ՏԱՐԵՑ ԱՆՁԱՆՑ ԿՅԱՆՔԻ ԴԺՎԱՐԻՆ ԻՐԱՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՍԻՆԵՐԳԵՏԻԿ ՄՈԴԵԼ

ՆԱՐԻՆԵ ՄԿՐՏՉՅԱՆ

Խաչատուր Աբովյանի անվան ՀՊՄՀ, ՀՀ, Երևան

Էլ.հասցե՝ *mnarine999@gmail.com*

ՎԼԱԴԻՄԻՐ ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

Խաչատուր Աբովյանի անվան ՀՊՄՀ, ՀՀ, Երևան

Էլ. հասցե՝ *vskarapetyan@mail.ru*

DOI: 10.24234/scientific.v3i53.402

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Հետազոտության **օբյեկտը** տարեց անձանց կյանքի դժվարին իրավիճակներում (այսուհետ՝ ԿԴԻ) հայտնվելու կանխարգելման գործընթացն է: Հետազոտության **նպատակն է** ուսումնասիրել տարեց անձանց հետ տարվող աշխատանքների առանձնահատկություններն ինչպես Հայաստանի Հանրապետությունում, այնպես էլ մի շարք այլ երկրներում, այնուհետև մշակել ու իրականացնել նշված աշխատանքների կազմակերպման սիներգետիկ մոդելը: **Հետազոտության մեթոդաբանությունը և մեթոդները**: Որպես մեթոդանության հիմք ընտրվել են հոգեբանության և սոցիալական աշխատանքի սկզբունքները, տարեց անձանց կյանքի փոփոխությունների օրինաչափությունների և տարբեր իրավիճակներում դրսևորվող պատճառահետևանքային կապերի վերաբերյալ գիտական դրույթները, գիտակցության և գործունեության միասնականության սկզբունքը, ինչպես նաև տարիքային հոգեբանության սկզբունքները:

Որպես հետազոտության մեթոդներ կիրառվել են Հայաստանի Հանրապետությունում տարեց անձանց երկարատև խնամքի կազմակերպմանն ուղղված իրավակարգավորումների և այլ երկրների փորձի համեմատական, ԿԴԻ-ում հայտնվելու վրա ազդող բազմաթիվ գործոնների համաժամանակյա, զարգացման

հոգեբանության և սիներգետիկայի գիտական գրականության վերլուծությունները, սոցիալական աշխատանքի ապանձնավորված նմանատիպ դեպքերի թեմատիկ ուսումնասիրությունը, հարցազրույցները և անհատական մշտադիտարկումը:

Հետազոտության **վերջնարդյունքն** է տարեց անձի՝ ԿԴԻ-ում հայտնվելու ռիսկի վաղ բացահայտմանն ուղղված մոդելի մշակումը և ներդրումը, որը միավորում է խնամք իրականացնողների փոխազդեցությունների քարտեզը, աջակցության միասնական ծրագիրը, սոցիալական աշխատողի կողմից դեպքի համակարգումը և ռիսկին համաչափ մշտադիտարկումը:

Բանալի բառեր՝ *տարեց անձ, կյանքի դժվարին իրավիճակ, սիներգետիկ մոտեցում, սոցիալական աշխատանք, խնամք, մշտադիտարկում, ռիսկի գործոն*:

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստանի Հանրապետությունում միայնակ կամ ընտանիքի հետ բնակվող և տնային, ցերեկային կամ շուրջօրյա խնամքի կարիք ունեցող տարեց անձանց իրավիճակների քննությունը ցույց է տալիս, որ խոցելիությունը պայմանավորված չէ միայն տարիքով: Այն առաջանում է, երբ անձի պահպանված կարողություններն այլևս չեն համապատասխանում միջավայրի պահանջներին, իսկ անհրաժեշտ աջակցությունը բացակայում է, ուշանում կամ մնում մասնատված: Այդպիսի պայմաններում տարեց անձը կարող է հայտնվել կյանքի դժվարին իրավիճակում:

«Սոցիալական աջակցության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենքում կյանքի դժվարին իրավիճակը սահմանվում է հետևյալ կերպ՝ «Կյանքի դժվարին իրավիճակ՝ հաշմանդամության, տարիքի հետ կապված ինքնասպասարկման ունակությունների կորստի, հիվանդության, առանց ծնողական խնամքի մնալու, աղքատության, երկարատև գործազրկության, ընտանիքում կոնֆլիկտների, դաժան վերաբերմունքի, բռնության ենթարկվելու, անօգնականության, միայնակության, սոցիալական մեկուսացման, դժբախտ պատահարի կամ արտակարգ իրավիճակներում հայտնվելու, ազատազրկման վայրերից վերադառնալու հետևանքով մարդու կենսագործունեությանը խանգարող օբյեկտիվ իրավիճակ, որն անձն ինքնուրույն հաղթահարել չի կարող» (*ՀՀ Ազգային ժողով*, 2024):

Այս սահմանումը տարեց անձի ԿԴԻ-ն կապում է բնականոն գործունեությանը խոչընդոտող հանգամանքների հետ և նախատեսում կարիքների գնահատում, միջամտության ծրագիր ու մշտադիտարկում (ՀՀ Ազգային ժողով, 2024): Սակայն այդ միջոցներն արդյունավետ են միայն այն դեպքում, երբ առողջապահական, սոցիալական, համայնքային և ընտանեկան գործողությունները միավորվում են անձի

շուրջ: Գործնական դեպքերի քննությունը ցույց է տալիս, որ նման համադրումը հաճախ սկսվում է ոչ թե ռիսկի վաղ փուլում, այլ այն ժամանակ, երբ առօրյա ինքնուրույնությունն արդեն էականորեն նվազել է:

