причине многолетней привязанности (22,5%), также почти каждый пятый терпит насилие, поскольку некуда уйти, зависит от супруга в плане жилищного вопроса (19,1%), ещё столько же (19%) терпят насилие, т.к. верят, что всё наладится. В целом 15,2% боятся за детей и внуков, ещё 13,5% отметили, что привыкли к такому отношению к ним, 10,7% материально зависят от агрессоров, поэтому терпят

насилие. Почти каждый десятый (9,6%) терпит насилие, поскольку стыдится перед окружающими и знакомыми людьми, либо боится остаться одиноким (9%).

Сравнивая обозначенные данные с 2008 годом, следует отметить, что распространенность некоторых причины, из-за которых пожилые люди терпят насилие, сократились, так значительно сократились доли таких причин, как «привычка» (с 41% до 13,5%), многолетняя привязанность (с 36% до 22,5%), материальная зависимость (с 29% до 10,7%) и страх остаться одному (с 20% до 9%). Немного увеличилась доля ответов (с 15% до 19%), указывающих на жилищные проблемы, пожилые люди терпят насилие, поскольку им некуда уйти, и они вынуждены жить с агрессорами/лицами, причиняющими насилие под одной крышей.

Рисунок 35. Сравнительные данные ответов респондентов на вопрос «Что заставляет Вас терпеть такое поведение в отношении Вас?» (в 2008 n=359, в 2020 n=178)

Среди ответов «другое» были обозначены следующие причины, заставляющие терпеть насилие:

- *Инвалид, не могу дать сдачи;*
- *Это мой родной сын, а что делать?*
- *Любовь друг к другу;*
- *В целях моего благополучия, дети заботятся обо мне;*
- *Бытовые ссоры.*

16 респондентов, что составляет 9% от тех, кто подвергался различным формам насилия (178), отметили, что после такого обращения с ними, им требовалась медицинская помощь. Половина из них (8 респондентов) обращались за медицинской помощью в больницу/поликлинику/фельдшеру. Большинству из них оказали «первую» медицинская помощь (перевязка, уколы и т.д.) (5 респондентов или 62,5%), три респондента отметили, что им проведено обследование состояния здоровья «узкими специалистами», также три респондента отметили, что сообщили об этом случае в полицию, один респондент ответил, что после случая насилия собирал справки, у него взяли анализы на судмедэкспертизу.

Респондентам, которым требовалась помощь после случаев насилия, но они не обращались за ней (8 респондентов), был задан вопрос: «Вы сказали, что Вам нужно было обратиться к врачу, но Вы не стали этого делать. Не могли бы Вы сказать, почему?». Три респондента отметили, что не верят, что им помогут в таких ситуациях, ещё четыре респондента затруднились ответить на данный вопрос, один респондент ответил, что не обращается за помощью, поскольку боится, что станет ещё хуже, некоторые респонденты не придают случаям насилия особого значения.

Только 22 респондента (12,4%), из тех, кто подвергается насилию, ответили, что они обращались к участковому полицейскому или в отделение полиции в связи с угрозами или насильственным поведением в отношении них. Из них 13 респондентов (59%) сообщили, что им была оказана помощь со стороны полиции. Шесть респондентов (3,4%) указали, что в результате обращения в государственные учреждения были заведены административные или уголовные дела, семи респондентам была предоставлена консультация юриста по правовым вопросам, трём респондентам была предоставлена консультация социального работника.

За помощью в общественные организации, обращались только два человека, в результате которой они получили консультацию психолога, один из них сообщил, что была проведена работа кризисного центра / НПО с лицом, совершившим насилие.

Для снижения уровня насилия необходимо, по мнению респондентов, предпринять следующие меры:

- Повысить уровень жизни (45% в 2008 году и 36,5% в 2020 году);
- Бороться с пьянством и алкоголизмом (39% в 2008 году и 23% в 2020 году);
- Повысить материальную независимость членов семьи (35% в 2008 году и 27,5% в 2020 году);
- С мнением о том, что насилие может быть сокращено путем повышения культуры семейных отношений были согласны 29% респондентов в 2008 году и 27,5% в 2020 году;
- В качестве профилактических мер 21% респондентов в 2008 году и 9% в 2020 году назвали специальные меры со стороны государства - принятие и реализация закона и подзаконных актов по борьбе с насилием.
- Формирование гуманных и моральных ценностей в обществе (19% в 2008 году и 16% в 2020 году);
- Информирование людей о своих правах и службах, куда следует обращаться в случаях насилия (10% в 2008 году и 5% в 2020 году).

Участники опроса 2020 года предложили дополнительные меры для снижения уровня насилия (помимо мер, обозначенных выше): проведение общего семейного досуга (15%), воспитывать детей прививая им недопустимость проявления насилия (10%), проводить целенаправленную воспитательную работу с агрессорами и инициаторами насилия (5%).

Рисунок 36. Сравнительные данные ответов респондентов на вопрос «Как Вы думаете, что может снизить уровень насилия в семье?» (в 2008 n=1500, в 2020 n=2000)

Как видно из ответов респондентов, наиболее важными мерами борьбы с насилием респонденты считают повышение уровня жизни и материальную независимость членов семьи, культуры семейных отношений, искоренение алкоголизма, формирование гуманных ценностей в обществе и принятие закона и подзаконных актов по эффективной борьбе и профилактике насилия, а также улучшение информирования о правах и службах, предоставляющих защитные услуги.

На вопрос «Куда, по Вашему мнению, может обратиться человек, который подвергся домашнему насилию?», ответы участников опроса распределились следующим образом:

- В органы МВД (милицию, полицию) – 50%;
- К родственникам, друзьям, соседям – 27%;
- В органы социальной защиты – 9%;
- К психологу – 9%;
- Неправительственные и общественные организации и кризисные центры – 8,4%;
- В суд – 6,2%;
- Мечеть, церковь или иные религиозные учреждения – 4,5%;

– Никуда, и поэтому надо разбираться в каждом случае насилия самому – 26%.

Опрос 2020 года показал, что почти каждый четвёртый (26%) пожилой человек, подвергающийся различного рода насилию, считает, что никуда не следует обращаться, надо разбираться самим. Что лишний раз подтверждает существующее недоверие соответствующим организациям, недостаточную информированность о существующих услугах, а также, что проблема насилия носит латентный характер, трудно проследить истинную статистику проблемы бытового насилия, особенно среди пожилых людей.

9. Степень информированности пожилых людей о государственных программах и системах социальной поддержки

В анкету опроса 2020 года был включен вопрос, по степени осведомленности пожилых людей о государственных программах и системах социальной поддержки в Казахстане: «Скажите, пожалуйста, какие Вы знаете государственные программы и системы социальной поддержки для пожилых людей в Казахстане?». Это открытый вопрос, т.е. респондентам не были предложены варианты ответов, они были полностью свободны в обозначении своей осведомленности по данному вопросу. Около половины респондентов (49,2%) ответили «не знаю» или «затрудняюсь ответить». Около трети (34,4%) респондентов ответили, что для пенсионеров и пожилых людей в целом, нет никаких отдельных программ и систем поддержки от государства. То есть 83,6% респондентов не осведомлены о государственных программах и системах социальной поддержки.

Анализ ответов на изучаемый вопрос, выделил следующие в определённой мере многочисленные ответы, т.е. отмеченные несколькими респондентами (от 3 до 36 респондентов):

- Социальные работники для пожилых / Социальные работники ходят за продуктами/лекарствами, помогают в уборке жилья, по хозяйству пожилым людям (40 респондентов или 2,1%);
- Социальные выплаты (36 респондентов или 1,8%);
- Дома для престарелых (35 - 1,8%);
- Продуктовая корзина (33 - 1,7%);
- Социальная служба/опека пожилых (32 - 1,6%);
- Льготные путевки в профилактории, санаторно-курортное лечение 1 раз в 2 года, путевки в санатории от Акимата (25 - 1,3%);
- Выплата пенсии (19 – 1%);
- Компенсация/помощь/оплата коммунальных услуг (18 - 0,9%);
- Адресная помощь (18 - 0,9%);
- Помощь волонтеров (13 - 0,7%);
- Помощь Совета ветеранов (8 - 0,4%)
- Льготы на проезд в общественном транспорте (7 - 0,4%);
- Скидки на лекарства в аптеках (6 - 0,3%);
- Социальные службы/социальные работники для людей с инвалидностью (5 - 0,3%);
- Путевки в профилактории (5 - 0,3%);
- Бесплатные лекарства и лечение для людей с инвалидностью (5 - 0,3%);
- Квоты на операции пожилым (3 - 0,2%);
- Льготное лечение в реабилитационных центрах (3 - 0,2%);
- Центр долголетия для пожилых (3 - 0,2%).

Отдельные респонденты отметили о следующих программах социальной поддержки для пожилых: выплата дорожных; социальная помощь от сельского совета на «день пожилых» гражданам, которые не могут двигаться и находятся дома; дневной стационар для пожилых; выплата 15000 тенге на коммунальные услуги; предоставляется бесплатное

лечение в профилактории 1 раз в несколько лет; ЦОН оплачивает коммунальные услуги в размере 15000 тенге два раза в год; беспроцентное кредитование.

В целом только 16,4% участников опроса обозначили различные государственные программы и мероприятия социальной поддержки для пожилых граждан страны.

10. Вовлеченность пожилых людей в жизнь общества, оказание помощи и досуговую, спортивную и познавательную/образовательную деятельность

Исследование 2020 года показало, что большинство пожилых людей вовлечены в социальную жизнь ближайшего окружения тем, что оказывают им моральную поддержку (62%) – от ежедневной до 1-2 раз в неделю.

Значительная часть пожилых людей с разной частотой вовлечены в такие мероприятия, как разного рода забота о собственных внуках (38%) и обучение молодежи трудовым навыкам, так называемая передача опыта молодому поколению (33%).

В целом, 45,4% лиц в возрасте 55 лет и старше, занимаются уходом или образованием своих детей, внуков хотя бы раз в неделю, в том числе 45,1% мужчин и 45,5% женщин.[3]

Заботой о людях с инвалидностью или больных членах семьи, соседях, друзьях заняты от 18% до 20% пожилых людей еженедельно. Ещё около 17% заботятся о людях с инвалидностью или больных членах семьи, соседях, друзьях реже, чем раз в неделю. В целом, 25,1% опрошенных респондентов занимаются уходом за инвалидами или больными членами семьи, соседями и друзьями хотя бы раз в неделю (25,2% мужчин и 25%женщин)[4].

Большинство (64%) пожилых людей никогда не способствуют организации дворовых клубов, детских площадок, кружков, секций и т.п. Часто вовлечены в данные мероприятия около 5% пожилых людей, реже вовлекаются около 8% (таблица 7).

Таблица 7. Вовлеченность пожилых людей в социальную жизнь, n=2000

	Ежедневно	Несколько раз в неделю	1-2 раза в неделю	Реже	Никогда	Не применимо
Оказывают моральную поддержку родным	**37%**	**12%**	**13%**	29%	7%	3%
Обучают молодежь трудовым навыкам (передача опыта)	**20%**	**7%**	**7%**	19%	36%	12%
Заботятся и/или занимаются образованием собственных внуков	**19%**	**8%**	**11%**	15%	24%	24%
Заботятся и/или занимаются образованием собственных детей	12%	4%	6%	11%	34%	33%
Заботятся о людях с инвалидностью или больных членах семьи, соседях, друзьях в возрасте до 75 лет	9%	4%	7%	17%	45%	18%
Заботятся об инвалидах или больных членах семьи, соседях, друзьях в возрасте 75 лет и старше	7%	4%	7%	17%	46%	20%
Оказывают материальную помощь родным	6%	4%	8%	51%	26%	5%
Организуют дворовые клубы / детские площадки / кружки / секции	**2%**	**1%**	**2%**	**8%**	**64%**	**24%**

[3] Отчет консультанта О.В. Синявской по результатам технической поддержки в разработке и расчете индекса активного долголетия (Active Ageing Index) для Республики Казахстан. Рассчитано по базе данных социологического исследования «Оценка социально-экономического положения и потребностей пожилых людей в Казахстане 2020 г.

[4] Там же

Таким образом, пожилые люди намного активнее вовлечены в семейные виды социальной активности – особенно в уход за маленькими детьми и внуками, за больными и людьми с инвалидностью, причем гендерные различия участия в этих видах деятельности минимальны.

После снятия ограничений, связанных с пандемией, более половины пожилых людей (57%), желают посещать культурно-досуговые мероприятия, такие как концерты, театры, кинотеатры. Из спортивных мероприятий, значительная часть (38%) предпочитают посещать бассейны. Около трети (30%) предпочли бы посещать библиотеки (рисунок 33).

Почти каждый пятый участник опроса (17%) отметил, что предпочитает спокойную жизнь, находясь дома, без посещения различных культурных, спортивных и образовательных мероприятий. Данные представлены на рисунке 36, это ответы на вопрос «Какие программы/мероприятия Вам было бы интересно посещать, когда закончатся ограничения, связанные с пандемией?», респонденты выбирали несколько вариантов ответов, поэтому общая сумма ответов превышает 100%.

Среди вариантов «Другое» участники опроса называли различные предпочтения по активностям и мероприятиям: ходить в гости, на тои, к друзьям, к родственникам, в мечеть, в церковь, прогулки по улицам, паркам, походы в горы, путешествия внутри и за пределы Казахстана, ездить в санатории, на курорты, посещать кафе, заниматься огородом, хозяйством, ездить на дачу, рыбалку, за грибами, за ягодами, заняться рукоделием, выпечкой, цветоводством и т.п.

Таким образом предпочтения пожилых людей в отношении досуговой, спортивной и познавательной/образовательной деятельности весьма различны, значительная часть предпочитают активный досуг, те кто хочет остаться дома также предпочитают активные занятия по хозяйству. Лишь отдельные респонденты ответили, что хотят сидеть дома и смотреть телевизор.

Рисунок 37. Предпочтения пожилых людей в отношении различных досуговых, образовательных, спортивных активностей (n=2000)

До введения карантинных мер в связи с пандемией COVID-19, пожилые люди с различной частотой проводили время с друзьями, родственниками или коллегами просто так, не по делам. Значительная часть (около 40%) ежемесячно (минимум раз в месяц) проводят подобные встречи, ещё 26% проводят такие встречи еженедельно. Почти каждый десятый респондент отметил, что ежедневно (9%) встречается со своими близкими, другие же очень редко встречаются со своими близкими (11%) (рисунок 37).

В целом 14% никогда не встречаются с близкими людьми. Причём это не зависит от того, живёт ли человек один, или с родственниками, есть ли у него дети или нет, от гендера или возрастной группы. Наблюдаются различия лишь в разрезе типа поселения: жители больших городов, чаще, чем жители других населенных пунктов отвечали, что никогда не встречаются со своими близкими.

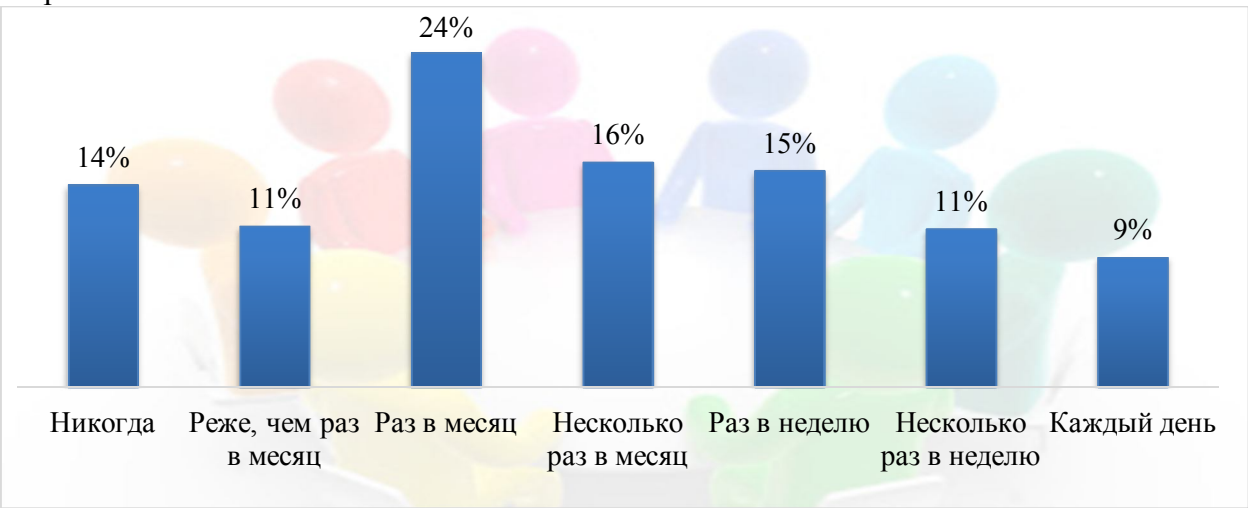


Рисунок 38. Частота времяпровождения пожилых людей с друзьями, родственниками, коллегами (n=2000)

Современные пожилые люди в большей степени владеют навыками пользования интернетом и довольно часто пользуются им (две трети респондентов). Более половины пожилых людей (54%) ежедневно пользовались интернетом за последние 3 месяца (дома, на работе или в любом другом месте). Около трети респондентов (31%) ответили, что совсем не пользовались интернетом за последние 3 месяца. Ещё около 15% респондентов пользовались интернетом с различной частотой (от одного раза в неделю до одного раза в месяц), данные о частоте пользования интернетом представлены на рисунке 38.

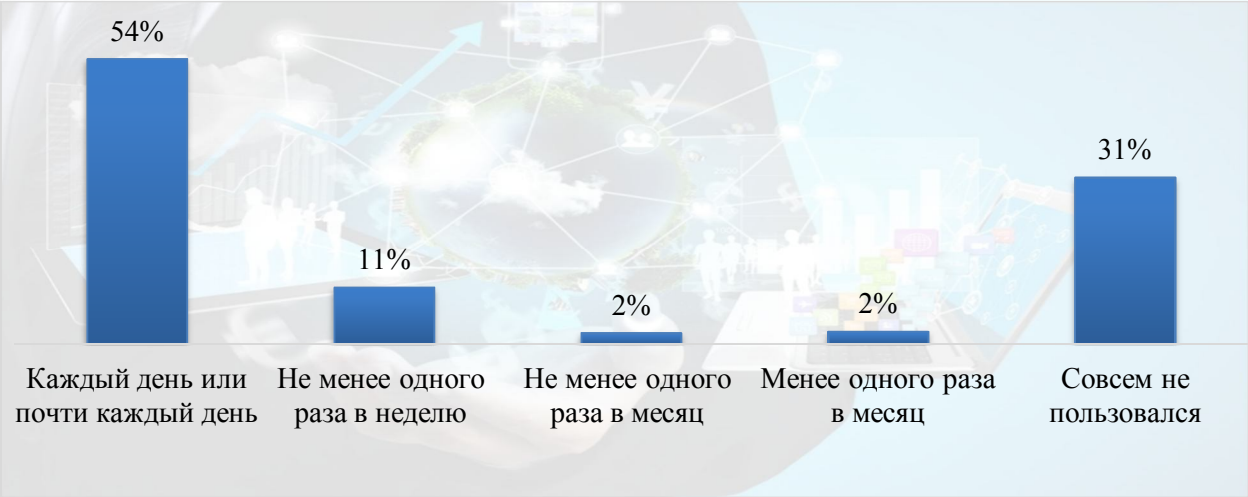


Рисунок 39. Частота использования интернета за последние 3 месяца (n=2000)

Наблюдаются различия в разрезе следующих социально-демографических признаков:

- Гендерных: ежедневное использование интернета шире распространено среди женщин (59%), чем среди мужчин (46%) (рисунок 39);
- Возрастных групп: ежедневное использование интернета значительно шире распространено среди возрастной группы 55-59 лет (67%), чем среди возрастной группы 60-69 лет (51%) и 70 лет и старше (34,5%);
- Типа поселения: каждый день интернетом пользуются респонденты чаще в больших городах (60%) и малых городах (58%), чем в сёлах (45%).

Эти данные также отражают степень охвата пожилых людей услугами интернета.

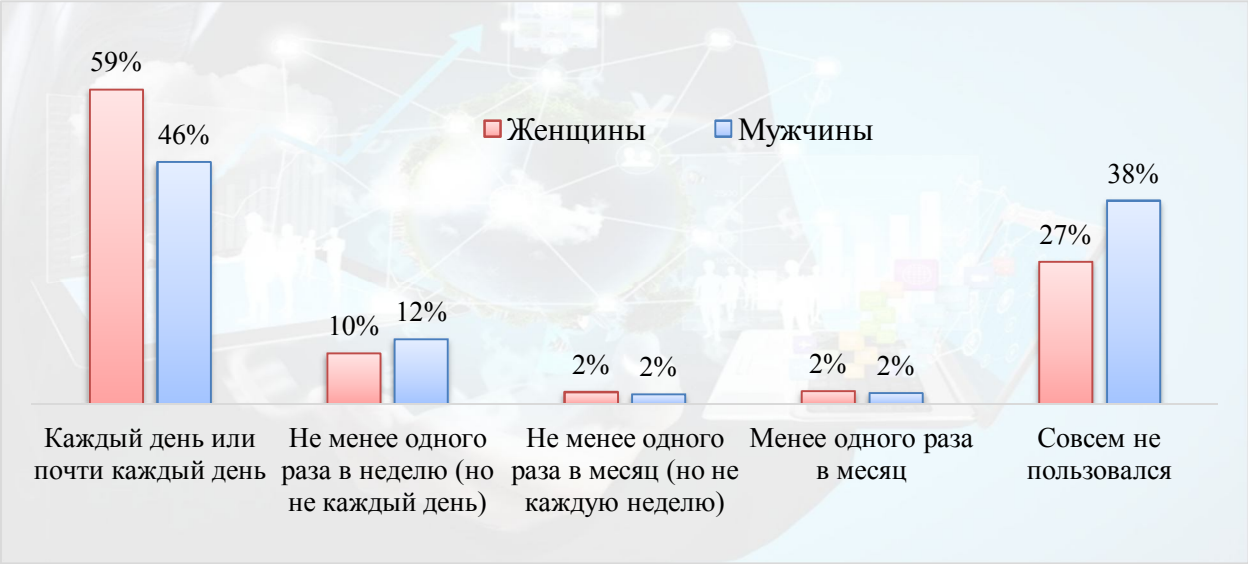


Рисунок 40. Частота использования интернета за последние 3 месяца в разрезе гендерного признака (n=2000)

11. Потребность пожилых людей в помощи и каналах ее получения в условиях чрезвычайного положения, в частности, в ситуации изоляции в связи с распространением короновирусной инфекции COVID-19

Практически все пожилые люди (99%) знают о мерах защиты и правилах профилактики коронавирусной инфекции, лишь отдельные респонденты (15 человек) не знают, что следует не выходить из дома, соблюдать изоляцию, чтобы не заразиться самому и не распространить инфекцию, также (11 человек) не знают, что необходимо чихать и кашлять, прикрывая рот салфеткой, которую надо выбросить в мусор.