Հոդվածի նպատակն է բացահայտել տարեց անձի ԿԴԻ-ում հայտնվելու հոգեբանական և կազմակերպչական մեխանիզմները և հիմնավորել Հայաստանի Հանրապետության պայմաններին համապատասխան կանխարգելման սիներգետիկ մոդել: Հետազոտության առարկան անձի կարողությունների, կենսամիջավայրի, ընտանիքի և աջակցության կառույցների փոխազդեցությունն է: Ենթադրվում է, որ ռիսկի վաղ բացահայտումն ու համաձայնեցված օգնությունը երկարացնում են տանն անվտանգ ապրելու ժամանակը, իսկ մասնատված ծառայությունները խորացնում են կախվածությունն ու մեկուսացումը (World Health Organization, 2015, 2020; United Nations, 2002): Հոդվածի գիտական նորույթը ԿԴԻ-ն ժամանակի ընթացքում ձևավորվող անձ–միջավայր անհավասարակշռության և փոխազդեցությունների ինքնաուժեղացող շղթայի տեսանկյունից դիտարկելն է: Մոդելը պարզում է, թե ո՞ր դժվարություններն են ժամանակի ընթացքում փոխադարձաբար խորանում, ե՞րբ է մոտենում ճգնաժամային շեմը և ո՞ր միջամտությունը կարող է փոխել ընթացքը: Այդպիսով օրենքով նախատեսված միջոցներին ավելանում է տարեց անձի վիճակի զարգացման հոգեբանական և սիներգետիկ ըմբռնումը (Bronfenbrenner, 1979; Haken, 2004; Lawton & Nahemow, 1973):

Սույն հիմնախնդրին վերաբերող գրականության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ԿԴԻ-ը ծերության հետ նույնացնելը թե՛ գիտական, թե՛ գործնական սխալ է: Զարգացման հոգեբանության մեջ տարեցությունը մարդու կյանքի ուշ, սակայն շարունակվող զարգացման փուլ է, որտեղ կորուստների կողքին պահպանվում են ընտրելու, հարմարվելու և առօրյան վերակազմակերպելու կարողությունները: Բալտեսի տեսության համաձայն՝ մարդը տարիքի հետ վերանայում է նպատակները, ուժերը կենտրոնացնում կարևոր գործունեությունների վրա և նվազած հնարավորությունները լրացնում այլ միջոցներով (Baltes, 1997): Քայլելու դժվարությունը, օրինակ, ինքնուրույն կյանքը չի վերացնում, եթե տունը հարմարեցված է, սնունդն ու դեղերը հասանելի են, իսկ մարդը շարունակում է տնօրինել իր առօրյան: Նույն դժվարությունը կարող է կախվածության հանգեցնել, եթե միջավայրը նոր խոչընդոտներ է ստեղծում: Ուստի օգնության կարիքը որոշվում է ոչ միայն հիվանդությամբ, այլև անձի հնարավորությունների և միջավայրի պահանջների հարաբերությամբ (Baltes & Baltes, 1990; Lawton & Nahemow, 1973; Wahl, Iwarsson, & Oswald, 2012):

Իրականացված էմպիրիկ հետազոտությունը ցույց տվեց, որ տարեց մարդու համար տունը միայն գույք չէ. այնտեղ են նրա հիշողությունները, սովորությունները, հարևանական կապերն ու սեփական կյանքը տնօրինելու զգացումը: Տարիքի հետ առանձնապես կարևոր են դառնում հուզական իմաստ ունեցող հարաբերություններն

ու զբաղմունքները (Carstensen, 2021): Ուստի տանը ստացված խնամքը սննդից, հիգիենայից և բժշկական հսկողությունից ավելին է. այն պահպանում է ընտրելու, հաղորդակցվելու և օգտակար լինելու հնարավորությունը: Օգնության նպատակը ոչ թե ամեն ինչ մարդու փոխարեն անելն է, այլ սեփական կյանքին նրա մասնակցությունը հնարավորինս երկար պահպանելը (Ryff, 1989; Wiles et al., 2012):

Կատարված ուսումնասիրությունների արդյունքում պարզ է դառնում, որ տարեց մարդու կյանքում փոքր փոփոխությունը կարող է երկար ժամանակ կառավարելի մնալ, բայց այլ դժվարությունների միանալով՝ արագացնել դժվար իրավիճակի առաջացումը: Շարժունակության նվազումը սահմանափակում է շփումը, մեկուսացումը թուլացնում է ինքնախնամքը, իսկ խնամողի ծանրաբեռնվածությունը նվազեցնում է ընտանեկան աջակցության կայունությունը: Տան հարմարեցումը նվազեցնում է ընկնելու վտանգը, անվտանգ տեղաշարժը վերականգնում է շփումները, իսկ խնամողին տրված խորհրդատվությունն ու հանգստի հնարավորությունը կայունացնում են ընտանեկան օգնությունը: Ուստի կանխարգելել նշանակում է ոչ թե պարզապես ավելացնել ծառայությունները, այլ գտնել այն օղակը, որի փոփոխությունը վիճակը խորացնող շղթան կվերածի կայունացնող շղթայի (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016; World Health Organization, 2015):

ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Հետազոտությունն իրականացվել է որակական, տեսական-կիրառական ձևաչափով: Մեթոդաբանական հիմքը կազմել են սիներգետիկայի՝ բաց համակարգերի և փոխազդեցությունների մասին դրույթները, ինչպես նաև զարգացման հոգեբանության՝ ամբողջ կյանքի ընթացքում փոփոխության գաղափարը (Haken, 2004; Smith & Thelen, 2003): Վերլուծության նյութ են ծառայել մասնագիտական գրականությունը, Հայաստանի Հանրապետության իրավական ակտերն ու միջազգային պաշտոնական փաստաթղթերը, ինչպես նաև սոցիալական աշխատանքի ընթացքում ձևավորված ապանձնավորված նյութերը՝ մասնագիտական զրույցների բովանդակությունը, կարիքների գնահատումները և դեպքերի վարման նկարագրությունները, որոնք չեն դիտարկվել որպես վիճակագրական ընտրանք. դրանց միջոցով ուսումնասիրվել է այն փոփոխությունների հաջորդականությունը, որոնք վերաբերվում են տարեց անձի առօրյա կարողություններին, ընտանեկան աջակցությանն ու ծառայությունների արձագանքին:

Այդ ձևակերպմամբ վերլուծությունն իրականացվել է պարզելու, թե.

- ✓ ե՞րբ են անձի պահպանված կարողությունները դադարում բավարարել առօրյա պահանջներին,
- ✓ ի՞նչ փոխազդեցություններ են արագացնում ԿԴԻ-ի խորացումը,

- ✓ ո՞ր աջակցությունը կարող է փոխել ընթացքը մինչև շուրջօրյա խնամքի անհրաժեշտության առաջացումը:

Ներկայացվող դեպքերը ընտրվել են տարբեր իրավիճակներում կրկնվող կառուցվածքները բացահայտելու, ոչ թե դրանց տարածվածությունը հաշվարկելու համար: Մշտադիտարկման ընթացքում առանձնացվել են՝

- միայնակ բնակությունը՝ ձևական ընտանեկան կապի պայմաններում,
- գույքի փոխանցումը՝ խնամքի ակնկալիքով,
- օգնությունից հրաժարումը,
- հիվանդանոցից տուն չկազմակերպված վերադարձը և ընտանեկան հարաբերությունների պատճառով խնամքի խաթարումը,

որոնցից յուրաքանչյուրում դիտարկվել է.