Респонденты в основном получают информацию о коронавирусной инфекции из телепрограмм, транслируемых по ТВ (86,4%), из интернета (41,4%) и от близкого окружения (родственники, соседи) (19,2%).

Участники опроса чаще всего отмечали информацию о необходимости носить маски, мыть руки и соблюдать социальную дистанцию – данная информация повторяется многократно и повсеместно, что не заметить её и не быть информированным об обозначенных правилах невозможно. Многим респондентам об этих правилах часто напоминают дети.

Абсолютное большинство (95%) пожилых людей отметили, что им всё понятно из официальной информации о коронавирусной инфекции. Вместе с тем отдельные респонденты отмечали, что им непонятно, откуда взялся этот вирус, что это за болезнь,

непонятно, когда объясняют медицинскими терминами, многие вещи преподносятся по-разному, частая смена условий карантина, некоторая информация противоречивая, например, говорят, что маски носить вредно, и в то же время говорят, что без масок на улицу выходить нельзя, непонятно, как лечить эту инфекцию, нет доверия статистике инфицированных. Таким образом, несмотря на повсеместную и постоянно обновляющуюся информацию о коронавирусной инфекции, некоторым пожилым людям многое остаётся непонятным. Многие участники опроса задавались вопросом - когда закончится эта пандемия?

Всех респондентов спросили: «Имеются ли у Вас средства гигиены для профилактики и защиты от коронавирусной инфекции (мыло, маски, моющие/чистящие средства и пр.)?». Практически все респонденты ответили, что у них есть мыло для мытья рук (99,8%) и они обеспечены защитными масками (99%). В целом, следует отметить, что доминирующее большинство (90%) пожилых людей обеспечены всеми необходимыми средствами гигиены для профилактики и защиты от вируса. Около 10% пожилых людей не обеспечены перчатками, антисептическими средствами для дезинфекции рук или антибактериальными влажными салфетками.

На вопрос «Можете ли Вы приобрести необходимые средства гигиены для профилактики и защиты от вируса?», большинство (92%) ответили положительно и обозначили различные ответы, свидетельствующие о том, что у них есть возможности приобрести необходимые средства защиты:

- Да, есть деньги для приобретения - 55%;
- Да, есть возможность выйти/попросить кого-либо купить - 29%;
- Да, есть в наличии средства в аптеке/магазине - 8%.

Среди отрицательных ответов на выше поставленный вопрос, были обозначены следующие:

- Нет, не хватает денег для приобретения - 4%;
- Нет в наличии средств в аптеке/магазине - 2%;
- Нет, нет возможности выйти/попросить кого-либо купить - 1%.

В целом, 7% респондентов отметили различные барьеры для приобретения необходимых средств защиты от вируса (нехватка денег, нет наличия в аптеках и нет возможности выйти или попросить кого-либо купить).

Среди ответов «Другое» (3%) респонденты отмечали, что нехватка всех этих средств наблюдалась весной 2020 года, затем ситуация стабилизировалась и сейчас нет проблем с приобретением необходимых средств защиты. Кого-то из респондентов обеспечивают всем необходимым дети и родственники.

В чём и в какой помощи нуждались пожилые люди и чего больше всего не хватало им в ситуации изоляции, в связи с распространением коронавирусной инфекции COVID-19? Опрос показал, что значительная часть пожилых людей (41% или 819 респондентов) ни в чём не нуждались.

Остальные 59% респондентов отметили различные потребности, возникшие во время карантинных мер, начиная от материальных затруднений и дефицита лекарств до нехватки живого общения с близкими и родственниками:

- *Дефицит/нехватка/подорожание медикаментов, невозможно купить лекарства (214 респондентов или 11%);*
- *Живого общения с родственниками/близкими/внуками/друзьями (205 или 10%);*
- *Живого общения с людьми (196 или 10%);*
- *Прогулки на свежем воздухе/улице/парках в связи с запретом выхода на улицу (156- 8%);*
- *Материальной/финансовой помощи (132 или 7%);*
- *Полное отсутствие масок в аптеках, недоступные по цене маски (93 или 5%);*
- *Отсутствие нужных лекарств в аптеке в любое время (93 или 5%);*

- *Отсутствие масок, антисептика, перчаток. Невозможно купить маски, антисептик, перчатки (73 или 4%);*
- *Снабжение продуктами, нехватка продуктов (69 или 4%);*
- *Психологической и моральной поддержки (55 или 3%);*
- *Квалифицированной медицинской помощи (55 или 3%);*
- *Отсутствие полной и правдивой информации (50 или 3%);*
- *Продукты/подорожание продуктов (49 или 3%);*
- *Возможность сходить в поликлинику/больницу, были закрыты для приема (45 или 2%);*
- *Качественное обслуживание скорой помощи и своевременный приезд (41 или 2%);*
- *Отсутствие общественного транспорта (40 или 2%);*
- *Запрет на посещение родственников/родных/друзей (40 или 2%);*
- *В бесплатных масках, перчатках, антисептиках (40 или 2%);*
- *Поддержки в ситуации общей угнетенной обстановки, все было закрыто и непонятно (31 или 2%);*
- *Поддержке из-за одиночества (29 или 2%);*
- *Было много негативной информации из-за этого моральная подавленность, страхи (29 или 2%);*
- *Пугал ажиотаж людей и много смертей - не было постоянной моральной поддержки (27 или 1%);*
- *Возможность ходить на работу, работать (28 или 1%);*
- *Социальной поддержки (27 или 1%);*
- *Поддержки из-за страха за родных и близких, переживаний за близких/детей (23 или 1%);*
- *Отсутствие возможности попасть к нужному специалисту в поликлинике в любое время (24 или 1 %);*
- *Возможность продолжать лечение текущих/хронических заболеваний (23 или 1%);*
- *Помощь в покупке продуктов, лекарств (21 или 1%).*

В целом, 23,4% респондентов отметили, что им была оказана помощь/поддержка/материальная помощь. Анализируя ответы респондентов следует отметить, что чаще всего респонденты упоминали государство как источник получения помощи, т.е. в большинстве случаев помощь была оказана от государственных органов. Участники исследования с благодарностью отмечали о том, что они получили денежные пособия от государства, также некоторым пожилым людям была оказана помощь от местных акиматов в виде оплаты коммунальных услуг, материальной или продуктовой помощи и т.п. Полученные ответы респондентов свидетельствуют, что в сложной ситуации изоляции по причине пандемии, наше общество, в большинстве своём сплотилось, неравнодушные граждане не оставили в стороне одиноких пожилых людей, отдельным нуждающимся гражданам почтенного возраста, помимо родственников помогли: соседи, волонтёры, предприниматели, представители общественных объединений, неправительственных организаций и профсоюзных организаций.

Распределение ответов респондентов, получивших поддержку в период карантинных ограниячений (23,4% опрошенных), по источникам получения помощи:

- Местные органы власти оказали материальную помощь – 63%;
- Помощь от родственников – 17%;
- Местные органы власти оказали помощь в оплате коммунальных услуг – 11%;
- Помощь от партии Нур-Отан – 11%;
- Помощь НПО/благотворительных фондов/профсоюзов/религиозных организаций-6%;
- Помощь от местных медицинских организаций – 4%;
- Помощь от организаций/бывших работодателей – 4%;
- Помощь от соседей – 2%.

ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Социально-экономическое положение пожилых людей

Сравнительный анализ данных опросов 2008 и 2020 годов свидетельствует, что социально-экономическое положение пожилых людей в Казахстане улучшилось, что подтверждается следующими результатами анализа сравнительных данных:

- По данным исследования доля респондентов, проживаюших в благоустроенных домах и квартирах увеличилась в 1,8 раза - с 42% в 2008 году до 74,7%в 2020 году; значительно возросла доля проживающих в благоустроенных частных домах – более, чем в три раза (с 10% в 2008 году до 36,7% в 2020 году), соответственно значительно (более, чем в пять раз) сократилась доля проживающих в неблагоустроенных частных домах - с 36% в 2008 году до 6,8% в 2020 году. Таким образом, значительно увеличилась доля пожилых людей, проживающих в благоустроенных домах и квартирах. По-прежнему частично благоустроенные и неблагоустроенные частные дома чаще распространены в сельских населенных пунктах.
- По сравнению с 2008 годом, улучшилось материальное положение пожилых людей, об этом говорят результаты самооценки участников опроса 2020 года: с 8% до 21,9% (почти в три раза) увеличилась доля респондентов, ответивших «Я ни в чем себе не отказываю», также увеличилась доля ответов «На ежедневные расходы хватает, но товары длительного пользования (крупную бытовую технику, дорогую одежду, автомобиль, мебель) приобрести не могу» - с 35% до 45,8%. Вместе с тем в два раза уменьшилась доля тех, кто ответил «Денег хватает только на питание» (с 28% до 13,3%). Вместе с тем, доля респондентов, получающих пенсию, которым «Денег едва хватает от пенсии до пенсии» изменилась незначительно - с 22% в 2008 году до 18,5% в 2020 году, что отражает недостаточный размер получаемых пенсий каждым пятым пенсионером, что значительно повышает риск бедности для них.
- В 2008 году 29% пожилых людей признали, что испытывают значительные материальные затруднения (суммарная доля тех, кто ответил «денег едва хватает от пенсии до пенсии» и «денег не хватает на самое необходимое, нуждаюсь»), в 2020 году данная социальная категория сократилась в 1,5 раза - до 19,2%, что свидетельствует о положительной динамике, и все же почти каждый 5-й пожилой казахстанец находится в затруднительном материальном положении. Что также подтверждается результатами ответов на новые вопросы 2020 года: в домохозяйствах большинства пожилых людей есть возможность оплачивать коммунальные услуги, полноценно питаться, покупать по необходимости одежду и лекарственные препараты, но почти каждый пятый пожилой гражданин (около 20%) находится в затруднительном материальном положении, поскольку нет возможности оплачивать коммунальные услуги и полноценно питаться, не говоря уже о других расходах. Меньше материальных возможностей у тех, кто проживает один и у кого ниже уровень образования.
- Опрос 2020 года согласуется с данными 2008 года, по-прежнему в рационе питания пожилых людей преобладают углеводы, по-прежнему не часто употребляется рыба. Но в целом, наблюдается увеличение доступности необходимых продуктов питания на каждый день, т.е. значительно увеличилась доля пожилых людей, ежедневно употребляющих: мясо - с 28% в 2008 году до 46% в 2020 году; свежие овощи, кроме картофеля – с 44% до 64%; сливочное масло – с 43% до 69%; молоко – с 65% до 74%; фрукты, ягоды – с 25% до 46%; сливки сметану – с 30% до 42%; сыр – с 12% до 33%; рыбу – с 1,5% до 6%.
- Материальное положение пожилых людей различается в разрезе географического признака и семейного положения: по данным 2020 года, доля пожилых людей в затруднительном материальном положении больше в Мангистауской (32%), Западно-Казахстанской (33,3%), Северо-Казахстанской (26%), Атырауской (26%) и

Костанайской (25%) областях. Также в затруднительном материальном положении больше вдовых (23%) и тех, кто не состоял в браке (24%). В 2008 году доля таких респондентов была выше в городах Астана и Алматы (39%), и в Северо-Восточном регионе (36%), и среди одиноких пенсионеров (39%).

- Средний бал оценки уровня субъективной удовлетворенности пожилых людей своей жизнью в целом равен 7,9 баллов из 10 возможных. Он несколько выше среди сельских жителей (8,1), чем среди жителей больших городов (7,7); выше среди состоящих в браке (8,2), чем среди тех, кто никогда не состоял в браке (7,5), вдовых (7,6) и разведенных (7,2). Также степень удовлетворенности жизнью выше среди тех, у кого есть дети (7,9), чем среди тех, у кого их нет (7,3).

Качество и доступность медицинских услуг

По данным опроса 2020 года, значительно увеличилась доля пожилых людей, удовлетворительно оценивающих своё состояние здоровья (на треть - с 59% в 2008 году до 79% в 2020 году). Значительно (почти в 4 раза) возросла доля оценивающих своё здоровье, как «хорошее»: с 5% до 18,6%. Соответственно значительно уменьшилась доля тех, кто оценивает своё здоровье, как неудовлетворительное, это сумма оценок «скорее плохое», «плохое» и «мне нужна постоянная медицинская помощь»: с 42% в 2008 году до 22% в 2020 году. У каждого пятого пожилого человека неудовлетворительное состояние здоровья, что в два раза меньше, чем в 2008 году.

Мужчины чаще оценивают состояние своего здоровья как хорошее – 33% мужчин и 22% женщин, и реже как плохое – 9% мужчин и 14% женщин. В постоянной медицинской помощи нуждаются 12% женщин и 7% мужчин.

Итоги исследования показали, что широкомасштабный медицинский скрининг населения на выявление рака груди, шейки матки и предстательной железы, основной целью которого является выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение его развития, а также факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, проводимый медицинскими организациями по месту жительства, увеличил охват пожилых людей данными обследованиями, о чём свидетельствуют следующие результаты опросов:

- В 2020 году значительно (в два раза) увеличилась доля женщин, которым предлагали пройти обследование на выявление рака молочной железы (с 33% в 2008 году до 68% в 2020 году) и на выявление рака шейки матки (с 29% в 2008 году до 59% в 2020 году). По результатам опроса 2020 года, все, кому предлагались такие обследования, прошли их. Лишь небольшой процент женщин (1-2%) самостоятельно прошли данные обследования, без приглашения со стороны медицинских учреждений.
- В отношении обследования мужчин показатели более низкие: лишь 23% респондентов в 2008 году и 28% в 2020 году, было предложено пройти обследование с целью выявления заболевания предстательной железы; прошли такое обследование всего 17% мужчин в 2008 году, в 2020 году этот показатель увеличился до 28% т. е., практически все мужчины, которым было предложено данное обследование, прошли его.
- Различий в разрезе типа поселения не наблюдается, т.е. профилактическими осмотрами охвачены практически равные доли мужчин и женщин, независимо от их места проживания: в селе, в малом или крупном городе.
- Большинство пожилых людей удовлетворены качеством предоставляемого медицинского обслуживания (62% - в 2008 году и 60,4% - в 2020 году). По результатам исследования 2020 года, на одну треть сократилась доля респондентов, указавших на невнимательность медицинского персонала к пожилым пациентам (с 52% в 2008 году до 38% в 2020 году), и проблему очередей в медицинских учреждениях (с 46% до 34% соответственно). Однако, остается нерешёной за эти годы самая распространённая причина неудовлетворенности качеством предоставляемого медицинского

обслуживания – «нет нужных врачей узкой специализации в ближайшем медицинском учреждении» - 43% респондентов отметили ее в 2020 году и 45% - в 2008 году. Причём, она одинаково распространена в сёлах, малых городах и крупных городах.

- Распространенными медицинскими услугами, доступ к которым остается ограниченным для пожилых людей являются: обследование у специализированных врачей (хирург, кардиолог, окулист, уролог, гинеколог, ортопед, эндокринолог и т.п.), МРТ и компьютерная томография, стоматология, УЗИ различных органов. Основной проблемой является высокая стоимость обозначенных медицинских услуг.

Потребность в помощи

Потребность в физической помощи со стороны других людей значительно чаще распространена среди пожилых людей в возрасте 70 лет и старше (31%), чем среди более младших возрастных категорий (55-59 лет - 16%, 60-69 лет - 22%). Немаловажным фактором является то, что пожилые люди стали более информированы в вопросах сохранения здоровья, стараются полноценно питаться и ведут более активный образ жизни, соответственно сокращается доля тех, кто нуждается в физической помощи со стороны других людей.

Подавляющее большинство респондентов (80% в 2008 году и 69% в 2020 году) указали, что при необходимости посторонней помощи они обращаются к своим детям; значительно меньше респондентов (9% в 2008 году и 12% в 2020 году) обращаются к другим родственникам, и еще реже - к соседям (4% в 2008 году, 2% в 2020 году) и друзьям (2% в 2008 году и 3% в 2020 году). В 2008 году 5% респондентов признали, что в случае потребности в помощи им не к кому обратиться, в 2020 году доля таких респондентов составила 3,4%. По результатам опроса 2020 года только 0,8% респондентов отметили, что обращаются за помощью к социальным службам.

Основным предпочтением в вопросах социальной поддержки, которое обозначили большинство респондентов (85% в 2008 году и 78% в 2020 году) является увеличение размеров государственных пенсий и пособий. Увеличилась доля респондентов, отметивших необходимость сделать медицинские услуги более доступными (с 35% в 2008 году до 48% в 2020 году), что свидетельствует о том, что за прошедшие 12 лет медицинские услуги не стали значительно более доступными для пожилых граждан Казахстана и о том, что у них увеличился спрос на медицинские услуги и потребности в отношении улучшения своего здоровья.

Вовлеченность пожилых людей в жизнь общества, оказание помощи и досуговую, спортивную и познавательную/образовательную деятельность

Исследование 2020 года показало, что большинство пожилых людей вовлечены в социальную жизнь ближайшего окружения. Значительная часть пожилых людей с разной частотой вовлечены в такие виды деятельности как забота о внуках (38%), обучение молодежи трудовым навыкам (33%), оказанием моральной поддержки (62%) - от ежедневной до 1-2 раз в неделю.

Пожилые люди намного активнее вовлечены в семейные виды социальной активности – особенно в уход за маленькими детьми и внуками, за больными и людьми с инвалидностью, причем гендерные различия участия в этих видах деятельности минимальны - 45,4% лиц в возрасте 55 лет и старше, занимаются уходом или образованием своих детей, внуков хотя бы раз в неделю, в том числе 45,1% мужчин и 45,5% женщин.

В целом, 25,1% опрошенных респондентов занимаются уходом за инвалидами или больными членами семьи, соседями и друзьями хотя бы раз в неделю (25,2% мужчин и 25%женщин). Еженедельной заботой о людях с инвалидностью или больных членах семьи, соседях, друзьях заняты от 18% до 20% пожилых людей.

Предпочтения пожилых людей по отношению к досуговой, спортивной и познавательной/образовательной деятельности

66,2% респондентов опроса 2020 года занимаются физической активностью с той или иной частотой – 48,6% каждый день или по меньшей мере раз в неделю, 17,6% - несколько раз в месяц и реже.

После снятия ограничений, связанных с пандемией коронавируса, более половины пожилых людей (57%), выразили желание посещать культурно-досуговые мероприятия, такие как концерты, театры, кинотеатры. Из спортивных мероприятий, значительная часть (38%) предпочитают посещать бассейны. Около трети (30%) предпочли бы посещать библиотеки. Также участники опроса назвали различные предпочтения по социальной активности: ходить в гости, на тои (празднования), к друзьям и родственникам, в мечеть, в церковь, прогулки по улицам, паркам, походы в горы, путешествия внутри и за пределы Казахстана, отдых в санаториях и курортах, посещать кафе, заниматься огородом и личным хозяйством, ездить на дачу, рыбалку, за грибами и ягодами, заняться рукоделием, выпечкой, цветоводством и т.п.

В целом 17% предпочитают вести спокойную жизнь, находясь дома, без посещения различных культурных, спортивных и образовательных мероприятий. Исследование показало, что предпочтения пожилых людей в отношении досуговой, спортивной и познавательной/образовательной деятельности весьма различны, значительная часть предпочитают активное проведение досуга.

Трудовая активность и предпочтения пожилых людей по трудоустройству

Сравнительные данные исследований (2008 и 2020 годов) подтвердили, что абсолютное большинство граждан, вышедших на заслуженных отдых и получающих пенсию, не желают продолжать работать. По данным двух исследований доля работающих пенсионеров не изменилась: 14% в 2008 году и 14,3% в 2020 году. Таким образом, большинство пенсионеров (86%) не заняты оплачиваемой трудовой деятельностью. Респонденты в ходе опроса отмечали, что достаточно поработали в экономически активном возрасте, также было обозначено, что пенсионерам не следует работать, необходимо передать свой опыт и уступить дорогу молодым специалистам. По мнению многих участников опросов, пенсионерам следует отдыхать на пенсии, заниматься предпочитаемыми увлечениями, путешествовать, помогать с воспитанием внуков и т.д.

По данным опроса 2020 года, примерно в два раза по сравнению с 2008 годом уменьшилась доля работающих пенсионеров, указавших, что им приходится работать, чтобы получить дополнительный доход, так как размер пенсии их не удовлетворяет (с 83% в 2008 году до 47% в 2020 году). Вместе с тем, в 2,5 раза увеличилась доля пожилых людей, находящихся на пенсии и желающих работать, если бы у них была такая возможность: с 10% в 2008 году до 25% в 2020 году. Что согласуется с другими результатами: доля работающих пенсионеров, которым нравится работать, и они желают продолжать работать увеличилась с 28% в 2008 году до 38% в 2020 году.

Таким образом, у каждого гражданина, вышедшего на пенсию, должен быть выбор и возможность продолжать трудовую деятельность, если у него есть желание работать.

Общественная и политическая активность пожилых людей

Исследование 2020 года подтвердило, что большинство пожилых людей являются активным электоратом и принимают активное участие в голосовании на выборах в представительные органы власти: 75% в 2008 году и 74% в 2020 году. Анализ в разрезе социально-демографических признаков показал, что чем старше возрастная группа, тем активнее они участвуют в выборах: 55-59 лет - 72%, 60-69 лет - 74% и 70 лет и старше -

81%. Жители сёл (80%) и малых городов (79%) чаще ходят на выборы, чем жители больших городов (67%).

Вместе с тем, проведённые опросы показали, что доминирующее большинство пожилых людей (84%) не проявляют общественной активности и не принимают активного участия в деятельности общественных объединений или неправительственных организаций, об этом свидетельствуют следующие результаты опросов:

- Лишь 3% участников обоих опросов (2008 г. и 2020 г.) отметили, что состоят в каком-либо общественном объединении или неправительственной организации;
- В целом 16% респондентов (2020 год) иногда выполняют неоплачиваемую общественную работу в различных организациях или мероприятиях:
    - организациях, оказывающих помощь пожилым людям, молодежи, людям с инвалидностью и людям в сложной жизненной ситуации;
    - образовательных, культурных, спортивных или профессиональных объединениях/организациях;
    - различных добровольных организациях, общественных движениях.
- 7,4% людей в возрасте 55 лет и старше, принимают участие в деятельности профсоюзов, политических партий или политических движений, в том числе 7,8% мужчин и 7,0% женщин.

Степень информированности пожилых людей о государственных программах и системах социальной поддержки

Опрос 2020 года показал, что абсолютное большинство (83,6%) респондентов не осведомлены о государственных программах и системах социальной поддержки. Соответственно только 16,4% участников опроса обозначили различные государственные программы и меры социальной поддержки для пожилых граждан страны, такие как выплата пенсии, социальные выплаты, компенсация коммунальных услуг, помощь социальных работников, адресная помощь, льготные путевки в профилактории и санатории, льготный проезд в общественном транспорте, бесплатные лекарства и лечение для людей с инвалидностью, дома для престарелых.

Отношение пожилых людей к учреждениям для проживания одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста и предпочтения в вопросах проживания с детьми/родственниками или отдельно

Несмотря на то, что большинство опрошенных пожилых людей (73%-74%) поддерживают необходимость домов для одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста, значительно (в полтора раза) возросла доля тех, кто категорически не допускает, что им придётся воспользоваться услугами этих учреждений (с 43% в 2008 году до 64,3% в 2020 году). Соответственно, значительно сократилась доля тех, кто однозначно допускает такое предположение – в два раза (с 21% до 10,7%) и тех, кто разделяет мнение, что возможно, в зависимости от сложившейся ситуации, придётся воспользоваться услугами домов для престарелых (с 36% в 2008 году до 22,6% в 2020 году).

Пожилые люди не допускают возможности воспользоваться услугами домов для престарелых, поскольку надеются на своих детей, внуков, супругов, родственников, что они не допустят этого и будут заботиться о пожилых родителях. Отдельные респонденты отметили, что ищут спутников/спутниц жизни, хотят создать брачный союз, чтобы не быть одинокими, надеются жениться/выйти замуж и совместно поддерживать друг друга в старости. Лишь немногие респонденты отметили, что в домах для престарелых - плохие условия содержания, что они испытывают страх перед возможностью проживания в них. Также отдельные респонденты отметили о менталитете казахстанцев, что это чуждо традициям народа, чтобы пожилые люди жили в домах престарелых, было отмечено, что

пожилые люди в нашей стране должны жить в семье, среди родственников, в своём жилье. Это мнение пожилых респондентов вполне согласуется с одним из основных условий достойного старения, определенного в Мадридском международном плане действий по проблемам старения, - важность старения на месте (в своем жилище и сообществе), создание возможностей для автономности - пожилые люди имеют право делать выбор и контролировать такие вопросы, как и где им жить, какие отношения поддерживать, как проводить свое время и пр. В совокупности эти факторы определяют автономность пожилых людей, от которой в значительной степени зависят их достоинство, неприкосновенность, свобода и независимость и которая является основным компонентом их общего благополучия.

Проявление различных форм насилия в отношении пожилых людей

Проблема насилия в семье носит латентный характер, поскольку люди избегают общественного обсуждения и осуждения. Мнение социума/сообщества важно для большинства людей, особенно пожилых, которые не желают открыто говорить о случаях насилия в их семьях. Это подтверждается следующими данными: с одной стороны, сократилась (более чем в 2,5 раза) доля пожилых людей ответивших, что они подвергались или продолжают подвергаться различным видам насилия с различной частотой: с 24% в 2008 году до 9% в 2020 году; с другой стороны, увеличилась доля тех, кто считает, что в обществе, в целом, присутствует насилие в отношении пожилых людей: с 45% в 2008 году до 61% в 2020 году.

Значительная часть респондентов, из числа подвергавшихся насилию, сообщили что оно проявляется со стороны супруга/супруги (44%), детей и супругов детей (27%), а также со стороны других родственников (18,4%). Каждый пятый пожилой/ая респондент/ка терпят насилие из-за жилищных проблем, потому, что им некуда уйти и они вынуждены жить с агрессорами/лицами, причиняющими насилие, под одной крышей.

При уменьшении распространенности всех видов насильственных действий в отношении респондентов в 2020 году по сравнению с 2008 годом, все же, наиболее распространенными остаются психологические, эмоциальные и финансовые/материальные виды насилия, пренебрежение которое ведет к потере достоинства пожилых людей, испытывающих насилие.

Опрошенные пожилые люди считают наиболее важными мерами борьбы с насилием повышение уровня жизни и материальную независимость членов семьи, культуры семейных отношений, искоренение алкоголизма, формирование гуманных ценностей в обществе и принятие закона и подзаконных актов по эффективной борьбе и профилактике насилия, а также улучшение информирования о правах и службах, предоставляющих защитные услуги.

Таким образом, данные опроса показали, что проблема проявления различных форм насилия, продолжает присутствовать в жизни многих граждан старшего возраста, так же, как и проблема замалчивания его - большинство людей предпочитают об этом не рассказывать.

В связи с этим, необходимо усиление законодательной базы в сфере защиты от бытового насилия, в том числе, фокусно - по отношению к пожилым людям, и правовые методы их защиты от насилия, улучшение работы по информированию и проведению профилактических мероприятий среди всех категорий населения для снижения насильственных действий в отношении пожилых. Для этого требуется широкая информационная работа по формированию нетерпимости общества к любым видам проявлениям насилия.

Потребность пожилых людей в помощи и каналах ее получения в условиях чрезвычайного положения, в частности, в ситуации изоляции в связи с распространением короновирусной инфекции COVID-19

Доминирующее большинство (90%) пожилых людей обеспечены всеми необходимыми средствами гигиены для профилактики и защиты от короновируса. Около 10% пожилых людей не обеспечены перчатками, антисептическими средствами для дезинфекции рук или антибактериальными влажными салфетками. В целом, 7% респондентов отметили различные барьеры для приобретения необходимых средств защиты от вируса: нехватка денег для приобретения (4%), нет наличия средств в аптеках (2%) и нет возможности выйти или попросить кого-либо купить (1%). В то же время респонденты отмечали, что нехватка всех этих средств наблюдалась весной 2020 года, затем ситуация стабилизировалась и сейчас нет проблем с приобретением необходимых средств защиты, кого-то из респондентов обеспечивают всем необходимым дети и родственники.

Большинство (59%) пожилых людей отметили различные потребности, возникшие во время карантинных мер, начиная от материальных затруднений и дефицита лекарств до нехватки живого общения с близкими и родственниками (подробные ответы о потребностях в условиях чрезвычайного положения представлены в настоящем отчёте).

В целом по результатам двух исследований (2008 г. и 2020 г.) важно отметить, что изменилась сама социальная группа пожилых людей, т.е. сейчас в почтенном возрасте находятся люди, большинство которых достигли относительно хорошего социально-экономического статуса, в определённой степени обеспечили себе благополучную старость. В наши дни больше пожилых людей, которые следят за своим здоровьем, придерживаются здорового образа жизни, стараются соблюдать принципы здорового питания, следят за своим психоэмоциональным состоянием, ведут активный образ жизни в плане физических нагрузок.

Данный факт позволяет сделать вывод о необходимости информирования населения об ответственном подходе для обеспечения своего будущего в пожилом возрасте. Это не только обязательство отчислять пенсионные накопления, но и ответственное отношение к своему здоровью и образу жизни в течение всей жизни. Необходимо придерживаться самосохранительного поведения в рамках которого должно преобладать здоровое питание, положительный эмоциональный настрой, физическая активность, отказ от пагубных привычек. Таким образом повышается вероятность благополучной жизни в пожилом возрасте и активного долголетия. Вместе с тем, в определённой степени снимается нагрузка с близких людей, родственников, детей и внуков, по заботе и уходу за пожилыми. Согласно литературных источников, самосохранительное поведение – это система действий и отношений, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла, на продление сроков жизни в пределах этого цикла. В современных условиях изучению самосохранительного поведения уделяется все большее внимание. В связи с этим социальная оценка здоровья населения приобретает все большее научное и практическое значение. Изучение самосохранительного поведения населения обусловлено тем, что проблема его формирования является весьма актуальной, так как культура самосохранения – важное средство в защите здоровья будущих поколений[5].

Очевидно, что большую актуальность приобретает проблема формирования самосохранительных стратегий поведения населения. Здесь требуется всесторонний подход, где следует быть задействованными всем социальным институтам, ответственным за социализацию и воспитание молодёжи (государственные организации и организации гражданского общества, институт семьи и образования, правовые институты, научно-исследовательские учреждения, средства массовой информации, религиозные сообщества).

[5] М.В. Игошев, Г.М. Игошев, И.В. Верещагин, Самосохранительное поведение как объект социологической науки, 2016 год, https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/43225/1/irdso_2016_32.pdf

РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Социально-экономический и трудовой статус пожилых людей

Для получения более развернутой картины о социально-экономическом положения пожилых людей в Казахстане, их роли в обществе были проведены глубинные интервью с экспертами. По результатам экспертных интервью получен спектр мнений исходя из их опыта работы по вопросам положения пожилых граждан страны, данные представлены вырезками мнений из всех обсуждений.

Эксперты подтвердили высокую актуальность изучения и решения вопросов старения населения отметив, что по статистике в Казахстане число пожилых людей старше 65 лет уже *достигло около 7% значения*, что согласно международной классификации, позволяет относить страну к стареющим странам мира. Стоит отметить, что в целом группа пожилых людей не является гомогенной, имеющей общие характеристики, параметры, условия и потребности. Согласно стандартам Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) есть три категории возраста, для каждой из которых характерны свои особенности и потребности. Первую группу пожилых людей представляют люди от 60 до 75 лет. Это люди, которые вышли на пенсию, которые еще активны и могут самостоятельно себя обслуживать, которые могут и желают занимать активную позицию и в обществе, и в семье. Для этой возрастной группы больше актуальны проблемы адаптации, социализации, сохранения активного образа жизни, общения и проведения досуга. Вторая группа пожилых людей – 75-80 лет, у которых возникают проблемы со здоровьем особые потребности в медицинских услугах, они, как правило, больше времени проводят дома, чем в обществе. Третья группа – это пожилые люди в возрасте старше 90 лет, которые часто нуждаются в паллиативном уходе.

Рассматривая ***позитивные стороны положения пожилых людей в Казахстане,*** большинство экспертов подчеркнули стабильность и гарантированность пенсии, что обеспечивает минимальный гарантированный доход. А также тот факт, что пожилые казахстанцы имеют социальные льготы и поддержку со стороны государства в виде ежегодного повышения размера пенсии.

Также эксперты отметили о наличии достаточно дифференцированной нормативно-правовой базы, государственных программ, сферы услуг, медицинского обеспечения, которые направлены на интересы пожилых людей, включая услуги паллиативной помощи, а также разработанную национальную программу по поддержке пожилых людей «Активное долголетие» и План действий к нему, которые предусматривают «*..поддержку общества третьего возраста и содействие активному вовлечению людей старшего поколения в социальную жизнь страны*».

Часть экспертов также отметили, что в стране *наблюдается позитивная динамика и улучшение качества* предоставляемых пожилым гражданам услуг со стороны государства. В контексте позитивных сторон, эксперты выделили и активизацию деятельности гражданского сектора в области защиты прав пожилых людей, создание различных НПО, занимающихся оказанием социальных услуг пожилым людям, защитой их прав, продвижением интересов и развитием их социальной активности. Общественное объединение "Ардагер", являясь членом международной сети «Эйджнет» инициировал создание «Национальной сети пожилых людей Казахстана», подписаны меморандумы с 32 неправительственными организациями в Казахстане по лоббированию прав пожилых людей, защите их интересов и вовлечению пенсионеров в социальную и образовательную деятельность через семинары и университеты третьего возраста.

Также эксперты отметили тот факт, что *казахские традиции*, связанные с институтом семьи, близкими кровнородственными отношениями, поддержкой пожилых родственников, являются фактором поддержки для пожилых людей. Это позволяет им находиться в кругу семьи, по отношению к ним осуществляют заботу близкие

родственники и их проблемы и потребности не остаются без внимания, и это очень важная черта казахстанского общества: *«В казахстанском обществе существует позитивное отношение к пожилым людям, сохраняются культурные традиции, которые заложены в семье. Очень важным преимуществом является, проживание пожилых людей в семьях, и необходимо укреплять и поддерживать эти традиции».*

Что касается ***негативных аспектов положения пожилых в Казахстане,*** то, в первую очередь эксперты отметили проблемы материально-экономического обеспечения, растущей *бедности пожилых людей*, при этом из-за того, что размер пенсии или пенсионных накоплений существенно отличается у мужчин и у женщин, данная проблема особенно остро стоит для женщин: *«По экономическому положению многие пожилые граждане находится в черте бедности, так как они проживают на минимальную пенсию и во всем себя ограничивают». «Размеры пенсии немного варьируются у мужчин и женщин. Женщины берут декретные отпуска в течение жизни, время по уходу за ребенком или за членом семьи, у многих женщин низкая заработная плата и соответственно ниже уровень пенсии, чем у мужчин». «Для решения проблем бедности, возможно нужно создавать рабочие места с гибким графиком, неполной занятостью, разработать атлас новых профессий с учетом возраста и системные меры по образованию, освоению новых знаний и навыков пожилыми людьми, именно на системном уровне и при поддержке государства».*

Данную проблему можно, в том числе, решать через открытие социальных магазинов и аптек, улучшение работы социальных служб по регистрации всех пожилых людей и проведению мониторинга социально-экономического положения пожилых, и, соответственно, целенаправленное оказание содействия и поддержки.

Значимой проблемой для пожилых людей является и *доступ к получению социальных услуг*. При этом, данная проблема приобретает особую остроту в сельской местности и небольших городах в связи с недостаточной осведомленностью пожилых людей о доступных и полагающихся для них социальных услугах, а также о процедурах их получения (требующейся документации для получения социальных услуг и законодательства). Также эксперты отметили необходимость *увеличения числа реабилитационных центров* по всей стране, учитывая низкий доступ пожилых людей к услугам этих центров, актуальность их месторасположения для обеспечения доступности их для каждого и адаптацию общественного транспорта под нужды людей старшего возраста.

В числе негативных сторон жизни пожилых людей также было акцентировано внимание на *снижение уровня ответственности молодого поколения* в отношении своих пожилых родителей и близких, что отражается на росте обращаемости пожилых людей за получением специальных социальных услуг, на проживание в дома для одникохих пожилых людей. В этой связи экспертами было предложено вводить ужесточение ответственности граждан на законодательном уровне за отказ в поддержке и уходе за пожилыми членами семьи. Аргументами, кроме моральных факторов, также является и увеличение нагрузки на государство. *«Пожилые получают только базовые пакеты здравоохранения и услуг, их стало больше обращаться в систему оказания специальных социальных услуг, в медико-социальные учреждения для одиноких престарелых. У кого есть дети старше 18 лет, они согласно Кодексу «О семье и браке» должны обеспечивать и ухаживать за своими престарелыми родителями. Мы сталкиваемся с проблемами, что престарелые остаются одни, у них есть трудоспособные взрослые дети, но они не поддерживают их, и пожилые не могут получить услуги от государства, потому что у них есть дети, которые обязаны ухаживать. Надо ужесточить ответственность детей на законодательном уровне, дать право родителям подавать на алименты в судебном порядке, но в нашем обществе это считается «стыдно» и «прощается» внутри семьи».*

Особенно остро, по мнению экспертов, стоит вопрос *изоляции, одиночества пожилых людей*, что отражается на их социально-психологическом состоянии. На это также влияет

отсутствие центров досуга для пожилых людей, инфраструктурных возможностей на уровне жилой квартиры, дома, подъезда, микрорайона, города: *«Когда человек выходит на пенсию резко сужается круг общения, и он/она испытывает информационный вакуум. Отсюда возникают социально-психологические проблемы, та же социальная изоляция, одиночество, синдром опустошенного гнезда». «Если их после выхода на пенсию, не оставили на работе или не предложили другую работу, они могут уйти в глубокую депрессию». «Они, постоянно находясь в четырех стенах своего дома оторваны от общества. У нас 49 престарелых людей и из них только 10% позволяют себе выйти в общество, прогуляться, куда-то сходить, поговорить с соседями. Почти 90% не имеют возможности выходить, не могут подниматься на 3-4 этаж, не позволяют проблемы со здоровьем...».* Таким образом, для многих пожилых людей в Казахстане очень важным является **решение проблемы одиночества**, она может быть в некоторой степени решена через создание центров досуга для пожилых, в более широком смысле – через развитие инклюзивной инфраструктуры, которая учитывала бы потребности социально уязвимых слоев населения, к которым относятся и пожилые граждане.

Проблемой является и то, что пожилые зачастую *не осведомлены в новых технологиях*, не умеют пользоваться компьютером, смартфоном, ощущают свою беспомощность в получении услуг. Этот вопрос особенно важен сегодня, когда вводится система электронного правительства по получению социальных услуг, онлайн регистрация в медицинских учреждениях, в банках, переводятся на онлайн формат и обслуживание через различные приложения услуги социальных и медицинских служб, происходит переход к цифровизации по всем направлениям, а большинство пожилых людей ограничены в своих знаниях, навыках, и возможностях в сфере информационных технологий: *«Система получения услуг меняется, совершенствуется согласно мировым стандартам, идет переход на новые технологии, старшее поколение зачастую не могут их освоить. Через портал можно пригласить врача на дом, они не умеют пользоваться порталом, у многих нет компьютеров, смартфонов, нет возможностей, навыков и знаний об этом. В поликлинике, постоянно занят телефон. Сейчас всё можно сделать через различные порталы, начиная от обращения за социальными услугами. ...нужно менять ситуацию, социальные организации должны заниматься этим вопросом, помочь зарегистрировать и получить необходимые услуги». «Пожилые сталкиваются с трудностями при доступе к общественным местам, оплате коммунальных услуг. Самый простой и распространенный пример - это трудности в использовании банковских терминалов и банкоматов. Они просят помощи у окружающих, чтобы провести какие-то операции в терминалах банка, не могут получить талон очереди из терминала, когда приходят в больницу. Электронная система получения купонов в клиниках - большая проблема, а использование ЭЦП, это вообще практически труднодоступная услуга, и никто не решает этот вопрос. Пожилым почти недоступны многие электронные услуги при использовании ЭЦП, а это все риски для них со стороны мошенников».* Таким образом, эксперты отметили, что меры поддержки пожилых людей не системны, не решают весь комплекс проблем, с которыми сталкиваются пожилые люди: *«Более 32% пожилых нуждаются в физической помощи других людей, 66% нуждаются в материальной помощи, 99% людей не желали бы жить в пансионатах для пенсионеров из-за плохих условий проживания».*

При обсуждении вопроса о трудовой активности пожилых людей, эксперты указали, что сохранение трудовой активности является важным условием сохранения активного долголетия пожилых людей. Они обладают уникальными знаниями в области своей профессиональной деятельности, которые важно транслировать молодому поколению. Тем не менее, эксперты констатируют определённые ограничения, которые не дают возможности пожилым сохранять свою трудовую активность. В первую очередь, это *стереотипы и незаинтересованность работодателя* в работниках пожилого возраста. Так, в объявлениях о найме сотрудников, чётко указываются возрастные ограничения. В числе препятствий - отсутствие предложений о работе с гибким графиком работы, что особенно

актуально для пожилых граждан. Значение имеют и стереотипы о пожилых гражданах, как о людях, которые менее трудоспособны, обучаемы и адаптивны.

Так, пожилые люди, по мнению экспертов, в пострудовой период зачастую становятся *инертны в освоении новых знаний, навыков, компетенций, технологий*, что особенно актуально сегодня, в период развития цифровых технологий. С другой стороны, для пожилых не созданы какие-либо возможности и со стороны государства для овладения новыми технологиями и навыками. Так, в стране нет специальных центров поддержки для граждан пожилого возраста по обучению развитию бизнеса, НПО, социально-общественной и волонтерской деятельности. Имеющиеся программы обучения, в частности, бизнес-деятельности не адаптированы для пожилых граждан. *«Если пожилых людей обучить, привлечь и направить, то это большое подспорье государству, семье, самим пожилым. Через НПО можно разработать грантовые программы для их привлечения, организовать курсы по обмену опытом».*

В казахстанском законодательстве отсутствует право увольнения пенсионера с рабочего места, но, тем не менее, подчёркивают эксперты, существует установка относительно занятости граждан предпенсионного и пенсионного возраста: *«Нигде не написано, что при наступлении пенсионного возраста нужно увольнять. Закон так не звучит, что пожилых людей надо увольнять, а просто написано, что в 63 года наступает пенсионный возраст. Нигде не написано «уволить и отправить на пенсию». У каждого должно быть право остаться дальше работать или полностью уйти на пенсию. Увольнение без желания или согласия работника – нарушение его прав, и люди не решаются отстаивать свои права».*

Эксперты отмечали и гендерные особенности трудовой деятельности пожилых людей, когда потеря работы для мужчины, с их точки зрения, более болезненная ситуация, чем, когда работу теряет женщина. Здесь значение имеют, по мнению экспертов, гендерные стереотипы о том, что основное предназначение женщины – семья, дом, а мужчины – обеспечение финансового благополучия семьи. Ситуация осложняется тем, что на сегодняшний день не предоставляются определенные социальные услуги, которые позволили бы гражданам, вышедшим на пенсию, безболезненно пережить уход от профессиональной деятельности: *«Проблема касается тех, кто занят своим любимым делом в профессиональном плане - это сложный уход с работы. У многих есть барьер по адаптации к новому образу жизни и статусу, им нужна помощь и поддержка. В нашем обществе ничего не предпринимается относительно такой поддержки, оказания возможности замены профессиональной активности с дальнейшим продолжением в каких-то досуговых, социальных контактах в свободное время». «Мужчины тяжелее переживают свой уход на пенсию, для них на первом месте стоит работа, он добытчик и работа смысл его жизни. Когда человек достиг пенсионного возраста и для него работа была важна, он может впасть в глубокую депрессию. Очень важна поддержка близких, нужно научить и показать, что в жизни много других интересных занятий по душе».*

Эксперты отметили и **проблему эйджизма**, который подразумевает создание стереотипов и дискриминацию отдельных людей или групп людей по возрастному признаку. Эйджизм может проявляться в разных формах, включая предвзятое отношение, дискриминационную практику или институциональные меры политики и практики, способствующие закреплению стереотипных представлений: *«По трудоустройству, есть некоторый эйджизм по возрасту, так за год до пенсии – это возраст «предпенсионщика». В некоторых организациях не берут в штат пожилых людей, а берут на договор оказания услуг, и в фонд социального медицинского страхования не отчисляются налоги. Есть определённая дискриминация, связанная с возрастом».* В целом, эксперты указывают на стереотипное, шаблонное восприятие старости как периода нужды, зависимости, болезней, отчуждённости, одиночества. Таким образом, несмотря на то, что период пожилого возраста занимает достаточно серьёзный отрезок в жизни человека, эксперты подчёркивают, что его восприятие носит во многом негативный характер: *«Парадокс в*

том, что люди хотят жить долго и счастливо, но почему-то старость в эти параметры у них не входит. Для пожилых, самое важное, это востребованность в семье, в окружении близких, в обществе. Для них почти нет программ, направленных на их поддержку».

Анализируя ***роль пожилых людей в семье***, эксперты отметили, довольно активное их участие в процессе воспитания внуков, в постоянной помощи по всем вопросам семьи, в поддержании родственных отношений: *«Вместе с тем, у них есть определённая нехватка времени, так как заботы по дому и за внуками отнимают значительную часть времени. Они несут большую нагрузку в семье, хотя многие хотели бы больше свободного времени уделять для себя».* По мнению экспертов, роли пожилых мужчин и женщин в семье различаются, на женщин ложится большая часть нагрузки по выполнению домашнего труда и функций заботы.

Но не все эксперты были позитивны в своих оценках роли пожилых людей в семье. Часть из них высказали мнение, что процесс трансформации казахстанских семей, индивидуализация, урбанизация, нуклеаризация семей влияет и на образ жизни пожилых. Так, часть пожилых людей не желают жить со своими детьми и внуками, считая, что остаток жизни нужно провести для себя, в собственное удовольствие. Часть казахстанских семей с трудом терпит присутствие пожилых родителей в своей жизни. Эксперты отметили необходимость развития устойчивых систем вовлечения людей старшего возраста в *разнообразные мероприятия с полным их охватом, с определенным постоянством и активностью, а не одноразовые акции на День пожилых* по остаточному принципу и больше «для галочки».