- ✓ սկզբնական փոփոխությունը,
- ✓ որևէ գործոնների խորացումը,
- ✓ խնամքն իրականացնողի կողմից բացակայող գործողությունները,
- ✓ անհրաժեշտ միջամտության փոփոխության ընթացքը (Braun & Clarke, 2006):

Այս ենթատեքստի կտրվածքում հաշվի են առնվել հայկական ընտանիքում ձևավորված փոխօգնության սպասումները, սեփականության նկատմամբ հոգեբանական կապվածությունը, ինստիտուցիոնալ խնամքի հանդեպ վերաբերմունքը և կյանքի ընթացքում ձևավորված պատմամշակութային փորձը, որոնք կարող են նշանակալի լինել որոշ տարեց անձանց համար և չեն կարող վերաբերվել ամբողջ տարիքային խմբին:

Ներկայացված դեպքերը մի քանի նման իրավիճակների համադրմամբ կազմված վերլուծական պատումներ են, այլ ոչ առանձին անձանց ամբողջական կենսագրություններ: Նույնականացնող և փոքր խմբերի քանակական տվյալներ առավելապես հետազոտական բնույթի են: Որակական նյութը վիճակագրորեն վերաբերում է հետազոտական խմբերի ընտրանքին, ուստի չի բացահայտում պատճառահետևանքային կապեր հաստատելու հնարավորություն, որով բացահայտվում է կրկնվող մեխանիզմները, կանխարգելման մոդելի ձևակերպումը, հետագայում ավելի լայն էմպիրիկ հետազոտություն իրականացնելու համար: Ստորև ներկայացվում են առավել ուսումնասիրված 4 հիմնական դեպքեր:

- **Առաջին համակցված դեպքը** վերաբերում է սեփական բնակարանում ապրող տարեց անձին, որն ունի կենսաթոշակ և ազգականներ, բայց առօրյա հուսալի օգնություն չունի: Որոշ հարազատներ զանգահարում են և համոզված են, որ նա դեռ ինքնուրույն է, մինչդեռ մարդը դժվարությամբ է հասնում խանութ, շփոթում է դեղերի ընդունման ժամերը, իսկ տան վիճակը մեծացնում է ընկնելու վտանգը: Ինքը նույնպես չի դիմում օգնության, որովհետև այն նույնացնում է անզորության կամ տնից հեռացվելու հետ: Այլ դեպքերում հարազատների հետաքրքրությունը սահմանափակվում է հազվադեպ կապով: Տունը, եկամուտն ու ազգականների

առկայությունը ստեղծում են ապահովության ձևական պատկեր, որը կարող է ծածկել իրական վտանգը: Ժամանակին հաստատված վստահելի կապը, տան պայմանների գնահատումը և փոքր, բայց կանոնավոր օգնությունը կարող են կանխել վիճակի խորացումը:

- **Երկրորդ համակցված դեպքը** վերաբերում է այն իրավիճակին, երբ բնակարանը փոխանցվել է մերձավորին՝ հետագա խնամքի ակնկալիքով: Սկզբնական օգնությունը ժամանակի ընթացքում նվազել է, իսկ տարեց անձը վախենում է բարձրաձայնել խնդիրը, քանի որ սեփական տանը բնակվելու անվտանգությունը կախված է նույն հարազատից: Գույքն այստեղ խնդրի կենտրոնը չէ, սակայն դրա փոխանցումը փոխել է հարաբերություններում ուժերի հավասարակշռությունը: Այստեղ կարևորվում է ապահովել անձի խնամքն ու անվտանգությունը, ապա պարզել, թե՝ եղե՞լ է արդյոք ճնշում կամ խաբեություն, պահպանվե՞լ է բնակվելու իրավունքը և հասանելի՞ է անկախ իրավական խորհրդատվությունը: Միաժամանակ յուրաքանչյուր փոխանցում չարաշահում համարել չի կարելի. որոշիչ են անձի ազատ կամքը, իրազեկվածությունը և գործարքից հետո ձևավորված իրական հարաբերությունները:
- **Երրորդ համակցված դեպքը** վերաբերում է տնայցից կամ մշտադիտարկումից հրաժարվելուն: Այդ արձագանքի հետևում կարող են լինել ինքնուրույնությունը կորցնելու վախը, տան վիճակից ամոթը, նախկին վատ փորձը, ընտանիքի ճնշումը կամ հիշողության վատացումը: Ուստի «հրաժարվել է» գրառումը մասնագիտական եզրակացություն չէ: Պետք է մշտադիտարկման արդյունքում պարզել արդյո՞ք մարդը հասկանում է որոշման հետևանքները, կա՞ ընտանիքի անդամների կամ այլ անձանց ճնշում, և գիտի՞ կրկին դիմելու ձևը: Հաճախ մարդը մերժում է ոչ թե օգնությունը, այլ դրա առաջարկված ձևը և համաձայնում է հեռախոսային կապին, այլ մասնագետի այցին կամ վստահելի անձի ներկայությամբ հանդիպմանը (Department of Health and Social Care, 2025; United Nations, 1991, 2006):
- **Չորրորդ համակցված դեպքը** սկսվում է հիվանդանոցից դուրսգրումից: Մարդը տուն է վերադառնում նոր սահմանափակումներով, իսկ ընտանիքի անդամները չեն ստացել նրան անվտանգ տեղափոխելու, կերակրելու կամ բուժման կարգին հետևելու համար անհրաժեշտ ուսուցում: Ընտանիքի մեկ անդամ փորձում է միայնակ լրացնել բոլոր բացերը, աստիճանաբար ուժասպառ է լինում և այլևս չի կարողանում շարունակել խնամքը: Հաստատություն տեղափոխվելու իրական պատճառը կարող է լինել ոչ միայն տարեց անձի առողջական վիճակը, այլև հիվանդանոցից տուն անցման անկազմակերպ լինելը: Ընտանիքին ժամանակին տրված ուսուցումը, տնային մասնագիտական օգնությունն ու խնամողին տրամադրված հանգստի հնարավորությունը կարող են փոխել այդ ընթացքը (Coleman et al., 2006; Naylor et al., 2004):