Оценка эффективности государственных программ

Определенная часть экспертов в целом низко оценивают эффект реализации государственных программ в отношении потребностей и качества жизни пожилых людей в Казахстане. Причинами этого эксперты считают **отсутствие системного, комплексного подхода к проблеме старения** населения со стороны государственных институтов, отмечая, что программы не работают фокусно в отношении пожилых людей. Так, ряд экспертов полагают, что конкретно для пожилых людей нет отдельных разделов в программах, нет эффективности в повышении их качества жизни, а реализуемые меры носят формальный и фрагментарный характер: *«Программы и концепции не учитывают интересы старшего поколения, конкретно не решают их проблемы. Давно нужны конкретные программы с реальными действиями, направленные на пожилых с учётом всех индивидуальных потребностей. Проблема не в качестве реализации, сколько в вопросе приоритетности. Есть меры, но они формальные и фрагментарные».*

Некоторые эксперты, напротив, полагают, что программы предусматривают заботу о старшем поколении, меры, которые могут повлиять на жизнь граждан старшего возраста. *«Концепция «О дальнейшей модернизации пенсионной системы РК до 2030 года», эффективна для поддержания уровня жизни людей, достигших пенсионного возраста. Целью разработки концепции является модернизация пенсионной системы, которая должна обеспечить адекватность достойного уровня жизни в пенсионном возрасте. В рамках Концепции с 1 июля 2018 года пересмотрен порядок методики назначения базовой пенсионной выплаты. Ранее было назначение пенсии всем в одинаковом размере 54% от базовой, сейчас пенсия назначается в зависимости от трудового стажа человека, максимальный ее размер составляет 100% от прожиточного минимума, произведён перерасчёт и сейчас почти в два раза вырос размер базовой пенсии. Ежегодное повышение пенсионной выплаты индексируется с опережением уровня инфляции на 2%. Будут вводится обязательные пенсионные взносы от работодателя с января 2023 года, в рамках модернизации пенсионной системы, дополнительно к 10% отчисления с зарплаты будут перечисляться за счет работодателя пенсионные взносы на индивидуальный счет каждого работника, это увеличит их накопления. Еще улучшение, для базовой пенсии*

учитывается стаж до января 1998 года и после января 1998 года до выхода на пенсию, весь стаж человека учитывается при назначении пенсии, поэтому свои трудовые отношения нужно полностью официально оформлять с работодателем». «В сфере здравоохранения проводятся регулярные скрининги, выдаются бесплатно лекарства, при необходимости проводится госпитализация. Медицинская техника намного вперед шагнула, есть возможности за счет бюджетных средств лечить, провести операции. Каждая государственная программа имеет свои идентификаторы достижения, в большинстве они исполняются, в целом дают положительные результаты».

Также, эксперты отмечают активизацию в отношении повышения качества жизни пожилых и со стороны гражданского сектора, при поддержке государства: *«Сейчас идут изменения в социальной сфере, в условиях пандемии, положение пенсионеров оказалось самым стабильным и защищенным, и в поддержку подключились волонтеры и меценаты. Были проведены информационные мероприятия, пенсионеры получают бесплатные лекарства от участковых врачей, ...открыты клубы долголетия при каждой поликлинике».*

Опрошенные эксперты указали на необходимость **эффективного освещения проблем пожилых людей и активного информирования и разъяснения правительственных программных документов** для пожилых людей посредством деятельности центров долголетия, социальных работников, волонтёров, НПО, СМИ. Показательно, что и большая часть экспертов затруднилась ответить на вопрос о том, какие они знают законы и государственные программы, направленные на поддержку пожилых людей в Казахстане и насколько хорошо они учитывают потребности пожилых людей в республике. Лишь немногие участники исследования смогли указать и назвать дополнительные нормативные документы, регулирующие вопросы положения пожилых людей: *«Есть программа под названием специальные социальные услуги. Согласно приказу № 657, у собеса есть порядок, называемый «паллиативная помощь». В области медицины есть программа под названием «Активное долголетие». «Хочу подчеркнуть важность партийных программ для пожилых людей. Партия Нур Отан всегда проводит различные мероприятия с помощью социальных работников в рамках проекта «Честь ветеранов».*

Эксперты акцентировали, что специальные программы и меры по оказанию поддержки пожилым людям оказываются в крупных городах, а за пределами этих программ остаются малые города и сельская местность: *«...национальный проект «Активное долголетие», сейчас реализуется только в крупных городах Казахстана, в столице. Например, в Восточном Казахстане много санаториев для пожилых людей, если сравнивать с городом Кызылорда и областью, где есть только Дом ветеранов. ... в нашем селе есть только дом для престарелых. Есть активность НПО и Советов Ветеранов в городах, а села вообще не охвачены... для оценки потребностей сельских пожилых людей нужно проводить отдельные исследования».*

Обозначили эксперты и проблему *не систематического оказания помощи* пожилым людям, когда действующие программы имеют определённые сроки, и рано или поздно они заканчиваются, *нет их стабильности и постоянства*. Кроме того, само содержание помощи не дифференцировано, а установленные жесткие стандарты иногда сложно применить к какой-то индивидуальной ситуации: *«Многие из известных программ разовые и не полностью охватывают проблему пожилых, и государственная социальная помощь - разовое мероприятие в рамках определенной программы». «Нет системного охвата, в основном, фрагментарные, чаще проводятся разовые акции, допустим, к 9 Мая и ко Дню пожилых. Нужен системный документ, и этим стратегическим документом может стать национальный план «Активное долголетие».*

Отвечая на вопрос о том, какие категории пожилых людей, по их мнению, получают наибольшую социальную поддержку (пенсионеры с инвалидностью, ветераны, малоимущие), опрошенные эксперты в основном указали, что наибольшую поддержку и меры финансовой социальной помощи оказываются ветеранам Великой Отечественной войны и ветеранам войны в Афганистане, людям с инвалидностью. В *отношении такой*

категории как малоимущие пенсионеры дополнительная социальная поддержка не предусмотрена. В отношении одиноких пожилых людей существует возможность назначения социального работника. *«В первую очередь, это люди с инвалидностью, в период пандемии, они получали дополнительные пособия и продуктовые наборы, которые выдавались местным бюджетом. Одинокие пенсионеры, которые стоят на учете в Собесе и за ними закреплен социальный работник, получают помощь». «Согласно законодательству о государственных социальных услугах, финансовая поддержка оказывается инвалидам, ветеранам ВОВ и ветеранам войны в Афганистане».*

Эксперты отметили слабую информированность пожилых людей в отношении тех льгот и поддержке, которые им может оказывать как государство, так и НПО, и волонтеры: *«... нужно быть в курсе, что тебе полагается и получать свои положенные бонусы от государства. Многие могут получить бесплатный проезд, льготный проезд, бесплатные лекарства».* В данном направлении необходимо проводить комплексные мероприятия для полного и качественного информационного охвата пожилых людей.

Следует обратить внимание на существование такой проблемы как *отсутствие* статистической и аналитической информации о пожилых людях: *«Большая проблема - нет полных статистических и аналитических данных по РК, по различным параметрам и потребностям в отношении пожилых, в разрезе регионов и места проживания. Нужны самые полные и расширенные данные по каждому пожилому, чтобы в будущем при обслуживании и оценке потребностей была составлена карта оценки и потребностей, и оказывалась индивидуальная поддержка и помощь». «Нужна электронная база данных, особенно информация по одиноко проживающим людям и остро нуждающимся пожилым, кому требуется помощь. Эта база помогла бы эффективному взаимодействию всех служб, включая с ПМСП (первичная медико-санитарная помощь). ПМСП – это участковая первичная служба, обслуживают все население, на их уровне нужно формировать такую базу по всем людям, и особенно по пожилым. По территориальному признаку есть социальные службы, но не хватает между ними взаимодействия, нет постоянной работы по обслуживанию пожилых со стороны этих служб, где они могли бы обмениваться информацией, дополнять и отрабатывать их потребности по своим направлениям».*

Многие эксперты комментировали *проблему информационного вакуума*, когда государственные программы, законы, мероприятия для пожилых людей недостаточно освещаются, не продвигаются в СМИ, «не достигают» каждого пожилого человека: *«Информирование должно быть разного уровня. По программе «Активное долголетие» много делается для обустройства в крупных городах, в парках для возможности поддержки здоровья, начиная от беговых дорожек и другое, но не все пожилые знают о данной программе. Очень большая проблема, по оказанию качественных медицинских услуг, которые ведут к качественному и активному долголетию. Недостаток информации и рекламы о том, где пожилой человек может провести свой досуг, применить и проявить себя в каких-то сферах, в самостоятельных видах деятельности после выхода на пенсию».*

Оценка здоровья пожилых людей, доступности и качества, оказываемых медицинских и социальных услуг

В рамках исследования обсуждался вопрос медицинского обслуживания, была дана оценка со стороны экспертов доступности и качеству медицинской помощи (первичной, специализированной амбулаторной и стационарной, высокотехнологичной, скорой, паллиативной, гериатрической) для пожилых людей, оценка изменений за последние годы. Отличается ли доступность медицинских услуг для пожилых в городе и на селе, что стоит предпринять для улучшения качества и доступности медицинских услуг для пожилых людей? На данный блок вопросов мы получили мнения, которые демонстрируют, что медицинские услуги доступны для пожилых, но *качество их оказания недостаточно высокое*, а также *не хватает профессионализма и специализации* по сугубо специфичным

проблемам пожилых людей. Обозначены такие проблемы и потребности в медицинской сфере для пожилых, как:

✓ разделение по зонам потребностей и состояния здоровья пациентов при оказании помощи в медицинских учреждения: «*принимать людей по уровню сложности состояния здоровья»,*

✓ *необходимость ведения патронажа* пожилых людей на дому: *«нужно по определенным параметрам здоровья организовать для пожилого человека медицинский патронаж на дому в обязательном порядке»,*

✓ необходимость развития культуры получения услуг в системе здравоохранения среди всех категорий населения, и особенно среди всех уровней медицинского персонала.

«Качество медицинских услуг оставляет желать лучшего. Профессионализм страдает, недостаточная практика семейных врачей, нужны кабинеты для пациентов пожилого возраста, у них есть свои болезни (физические и психологические) и особенности: тревога, боязнь, страх будущего, смерти». «В рамках гарантированного объема медицинской помощи бюджет ограничен, все лекарства, которые нужны в пожилом возрасте, предоставлены не в полном объеме, и медицинские услуги предоставлены в недостаточном количестве и не на должном уровне. Стоит острый вопрос кадровой политики, недостаточно врачей геронтологов».

Особо остро, с точки зрения экспертов, стоит вопрос **по оказанию паллиативной помощи в Казахстане**, недостаточно количества мест в хосписах, специально обученного персонала, возможности получать эту помощь на дому. Таким образом, существует *высокая потребность получения паллиативной помощи на дому*, которую нужно развивать, а также в учреждениях, нужно развитие и внедрение работы мобильной бригады с мультидисциплинарной командой и комплексным охватом. *«Особо нужно совершенствовать паллиативную помощь, большой спрос в стране, по нашим данным, потребность на уровне больше 60%. Кто нуждается в паллиативной помощи, желают получать ее дома. Говоря о первичном звене ПМСП, там есть мобильные бригады, но требуется совершенствование работы именно мобильных бригад с мультидисциплинарной командой. Мобильная бригада по обслуживанию на дому, комплексный охват - все ложится на плечи ПМСП. Только 8%, по нашим исследованиям, желают получать паллиативную помощь в условиях учреждений. Большинство людей желают получать дома, и нам нужно предпринять меры по осуществлению паллиативной помощи на дому, и это экономически выгодно». «...не развита гериатрическая и паллиативная помощь, нет кабинетов по обслуживанию пожилых. ...только один центр онкологии в городе, где оказывается паллиативная помощь. Нет подготовки до дипломного уровня врачей и соцработников, медсестр, это целая инфраструктура».* Эксперты акцентировали внимание на важности разработки нормативных документов, которые бы регулировали **процесс оказания паллиативной помощи**: *«Нужны документы и нормативные акты, регламентирующие работу паллиативной службы, нужно провести совершенствование самой работы. Служба гериатрической помощи должна быть, начиная с уровня ПМСП, нужно совершенствовать помощь, которая охватывает межведомственные службы, ПМСП и специализированные службы».*

Важной является **проблема оказания медицинской помощи в сельской местности**, где существует острая нехватка медицинских учреждений, специалистов, тогда как в случаях, если они есть, услуги часто оказываются недоступными и дорогостоящими для большей части пожилых людей: *«На селе нет оборудования, специалистов, которые могут оказать большинство услуг на качественном уровне, а в городе более комфортные условия. В городе больше возможностей, можно получить все виды процедурных услуг, есть все специалисты, есть частная медицина за деньги или за пожилых могут заплатить близкие». «Большинство клиник платные, для сельчан многое недоступно, нет хорошего сервиса и качественного лечения на местах, чаще всего надо ехать в город. На уровне сел*

нужно внедрять свою систему обслуживания и перенаправления в город на бесплатное обслуживание».

Многие эксперты говорили о существовании такой проблемы как **равнодушие со стороны медицинского персонала**, отсутствие вовлеченности в проблемы пожилых людей, о слабой профессиональной этике врачей и медперсонала: *«Качество услуг связано с этической составляющей, ее надо воспитывать, формировать, все начинается с подготовки специалиста в вузе. Нужно включать этику в систему профессиональной подготовки. Очень много проблем идут от равнодушия, невнимания медперсонала, а это влечет за собой низкое качество обслуживания, и часто уход человека из жизни, так как не было оказано вовремя специализированное медицинское внимание». «В нашей больнице мало неврологов и кардиологов, мало врачей, оказывающих паллиативную помощь. Многие в домах престарелых не могут встать с постели из-за плохого состояния здоровья, а врачи и персонал посещают их нечасто».*

Для оказания качественных медицинских услуг пожилым людям необходима *подготовка междисциплинарных специалистов, специальные программы подготовки в медицинских вузах*, программы переподготовки и повышения квалификации социальных работников, психологов, медсестёр. Эксперты подчёркивают важность налаживания *межведомственной коммуникации* между Министерством труда и социальной защиты населения РК, Министерством здравоохранения, Министерством образования: *«Нужны системные стратегические действия, начиная от подготовки междисциплинарных специалистов: социальные работники, психологи, медсестры. Нужны программы специальной подготовки для оказания помощи в медицинских колледжах, в университетах при подготовке социальных работников, психологов, поскольку данный контингент имеет свои особенности при оказании им медико-социальной помощи. Нужны эффективные взаимодействия в системе здравоохранения, именно системная переориентация, системная работа, начиная от первичного звена. Специализированная помощь, на уровне ПМСП должна усовершенствоваться, начиная с работы гериатрического кабинета. В мультидисциплинарную команду должны входить врач общей практики, гериатр, социальный работник, психолог, медицинская сестра. Специфика состояния пожилого пациента, возраст ассоциированный, который требует именно специализированной помощи, которую организует гериатр совместно с узкими специалистами по потребностям, с психиатром, с неврологом, со специалистами паллиативной сферы, с онкологами и т.д. В первую очередь, нужно учитывать индивидуальные потребности каждого пожилого пациента».*

Также эксперты подчеркнули необходимость **создания и развития гериатрической помощи** в лице комплексной помощи врачей, медсестёр, психологов, психиатров: «*Нужно развивать гериатрию, есть стандарт оказания гериатрической помощи, но сам менеджмент системы здравоохранения требует изменений. Гериатр должен быть, хотя бы один на поликлинику, должен быть обученный персонал, как гериатрическая медсестра. Нужно врачей и средний медицинский персонал готовить к особенностям ухода и обслуживания пожилых, знать потребности и физиологические особенности».*

Экспертам был также задан вопрос о том, какие меры по поддержке здоровья пожилых реализуются в Казахстане и в регионах. В этом ключе, участники исследования указали на работу в ряде регионов страны НПО, которые посредством совместной деятельности с государственным структурами, оказывают поддержку пожилым людям. Основная работа сосредоточена в области оказания дополнительных медицинских консультаций, сферой досуга и развития. *«В поликлиниках проходят дни открытых дверей для пожилых, предоставляются услуги кардиологов, неврологов и психологов, проводится пропагандистская работа по профилактике здорового образа жизни. Правильное питание, профилактика диабета, проводят школу здоровья, какие-то бесплатные занятия по физической нагрузке. Сейчас много школ психологического здоровья, очень актуальна школа ментального здоровья». «Общественный фонд разработал концепцию,*

Акимат поддержал идею поддержки пожилых и поручил своим структурным подразделениям разработать проект. За счет финансирования Акимата города было создано несколько центров «Активного долголетия» по 6 районам Алматы. В этих центрах оказывают следующие услуги: скандинавская ходьба; лечебная йога; курсы компьютерной грамотности и пользования смартфона; языковые курсы; трудотерапия; психологические тренинги; социально–правовые, экономические консультации; мастер-классы, тренинги по оздоровлению; социально-досуговые мероприятия; консультации врачей-геронтологов; тренинги психолога-кенезиолога; тренинги психолога по системе самооздоровления; лечебно-оздоровительная гимнастика Айкуне; нейробика; классические и современные танцы; шахматы, нарды, домино; рисование, живопись и графика; хэнмейд (вязание, вышивание, поделки); киноклуб; экскурсии по городу и Алматинской области; техника укрепления памяти «Путешествия по музеям мира».

Тем не менее, по мнению части экспертов, данной работы недостаточно: «*Помощи недостаточно, социальные услуги не полностью развиты, еще много вопросов, которые нужно дорабатывать и серьёзно внедрять, учитывать все особенности, глубже изучать их проблемы и потребности».* Большая часть экспертов убеждена, что только *государство должно нести основную ответственность за обеспечение пожилых людей социальными услугами*. Часть экспертов объясняют свою убеждённость тем фактом, что в отношении пожилых людей часто бывают случаи мошенничества, и такие факты не формируют доверия ни к НПО, ни к волонтёрской деятельности: *«Однозначно только государственные службы, есть определенные гарантии, ответственность. ...неизвестно какие цели могут быть со стороны других организаций и лиц, многие не знают этих волонтеров или какие-то службы. Пожилые опасаются, есть разного рода мошенники». «НПО оказывают волонтерскую помощь, за последнее время появился общественный фонд «Biz birgemiz», но степень доверия пожилого человека к такого рода организациям низкая. Они доверяют только конкретно проверенному специалисту, которого точно знают, и он приходит от отделения социальной помощи на дому. Особенности пожилого человека связаны с осторожностью к возможному мошенничеству по отношению к ним. Нужно больше расширять штат работников государственных отделений социальной помощи на дому, чем НПО в этой сфере, у них высокий уровень доверия к государственным службам».* Вместе с тем, существуют примеры достаточно *успешного опыта работы НПО* по стране в рамках государственного социального заказа, которые давно работают в сфере, с востребованным спектром услуг, которые сами заинтересованы в оказании качественных услуг.

По мнению экспертов, данную эффективную практику с реальными результатами нужно развивать в регионах. *«Наше НПО работает в сфере оказания специальных социальных услуг с 2016 года, есть полустационар для одиноких пожилых людей, центр дневного пребывания без проживания, обслуживаем город и прилегающие районы в пригороде, для инвалидов и людей преклонного возраста неспособных к самостоятельному обслуживанию. Работаем на основании стандарта оказания специальных социальных услуг, есть 8 видов услуг разностороннего формата, есть все специалисты, мы заключили договора по медицинскому обслуживанию. Центр живет за счет государственного социального заказа и собственных средств. ... спрос большой, и к нам очередь, обязательно ежедневное посещение, как на работу, и никто по собственному желанию уходить не хочет. Во-первых, есть психологическая служба, работают психологи, арт терапия, консультации. Проблемы пожилых, это отсутствие друзей, проблемы со здоровьем, с досугом, недостаток финансовых средств, семьи, ресоциализация, люди замыкаются в своих четырех стенах, при этом полны потенциала, чтобы приносить пользу».*

При оценке вопроса по дополнительным видам социальной поддержки пожилых людей, эксперты указали, что существует целый ряд проблемных сфер, которые взаимосвязаны между собой. *Важным является вопрос создания базы данных пожилых людей с определением их потребностей в каждой точке страны, карты их нуждаемости*

для ежедневной работы медицинских и социальных служб. Особенно остро стоит вопрос доступа к качественным медицинским услугам на уровне всех типов населённых пунктов, решение жилищных проблем, проблем самореализации пожилых людей: *«Есть часть людей, которая имеет потребность в улучшении жилищных условий. Нужно сейчас создать базу данных всех пожилых людей, в каждом регионе сделать карту нуждаемости. Сейчас идёт модернизация социального обслуживания и развитие сферы социальных услуг в зависимости от потребностей».*

Учреждения для проживания пожилых граждан: оценки экспертов

Большое количество комментариев от экспертов было получено на вопрос относительно того, что они думают об учреждениях для проживания одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста, какие положительные и отрицательные стороны могут отметить, что необходимо предпринять для улучшения условий проживания в учреждениях подобного рода. В качестве **основных положительных сторон**, эксперты указывали на тот факт, что данные учреждения *дают возможность одиноким пожилым людям не страдать от социальной изоляции и одиночества*. Также подобные учреждения, по мнению экспертов, помогают семьям, которые по разным причинам, не могут ухаживать за пожилыми людьми, часто страдающими тяжелыми заболеваниями.