Չորս համակցված դեպքերում էլ տեսանելի է ԿԴԻ-ի ձևավորման նմանատիպ ընթացքը՝ սկզբնական կառավարելի փոփոխություն, մասնակի կամ ուշացած արձագանք և միմյանց խորացնող նոր դժվարությունների կուտակում:

Ամփոփելով նկարագրված դեպքերի վերլուծությունը, կարելի է եզրակացնել, որ տարեց անձի՝ ԿԴԻ-ում հայտնվելու կանխարգելումը ոչ միայն սոցիալական քաղաքականության, այլև զարգացման հոգեբանության խնդիր է, քանի որ նույն տարիքով և նույն ախտորոշմամբ մարդիկ ունենում են տարբեր հուզական վիճակներ, ցուցադրում են տարբեր վարքաձևեր, որովհետև տարբեր են նրանց պահպանված կարողությունները, հարաբերությունները, բնակության պայմաններն ու աջակցությունը: Օգնությունն ընդունելու ձևի վրա կարող են ազդել նաև կյանքի ընթացքում ձևավորված արժեքները, ընտանեկան պարտավորության պատկերացումները, պետական համակարգի հանդեպ սպասումները և սեփականության հետ կապված փորձը, սակայն այդ առանձնահատկությունները չեն կարելի ինքնաբերաբար վերագրել բոլոր տարեցներին: Մինչդեռ սիներգետիկ մոտեցման պարագայում առանձին տարեցների նկատմամբ դրսևորված ուշադրությունը անցում է կատարում դեպի «անձ-միջավայր» համակարգին: Ուստի համակարգող մասնագետն իրականացնում է մշտադիտարկում, հետևելով մասնակիցների գործողություններին և տարեց անձի վերաբերյալ տրվող ազդակներին(շտապ օգնության հաճախակի կանչերը, սննդի ու դեղերի անկանոնությունը, շփումների կտրուկ նվազումը, խնամողի հոգնածությունը, բնակարանի վտանգավոր վիճակը կամ անսովոր գույքային գործարքը): Սակայն մեկ ազդակը դեռ ԿԴԻ առկայություն չի արձանագրում, չնայած, որ կան բազմաթիվ թաքնված ազդակներ, որոնց համադրումն ու վիճակի արագ վատթարացումը պահանջում են իրավիճակի ամբողջական գնահատում (Lawton & Nahemow, 1973; *World Health Organization*, 2015): Ուստի անհրաժեշտ է ցուցաբերել համակարգային մոտեցում, ուսումնասիրելով ինչպես գործող ՀՀ իրավական դաշտը, այնպես էլ միջազգային փորձն ու կիրառվող մեթոդները:

Տարեց անձանց խնամքի կազմակերպման միջազգային փորձի ուսումնասիրությունը

Հայաստանի Հանրապետությունում բնակվող տարեց անձանց խնդիրների ամբողջական գնահատման համար այլ երկրների փորձը արժեքավոր է ոչ թե պատրաստի համակարգեր պատճենելու, այլ ընդհանուր խնդիրների լուծման սկզբունքները հասկանալու տեսանկյունից: ԱՀԿ-ի ICOPE ուղեցույցն առաջարկում է առաջնային և համայնքային մակարդակներում միասին դիտարկել շարժունակության, հիշողության, տրամադրության, սնուցման և տեսողության փոփոխությունները, գնահատել նաև սոցիալական աջակցության կարիքը և անձի մասնակցությամբ ծրագիր կազմել (*World Health Organization*, 2025): Այս մոտեցմամբ

ընտանեկան բժիշկը կարող է առօրյա կարողությունների թուլացումը դիտարկել որպես ոչ միայն բժշկական, այլև սոցիալական աջակցության անհրաժեշտության վաղ ազդակ:

Ճապոնիայի համայնքային համալիր խնամքը մեկ բնակավայրում համատեղում է բուժօգնությունը, երկարատև խնամքը, կանխարգելումը, բնակության և առօրյա աջակցության միջոցները՝ մարդուն իր ծանոթ միջավայրում պահելու նպատակով (*Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan*, n.d.): Գերմանիայի երկարատև խնամքի պարտադիր ապահովագրությունը աջակցության ծավալը կապում է ինքնուրույնության սահմանափակման աստիճանի հետ և թույլ է տալիս համադրել ընտանեկան ու մասնագիտական խնամքը (Federal Ministry of Health, Germany, n.d.): Առաջին օրինակը կարևորում է տարածքային համակարգումը, երկրորդը՝ խնամքի ծախսերի բաշխումն ու ընտանիքի կատարած աշխատանքի ճանաչումը:

Անգլիայի Care Act-ի ուղեցույցում կանխարգելումը շարունակական պարտականություն է, իսկ գնահատումը հիմնվում է անձի բարեկեցության և ցանկալի արդյունքների վրա (*Department of Health and Social Care*, 2025): Գույքի փոխանցման դեպքերում դիտարկվում են գործարքի նպատակը, ժամանակը և այն, թե մարդը որքանով կարող էր կանխատեսել խնամքի կարիքը: Իռլանդիայի Fair Deal ծրագրում հաշվի են առնվում առաջին դիմումին նախորդած հինգ տարիներին և դիմումից հետո կատարված գույքային փոխանցումները (*Health Service Executive*, n.d.):

Համեմատությունը ցույց է տալիս, որ Հայաստանի Հանրապետությունում գործում են բժշկական, սոցիալական և համայնքային առանձին ծառայություններ, սակայն դրանց միջև դեռևս բավարար չափով չի ձևավորվել վաղ արձագանքի և շարունակական դեպքի կառավարման միասնական մեխանիզմ: Աջակցությունը հաճախ ինտենսիվանում է այն ժամանակ, երբ անձն արդեն շուրջօրյա խնամքի կարիք ունի: Այդ պատճառով պատասխանատվությունը գործնականում կարող է ամբողջությամբ տեղափոխվել կամ ընտանիքի, կամ պետության վրա՝ առանց ռեսուրսների և պարտականությունների հստակ բաշխման:

Անգլիայի և Իռլանդիայի փորձից Հայաստանի համար կիրառելի է ոչ թե կոնկրետ ֆինանսական կանոնների մեխանիկական ընդօրինակումը, այլ երկու սկզբունք: Առաջինը խնամքի կարիքի, անձի նպատակների և իրական կարողությունների անհատական գնահատումն է: Երկրորդը ֆինանսական մասնակցության սահմանումն է միայն օրենքով, վճարունակությանը համապատասխան և իրավունքների պաշտպանության հստակ երաշխիքներով: Գույքային գործարքների ուսումնասիրությունը կարող է ծառայել չարաշահումների կանխմանը, բայց չի կարող դառնալ օգնություն ստանալու նախապայման կամ գույքի փոխանցման պարտադրանք (*Department of Health and Social Care*, 2025; *Health Service Executive*, n.d.):

Այս փորձից բխող ընդհանուր սկզբունքն այն է, որ օգնությունը պետք է սկսվի վաղ, շարունակվի մեկ համաձայնեցված ծրագրով և բաժանվի մի քանի մասնակիցների միջև: Պարտադիր չէ, որ պետությունը լինի յուրաքանչյուր ծառայության անմիջական մատուցողը, բայց պետք է մնա հասանելիության, որակի և անընդհատության երաշխավորը (*United Nations*, 2002; *World Health Organization*, 2020):

Ամփոփելով տարբեր երկրների վերոնշյալ փորձը, ստորև մոդելի տեսքով առաջարկում ենք տարեց անձանց արժանապատիվ խնամքի ապահովման մոդել, որը մեր պատկերացմամբ առավելագույնս կծառայի ոլորտի աշխատանքների կոորդինացմանը, միավորմանը և ամբողջական պատկերացում կտա աշխատանքների նպատակային կազմակերպմանը և իրականացմանը:

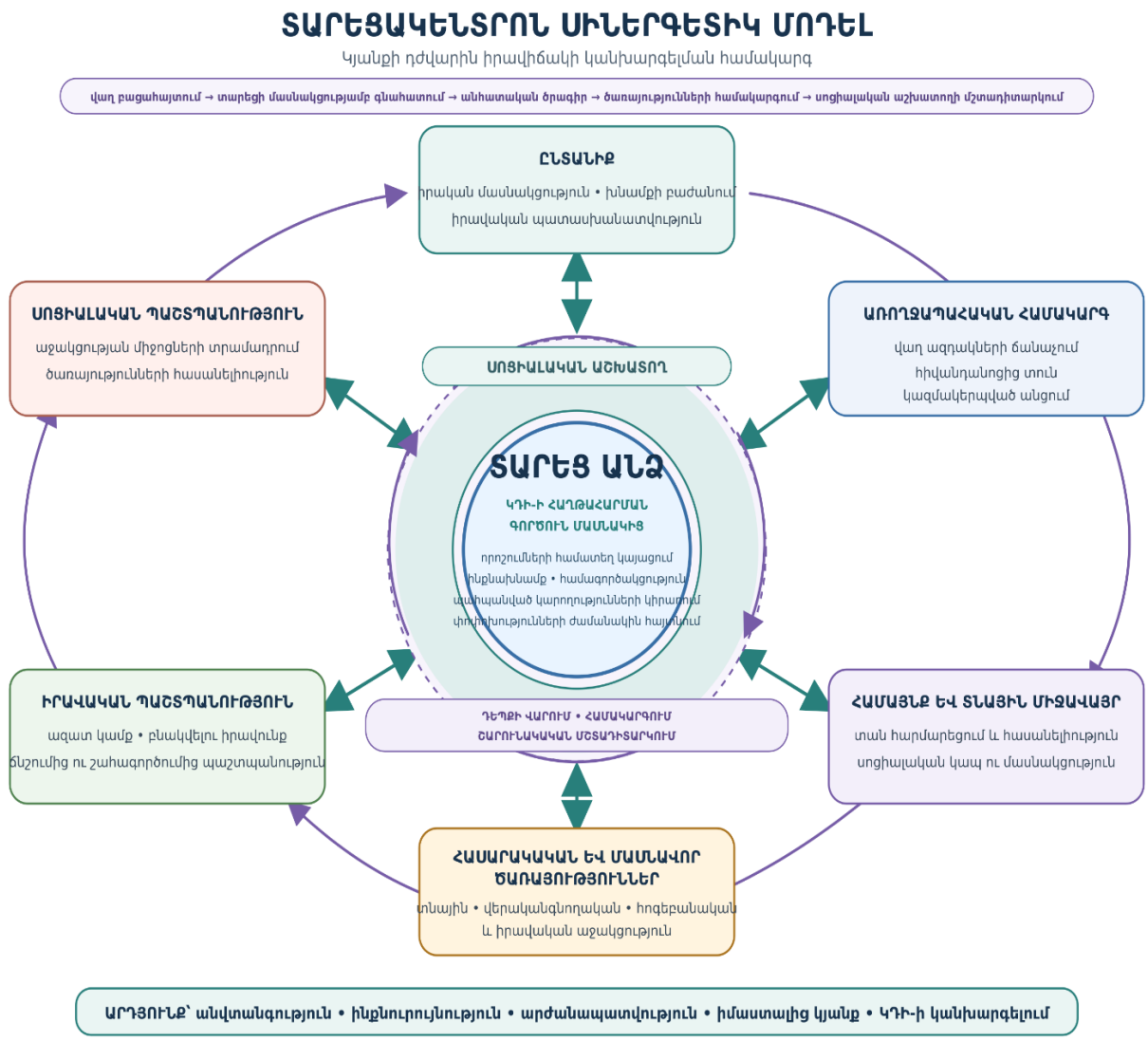
Հայաստանի Հանրապետության տարեց անձանց արժանապատիվ խնամքի ապահովման առաջարկվող մոդելը

Իրավական դաշտի, միջազգային փորձի և կիրառական դեպքերի համադրումը ցույց է տալիս, որ գործող ծառայությունները հաճախ կենտրոնանում են առանձին խնդրի լուծման վրա, մինչդեռ տարեց անձի ընդհանուր բարեկեցության համար անհրաժեշտ է միասնական համակարգում: Այդ հիմքով առաջարկվում է սիներգետիկ բաց համակարգ, որտեղ յուրաքանչյուր մասնակից ունի հստակ գործառույթ, իսկ նրանց գործողությունները միավորվում են տարեց անձի նպատակների շուրջ:

Մոդելի կենտրոնում տարեց անձն է՝ իր պատմությամբ, պահպանված կարողություններով, ցանկություններով և հարաբերություններով:

Կանխարգելիչ աշխատանքը սկսվում է ոչ թե անձի 65 տարին լրանալու փաստով և ոչ էլ տարիքային խմբի համատարած հաշվառմամբ, այլ այն ժամանակ, երբ առկա է օգնության դիմում կամ հիմնավոր ռիսկի ազդակ: Այդ ազդակը կարող է ստացվել հենց տարեց անձից, ընտանիքից, ընտանեկան բժշկից, հիվանդանոցից դուրսգրման պահին, սոցիալական կամ համայնքային ծառայությունից, իսկ անմիջական վտանգի դեպքում՝ նաև ոստիկանությունից կամ փրկարար ծառայությունից: Սոցիալական աշխատողը նախ անմիջական կապ է հաստատում անձի հետ, բացատրում գնահատման նպատակը և, նրա տեղեկացված համաձայնությամբ, գրանցում միայն օգնությունը կազմակերպելու համար անհրաժեշտ տվյալները (*ՀՀ Ազգային ժողով*, 2024; *United Nations*, 1991):

Այդ ամենը ցուցադրված է ստորև ներկայացված մոդելում:



Ռիսկին համաչափ մշտադիտարկումը սկսվում է նախնական գնահատումից և անձի հետ համաձայնեցված աջակցության ծրագրից հետո: Կայուն վիճակում բավարար կարող է լինել պարբերական հեռախոսային կապը, իսկ վիճակի վատթարացման, հիվանդանոցից վերադարձի, բռնության կամ շահագործման կասկածի դեպքում՝ ավելի հաճախակի շփումն ու տնայցը: Ստացված հաղորդումը որևէ կառույցի անսահման միջամտության իրավունք չի տալիս: Այն վտանգը ճշտելու և անձին օգնության հնարավորությունները ներկայացնելու հիմք է: Կրկնվող ազդակները փոխանցվում են դեպքը համակարգող սոցիալական աշխատողին, որպեսզի դրանք չկորչեն տարբեր կառույցներում: Առանց համաձայնության միջամտությունը հնարավոր է միայն օրենքով հստակ նախատեսված հիմքով և անձի կյանքին կամ առողջությանը սպառնացող էական վտանգի դեպքում (*Department of Health and Social Care*, 2025; *ՀՀ Ազգային ժողով*, 2024):

Հնարավորության դեպքում իրավիճակի գնահատումը կատարվում է մարդու տանը և նրա մասնակցությամբ: Այն ընդգրկում է տեղաշարժը, սնունդն ու դեղերը, հիշողությունն ու հուզական վիճակը, սոցիալական կապերը, բնակարանի

անվտանգությունը, եկամտի կառավարումը, բռնության կամ շահագործման վտանգը և ընտանիքի իրական հնարավորությունները: Միաժամանակ արձանագրվում են պահպանված ուժերը.

- որքանո՞վ է մարդն ինքնուրույն,
- ո՞ւմ է վստահում,
- ինչի՞ց չի ուզում հրաժարվել,
- ինչպիսի՞ օգնություն է ընդունելի համարում (*Department of Health and Social Care*, 2025; *World Health Organization*, 2025):

Գնահատումից հետո սոցիալական աշխատողը տարեց անձի հետ կազմում է աջակցության մեկ ընդհանուր ծրագիր և ստանձնում դեպքի համակարգումը: Մեկ ծրագիրը չի նշանակում մեկ ծառայություն: Սոցիալական աշխատողը պահպանում է ամբողջական պատկերը, համաձայնեցնում մասնակիցների քայլերը և հետևում, որ որևէ խնդիր չմնա կառույցների միջև: Ծրագիրը սկսվում է մարդու համար հասկանալի նպատակներից՝ անվտանգ ապրել տանը, կանոնավոր սնվել, տնօրինել առօրյա գումարը կամ պահպանել կարևոր շփումը (*Department of Health and Social Care*, 2025; *World Health Organization*, 2025):

Տարեց անձի խնամքի համար յուրաքանչյուր ծառայություն միջոց է, իսկ արդյունքը՝ նրա կյանքում կատարված փոփոխությունը: Դեպքը համակարգող սոցիալական աշխատողը կազմում է փոխազդեցությունների քարտեզ՝ նշելով սկզբնական փոփոխությունը, դրա հետևանքները, վիճակը խորացնող կապերը, ճգնաժամի նշաններն ու կայունացում բերող մեկ կամ երկու քայլը: Եթե դեղերի անկանոն ընդունման հիմքում միաժամանակ հիշողության թուլացումը, մեկուսացումն ու սննդի անկանոնությունն են, միայն դեղատուփ տրամադրելը բավարար չի լինի: Ընտանեկան բժշկի, տնային օգնության և կանոնավոր սոցիալական կապի համադրությունը կարող է փոխել ամբողջ ընթացքը: Այս քարտեզն է առաջարկվող մոդելը տարբերում ծառայությունների սովորական թվարկումից: Նպատակը օգնության ցանկացած կարիք վերացնելը չէ, այլ կանխել ինքնուրույնության այն կորուստը և հաստատություն տեղափոխվելը, որոնք հնարավոր էին խուսափել ժամանակին ու համաձայնեցված աջակցությամբ:

Առողջապահական համակարգը բուժմանը զուգահեռ պետք է արձանագրի նաև առօրյա կարողությունների նվազումը և սոցիալական ծառայության հետ նախապատրաստի հիվանդանոցից տուն անցումը: Համայնքը կարող է կազմակերպել բնակարանի փոքր հարմարեցումը, տեղական փոխադրումը, սննդի հասանելիությունն ու սոցիալական մասնակցությունը: Դեպքը համակարգող սոցիալական աշխատողը գնահատում է կարիքները, վարում դեպքը և հետևում մյուս մասնակիցների համաձայնեցված աշխատանքին: Հասարակական ու մասնավոր կազմակերպությունները, ինչպես նաև սոցիալական ծառայության կողմից ներգրավված և նախապատրաստված կամավորները կարող են պետական