Таким образом, эксперты отмечают, что потребность в такого рода учреждениях и их видах помощи, является высокой, поэтому необходимо *развивать их деятельность, улучшать условия и качество предоставляемых в них услуг, а также поддерживать возможность работы как государственного, так и частного сектора* с целью предоставления возможности выбора согласно потребностям общества: *«Такие учреждения нужны, если нет родных и близких. Преимущество - в основном туда определяют людей, которые остались без ухода, это облегчает состояние пожилого человека, он не один». «Нужны, там им оказывают медицинскую помощь, ухаживают, заботятся о них». «...у каждого по-разному складывается судьба. Хочу про себя сказать, когда наступит такой момент, хочу прибегнуть к таким службам, нежели зависеть от родственников, у них своя жизнь. Есть положительный зарубежный опыт, когда свою пенсию отдают этим службам, а службы обеспечивают достойную старость, достойное качество жизни. У нас эта помощь в основном оказывается государством».*

Некоторые эксперты отметили основные приоритетные направления и спектр услуг, оказываемых в социальных учреждениях для пожилых людей, которые полностью обеспечены государственной поддержкой, отмечая, что в данных учреждениях высокая заполняемость: *«По стране 45 медико-социальных учреждений на 1 января 2020 года, там проживает больше 5000 престарелых людей. Есть стандарты, которые регулируют качество, объем предоставляемых 8 комплексных услуг необходимых для поддержания качества жизни пожилых людей: социально-медицинские, социально-бытовые, трудовые, экономические, правовые, психологические, педагогические, культурные. Эти медико-социальные учреждения на государственном обеспечении, и туда входит проживание, питание, с пожилыми работают психологи, по состоянию здоровья работают медики».*

Несколько экспертов отметили некоторую дискриминацию в отношении пожилых людей, проживающих в медико-социальных учреждениях, когда они *лишаются дополнительных выплат, пособий,* они им не назначаются. Эта ситуация рассматривается как несправедливая и самими пожилыми людьми: *«Люди, проживающие в медико-социальных учреждениях, не получали от государства ничего, для них учитывается только базовая пенсия. Дополнительные пособия не выдаются, им не дали 50 тысяч тенге от Нур Отана, они не получили по 200 тысяч тенге на 9 Мая. У всех удерживают часть пенсии, со всех одинаковая доля, нет никаких разделений. Эти удержания идут на приобретение лекарственных препаратов, санитарно-гигиенических предметов, сезонной одежды, на медицинские услуги для них. Но проживание, питание, коммунальные услуги, за это с них*

не удерживают ничего». «Наш контингент пожилых считают несправедливым то, что выделяются различные виды поддержки и доплат пенсионерам, а им нет, и у всех одинаково государство удерживает с пенсии, всех под один стандарт одевают и обеспечивают, вообще нет индивидуального подхода. Некоторым хотелось бы жить по одному, иметь свою комнату, люди возмущены, за свои заслуги, они имеют право получать дополнительное внимание». Некоторые эксперты отметили существование некоторой дискриминации в отношении пожилых людей, проживающих в учреждениях, в том, что с них удерживается со стороны государства пенсионные начисления в размере 70% у всех категорий независимо от их трудового стажа и любых параметров: *«Со всех получателей услуг с 2016 года, государство удерживает 70% пенсии, эта сумма идёт на государственное обеспечение в учреждении. Отрицательная сторона в том, что, например, один человек всю жизнь не работал, был лицом без определенного места жительства и государство назначило ему какую-то сумму пенсии по старости, а другой человек всю жизнь работал, заработал свою пенсию, и тоже попал в Дом престарелых. У обоих удерживается 70% с пенсии, суммы пенсий у них разные, но процент удержания стандартный, и в дальнейшем они будут получать стандартные услуги, хотя вклад и трудовая активность разная, нет дифференцированного подхода при удержании пенсии с получателей услуг».* Как отметили эксперты по этому поводу были проведены разъяснительные мероприятия среди пожилых людей в отношении удержания части пенсионных выплат с каждого проживающего в социальных государственных учреждениях.

Упоминали специалисты и *проблему государственного обеспечения центров* для пожилых людей, когда их обеспечение подчиняется Закону о государственных закупках, где основным принципом является экономия бюджетных средств, и данную практику нужно пересматривать и усовершенствовать: *«...через государственные закупки должны одевать и обувать пожилых в учреждении, всех под одну планку, они все носят одинаковые вещи. ...нет индивидуального подхода, по государственным закупкам не можем на 10 человек брать платья разного фасона и качества. По правилам государственного закупа, выигрывает низкая цена, и чаще всего товары низкого качества, многие пожилые не довольны. Нужен индивидуальный подход, люди живут в учреждении и хотят выбора по вещам, предметам гигиены, подхода к ним».*

Отметим мнение эксперта, который указал, что существует культурная специфика отношения общественного мнения, СМИ к учреждениям для проживания одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста, и оно скорее неодобрительное, осуждающее, чем принимающее и поддерживающее: *«Мы центрально-азиатская страна, патриархальная в некоторой мере, где в основном превалируют семейные ценности, тесные родственные связи, своя особая ментальность, и она играет отрицательную роль. Многие, если хотят получать услуги этого учреждения, они боятся осуждения со стороны родственников, со стороны общества. Это мы видим в СМИ, там больше акцента, что эти учреждения не нужны и их нужно закрывать. Но не все люди пожилого возраста могут быть охвачены помощью со стороны служб собеса на дому или со стороны родственников, поэтому нужны такие учреждения. Отрицательная сторона - это психологическая нагрузка для человека, который больше испытывает осуждение общества в отношении учреждения».*

Многие эксперты говорили о сложностях оказания социальных услуг для пожилых людей, которых по стандартам восемь, так как разные социальные учреждения имеют разные возможности и не всегда все услуги оказываются в полной мере. Кроме того, в социальных учреждениях совместно проживают как пожилые люди, так и люди с инвалидностью в возрасте старше 18 лет, и те, кто нуждается в паллиативной помощи, кто остался без попечения родственников, без жилья. И такая разнообразная аудитория достаточна сложна для оказания социальных услуг в одном учреждении, каждая имеет свою специфику, и такая картина практически во всех государственных социальны учреждениях:

«В нашем учреждении проживает 294 человека, в основном одинокие пенсионеры, среди них есть пенсионеры, у которых есть дети в Казахстане и за его пределами. Люди, у которых есть дети, проживают на платной основе. Также есть люди с инвалидностью 1-2 группы старше 18 лет, они проживают на бюджетной основе. Пожилые люди – это букет хронических болезней. У нас имеется паллиативное отделение для людей, которые очень сильно нуждаются в постороннем уходе. В социально-медицинском учреждение из 8 видов услуг, гарантированных государством, мы оказываем 7 видов услуг. Это: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-культурные, социально-трудовые, социально-психологические, социально-правовые и социально-экономические услуги. К нам попадают люди, которые не имеют жилья, есть люди, которые из-за трудных жизненных ситуаций оказались на улице, есть люди занимавшие довольно выслкие должности, с высшим образованием, интеллигенция. На платной основе проживают пожилые, которые не ужились со снохами, с зятем, мешали кому-то, а есть люди, которые сами изъявили желание к нам прийти, остались одни».

Эксперты отметили **объективную необходимость обеспечения социальных учреждений** со стороны государства врачами узкой специализации, средним персоналом, техническим оснащением помещений, современным оборудованием и техникой для комнат проживания пожилых, обеспечение возможности проживания в одноместных комнатах, повышение комфортабельности проживания. В этом отношении экспертами предлагается **пересмотр оказываемых услуг** и в целом направлений учреждений для пожилых людей. В частности, по мнению экспертов, *необходимо разделить учреждения на три основных отделения*: общее для пожилых людей, для пожилых людей с инвалидностью, паллиативная служба. То есть, конкретизировать направление основной деятельности учреждения для качественного обслуживания, и серьезно пересмотреть потребности и нагрузку по специалистам: *«Хромает социально-медицинская услуга, согласно стандарту, мы только содействуем. Наше учреждение социальное, и нужно убрать социально-медицинские услуги, сделать больше реабилитационное направление не медикаментозного формата. От лекарств переходить на БАДы, лечебную гимнастику, скандинавская ходьба, бассейн, танцевальные кружки. У нас есть медицинские услуги, но мы не имеем право им назначать лекарственные средства, так как к здравоохранению не относимся, и еще наших врачей забывают, когда в системе здравоохранения повышают заработную плату или надбавки. ПСМП назначает нашим получателям услуг все лекарства, а наши врачи должны выполнять эти назначения».*

Говорили эксперты и о серьёзных нагрузках, которые несёт персонал учреждений (особенно медицинские и социальные работники), когда на одного работника приходится более 50 пациентов для обслуживания ежедневно, и из-за этого страдает качество оказания услуг. Было отмечено, что у сотрудников *отсутствует мотивация, быстро происходит профессиональное выгорание,* при этом *большие серьёзные эмоциональные нагрузки, отсутствует служба психологической и консультационной поддержки для специалистов*: *«Кадровая обеспеченность на недостаточном уровне, нет мотивации для сотрудников, низкая зарплата у медсестер и санитаров. Требуется пересмотр стандартов оказания услуг для каждого уровня специалистов». «...когда специалисты долго работают с людьми, у которых трудная жизненная ситуация, и принимают все близко к сердцу, заботясь о них, многие сотрудники забывают о своей личной жизни, их полностью поглощает уход за ними, они погружаются и переживают за подопечных. Времени на своих близких не остаётся, тяжёлая аура для сотрудников».* Отметили эксперты и тот факт, что появляются новые формы ухода и заботы о пожилых людях, которые создаются частным бизнесом: *«Сейчас очень актуальны центры дневного пребывания для пожилых, когда человек живёт один, он может записаться в такой центр, там есть комплекс услуг, помощь по дому, новые друзья, новые знакомства. Нужно увеличивать количество учреждений, и они могут быть частные, с разными подходами и ценами, возможно льготные цены для каких-то категорий. Со стороны государства нужны такие квоты в рамках социальной политики*

для поддержки и открытия частных центров». «Появились организации типа временного пребывания, человек находится там днём, а вечером уходит домой, ему спокойно, он ходит, чтобы разнообразить свой досуг, расширить возможности, общаться с ровесниками».

У некоторых экспертов неоднозначное настороженное отношение к участию в процессах ухода и заботы о пожилых со стороны частных структур. Учитывая факты манипуляции и мошенничества по отношению к пожилым людям, эксперты считают, что **необходим должный контроль** со стороны государственных органов над частными учреждениями, соблюдением ими стандартов оказания социальной помощи пожилым людям: *«Не все частные учреждения для пожилых выдерживают обеспечение полной и соответствующей материальной базы, включая требования по специалистам. Штат должен состоять из специалистов высокой квалификации и по всем предусмотренным специализациям. Место учреждения должно быть комфортным в физическом плане, начиная от уровня самого здания, обеспечения комфортности условий сравнимое с домашними, и очень важна финансовая составляющая». «Требуется улучшение материальной обеспеченности учреждений. Есть стандарты и госучреждения работают по нормативам и под постоянным контролем Министерства. Люди пенсионного возраста, которым нужна посторонняя помощь, именно паллиативная, они не могут получать ее на платной основе, большинство стараются и вынуждены обращаться в государственные службы, в медико-социальные учреждения».*

Система ухода за пожилыми гражданами на дому: оценки экспертов

Содержание социальных услуг, оказываемых пожилым людям на дому, с точки зрения экспертов, **требует корректировки и пересмотра**, т.к. многие из них либо невозможно оказать (в силу состояния здоровья пожилых услугополучателей), либо должны оказывать другие профессионалы и специалисты: *«Предоставляем 6 услуг для пенсионеров, но в основном оказывается социально-бытовая услуга – это уборка дома, оплата коммунальных платежей, покупки в аптеках, магазинах. Социально-психологическая – это пришел сотрудник, побеседовал, настроение поднял подопечному. Социально-экономическая услуга, предполагает определить получателю услуг какое-то пособие. По социально-культурной услуге - обсудили новости, почитали газету, посмотрели фотографии родственников, этого недостаточно... а пожилой человек полусидячий, перемещаться не может, нет возможности его вывозить на концерты, в театр. По факту социально-бытовая и социально-психологическая помощь оказывается постоянно. Для чего нашей службе нужны социально-правовые услуги? Дать консультацию это одно, а оказать реальную помощь, это нужно быть юристом. У нас 600 подопечных, и за год никто не обратился к адвокату. А по сути, мы должны все 6 видов услуг оказывать ежедневно, нужно поменять систему оказания услуг согласно потребностям или раз в месяц. Мало у кого из социальных работников есть медицинское образование, нужно обучить основным азам. По примеру Германии, есть соцработник по бытовым услугам, соцработник по медицинским услугам, и это конкретно медик. По социально-правовым, это юрист. А у нас получается соцработник, который имеет 10 классов образования и сертификат, должен быть и медиком, и юристом, и экономистом, и уборщиком».*

Очень серьёзной проблемой, с точки зрения экспертов, является *забюракратизированность процедуры* оформления надомного обслуживания и проживания в медико-социальном учреждении для пожилых людей, назначение социального работника или оформление путевки в санаторий, а также *недоступность* для большинства людей *санаторно-курортного лечения*. Особенно важными является решение вопросов с *прохождением медицинского осмотра*, и охвату всего пожилого населения санаторно-курортным лечением и реабилитационными услугами: «…*Сложности для пожилых, чтобы пройти весь медосмотр надо записаться, ко всем врачам и выдержать*

все очереди. Надо за месяц пройти медосмотр, не всегда пожилой успевает. Медосмотр нужен, чтобы взяли человека на обслуживание на дому или отправить в Дом престарелых, на санаторно-курортное лечение. Люди встают в очередь на путёвку, на обслуживание или в учреждение, их запросы рассматривают три месяца, и потом снова заставляют по новой проходить этот медосмотр, который действителен месяц. Человек подал документы в санаторий, а путёвку дали через полгода, и по новой проходит медосмотр. Люди отказываются, они знают, что придеться проходить два раза медосмотр. Деньги выделяются государством на санаторно-курортное лечение, а человек не использует эти деньги, из-за медосмотра, который действителен месяц согласно стандарту. Нужно уменьшить количество специалистов по медосмотру до минимума».

Отрицательным моментом, с позиции экспертов, является **отсутствие индивидуального подхода к потребностям каждого пожилого человека,** когда его особенная жизненная ситуация не подпадает под государственные стандарты оказания социальной помощи, но, тем не менее, он в ней нуждается: *«Есть дети пожилых людей, которые вообще забыли про родителей, хотя и проживают в соседнем доме или в одном городе, а мы не можем взять их родителей на надомное обслуживание. У нас много обращений взять на обслуживание, тех пожилых, у кого дети вахтовым методом работают, не можем взять, а пожилые страдают». «Закономерно, что пожилой человек (в учреждении для престарелых) будет жаловаться на боль, на условия, а у нас для всех общие условия проживания, каждый человек индивидуален, и не каждому комфортно в казённом учреждении, это не домашние условия».* Эксперты считают важным учёт мнений, при разработке государственных стандартов оказания социальных услуг, особенно практиков, тех, кто ежедневно оказывает социальные услуги и сталкивается с их несовершенством.

Оценка системы организации социальной работы

Особое внимание опрошенные эксперты уделили проблеме подготовки и работе социальных работников. Так, они отметили, что подготовка социальных работников в казахстанских вузах **требует специализации в отношении ухода за пожилыми людьми**, **должны быть пересмотрены стандарты нагрузки** социальных работников и их обязанности, дифференцированы обязанности социальных работников в городской и сельской местностях. Необходимо *поднимать престиж работы социальных работников*, повысить уровень их заработной платы. *«В основном, социальными работниками устраиваются работать те люди, которые не смогли найти другую работу, у них нет специализированного образования. Для примера, у НПО, которые оказывают специальные социальные услуги, совсем маленькая сумма в рамках госсоцзаказа, чтобы полностью и качественно оказывать 8 услуг. Но тем не менее, многие НПО работают давно в этой системе, и привлекают со стороны психологов, юристов для оказания услуг. Социальная работа низкооплачиваемая, но люди работают, многие становятся патриотами дела, и заботятся о пожилых, хотя очень нелегко и большая нагрузка на сотрудниках».*

В то же время эксперты представители Министерства труда и социальной защиты отметили положительные изменения, рассматриваемые и принятые в отношении социальных работников на уровне Правительства: *«По стандарту, правилами организации утверждён минимальный штатный норматив, если есть потребность в привлечении дополнительно соцработников и специалистов, то местные органы могут превышать минимальный штатный норматив. Когда поднимается вопрос, что соцработники не успевают оказывать услуги, нужно привлекать больше соцработников, защищать местный бюджет и оказывать качественные услуги. Качество услуг страдает не из-за нехватки бюджета, а из-за недопонимания нормативно-правовых актов, даем разъяснения».* Эксперты также акцентировали внимание на планируемые изменения по материальному обеспечению и повышению статуса социального работника. *«С 2020 года*

более 25.000 работникам системы социальной защиты повысили зарплату на от 15% до 60%, достаточно существенно. В планах, приравнять зарплату наших соцработников к зарплате системы образования. ...с данной категорией получателей услуг работать психологически труднее, в этом направлении Министерство труда работает. ... в 2021 году будет разработана концепция о статусе социальных работников. К 2022 году планируется разработать и принять закон о статусе социального работника РК, с принятием этого закона будет больше возможностей в защите их прав. В их обязанностях будут прописаны четкие нормы, права и обязанности согласно данного закона. В этом году будут введены методические рекомендации, этический кодекс социальных работников, там тоже пропишут обязанности соцработников, какие нормы должен соблюдать при оказании услуг, это все немаловажные шаги и документы в развитии социальной работы».

Эксперты подчеркнули особую значимость роли соцработника на местах и проводимых ими работ по выявлению пожилых лиц, оценке их реальных потребностей. *«... от заявительной системы переходим к выявляемой. Соцработник выявляет людей, которые нуждаются в социальном обслуживании, имеющаяся у них база позволяет видеть тех людей, кому надо обязательно закрепить соцработника. Их задача детально дойти до каждого, и знать их потребности, сколько людей, столько потребностей».*

Эксперты указали и на *наличие неравенства* между государственными социальными работниками и социальными работниками, работающими в неправительственном секторе. Так, государственные социальные работники имеют возможность повышения квалификации, им гарантирован социальный пакет: «*Большая разница между соцработниками государственных учреждений и соцработниками от НПО. Сейчас государственные учреждения заинтересованы в повышении квалификации своих работников, они имеют социальный пакет, отпускные и больничные дни. В государственных учреждениях соцработники проходят обучение, повышение квалификации в рамках госзаказа. Работающие в НПО, не всегда могут покрыть расходы на обучение, пройти обучение по государственному гранту, чтобы повышать знания. Всем нужно постоянное повышение квалификации и обучение. И для приема на работу нужны сертификаты, дипломы по требованиям квалификации».*

Эксперты предлагают расширить возможности для всех типов учреждений, которые оказывают социальные услуги различным целевым группам, они подчёркивают необходимость **повысить государственный социальный заказ** на специальность соцработника, обеспечить возможность их обучения, прохождения курсов и тренингов независимо от статуса учреждения. Эксперты считают, что существующая практика стандартной ежегодной стоимости и работы в рамках оказания государственных соцуслуг требует серьёзного пересмотра в качественную сторону. *«...необходимо увеличение государственного социального заказа, которые выполняют НПО, стоимость соцуслуг в рамках госзаказа должна учитывать ежегодное изменение цен, инфляцию, рост цен на продукты, медикаменты, транспорт».*

Эксперты подчеркнули важность постоянного повышения профессионального уровня и *введения профессиональной этики* социальных работников, отметив, что для их многостороннего развития и поддержки нужно создавать профессиональные организации, ассоциации и профсоюзы социальных работников: *«По специализации на соцработника специалистов готовят в вузах, и нужно, чтобы будущий специалист ясно понимал кем он будет и какую работу будет исполнять. Социальная работа должна восприниматься в обществе однозначно - это специалисты, которые оказывают определённые услуги целевым группам, которые испытывают различные сложности. В отношении соцработника нужно поднимать престиж профессии, который зависит от статуса соцработника в обществе, нужно соответствующее материальное вознаграждение и поддержка за труд. Их труд требует очень больших эмоциональных, психологических и энергетических затрат. Соцработник обязан глубоко знать проблемы каждой категории*

получателей услуг, какие могут быть у них жизненные обстоятельства, знать их физиологические и психологические особенности, социальные проблемы, и пути решения, а для этого его личная ситуация должна быть благополучной, тогда и услуги будут качественные».

Большую проблему, с точки зрения экспертов, представляет собой **низкий охват пожилых людей услугами социальных служб.** Один из экспертов ссылается на результаты собственного исследования, выявившего охват менее 2% пожилых людей социальными услугами в г. Алматы. Качество оказания социальных услуг в отношении пожилых страдает, по мнению экспертов, из-за проблемы низкой оплаты труда социальных работников, их квалификации, количества социальных работников и качества услуг, которые они оказывают.

Оценка национального плана «Активное долголетие», практика реализации программы «Активное долголетие» на примере г. Алматы

В процессе интервью с экспертами обсуждалась Концепция социального развития Республики Казахстан до 2030 года, которая предлагает развитие по направлению активного долголетия с целью повышения качества жизни пожилых людей. В развитие этого положения в настоящее время в республике разработан Национальный план действий «Активное долголетие» на 2020-2025 годы. Эксперты отметили необходимость более активного обсуждения программы. В то же время, они отмечали, что полученный позитивный опыт в городе Алматы, необходимо внедрять во всех регионах страны.

В целом, эксперты еще раз подчеркнули точку зрения о необходимости введения возможности корректировки государственных программ в процессе их реализации, т.к. не всегда возможно учесть все нюансы по реализации и реальные потребности услугополучателей: *«План хорош, но до сих пор не принят, массового обсуждения и сбора рекомендаций от организаций не было. По Плану, уже должны были в столице открыть центры. Надо начинать реализацию плана для улучшения положения пожилых людей». «Центры «Активного долголетия» открылись 2 года назад, они работают эффективно, но люди насторожено относятся к ним, не все пожилые за 70 лет готовы пойти туда. Есть активная часть пожилых, и они активно посещают, там есть возможности интересного проведения досуга, поддержки своего здоровья, есть польза и эффект».*

Эксперты из правительственного сектора подчеркнули важность вопроса и проводимых государственных шагов по поддержке активного долголетия старшего поколения, и одного из приоритетных направлений в развитии страны. *«План мероприятий рассчитан до 2025 года, включает мониторинг демографической ситуации в целом по Казахстану. Поэтапно повышение пенсионного возраста у женщин, должно дойти в 2027 году до 63 лет. Создание информационной базы данных граждан пожилого возраста, помогло бы в эффективной реализации программы. Введение на законодательном уровне категории граждан старшего поколения даст много преимуществ в выявлении их особых потребностей и эффективного реагирования на них. Активное долголетие предполагает, люди, вышедшие на пенсию, ведут активный образ жизни, сохраняют здоровье, участвуют в жизни общества, государства, в решении социальных проблем».*

Один из вопросов интервью задавался только экспертам республиканского уровня и экспертам из города Алматы, т.к. с 2018 г. в городе Алматы реализуется Дорожная карта «Активное долголетие». Специалисты рассказали, какие мероприятия вошли в эту программу, и подчеркнули эффективность программы в повышении качества жизни пожилых людей в Алматы. Один из экспертов является соавтором разработчиков программы «Активное долголетие». В числе сильных сторон программы была отмечена *возможность активного социального участия пожилых людей* в жизни города, общение, курсы здоровья, медицинские курсы, культурные мероприятия, конкурсы: *«Эти центры как досуговые, позволяют оставаться пенсионеру в активной позиции и в активной форме,*

мероприятия направлены на поддержку здоровья. Услуги в центрах: занятия по лечебной физкультуре, оздоровительные, где учитываются возможности пожилого человека. Популярные занятия: скандинавская ходьба, йога, лечебная физкультура. Программа включает также досуговую и образовательную деятельность - занятия по компьютерной грамотности, обучение пользованию смартфоном, социальными сетями, разными приложениями, e-gov, банкоматами, все что актуально для пожилых людей в эпоху цифровизации услуг. В стороне остаются люди, которым требуется серьезная медицинская помощь и паллиативная помощь, кто не может выйти за пределы своей квартиры, кто имеет заболевания, ограниченные физические возможности». «Центр имеет свои определённые результаты, по последней справке, около 200 тысяч пожилых получили услуги, повысилась их цифровая грамотность, активность, улучшилось психоэмоциональное состояние, здоровье. Есть положительный эффект от центра, но есть и проблемы: нехватка площадей, очереди к ним (могут принять только ограниченное количество людей), не хватает финансовых ресурсов, и малая пропускная возможность здания. Люди довольны, ходят с удовольствием, плюсов больше, нежели минусов». Слабыми сторонам деятельности досуговых и образовательных центров экспертами были определены: нехватка помещений, финансовых ресурсов, ограниченность пропускной возможности центров.

Также в качестве минусов программы является то, что индикаторами эффективности реализации программы «Активное долголетие» **выступают количественные, а не качественные показатели и это требует пересмотра**: *«По итогам первых двух лет реализации мероприятий, нужно выходить на другой уровень, так как досуг досугом, а нужно расширять возможности. В городе Алматы проживает 222.000 пенсионеров, это 12% населения города, из них всего 6% активных людей. Все центры «Активного долголетия» по районам отчитываются количественными показателями, а не качественными. Сейчас нужно выходить на другой уровень, обеспечить качество. Индикатор деятельности центров в количестве, нужно переместить акцент с количества посещений на результаты оздоровления и социализации людей».*

В качестве замечаний было отмечено, **слабая информационная работа** среди пожилых людей г. Алматы о программе «Активное долголетие»: *«Популяризация нужна в широком формате, чтобы больше узнали о центрах, нужна постоянная информационная поддержка. За два года, в основном посещают одни и те же активные пенсионеры, новичков добавляется мало. ... многие люди не знают, поэтому нужно продумать пути информирования население».*

Участник исследования, вовлеченный в реализацию программы отметила, что в рамках «Активного долголетия» в Алматы открывались и «Центры дневного пребывания» для тех пожилых людей, которые имеют проблемы со здоровьем, где занимаются реабилитацией и оздоровлением пенсионеров: *«В рамках дорожной карты программы «Активное долголетие» ещё открылись «Центры дневного пребывания», по итогам первого года, они эффективны, это уже для тех людей, которые имеют проблемы со здоровьем. Как ребёнка отводим в садик, и пожилого пациента можно оставить на дневное время, они занимаются реабилитацией и оздоровлением. ... нужны центры разного профиля. Допустим, если пациент постинсультный, то нужны дневные реабилитационные центры. ... нужно распространять этот опыт по всему Казахстану, и программа должна выходить на другой качественный уровень.*

Многие эксперты указали на **необходимость внедрения программы «Активное долголетие» и «Центров дневного пребывания»** в регионах Казахстана, включая все виды активностей для реализации потенциала пожилых людей: *«Есть план 2020-2025 гг. и надо действовать, запустить по регионам «Активное долголетие».*

Оценка общественно-политической, досуговой и познавательно-образовательной деятельности пожилых людей

Согласно полученным ответам, физическая активность пожилых людей в Казахстане была оценена как недостаточная, в связи с превалирующей «психологией доживания» у пенсионеров, отсутствием культуры здорового образа жизни. В последнее время идёт увеличение числа пожилых людей, которые занимаются физической активностью: *«... больше людей занимаются своим здоровьем, стало популярным сознательное отношение к своему здоровью, понимание того, что физическая активность продлевает жизненную активность, которая может положительно повлиять на их психическое здоровье и комплексно на общее состояние». «Объясняем, это способствует самостоятельности и уверенности, и они понимают, кто посещал наши курсы физической активности, сами требуют занятия». «... йоге и фитнесу уделяют мало внимания, единицы, кто сами гимнастикой занимаются, которые следят за собой, к врачу ходят, у нас сохраняется такой менталитет. Если будут центры развития и досуга для пожилых, доступные для всех, и с направленностью на здоровье и долгожительство, это их подтянет».*

Отметили эксперты и **влияние фактора места жительства** - городская инфраструктура может предоставить больше возможностей пожилым, чем в сельской местности, а также наличие неких ментальных установок у пожилых людей, живущих особенно в сельской местности, которые оказывают на них сильное влияние и ограничивают их в занятиях физической и досуговой активности. Важную роль в развитии культуры общего оздоровления, с точки зрения экспертов, играет информированность пожилых людей о наличии бесплатной возможности посещения физических занятий, поддержки со стороны государственного финансирования, льгот для пожилых людей.

Эксперты предлагают активно *возрождать и развивать институты дополнительного образования*, в которых можно задействовать пожилых людей с учётом их потенциала, опыта и знаний: *«опытных пожилых людей можно привлекать в научно-образовательную, педагогическую, консультационную деятельность. Все упирается в необходимость развития институтов дополнительного образования. В производстве, больше на уровне консультационной активности, должность советника, есть высококлассные специалисты, которых руководитель старается удержать максимально, насколько позволяет здоровье пожилого, они действительно вносит значимый вклад».*

Эксперты предложили идею о создании образовательных учреждений или программ с привлечением пожилых специалистов при колледжах, университетах, различных центрах. Данная практика широко распространена в развитых странах, и, пока не получает должного развития в Казахстане: «*Университеты третьего возраста очень эффективны в плане получения пожилыми новой профессии, знаний и навыков, возможности дополнительного заработка, оставаться социально активным. Это более системное улучшение качества жизни».* Также была предложена идея о введении разнообразной системы льгот для поддержания социальной активности пожилых людей: *«Сделать льготы при покупке жилья, при получении различных услуг, государственных и бизнес услуг». «Льготное финансирование на приобретение автотранспорта, дать возможность обучения вождению, повышать финансовые знания». «Выделять путёвки, сделать полностью бесплатным лечение, ...дорогостоящие препараты и процедуры им приходится самим покупать. Сделать проезд на самолёт, поезд, любой транспорт с 50% скидкой. Выделять путёвки со скидками 50% на лечение и в санатории, а также сопровождающему лицу 50% скидку на билет и путёвку. По продуктам, организовать магазины со скидками и реальными низкими ценами, проезд в общественном транспорте сделать полностью бесплатным. ...Сейчас нужны государственные программы поддержки, и бизнес сектору сделать льготы за каждого работающего пенсионера, сделать процент налоговых льгот за социальную ответственность по поддержке пожилых, это только на благо страны». «Надо открывать социальные магазины в сельской местности, специальные магазины,*

торгующие доступными товарами и продуктами питания для людей с низким доходом, без всяких налогов и нагрузок для них, а также с предоставлением социальных рабочих мест пожилым».

Хотелось отметить интересное предложение и мнение одного из экспертов, о том, что проживание в специализированных центрах для пожилых является своего рода изоляцией. Он предлагает объединять детские, молодёжные центры с центрами для пожилых людей, что позволит пожилым людям общаться и обмениваться опытом с молодёжью, участвовать в совместной социализации, обучать их, поддерживать: *«В центрах надо создать какой-то симбиоз старшего, среднего и младшего поколений. Они должны идти как гражданский альянс или как ассоциация. Все должны быть вместе, в одном здании, будет проводиться совместная деятельность и не будет разделения по возрастам, это будет единый центр, в котором вместе они осуществляют любые мероприятия. Через такое взаимодействие идёт позитивное восприятие людей старшего возраста, привитие уважения к ним. Очень много детей сейчас воспитываются молодыми родителями, возможно у них нет бабушек и дедушек, или они далеко живут, и тут нет связи поколений, без этой связи не будет движения вперёд, они же обогащают друг друга».*

Некоторые эксперты считают, что использовать опыт западных стран в объединении детских домов и центров для пожилых людей в нашей казахстанской реальности, дело сложное и требует глубокого осмысления, и правильной реализации с учётом нашей ментальности: *«В 2018 году были обсуждения по поводу объединения дома престарелых с детскими домами, на примере Канады и Европы. Надо постепенно создавать сады для взрослых, чтобы они занимались в разных секциях и кружках, поэтапно привлекать детей, как на продленку. Должно быть поэтапное создание и объединение с учётом нашего менталитета и особенностей, тогда пожилые люди будут востребованы, они передавали бы большой опыт подрастающему поколению».*

Эксперты достаточно хорошо оценили наличие ресурса пожилых людей в Казахстане и возможность их вовлечения в общественную и политическую активность. В настоящее время в стране есть пожилые люди, которые активно работают добровольцами в неправительственных, благотворительных и добровольных объединениях, и однозначно нужно поддерживать и расширять такую общественную активность пожилых людей. Эксперты отметили, что гражданская активность больше распространена в крупных городах, и по-разному реализуется, чаще всего НПО могут предоставить пожилым людям возможности для самореализации в волонтёрской деятельности: *«Во многих НПО сами пожилые являются руководителями, активистами. Необходимо вовлечение пожилых людей в общественную жизнь, особенно волонтёрскую и благотворительную». «...нужно правильно развивать неправительственный сектор, их работу с участием пожилых. Есть ряд депутатов пожилого возраста, активные общественные деятели, они поднимают много интересных и актуальных вопросов, поэтому вопрос активной позиции и участия пожилых нужно развивать».*

Характеризуя пожилых людей, как более активную и информированную часть общества, как активный электорат, которым не безразличны проблемы государства, города, конкретных социальных групп, эксперты говорили о том, что пожилые люди обладают большим запасом жизненного и трудового опыта, что позволяет им глубже понимать и видеть различные проблемы в обществе: *«Они политически более активны, чем молодёжь, у них больше свободного времени, и кто смотрит новости, читает газеты, это всё люди пожилого возраста. Может это гражданская ответственность, большой процент пожилых голосуют на выборах, они более активны, чем другие возрастные группы».*

Высоко оценили эксперты **активную деятельность и работу Совета Ветеранов** во многих регионах страны: *«Очень хорошо развита деятельность Совета Ветеранов, активно работает и даёт возможность участия в общественно-политической жизни всем желающим. Советы Ветеранов несут положительную роль в отношении многих вопросов, дают определённую помощь и поддержку, и во многих организациях к их мнению*

серьёзно прислушиваются». «Сейчас Совет Ветеранов является организацией, которая помогает пожилым, решают разные вопросы, лоббируют их интересы, обращаются к Акимам района и города».

В качестве нового социального института, который достаточно активно работает в регионах, эксперты назвали национальные культурные объединения, действующие при содействии Ассамблеи Народа Казахстана: *«Одна из альтернатив Совету Ветеранов - это национальные культурные объединения, там очень много пожилых людей, в своё время они начали и продолжают это направление, это одна из форм политической и общественной активности. Их активность в отношении сохранения и пропаганды культуры многонационального народа, традиций, обычаев, культуры своего народа и других наций, должна быть использована».*

Достаточно интересными были креативные предложения экспертов по вовлечению пожилых людей в активную социальную деятельность, форматы наставничества, менторства, волонтерства, «дружественные дворы»: «*Они могли бы обучать, передавать опыт и знания, надо открывать центры для пожилых людей, и на его базе предоставить возможность получения консультаций и обучения у опытных специалистов разных направлений для молодёжи. Допустим, пожилая женщина работала гинекологом, она может провести консультации девочкам, рассказать о многом, начиная как правильно следить за женским здоровьем». «Открыть центр для пожилых на базе Ассоциации деловых женщин, для активизации своей жизни, для развития молодёжи и реализации инновационных совместных идей». «Волонтерство, один медработник берет 2-3 добровольца пожилых, в течение 2-3 недель учит базовым вещам, они повышают уровень знаний по основным медицинским навыкам первой помощи и смогут оказывать базовую помощь по уходу и обучать других людей». «Сейчас родители нанимают репетиторов для детей, предлагаю создать «дружный двор». В каждом дворе среди пожилых есть педагоги и врачи, если их привлечь, то не надо никому платить, возить детей по всему городу, а можно поддержать пожилых, им помочь, так происходит взаимный обмен, и дети учатся во дворе, и поддержка пожилым. Каждый двор стал бы дружнее, и не волновались бы за детей».*

Экспертами была особо отмечена необходимость **популяризации статуса пожилых людей**, важности внимания к ним и повышения их вовлеченности в социальные сферы и процессы, через активизацию и реализацию инициатив, с учётом их возрастных особенностей и потребностей: *«Нужно целенаправленно повышать статус людей старшего возраста, чтобы они чувствовали себя нужными, полезными, востребованными, на сегодня «выпало старшее поколение». «Нет института менторства и наставничества, все внимание на молодёжь, и мало обращают внимания на старший возраст. Нужно разработать государственные программы повышения их статуса».*

Некоторые эксперты предложили использовать внутренний ресурс самих активных пожилых людей для ухода за теми, кто нуждается в паллиативной помощи, вовлечение группы активных пенсионеров в оказание помощи паллиативным пациентам: *«Есть паллиативные пациенты, которые не могут выйти из дома по состоянию здоровья. Предлагаю сделать программы взаимопомощи. Для примера, активным пожилым людям посвящать время для общения и помощи паллиативным пациентам. Нужны такие центры, создать программу, в рамках которой они приезжают в Дом Ветеранов, Дом для престарелых, в паллиативное отделение, чтобы поддержать и пообщаться, как социальная поддержка».*

Эксперты указали на важность предоставления возможности прохождения переквалификации пожилым людям, чтобы быть более конкурентными на рынке труда и оставаться социально активными: *«Дать возможность получить вторую специальность, поменять сферу деятельности и интересов. Расширить знания в сфере консультационных услуг, медиации, педагогические и образовательные услуги в любой области. Многие имеют ресурсы, возможности работать на себя». «Пожилые люди должны работать, по*

гибкому графику, в любом формате занятости от дистанционной до почасовой занятости. Во-первых, человек имеет дополнительный заработок, а во-вторых, он востребован в обществе, ему есть куда ходить, чем-то заниматься, быть в социуме».

Оценка проблемы насилия, потребностей пожилых людей в помощи в условиях чрезвычайного положения в связи с ситуацией COVID-19

При оценке проблемы насилия в отношении пожилых людей в нашей стране, поднимались вопросы о том, какие виды насилия распространены, и что необходимо предпринимать для предотвращения насилия. Ответы участников исследования показали, что пожилые люди подвергаются разным формам насилия: физическому, экономическому, психологическому. Но ситуация осложняется тем, что пожилые умалчивают о фактах насилия по отношению к ним. Только в крайних ситуациях, они обращаются за помощью. Также эксперты отметили **отсутствие специальных служб по профилактике и предотвращению насилия в отношении пожилых людей и специальных нормативных документов**: «*Распространено чаще психологическое насилие, есть экономическое, когда дети забирают у них пенсию, еще когда им не создают условий для жизни, и большинство пожилых замалчивают эти проблемы, стараются о них не говорить, не всегда обращаются, так как не хотят афишировать и боятся ухудшения отношения детей. Обращаются только в крайних ситуациях, когда угрожает опасность для жизни. Нужно создать службы реагирования и защиты для пожилых». «Проявляется экономическое и моральное насилие, когда дети довлеют над пожилыми родителями, родственники вводят какие-то ограничительные меры, оказывают психологическое давление, подавляют их».*

Опрошенные эксперты указали, что чаще всего пожилые люди испытывают экономическое и психологическое насилие. Экономическое насилие подразумевает использование их доходов и изъятие у пенсионеров средств к существованию, а психологическое - пренебрежение, агрессия, неоказание помощи. Эксперты предложили **создать системы патронажа для пожилых людей**, ведение общей базы данных по каждому пожилому человеку с фиксацией всех случаев насилия и рисков насилия. Речь идёт о создании **Базы данных для использования различными службами** (здравоохранения, социальной поддержки, охраны правопорядка), чтобы видеть все проблемы, потребности, условия в проживания семьях и жизненные ситуации, включая факты насилия. Эксперты особо отметили необходимость усиления работы по информированию и проведению профилактических работ среди всех категорий населения для снижения насильственных действий в отношении пожилых. «*Проблема есть, по официальной статистике Генеральной Прокуратуры, выросло число правонарушений в отношении людей старше 60 лет. Нужны базы данных, чтобы знать кто находится в группе риска, выявлять людей в сложных жизненных ситуациях и брать под патронаж, наблюдать и не допускать насильственного отношения, постоянно проводить профилактическую работу среди разных категорий населения».*

Одна из участниц исследования отметила, что насилие по отношению к пожилым людям проявляется не только со стороны родственников, но и со стороны представителей институциональных структур, например, пренебрежительное отношение врачей скорой помощи. Данный факт определяет важность введения оценки качества получаемых услуг со стороны пожилых граждан. *«Насилие медицинское, когда скорая помощь к ним не приезжает вовремя, отказывают в оказании своевременной помощи в связи с их возрастом, этим подвергают риску их здоровье и жизнь. Сейчас вся мировая общественность говорит, что старение - это важный процесс, к нему нужно относится как к процессу, который идёт в определённом периоде жизни, это не сборник заболеваний, и надо предусмотреть меры воздействия за нарушение прав человека и не оказание помощи в связи с возрастом».*

При этом эксперты указали, что существуют как внешние, так и внутренние причины насилия по отношению к пожилым людям. Среди внешних факторов была указана сложная экономическая ситуация в стране и, как следствие низкий уровень доходов в семьях: «*Насилие в семье не редкость, но оно увеличивается из-за экономической ситуации в Казахстане».* Среди внутренних причин насилия в отношении пожилых людей были указаны различные проблемы: сложная семейная ситуация и социально-психологический климат, низкий уровень доходов семьи, жилищные проблемы: «*в некоторых семьях встречаются случаи вымогательства, выселения, дети заставляют мать идти зарабатывать, где-то мыть полы, чтобы деньги приносила. Заставляют за внуками ухаживать, а ей хочется уделить время для себя, через силу смотрит, так как внуков жалко, поэтому противиться не может. Квартирный вопрос у многих большая проблема. Бывает, что дети пьют, употребляют наркотики, угрожают, это всё виды насилия. Пожилые люди всегда жалеют своих детей, никто против своего ребёнка не пойдёт, не напишет заявление и не вызовет милицию, мало кто пойдёт в больницу и скажет, что её избил сын, большинство проблем замалчиваются».*

Эксперты отметили необходимость **усиления законодательной базы в сфере защиты от бытового насилия**, в том числе, по отношению к пожилым людям, и о создании **специальных кризисных центров** для пожилых людей: «*Само понятие насилие в отношении пожилых людей должно быть в законодательной базе и правовые методы их защиты от насилия».*

Оценка проблем пожилых людей в период изоляции в связи с COVID-19

Эксперты дали свою оценку по тем проблемам, с которыми столкнулись пожилые люди в связи с распространением коронавирусной инфекции и введением чрезвычайного положения в марте этого года. Они отметили, что ситуация была достаточно сложной, больше всего из-за отсутствия достоверной информации и полного однозначного понимания происходящего, так как ситуация менялась ежедневно и в стране и по всему миру. Много сложностей было из-за возникающих страхов, высокой смертности среди группы риска - людей старше 65 лет, ситуации изолированности, отсутствия возможности поддерживать социальные связи, проблемами в получении медицинской помощи, продуктов питания, доступа к информации: «*Они сильно испугались, от страха, что могут заболеть, начали изолироваться от нас - сотрудников Дома престарелых. Отказываться от медицинских услуг, питания, они боялись заразиться от сотрудников, потому что мы утром приходили на работу, а вечером уходили домой. Было принято решение, чтобы сотрудники оставались в период карантина по 15 дней и жили в учреждении, менялись сменами. Но мы не избежали того, что проживающие в учреждении заболели, болели пожилые и сотрудники». «Во время изоляции была проблема – страх за здоровье, отсутствие и ограничения в общении, возможности выхода на улицу, посещения знакомыми, друзьями, родственниками».*

В условиях чрезвычайного положения в период изоляции в связи с COVID-19, ситуация осложнялась для пожилых людей и в связи с ограниченным доступом к информации, социальным сетям, Интернету, отсутствием навыков или возможности использования гаджетов, и обозначились высокие потребности в консультационно-психологической помощи, в обслуживании мобильной службы на дому, поддержке и возможности обращения на телефоны доверия для пожилых людей: «*В связи с ЧП, вышло много проблем наружу, не было системных мер поддержки, нужно было через телевидение срочно запустить программу для пожилых, создать и максимально работать выездным мобильным бригадам во всех точках, это была бы сильная поддержка для них. Поэтому нужно сейчас организовать обучение пожилых людей цифровым технологиям, сделать*

бесплатное онлайн обучение для них, научить пользоваться Интернетом в поиске ответов на возникающие вопросы».

Многие эксперты указали на тот факт, что в первую волну пандемии мало кто из государственных структур учитывал интересы именно пожилых людей, их особенности и психологию, поведение, эмоции, состояние здоровья: «*Ношение масок для многих проблема, у многих пожилых людей астма, аллергия, и ношение защитных масок больше провоцировало болезни. Они до сих пор не хотят носить маски, но есть и проблема с доступностью защитных масок, со стороны государства можно было решить вопрос бесплатного их обеспечения. Проблема в госпитализации, им часто отказывали, так как у многих обострились хронические заболевания». «Во время карантина, службы не успевали к людям приходить и оказывать помощь на дому. Если была бы база данных пожилых по всем точкам, то службы знали бы точное количество одиноких людей, был бы целенаправленных охват. Службы не успевали, не хватало ресурсов, не было эффективного взаимодействия различных служб с НПО и с волонтерами».*

Большую благодарность эксперты высказали волонтёрам, НПО, всем небезразличным людям, которые оказывали как материальную, так и моральную помощь пожилым людям: «*Люди были изолированы от общества, центры были закрыты, очень тяжёлая ситуация. Начали отрабатывать и во всех областях открыли телефоны доверия, если нужна была помощь с продуктами и по дому, реагировали волонтёры, старались без внимания не оставлять пожилых». «Нашим врачам в учреждении нужно отдать должное, они лечили, жили здесь вместе со всеми. Нам помогал город, мы благодарны всем лицам, которые благотворительно привозили защитные маски, антисептики, помогали в приобретении противочумных костюмов, продуктов питания и витаминов».*

ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ результатов, проведённых 22 глубинных интервью с экспертами из числа представителей государственных и неправительственных организаций, секторов здравоохранения и социальной поддержки, научных и исследовательских организаций показал, что в последние годы в Республике Казахстан достигнут определённый прогресс в сфере оказания социально-экономической, психологической, паллиативной, юридической и других видов поддержки пожилым людям, но уровень организации и предоставления данных видов услуг отстаёт от международных стандартов и требует улучшения. Для решения этих проблем необходимо объединить усилия разных секторов - представителей власти, научного сообщества, медиков, общественных организаций, духовенства, волонтёров. Назрела насущная необходимость обеспечения межведомственного сотрудничества и создания межсекторальных программ в данной сфере с учётом основных потребностей пожилых граждан республики, ведь этот вопрос ежегодно приобретает все большую актуальность и остроту. Основными задачами социальной поддержки лиц старшего возраста являются обеспечение необходимых условий для экономического, социального и психологического благополучия, которые должны быть основаны на защите прав человека и повышении уровня социально-экономического благополучия.