պատվերի կամ պայմանագրի հիման վրա տրամադրել տնային, վերականգնողական, հոգեբանական և իրավական աջակցություն, ինչպես նաև ժամանակավորապես ստանձնել խնամքի մի մասը՝ ընտանիքի խնամողին հանգստի հնարավորություն տալու համար: Եթե ոստիկանությունը կամ փրկարար ծառայությունն արձանագրել է վտանգավոր դեպք, սոցիալական ծառայությունը պետք է հետևի իրավիճակին նաև անմիջական վտանգը վերացնելուց հետո: Բնակավայրի փոփոխության դեպքում դեպքը պետք է փոխանցվի ընդունող տարածքի պատասխանատու մասնագետին՝ մշտադիտարկման շարունակականությունը պահպանելու համար (Coleman et al., 2006; *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, 2016; Naylor et al., 2004):

Ներկայացվող մոդելում կարևոր դեր ունի ընտանիքը, սակայն նրա մասնակցությունը որոշվում է ոչ թե «ազգական ունի» նշումով, այլ իրականացվող խնամքի հնարավորություններով: Թերևս մեծահասակ ծնողի խնամքը հայկական մշակույթում կարևոր արժեք է, բայց այդ պատկերացումը երբեմն կարող է թաքցնել օգնության փաստացի բացակայությունը: Ազգական ունենալը դեռ խնամք ստանալ չէ, ինչպես որ խնամքի դժվարությունը միշտ չէ, որ անտարբերության նշան է: Աշխատանքը, հեռավոր բնակությունը, հիվանդությունը կամ երկարատև ծանրաբեռնվածությունը կարող են սահմանափակել նույնիսկ հոգատար ընտանիքի կարողությունը: Ուստի ընտանիքի մասնակցությունը պետք է կազմակերպել և ամրապնդել աջակցությամբ, ոչ թե պարզապես ենթադրել, որ խնամքն իրականացվում է (*National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, 2016; *ՀՀ Ազգային ժողով*, 2004):

Հարցազրույցների մեթոդով իրականացված աշխատանքներն ակնհայտ են դարձնում այն հանգամանքը, որ որոշ տարեց անձինք, նույնիսկ խնամքի պակասի պայմաններում, չեն դիտարկում ռենտայի կամ գույքի միջոցով ծառայություն ֆինանսավորելու տարբերակը: Նրանց համար տունը կապված է ինքնության, անվտանգության և ժառանգություն թողնելու բարոյական պարտավորության հետ: Այդ ընտրությունը պետք է հարգել, սակայն մարդը պետք է հասանելի ձևով տեղեկացվի ֆինանսական ու իրավական հնարավորությունների, դրանց հետևանքների և չարաշահման վտանգների մասին: Գույք ունենալը չի կարող նվազեցնել անհետաձգելի օգնության իրավունքը, իսկ գույքի օգտագործման ցանկացած որոշում պետք է հիմնված լինի ազատ կամքի, անկախ խորհրդատվության և բնակվելու իրավունքի պաշտպանության վրա (*Health Service Executive, n.d.*; *ՀՀ Ազգային ժողով*, 1998):

Հայաստանի Հանրապետության ընտանեկան օրենսգրքի 75-րդ հոդվածը աշխատունակ չափահաս զավակներին պարտավորեցնում է պահել օգնության կարիք ունեցող անաշխատունակ ծնողներին և հոգ տանել նրանց մասին, իսկ 76-րդ հոդվածը բացառիկ հանգամանքներում նախատեսում է լրացուցիչ ծախսերին

մասնակցություն (*ՀՀ Ազգային ժ*ողով, 2004)։ Այդ իրավական պարտականությունը չի նշանակում, որ յուրաքանչյուր ընտանիք ունի խնամքի համար անհրաժեշտ բոլոր կարողությունները, և չի վերացնում պետության երաշխավորող դերը։ Այն պետք է վերածվի իրականացվող խնամքի համար դերերի բաշխման հստակ պայմանավորվածության և կիրառվեն օրենքով նախատեսված ընթացակարգերը։

Մշտադիտարկման առարկան տարեց անձի մասնավոր կյանքը չէ, այլ նրա հետ համաձայնեցված աջակցության ծրագիրը, բացահայտված ռիսկերի փոփոխությունը, ծառայությունների կատարումն ու ստացված արդյունքը։ Մշտադիտարկման ձևն ու հաճախականությունը հարմարեցվում են անձի վիճակին և փոխազդեցությունների քարտեզին։ Կայուն վիճակում կարող է բավարար լինել համաձայնեցված զանգը, իսկ հիվանդանոցից վերադառնալուց կամ վիճակի կտրուկ վատթարացումից հետո անհրաժեշտ են ավելի հաճախակի շփումներ։ Ընտանիքը կամ այլ շահագրգիռ անձ չպետք է կարողանա թաքցնել տարեց անձի վիճակը։ Սոցիալական աշխատողը պետք է առանձին զրուցի հենց նրա հետ և համադրի բժշկական, սոցիալական ու կենցաղային տեղեկությունները, քանի որ յուրաքանչյուր կառույց ստանում է միայն իր աշխատանքի համար անհրաժեշտ տվյալները (*United Nations*, 1991; *ՀՀ Ազգային ժողով*, 2024)։

Եթե որոշում կայացնելու կարողություն ունեցող մարդը հրաժարվում է այցից կամ ծառայությունից, նրա կամքը հարգվում է։ Մասնագետը պարզում է որոշման հիմքերը, գնահատում առկա վտանգը և անձին տեղեկացնում հրաժարվելու հնարավոր հետևանքների ու կրկին դիմելու ուղիների մասին։ Առաջարկվում են անձնական կյանքին ավելի քիչ միջամտող ձևեր՝ հեռախոսային կապ, այլ մասնագետի այց կամ հանդիպում վստահելի անձի ներկայությամբ։ Հրաժարումը փաստագրվում է, իսկ կրկին դիմելու ճանապարհը մնում բաց։ Հիշողության էական խանգարման, բռնության, հարկադրանքի կամ կյանքին ու առողջությանը սպառնացող անմիջական վտանգի դեպքում ընտրվում է օրենքով նախատեսված և անձի իրավունքներն ամենաքիչը սահմանափակող պաշտպանական միջոցը։ Այսպիսով մշտադիտարկումը դառնում է հոգատարության, այլ ոչ հարկադրական վերահսկողության միջոց (*Department of Health and Social Care*, 2025; *United Nations*, 1991, 2006)։