Социально-экономическое положение пожилых людей

Пожилые люди в Казахстане, получают гарантированную государственную поддержку в виде базовой государственной пенсии, медицинского обеспечения, различных социальных льгот и услуг. Ежегодно повышаются пенсионные выплаты, которые индексируется с опережением уровня инфляции на 2%. Ежегодное повышение пенсий способствует увеличению размеров пенсионных накоплений и содействует поддержанию определенной финансовой безопасности пожилых граждан. В рамках модернизации пенсионной системы с января 2023 года будут введены обязательные пенсионные взносы

от работодателя, т.е. дополнительно к обязательным 10% индивидуальных пенсионных отчислений будут перечисляться взносы за счёт работодателя на индивидуальный счёт каждого работника. Такие изменения позволят увеличить размеры пенсионных накоплений, улучшить экономическое положение и финансовую безопасность людей пенсионного возраста, усилить легальный трудовой рынок, чтобы граждане трудоустраивались официально и оформляли свои трудовые отношения с работодателем, участвовали в системе пенсионного накопления. Тем не менее, уровень экономического положения пенсионеров, остаётся невысоким, в связи с низкими доходами и накоплениями большинства из них. По-прежнему актуальна проблема бедности определенной части пожилых людей и их доступа к материальным услугам, т.к. согласно статистическим данным средний размер пенсионных выплат составляет 57622 тенге в месяц[6].

Существуют гендерные различия в экономическом положении пожилых людей, обусловленные различиями размера пенсии и пенсионных накоплений мужчин и женщин, что влечёт за собой такой феномен как феминизация бедности в старших возрастах. Пожилые женщины чаще бедны и имеют меньше сбережений и активов, чем мужчины. Из-за определенной дискриминации в течение всей жизни, которая негативно сказывается на равенстве в возможностях для женщин и их положении на рынке труда, у пожилых женщин более низкая обеспеченность доходами и меньше размер пенсионных накоплений. Гендерные отношения и нормы влияют на здоровье и благополучие пожилых женщин и мужчин, а также пересекающихся взаимосвязей между гендерным фактором и возрастом.

Также наблюдаются и существенные региональные различия в положении пожилых людей в Казахстане, особенно в разрезе город/село. В сельских населенных пунктах, в большей степени существуют проблемы с доступом к соответствующим социальным услугам, в частности, к медицинским услугам реагирования на особые нужды людей старших возрастов.[7] В то же время, значительное влияние на социально-экономическое положение пожилых оказывают существующие культурные традиции, связанные с институтом семьи, близкими кровнородственными отношениями, поддержкой пожилых родственников. Данные традиции выступают в качестве поддерживающего фактора для пожилых людей, т.к. это позволяет им находиться в кругу семьи, по отношению к ним проявляют заботу близкие родственники и их проблемы и потребности не остаются без внимания.

В Казахстане заметно активизировался гражданский сектор в области защиты прав пожилых людей. Созданы НПО, занимающиеся оказанием социальных услуг пожилым, волонтёрские организации, которые привлекают к своей деятельности пожилых граждан, этнокультурные объединения, Ассамблея Народа Казахстана, Советы Ветеранов.

И все же, пожилые людей в Казахстане испытывают проблемы, связанные с самоактуализацией, трудоустройством, качества и доступа к медицинским и социальным услугам, паллиативной помощи. Особенно остро, по мнению экспертов, стоит вопрос изоляции, одиночества пожилых людей, которые связаны с отсутствием должным образом развитых досуговых, образовательных, а также инфраструктурных и коммуникационных возможностей на уровне жилой квартиры, дома, подъезда, микрорайона, города и села.

Меры государственной поддержки пожилых людей являются недостаточно системными и не обладают должной целевой направленностью, не решают весь комплекс проблем, с которыми сталкиваются пожилые люди. По мнению экспертов, существует и определённое пренебрежение в отношении потребностей пожилых людей со стороны государственных структур, оказывающих им помощь по остаточному принципу, без

---

[6] Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан, 2019. https://stat.gov.kz/official/dynamic

[7] *Абдирова Т. М Организация паллиативной помощи в гериатрической практике Республики Казахстан (обзор) // Вестник АГИУВ. 2018. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-palliativnoy-pomoschi-v-geriatricheskoy-praktike-respubliki-kazahstan-obzor (дата обращения: 10.10.2020).*

соответствующего качества, не системно. Остается актуальной проблема эйджизма, существующих стереотипов и дискриминации в виде предвзятого отношения, дискриминационных практик или институциональных мер, способствующих стереотипным представлениям. Дискриминационное и пренебрежительное отношение к пожилым людям проявляется не только со стороны представителей институциональных структур, но и со стороны окружения и родственников.

Существует в казахстанском обществе и проблема насилия в отношении пожилых людей. Они подвергаются разным формам насилия: физическому, экономическому, психологическому. Чаще всего пожилые люди испытывают экономическое и психологическое/эмоциональное насилие - использование их доходов другими лицами, включая родственников, и изъятие у пенсионеров средств к существованию, а также пренебрежение, лишение права принимать решения, агрессия, случаи неоказания помощи. Усугубляют ситуацию отсутствие специальных целевых служб по реагированию и предотвращению насилия в отношении пожилых людей и информационных баз данных о них, специальных нормативных документов.

Вместе с тем роль пожилых людей в семье, является достаточно активной, они берут на себя разного уровня обязательства, включая заботу о внуках, воспитание и их активную социализацию. Тем не менее, часть пенсионеров предпочитают жить самостоятельно и отдельно от своих детей, посвящая больше времени для себя, продолжения личностного роста, проведения активного и интересного досуга. Определённая часть казахстанских семей рассматривает пожилых людей как источник стабильного семейного дохода и ухода за детьми и проживают с ними, зачастую вынужденно, что опять же, влечет за собой бремя негативных взаимоотношений как для поколения детей, так и для пожилых родителей. Таким образом, по итогам изучения мнения опрошенных экспертов можно выделить позитивные (сильные) и слабые стороны положения людей старшей возрастной группы населения в республике.

Положительными сторонами являются:

- усиление внимания вопросам старения населения, как со стороны государственных институтов, так и со стороны неправительственных организаций, гражданского общества;
- разработка специальных государственных отраслевых, национальных программ, с учетом в них пожилых людей в качестве целевой группы населения. Разработка специализированной программы Национального плана действий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие» в Республике Казахстан до 2025 года;
- материальная поддержка пожилых граждан через реформирование пенсионной системы, пенсионных накоплений, участия работодателей.

Слабыми сторонами являются:

- не достаточно системный и комплексный подход по привлечению внимания к проблемам пожилых людей, реагированию на их особые потребности и их решению;
- недостаточное развитие системы гериатрической и паллиативной помощи;
- недостаточное развитие сектора специализированного социального обслуживания и обеспеченность квалифицированными социальными работниками и соответствующими специалистами в сфере геронтологии;
- очень ограниченное число научных исследований в области гериатрии;
- неразвитость доступных организаций для отдыха, образования, оздоровительных, культурных и спортивных мероприятий, отвечающих потребностям пожилых людей и как следствие - недостаточная их социализация;
- существование стереотипов, эйджизма и насилия в отношении пожилых людей;
- гендерная ассиметрия пожилых людей в структуре населения в виду сохраняющейся разницы в продолжительности жизни мужчин и женщин и проблема феминизации бедности в старших возрастах;
- недостаточная работа, проводимая по вопросам продвижения позитивного имиджа и отношения к людям старшего поколения.

Трудовая активность пожилых людей

Сохранение трудовой активности является важным условием активного долголетия пожилых людей. Кроме того, пожилые люди обладают уникальными знаниями в области своей профессиональной деятельности и жизненного опыта, которые важно передавать молодому поколению. В то же время, существуют определённые ограничения, которые не дают возможности пожилым сохранять свою трудовую активность после достижения пенсионного возраста. В первую очередь речь идёт о том, что в стране существует определенное стереотипное восприятие сотрудников пенсионного возраста, их способностей получать новые знания и трудоспособности. Как следствие этого - в объявлениях о найме на работу чаще всего указывается возрастной барьер, который даже не достигает предпенсионного возраста.

Несмотря на отсутствие в казахстанском законодательстве права увольнения пенсионера с рабочего места, тем не менее, существует определенная установка относительно человека предпенсионного и пенсионного возраста, что они должны покинуть рабочее место при достижении его. Лишившись дохода в виде заработной платы, пожилые люди зачастую разрабатывают свои собственные адаптивные экономические стратегии, например, когда пожилые родители, съезжаются со своими детьми, начинают совместное проживание, чтобы сдавать вторую недвижимость в аренду и тем самым увеличить доходную статью общего семейного бюджета в ущерб желанию жить отдельно и сохранять независимость.

Гендерными особенностями завершения трудовой деятельности пожилых людей является ситуация, когда потеря работы у мужчин вызывает более обострённое чувство неблагополучия, чем у женщин. Для пожилых людей после выхода на пенсию существуют различные пути сохранения трудовой занятости, например, когда высококвалифицированный специалист становится консультантом, советником руководителя, выполняя консультативные функции. Пожилые женщины, как правило, больше времени начинают уделять уходу за внуками, ведению домашнего хозяйства.

Для сохранения трудовой и социальной активности пожилых людей важно инвестировать в организацию курсов для переобучения, переквалификации для пожилых граждан, с тем, чтобы они оставались конкурентными на рынке труда.

Гражданский сектор предоставляет пожилым людям возможности для самореализации в общественной активности и волонтерской деятельности. Они рассматривают пожилых граждан как ресурс, человеческий капитал, который характеризуется как более активная и информированная часть общества, небезразличная как к проблемам государства, региона, города, так и конкретных социальных групп, и сообществ. Кроме того, пожилые люди обладают большим запасом жизненного опыта, что позволяет им более глубоко видеть проблемы.

Система здравоохранения и здоровье пожилых людей

Здоровое старение — это развитие и поддержание функциональной способности, которая обеспечивает благополучие в пожилом возрасте. Функциональная способность определяется собственным потенциалом человека (т. е. совокупностью всех физических и умственных способностей человека) и средой, в которой он живет (понимаемой в самом широком смысле и включающей физическую, социальную и политическую среду). Концепция здорового старения и соответствующие механизмы охраны здоровья подробно описаны во Всемирном докладе о старении и здоровье Всемирной организации здравоохранения.[8]

В Казахстане достаточно остро стоит вопрос доступа пожилых людей к качественным медицинским услугам. Для оказания качественных специализированных

[8] Всемирный доклад о старении и здоровье. ВОЗ. 2015 г. https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/ru/

медицинских услуг для людей старшего возраста необходима подготовка междисциплинарных специалистов, внедрение специальных программ подготовки специалистов в данной сфере в медицинских вузах, программ переподготовки и повышения квалификации социальных работников, психологов, медсестёр, нужно развивать межведомственное взаимодействие между Министерством труда и социальной защиты населения РК, Министерством здравоохранения, Министерством образования, Министерством информации и общественного развития. Многие эксперты говорили о необходимости создания и развития гериатрической помощи - специализированных врачей-геронтологов, медсестер, психологов, психиатров, соцработников по оказанию услуг данной группе населения.

Медицинские услуги в целом доступны для пожилых, но качество их оказания не всегда соответствуют требованиям, не хватает профессиональных специалистов в сугубо специфичных проблемах пожилых людей. Особо остро стоит вопрос с оказанием паллиативной помощи в Казахстане, нет достаточного количества мест в хосписах, специально обученного персонала, возможности получать эту помощь в достаточном объёме на дому. Важно разработать нормативные документы, которые бы регулировали процесс и объем оказания паллиативной помощи. Следует учитывать гендерную и региональную специфику оказания медицинской помощи. В сельской местности существует острая нехватка медицинских учреждений, соответствующих специалистов, и если они есть, то часто эти услуги экономически недоступны для большей части пожилых людей. Определённое пренебрежение со стороны медицинского персонала к проблемам пожилых людей, недостаточное профессиональное понимание проблем пожилых людей отягчают ситуацию.

Эксперты отмечают, что в последние годы в Казахстане достигнут определённый прогресс в сфере оказания паллиативной помощи, но уровень её организации и предоставления значительно отстаёт от международных стандартов. По мнению международных исследователей, для Казахстана характерна модель паллиативной и хосписной помощи, типичная для стран с ограниченными ресурсами: недостаточное внимание к проблемам боли, табу относительно тем, связанных со смертью (и, как следствие, слабая информированность пациента о диагнозе), негибкая структура, где врач является главным действующим лицом, принимающим решение. Эта ситуация требует количественных и качественных изменений. Следует обратить внимание на такие проблемы как:

– недостаточное признание, оценка и поддержка развития системы паллиативной и хосписной помощи со стороны центральных и местных органов исполнительной власти;
– недостаточная доступность опиоидных анальгетиков для паллиативных пациентов;
– нехватка специалистов, прошедших специальную подготовку, и отсутствие специализации медицинского персонала по паллиативной и хосписной медицине;
– нехватка специализированного оборудования для паллиативного лечения и ухода;
– необходимость проведения научных исследований в данном направлении;
– негативные культурные стереотипы, боязнь осуждения и общественного порицания в отношении паллиативной помощи;
– неинформированность населения по вопросам паллиативной и хосписной помощи;
– недостаточное межведомственное сотрудничество и координация усилий по развитию службы паллиативной и хосписной помощи;
– ограничение финансирования с госбюджета на перечисленные виды специализированной помощи и отсутствие традиций меценатства и благотворительности.

Как считают эксперты, необходимо развивать системный подход в данном направлении, как наиболее экономически целесообразного вида, предоставление паллиативной помощи на дому, ввиду привлечения к уходу за больным членом семьи больного. Для обеспечения адекватного уровня предоставления медицинских и социальных

услуг необходим анализ потребностей населения пожилого возраста в различных видах помощи, экономической составляющей, системного подхода к организации мер, взаимосвязи и преемственности в работе медицинских и социальных структур по оказанию услуг людям пожилого возраста, расширению видов гериатрических услуг и долговременного ухода, надомной помощи.[9]

Не следует забывать и о том, что пожилые люди, в связи с распространением коронавирусной инфекции COVID-19 и введением чрезвычайного положения, изоляции для сдерживания ее распространения, оказались в сложной ситуации, когда из-за недостатка информации, возникающих страхов, высокой смертности среди этой группы риска, изолированности, отсутствия возможности поддерживать социальные связи, сложностей в получении медицинской помощи, доставки продуктов питания, доступа к информации, повысилась смертность пожилых людей. Особенно усложняло положение пожилых людей в период пандемии их ограниченный доступ к информации, социальным сетям, Интернету, недостаточное умение и возможность пользования информационными гаджетами. Такие медицинские услуги, как телемедицина и удаленные консультации, в ситуации изоляции позволи ли бы пожилым людям получить консультации специалистов в лечении своих хронических заболеваний, которые требуют посещения поликлиники в период, когда это невозможно. Ответственные государственные структуры не в полной мере учитывали особенности психологии, поведения, эмоций, состояния здоровья пожилых граждан при введении карантина. Но при этом, все же, была оказана определенная материальная поддержка пожилым людям со стороны правительства на центральном и местном уровнях, волонтёров, НПО, которые оказывали как материальную, так и моральную помощь пожилым людям в период пандемии.

В директивных рамках ВОЗ[10] определены шесть ключевых факторов активной старости: экономические, поведенческие, личностные, социальные, медицинские и социальные услуги, а также физическая среда. В них рекомендуются четыре компонента, необходимые для ответных мер в рамках политики в области здравоохранения:

– профилактика и снижение чрезмерного бремени инвалидности, хронических заболеваний и преждевременной смертности;
– сокращение факторов риска, связанных с основными заболеваниями, и усиление факторов, способствующих охране здоровья на протяжении всей жизни;
– создание континуума приемлемых по цене, доступных, высококачественных и благоприятных для людей пожилого возраста медицинских и социальных услуг в целях удовлетворения потребностей и осуществления прав людей по мере старения;
– обеспечение подготовки и обучения для лиц, осуществляющих уход.

Для обеспечения комплексной и скоординированной помощи с учетом особых потребностей и предпочтений пожилых людей, необходимо улучшить, а в некоторых случаях перепрофилировать услуги медицинской помощи, которая должна быть ориентирована на пожилых людей. Для обеспечения соответствующих оптимальных преобразованиий системы здравоохранения потребуется действия по нескольким направлениям, из которых приоритетными являются три следующие области:

– ориентация клинической практики заболевания на индивидуальную жизнеспособность;
– перестройка системы здравоохранения для обеспечения ориентированной на пожилых людей комплексной помощи;
– переобучение медицинских кадров в целях повышения качества оказываемой помощи в соответствии с требованиями новых систем.

---

[9] *Абдирова Т. М Организация паллиативной помощи в гериатрической практике Республики Казахстан (обзор) // Вестник АГИУВ. 2018. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-palliativnoy-pomoschi-v-geriatricheskoy-praktike-respubliki-kazahstan-obzor (дата обращения: 10.10.2020).*

[10] Всемирный доклад о старении и здоровье. ВОЗ. 2015 г. https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/ru/

Учреждения для пожилых людей

Для оказания помощи пожилым людям в Казахстане функционируют «Медико-социальные учреждения для престарелых и инвалидов» (далее МСУ) – это государственные учреждения, предоставляющее комплекс услуг по уходу за людьми преклонного возраста и людьми с ограниченными возможностями. МСУ предназначены для проживания людей, достигших пенсионного возраста, людей с инвалидностью I и II группы, одиноких и требующих постоянного постороннего ухода. Работа учреждения направлена на удовлетворение нужд проживающих, на повышение качества оказания специальных социальных услуг и эффективности социальной адаптации получателей услуг. МСУ рассчитаны на постоянное или временно проживание пожилых людей и людей с инвалидностью, полностью или частично утративших способность к самообслуживанию и передвижению, а также для людей, попавших в трудную жизненную ситуацию. МСУ оказывают специальные социальные услуги в условиях стационара, при стационаре действуют отделения дневного пребывания. Целью деятельности МСУ является реализация гарантированного государством права граждан пожилого возраста и людей с инвалидностью на стационарное социальное обслуживание. Оформиться в МСУ возможно, обратившись в Управление занятости, труда и социальной защиты и заполнив заявление о принятии в медико-социальное учреждение согласно утверждённой государственным стандартом форме.

В качестве основных положительных сторон деятельности этих организаций, опрошенными экспертами был указан тот факт, что учреждения для проживания одиноких пожилых людей и семейных пар преклонного возраста дают им возможность не страдать от социальной изоляции и одиночества. Также МСУ помогают семьям, которые, по разным причинам, не могут ухаживать за пожилыми людьми, часто страдающими тяжёлыми заболеваниями. Но существуют определённые сложности оказания этих социальных услуг для пожилых людей. К ним относят такие как:

- культурная специфика и сложившееся общественное мнение относительно МСУ для проживания пожилых людей, является скорее, негативным, чем поддерживающим;
- серьёзной проблемой является чрезмерная бюрократизированность процедуры оформления проживания в МСУ, назначения социального работника, оформления путёвки в санаторий, и особо остро стоит вопрос прохождения медицинского осмотра для пожилых, которые часто являются не транспортабельными;
- разные МСУ имеют разные возможности и не всегда социальные услуги оказываются в полной мере и по всем требующимся их видам в рамках одного учреждения;
- в МСУ совместно проживают как пожилые люди, так и люди с инвалидностью, старше 18 лет, и те, кто нуждается в паллиативной помощи, кто остался без попечения родственников, без жилья. Такая разнообразная аудитория получателей услуг этих учреждений достаточна сложна для оказания им в равной степени полного спектра социальных услуг и для пребывания там самих проживающих;
- содержание социальных услуг, оказываемых пожилым людям, требует корректировки и пересмотра, т.к. многие из них либо невозможно оказать (в силу состояния здоровья пожилых услугополучателей), либо должны оказываться специально обученными профессиональными специалистами, которые зачастую могут быть только привлеченными.
- отсутствует индивидуальный подход к потребностям каждого пожилого человека, когда его особенная жизненная ситуация не подпадает под государственные стандарты оказания социальной помощи, но, тем не менее, он в ней нуждается;
- серьёзные физические и морально-психологические нагрузки персонала МСУ - на одного работника приходится более 50 пациентов и из-за этого страдает качество оказания услуг, у сотрудников отсутствует мотивация в виду неадекватной оплаты их труда, быстро происходит профессиональное выгорание;

- отсутствие связи при разработке государственных стандартов оказания специальных социальных услуг с практиками, теми кто ежедневно оказывает социальные услуги и сталкивается с их несовершенством;

- существование такой дискриминационной практики, как удержание пенсионных отчислений в размере 70% у всех категорий пожилых в МСУ, независимо от размера пенсии и трудового стажа, отсутствие возможности индивидуального проживания в учреждениях, необходимого для сохранения психологического здоровья проживающих в них людей;

- проблема недостаточного индивидуального подхода в государственном обеспечении центров для пожилых людей - их обеспечение подчиняется Закону о государственных закупках, где основным принципом является экономия бюджетных средств и единые стандарты обеспечения материальными услугами без учета индивидуальных потребностей проживающих в МСУ людей;

- отсутствия должного контроля со стороны государственных органов над частными учреждениями для исключения фактов недобросовестного исполнения услуг в отношении пожилых людей.

Учитывая необходимость функционирования учреждений МСУ для реализации гарантированного государством права граждан пожилого возраста и людей с инвалидностью на стационарное социальное обслуживание, все же, надо отметить, что при принятии решения о месте своего жительства пожилые люди зачастую рассматривают свой дом или сообщество в качестве приоритетного места жительства, которое позволяет им сохранить ощущение связи и безопасности, поскольку связано с их ощущением идентичности и автономности.[11] Праву людей с определенной формой функциональных ограничений жить в своем сообществе и оставаться его членом отведена центральная роль в Конвенции Организации Объединенных Наций о правах инвалидов.

Кроме того, в некоторых случаях проживание в специализированных учреждениях считается унижающим человеческое достоинство и связанным со структурными и культурными барьерами, препятствующими социальному взаимодействию. Поэтому общей политической мерой реагирования на старение населения, поощряется концепция «старения на месте», означающая возможность для пожилых людей вести безопасный, независимый и комфортабельный образ жизни в своем доме и сообществе вне зависимости от возраста, дохода или уровня индивидуальной жизнеспособности. Такой подход является наиболее оптимальным для пожилых людей и может обладать существенными финансовыми преимуществами в плане расходов на медицинскую помощь.

Организация социальной работы

Социальная защита пожилых людей не сводится только к материальной поддержке. Разрешение социально-экономических, семейно-бытовых, эмоционально-психологических и многих других проблем, сопровождающих пожилых, требует объединения усилий многих государственных и негосударственных структур, включения в этот процесс общественности. Международные принципы отношения к старости предполагают оптимальное сочетание помощи и развития.

В ходе реализации государственной программы для обеспечения доступности медицинской помощи лицам пожилого возраста с 2011 года в Казахстане во всех поликлиниках функционируют социальные работники и психологи. Положительное влияние внедрения института социальных работников отчётливо прослеживается по увеличению количества лиц старше 60 лет обслуживаемых на дому. Для постоянного патронажа лиц пожилого возраста с хроническими формами заболеваний, выполнения назначений, сестринского ухода на дому пациентам на прикреплённом участке, в помощь участковому врачу и врачу общей практики, предусмотрены дополнительные штаты

[11] Lorencini M, Brohem CA, Dieamant GC, Zanchin NI, Maibach HI. Active ingredients against human epidermal aging. Ageing Res Rev. 2014 May; 15:100–15. PMID:24675046

медицинских сестер, что позволило улучшить оказание медицинской помощи лицам пожилого возраста.

С возрастом увеличивается число лиц, которые пользуются медицинской помощью исключительно дома, основными причинами, формирующими потребность такой помощи, являются физические возможности, возраст и одиночество пациента. Причем сельские жители значительно хуже обеспечены медицинской помощью на дому, чем городские, соответственно количество посещений их врачом в 3-4 раза ниже.

К числу надомных социальных услуг, предусматриваемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, относятся:

- организация питания, включая доставку продуктов на дом;
- помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости;
- содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинские учреждения;
- поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями.[12]

Но при этом, в процедурах оказания социальной помощи пожилым людям существуют и некоторые слабые стороны:

- государственный стандарт оказания социальной помощи, который включает в себя противоречивые, иногда не выполнимые требования для пожилых людей, которые часто лишают пожилого человека доступа к социальным услугам;
- качество оказания социальных услуг зачастую не соответствует требованиям, в результате низкой оплаты труда и мотивации социальных работников, их квалификации, количественной представленности социальных работников для предоставления разноплановых услуг, которые они обязаны оказывать;
- подготовка социальных работников в казахстанских вузах требует специализации по уходу за пожилыми людьми;
- низкий престиж работы социальных работников;
- невысокая оплата труда социальных работников, отсутствие дифференцированных оплаты труда и обязанностей социальных работников в городской и сельской местности;
- наличие определенного неравенства в статусе и положении государственных социальных работников и их коллегами в неправительственном секторе. Так, государственные социальные работники имеют возможность повышения квалификации за счет государственных средств, им гарантирован разнообразный социальный пакет, чего нет у сотрудников неправительственных организаций, исполняющих аналогичные функции.
- слабая профессиональная этика социальных работников, отсутствие профессиональных организаций, ассоциаций и профсоюзов социальных работников;
- отсутствие возможности пожилых граждан давать обратную связь по качеству предоставляемых услуг как со стороны государства, так и со стороны НПО.

Социальный работник призван восполнить недостающие социальные связи и нередко становится основным, если не единственным, человеком, с которым пожилой пациент может поговорить, обсудить интересующие вопросы. Нередко сам контакт социального работника с пожилым человеком имеет психотерапевтический подход, а направленная беседа, обсуждение наболевших вопросов имеют силу терапии. Это вызывает необходимость формирования профессионального пула социальных работников по уходу за пожилыми людьми, четкой конкретизации их профессиональной деятельности, защитой их юридических и трудовых прав, создание службы консультационно-психологической поддержки для самих специалистов.

---

[12] *Абдирова Т. М Организация паллиативной помощи в гериатрической практике Республики Казахстан (обзор) // Вестник АГИУВ. 2018. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-palliativnoy-pomoschi-v-geriatricheskoy-praktike-respubliki-kazahstan-obzor (дата обращения: 10.10.2020).*

Потребность пожилых людей в помощи

Согласно Законодательству РК существуют определённые категории граждан, имеющие право на получение специальных социальных услуг, в том числе престарелые граждане и люди с инвалидностью первой и второй группы, не имеющие трудоспособных совершеннолетних детей, супруга (супругу), обязанных по закону содержать своих нетрудоспособных родителей, мужа (жену) и заботиться о них, а также не имеющие медицинских противопоказаний. Есть и объективные причины, по которым социальные услуги на дому могут предоставляться даже при наличии близких родственников. Например, если у пожилого человека имеются дети, но они имеют инвалидность первой, второй группы, страдают онкологическими или психическими заболеваниями, находятся в местах лишения свободы или проживают в другом населенном пункте. Если у пожилого человека единственный сын живет в другом городе, а жена, как и он сам, глубоко преклонного возраста, в этом случае тоже возможно назначение семье социального работника. Наиболее часто меры финансовой и социальной помощи оказываются людям с инвалидностью, ветеранам Великой Отечественной войны и ветеранам войны в Афганистане. Но в отношении такой категории как малоимущие пенсионеры социальная поддержка со стороны государства не осуществляется. В отношении некоторых одиноких пожилых людей помимо государственной поддержки существует также поддержка со стороны трудовых коллективов, НПО и волонтеров.

Эксперты, принявшие участие в исследовании, отметили слабую информированность пожилых людей в отношении тех льгот и поддержки, которые им может оказывать как государство, так и НПО, и волонтеры. «Одним из составляющих элементов качества жизни пожилых людей является доступность необходимой информации, особенно правовой, так как от её качества в большинстве случаев зависит возможность реализации прав граждан. В действующем законодательстве Казахстана предусмотрены нормы реализации прав, которые не всегда исполняются для пожилых граждан. Особенность сложившейся социальной реальности заключаются в том, что пожилые граждане нуждаются в знаниях о своих правах. Их потребности в правовой информации и практические аспекты реализации норм действующего законодательства слабо учитываются».[13]

Общественная, досуговая и познавательно-образовательная деятельность пожилых людей

Оценивая уровень физической активности пожилых людей в Казахстане, эксперты отметили, что физическая активность пожилых людей недостаточна, в связи с доминированием «психологии доживания» у пенсионеров, зачастую отсутствует культура здорового образа жизни. Хотя, в последнее время, можно заметить увеличение числа пожилых людей, которые занимаются физической активностью. На активность пожилых людей оказывают влияние такие факторы как место жительства - городская инфраструктура может предоставить им больше возможностей, чем в сельской местности, а также наличие неких ментальных установок у пожилых людей, живущих особенно в сельской местности, которые оказывают на них сильное влияние и ограничивают их в занятиях физической о досуговой активности. Важную роль в развитии культуры общего оздоровления, играет информированность пожилых людей о наличии бесплатной возможности посещения физических занятий, поддержки со стороны государственного финансирования, льгот для пожилых людей.

Существует потребность и в создании образовательных учреждений, программ, курсов для пожилых людей при казахстанских колледжах, университетах, учебных центрах. Необходимо возрождать и развивать институты дополнительного образования для

[13] *Амиргалиев Е.Р., Нуркатова Л.Т. Социально-правовая работа с пожилыми людьми в Казахстане// Социологические исследования № 3, 2016.*

пожилых людей. При этом, акцент необходимо сделать на освоении новых технологий и дополнительных навыков пожилыми людьми, включая навыки пользования компьютером, смартфонами и другими гаджетами, и системами коммуникации и информации. Необходимо создать систему социальных льгот для поддержания досуговой, спортивной и образовательной активности пожилых людей.

В основе способностей учиться, развиваться и принимать решения лежат действия, направленные на продолжение обучения и применение знаний, принятие участия в решении проблем, продолжение личностного роста, а также возможность принимать решения. Продолжение обучения способствует приобретению пожилыми людьми знаний и навыков для решения проблем, касающихся их здоровья, помогает им оставаться в курсе информационно-технических новшеств, принимать участие в жизни общества (например, в рамках рабочей деятельности или деятельности на добровольной основе), приспосабливаться к проблемам старения, сохранять свою идентичность и поддерживать в себе интерес к жизни[14].

Социальные отношения являются важным компонентом здорового старения, поскольку, в случае их позитивного характера, они способствуют доверию и социальной поддержке. Одиночество и социальная изоляция являются факторами ухудшения состояния здоровья и снижения качества жизни. Очень полезным для пожилых людей является положительное взаимодействие с сообществами, в которых они проживают, особенно в сообществе с высоким уровнем социальной сплоченности и участия. Такие взаимоотношения могут увеличивать продолжительность и качество жизни пожилых людей, защищать от спада функциональности и укреплять жизнестойкость.

Отношения с семьей также имеют разную степень значимости. Для семейных отношений характерны как солидарность, так и противоречивость. Необходимость растить своих внуков, ухаживать за ними, может накладывать на бабушек и дедушек дополнительное финансовое, эмоциональное и физическое бремя. Продолжение личностного роста – умственного, физического, социального и эмоционального – очень важно в плане возможности для пожилых людей делать то, что они считают значимым, а способность принимать решения играет важную роль для сохранения пожилыми людьми ощущения контроля над своей жизнью.

Национальный план действий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие» в Республике Казахстан до 2025 года

Основу государственной политики в области старения населения в Республике Казахстан составляют программы в таких секторах государственной политики, как здравоохранение, социальное обеспечение, социальные услуги. Соответствующие стратегические документы утверждены на уровне Правительства РК. В 2015 г. выполнена Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 гг. Одной из задач Программы было совершенствование медицинской помощи людям пожилого возраста. Для ее решения Программа предполагала комплекс мер, включавший разработку и совершенствование нормативно-правовой базы здравоохранения; разработку и совершенствование протоколов диагностики, лечения и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста на основе доказательной медицины; создание квалификационных стандартов и нормативов нагрузки на медицинский персонал и социальных работников; разработку и внедрение системы оценки эффективности геронтологической и гериатрической помощи. В ходе осуществления этой Программы вырос показатель ожидаемой продолжительности жизни, снизилась общая

[14] Boyd CM, Vollenweider D, Puhan MA. Informing evidence-based decision-making for patients with comorbidity: availability of necessary information in clinical trials for chronic diseases. PLoS One. 2012;7(8): e41601. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0041601 PMID:22870234

смертность населения.[15] В 2009 г. в номенклатуру медицинских и фармацевтических специальностей Казахстана была включена специальность «Гериатрия», а в 2015 г. был утверждён стандарт для организации гериатрической и геронтологической помощи.[16] Таким образом, в Казахстане были заложены основы гериатрической службы и начата подготовка профессиональных кадров врачей и среднего медицинского персонала этого профиля.

В данное время в Казахстане обсуждают проект Национального плана действий по улучшению положения граждан старшего поколения «Активное долголетие» в Республике Казахстан до 2025 года. Онлайн-обсуждения проходят на портале «Открытые НПА», также Министерства и Акиматы вносят свои предложения. В рамках Плана мероприятий планируется открытие Центров Активного долголетия во всех регионах страны. Центры представляют собой досуговые учреждения, где люди старшего поколения могут изучать иностранные языки, пройти курсы компьютерной грамотности, заниматься лечебной физкультурой, танцами и пр. Пока такие центры действуют только в нескольких городах страны. Несмотря на существенную государственную поддержку существуют и проблемные сферы реализации государственных программ:

– государственные документы носят общий характер, не ориентированы на разнообразие особых потребностей пожилых людей. На сегодняшний день существует необходимость разработки конкретных программ для пожилых с учетом всех индивидуальных особенностей, потребностей различных категорий пожилых людей.

– как многие эксперты, так и рядовые граждане достаточно плохо информированы о существующих государственных программах, не осведомлены о их содержании, и соответственно недостаточно доверяют им;

– специальные программы и меры по оказанию поддержки пожилым людям, реализуются в основном в крупных городах, за пределами действия этих программ зачастую остаются малые города и сельские поселения;

– не сохраняется необходимая устойчивость государственных программ после завершения их срока действия;

– существует необходимость введения возможности корректировки государственных программ в процессе их реализации, т.к. не всегда возможно учесть все нюансы при практической реализации;

– государственные программы, законы, мероприятия для пожилых людей активно не освещаются, и не продвигаются в СМИ, в результате чего население страны не информировано о них.

Реализация программы «Активное долголетие» на примере г. Алматы

Алматы стал первым регионом в Казахстане, где организовали и запустили в действие Центр активного долголетия. Первый центр открыли в июне 2018 г. Программа «Активное долголетие» имеет как положительные, так и отрицательные стороны своей реализации. Среди сильных сторон можно отметить возможность социальной активности пожилых людей, их участия в жизни города, в обучающих курсах здоровья, культурных мероприятиях разного рода, а также в образовательной активности. В качестве минусов можно отметить, что индикаторами эффективности реализации программы «Активное долголетие» выступают количественные, а не качественные показатели, что требует соответствующих изменений, существует проблема слабой информационной работы среди

[15] Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016–2020 годы. Режим доступа: https://strategy2050.kz/static/files/pr/gprz_ru.pdf.

[16] Отчёт о выполнении региональной стратегии осуществления Мадридского Международного плана действий по проблемам старения в Республике Казахстан. Режим доступа: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/KAZ_report.pdf.

пожилых людей г. Алматы по информированию о реализации программы. Экспертами предложено использовать внутренний ресурс самих активных пожилых людей для ухода за теми, кто нуждается в помощи, что повысит понимание нужности, полезности, реализацию потенциала и развития нового формата сотрудничества и социальной активности пожилых людей.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИТОГАМ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В 2002 г. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций одобрила Политическую декларацию и Мадридский международный план действий по проблемам старения. В содержащихся в этих документах рекомендациях **определены три приоритетные области действий**: участие пожилых людей в развитии; обеспечение здравоохранения и благосостояния в пожилом возрасте; и обеспечение для пожилых людей широких возможностей и благоприятных условий.

В плане отмечен ряд ключевых аспектов: укрепление здоровья и благополучия на протяжении всей жизни; обеспечение всеобщего и равного доступа к медико-санитарным услугам; предоставление надлежащих услуг пожилым людям с ВИЧ/СПИДом; подготовка провайдеров медико-санитарной помощи и медицинских специалистов; удовлетворение потребностей пожилых людей в области психического здоровья; предоставление надлежащих услуг пожилым людям с инвалидностью (рассматривается в качестве приоритетного направления в области общественного здравоохранения); обеспечение помощи и поддержки для лиц, осуществляющих уход; и недопущение пренебрежительного отношения, злоупотреблений и насилия в отношении пожилых людей (рассматривается в качестве приоритетного направления в области создания благоприятных условий). В плане также подчеркивается важность старения на месте.

Процесс старения населения оказывает серьезное воздействие на все стороны жизни человека: экономический рост, сбережения, инвестиции и потребление, рынок труда, пенсиии, налогообложение и трансферты между поколениями. В социальной сфере это сказывается на состоянии здоровья людей, составе семьи, образе жизни, жилищных условиях и миграции населения. Старение населения, являясь не только демографическим феноменом, может определять процессы в экономической и политической сферах, отражая старение электората и представленность интересов различных возрастных групп, а также рост зависимости пожилых людей от экономически и социально активного населения, состояние здоровья людей, состав семьи и образ жизни, жилищные условия и миграцию населения.

Различия в занятости и доходах мужчин и женщин увеличивают гендерный разрыв в пенсионном обеспечении, повышая риск бедности для пожилых женщин. Проблема занятости в сфере общественного производства, адекватная оплата труда для женщин, создание условий для сокращения гендерных различий в пенсионных накоплениях мужчин и женщин, а также экономической и социальной поддержки пожилого населения – задачи, которые необходимо решать при разработке государственных программ в сфере экономического и социального развития страны[17].

Правительству Казахстана, гражданскому обществу *необходимо направить силы на осуществление ряда новых экономических, социальных, медицинских, юридических и других мероприятий по продлению здоровой и активной жизни лиц пожилого возраста, их достойного старения*. Демографические перемены заставляют пересматривать экономические, финансовые и организационные основы функционирования систем социального обеспечения и социального обслуживания, здравоохранения, но они должны

[17] Мы, Казахстан. Анализ положения в области народонаселения в Республике Казахстан. Денисенко М.Б., Елизаров В.В., Архангельский В.Н., Молдакулова Г.М., Жусупов Б.С. 2019 г.

основываться на научно обоснованном анализе проблем и возможностей, требований, качества услуг и особых потребностей людей старшего возраста. Для этого необходимо:

- исследование проблем старения населения ориентировать на комплексный, междисциплинарный подход, привлекать к изучению экспертов из самых разных сфер: здравоохранения, психологии, демографии, экономики, политологии, философии, антропологии, социологии и др.;
- при рассмотрении проблем старения населения и формирования стратегических программ поддержки пожилых людей отраслевыми министерствами и ведомствами необходимо дифференцировать возрастные параметры представителей третьего возраста, учитывая рекомендации и стандарты Всемирной Организации здравоохранения;
- дальнейшее улучшение социально-психологического состояния пожилых граждан, путем усиления защиты их прав, оценки полноты и качества предоставляемых услуг, создания возможностей для физической, образовательной, социальной и досуговой активности, сохранения возможности принятия решений и контроля над своей жизнью.
- усиление базовых социальных гарантий, предоставляемых государством для пожилых людей, информирование общественности и самих пожилых людей о предпринимаемых мерах и вводимых услуг;
- формирование единой информационной базы с данными статистической и аналитической информацией о пожилых людях на уровне страны, областей и районов;
- определение четких сфер ответственности, выделение надлежащих бюджетов и разработка механизмов координации, мониторинга, оценки и отчетности во всех секторах;
- внедрение программ по привлечению пожилых людей к наставничеству, менторству, обучению, консультациям, волонтерству;
- информирование и разъяснение правительственных программ и документов для пожилых людей посредством деятельности центров долголетия, социальных работников, волонтеров, СМИ.
- принятие законодательства по защите прав пожилых людей (например, по их защите от дискриминации и жестокого обращения), создание механизмов, которые могут быть использованы для борьбы с нарушениями их прав, в том числе в чрезвычайных ситуациях;
- развивать просветительскую деятельность и меры по поддержанию связей между поколениями для устранения эйджизма путем формирования и внедрения в сознание всех поколений нового понимания старения и укрепления взаимоотношений между поколениями, в том числе в школах.
- проведение информационных кампаний для расширения знаний и углубления понимания старения в средствах массовой информации, широких слоев населения, лиц, ответственных за разработку политики, работодателей и поставщиков услуг.

Совершенствование социальной помощи, оказываемой людям пожилого возраста, предполагает **комплексное решение** социальных, психологических и медико-биологических аспектов пожилого возраста, включающее:

- разработку квалификационных стандартов, нормативов нагрузки на медицинский персонал, в том числе для социальных работников с учетом уровня организаций и по направлениям оказания медицинских и социальных услуг, с особым фокусом на МСУ;
- укрепление работы социальных служб по регистрации пожилых людей, проведения мониторинга социально-экономического положения пожилых людей, целенаправленного оказания содействия и поддержки в зависимости от индивидуальной ситуации каждого потребителя услуг;
- обслуживание пожилых людей мультидисциплинарными командами специалистов для получения качественной помощи;
- снижение бюрократических барьеров при получении и оказании социальных услуг;
- совершенствование протоколов диагностики, лечения и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста на основе доказательной медицины;

- соответствие стандартов и протоколов лечения больных, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу международным требованиям;
- внедрение системы оценки (индикаторов) эффективности социальной, психологической, геронтологической и гериатрической помощи;
- разработка и внедрение программы обучения по паллиативной помощи для врачей, среднего медицинского персонала и социальных работников (мультидисциплинарной команды оказания паллиативной помощи);
- совершенствование системы паллиативной помощи: создание сети организаций паллиативной помощи и сестринского ухода за счет перепрофилирования некоторых стационаров и санаторно-курортных организаций;
- расширение сети дневных стационаров и стационаров на дому, оказывающих паллиативную помощь;
- пересмотр штатных нормативов для организаций восстановительного лечения, медицинской реабилитации и паллиативной помощи;
- разработка программ обучения медицинского персонала по вопросам оказания паллиативной помощи;
- создание системы целевых показателей работы организаций паллиативной помощи и сестринского ухода, отражающих качество оказываемой медицинской помощи и охват ими различных категорий людей старшего возраста;
- развитие системы мобильного обслуживания с комплексом услуг на дому, патронажной системы на дому и системы патронажных отделений при стационарах для пожилых людей во всех регионах страны;
- внедрение системы дифференцированного подхода при приеме граждан на уровне ПСМП и стационаров в зависимости от сложности ситуации по состоянию здоровья на момент обращения;
- расширение возможностей НПО в области оказания как государственных, так и частных социальных услуг для пожилых людей с пересмотром качественного содержания данных услуг со стороны сотрудников НПО.

Таким образом, для обеспечения адекватного уровня предоставления социальных услуг *необходим анализ потребностей* населения пожилого возраста в различных видах помощи, экономической составляющей, системный подход к организации мер, взаимосвязь и преемственность в работе медицинских и социальных структур по оказанию услуг людям пожилого возраста, расширение видов гериатрических услуг, долговременного ухода, надомной помощи.

Одним из основных условий достойного старения является создание возможностей для автономности - пожилые люди имеют право делать выбор и контролировать такие вопросы как где им жить, какие отношения поддерживать, что носить, как проводить свое время и пр. Возможности для выбора и контроля определяются многими факторами, в том числе индивидуальной жизнеспособностью пожилых людей, средой, в которой они живут, личностными и финансовыми ресурсами, которые они могут использовать, и возможностями, которыми они обладают. В совокупности эти факторы определяют автономность пожилых людей, от которой в значительной степени зависят их достоинство, неприкосновенность, свобода и независимость и которая является основным компонентом их общего благополучия.

Одним из основных направлений формирования необходимой для пожилых людей инфраструктуры является развитие системы услуг работников местных организаций по обслуживанию пожилых и одиноких людей. При этом, доступное жилье и пригодные виды транспорта, которые дают возможность людям по-прежнему жить у себя дома, абсолютно необходимы для сохранения самостоятельности; эти факторы облегчают социальные контакты и позволяют людям старшего возраста оставаться активными членами общества.

ООН и Европейская комиссия в рамках совместного проекта, разработали *индекс активного долголетия (ИАД)*, который позволяет измерить уровни автономной жизни

граждан старшего поколения, их участия в оплачиваемой занятости и социальной деятельности, а также их возможности для ведения активной жизни.

На уровне принятия политических решений *необходимо учитывать глобальные первоочередные меры* по максимальному использованию возможностей, создаваемых старением населения[18]:

- Добиться, чтобы все люди старшего возраста жили в достойных условиях, были материально обеспечены, имели доступ к медицинским и социальным услугам и имели гарантированный минимальный доход. В основе этих действий должны быть долгосрочные стратегии, опирающиеся на твердую политическую волю и гарантированные бюджетные ассигнования.
- Поддерживать местные сообщества и семьи, чтобы создать системы поддержки престарелым членам сообщества и семьи.
- Инвестировать в молодежь в целях улучшения жизни будущих поколений людей старшего возраста.
- Поддерживать комплексное изучение вопросов старения, учитывающие гендерные и культурные аспекты, для принятия обоснованных политических решений.
- Учитывать конкретные потребности женщин и мужчин преклонного возраста при проведении политики.
- Обеспечить учет вопросов старения и потребностей людей старшего возраста при выполнении всех национальных стратегий и программ в области развития.
- Обеспечить учет вопросов старения и потребностей людей старшего возраста в национальных планах развития, а также в планах реагирования на чрезвычайные ситуации.
- Взрастить новую культуру старения, основанную на соблюдении прав человека, и добиться изменения мировоззрения и отношения общества к старению и людям старшего возраста.

Процесс старения населения представляет **для страны новые вызовы**, социальные, экономические и культурные, но в то же время **создает новые возможности** для улучшения жизни людей всех возрастов.

[18] «Старение в XXI веке: триумф и вызов». Издание ЮНФПА и организации «Хелпэйдж Интернэшнл», 2012.