Այսպիսով կատարված ուսումնասիրություններից պարզ դարձավ, որ տարեց անձի խնամքը չի կարող ամբողջությամբ մնալ ո՛չ պետության, ո՛չ ընտանիքի վրա։ Պետությունը երաշխավորում է կյանքի, առողջության և արժանապատվության համար անհրաժեշտ նվազագույն աջակցությունը, սահմանում է որակի չափանիշները և վերահսկում դրանց պահպանումը։ Համայնքը կազմակերպում է տեղական ծառայությունները, իսկ հասարակական ու մասնավոր կառույցները ներգրավվում են պետական պատվերով կամ պայմանագրով։ Անձի և ընտանիքի ֆինանսական մասնակցությունը կարող է որոշվել ըստ իրական կարողության, բայց չի կարող

նախորդել անհետաձգելի օգնությանը: Տանը մնալը գերադասելի է այն դեպքում, երբ դա համապատասխանում է անձի ցանկությանը և ապահովում է նրա անվտանգությունն ու արժանապատվությունը: Եթե ընտանեկան միջավայրը խորացնում է բռնությունը, մեկուսացումը կամ անտեսումը, այլընտրանքային բնակությունը կամ շուրջօրյա խնամքը կարող են լինել ավելի պաշտպանող լուծումներ: Հաստատություն տեղափոխվելը պետք է դառնա տեղեկացված ընտրություն՝ տնային ու համայնքային հնարավորությունները գնահատելուց հետո, այլ ոչ ուշացած օգնության պարտադրված հետևանք: Արդյունքը գնահատվում է անձի ինքնուրույնությամբ, անվտանգությամբ, նշանակալի կապերով, խնամողի ծանրաբեռնվածությամբ և կանխելի տեղափոխումների նվազմամբ (*National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, 2016; Wiles et al., 2012; *World Health Organization*, 2015):

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Այսպիսով, տարեց անձը սովորաբար ԿԴԻ-ում հայտնվում է այն ժամանակ, երբ առողջական, հոգեբանական, ընտանեկան և կենցաղային դժվարությունները սկսում են փոխադարձաբար նպաստել դրանց խորացմանը: Հայկական ընտանիքի և հարևանական կապերի ուժը կարևոր պաշտպանական գործոն է, բայց ազգականի առկայությունը չի կարելի նույնացնել իրական խնամքի հետ: Ընտանեկան պատասխանատվությունը պետք է վերածվի տեսանելի և կազմակերպված մասնակցության: Միաժամանակ պետությունը չի կարող իր երաշխավորող պարտականությունը փոխանցել ընտանիքին, իսկ ընտանիքը՝ ամբողջ պատասխանատվությունը թողնել պետության վրա: Պետության դերը բոլոր ծառայություններն անձամբ մատուցելը չէ, այլ ապահովելը, որ մարդը չմնա առանց անհրաժեշտ օգնության, պատասխանատվությունը հստակ բաշխվի, իսկ աջակցությունը չընդհատվի մեկ կառույցից մյուսին անցնելիս (*United Nations*, 1991; *World Health Organization*, 2020):

Իրականացված վերլուծությունները ցույց են տալիս, որ երկարատև խնամքի ֆինանսավորումը չի կարելի հանգեցնել «պետությո՞ւն, թե՞ ընտանիք» հակադրությանը: Պետությունը պետք է երաշխավորի անհետաձգելի և նվազագույն անհրաժեշտ աջակցությունը, ընտանիքի իրավական պարտականությունները պետք է գործնականացվեն, իսկ անձի ֆինանսական մասնակցությունը կարող է քննարկվել միայն նրա վճարունակության, ազատ կամքի և իրավունքների պաշտպանության պայմաններում: Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիական օրենսգիրքը կարգավորում է ռենտայի ու ցմահ ռենտայի հարաբերությունները և ժառանգներ չունենալու դեպքում ժառանգության ճակատագիրը (*ՀՀ Ազգային ժողով*, 1998), սակայն այդ գործիքները դեռ չեն կազմում երկարատև խնամքի միասնական համակարգ: Մինչև գույքային կամ ժառանգական մասնակցության որևէ նոր

մեխանիզմ սահմանելը անհրաժեշտ է գնահատել դրա սահմանադրական, սոցիալական և հոգեբանական հետևանքները, նախատեսել անկախ իրավական խորհրդատվություն, բնակվելու իրավունքի անխախտ երաշխիք և չարաշահումներից պաշտպանություն: Այլ երկրների գույքային գնահատման կամ ժառանգական փոխհատուցման մեխանիզմները կարող են ծառայել ուսումնասիրության նյութ, բայց չեն կարող մեխանիկորեն տեղափոխվել հայկական համակարգ: Օգնությունը երբեք չպետք է պայմանավորվի գույքի փոխանցմամբ (*Centers for Medicare & Medicaid Services*, n.d.; *Health Service Executive*, n.d.):

Զարգացման հոգեբանության տեսանկյունից կանխարգելման նպատակը տարեց անձի ինքնության, ընտրության, պահպանված կարողությունների և առօրյա ինքնուրույնության պահպանումն է: Սիներգետիկ մոտեցումն օգնում է հասկանալ, թե փոխազդեցություններից ո՞րն է մարդուն տանում դեպի ճգնաժամ և ո՞ր կետում կարելի է փոխել այդ ընթացքը:

Հայաստանի համար առաջարկվող մոդելի հեղինակային առանձնահատկությունը ռիսկի առանձին նշանները փոխազդեցությունների քարտեզով միավորելն ու ճգնաժամային շեմից առաջ վճռորոշ քայլ ձեռնարկելն է: Մոդելը ներառում է ռիսկի վաղ բացահայտում, տարեց անձի մասնակցությամբ տնային ամբողջական գնահատում, աջակցության միասնական ծրագիր, դեպքը համակարգող սոցիալական աշխատող և մարդու իրավունքները հարգող, ռիսկին համաչափ մշտադիտարկում:

Ընտանիքի պատասխանատվությունը պետք է վերածվի կոնկրետ և իրագործելի մասնակցության, իսկ գույքային հարցերը քննվեն որպես երկարատև խնամքի ֆինանսավորման լրացուցիչ, ոչ թե հիմնական բաղադրիչ: Եթե ապագայում ներդրվի խնամքի ծախսերին մասնակցության գույքային մեխանիզմ, դիմումին նախորդող հինգ տարվա, ինչպես նաև դիմումից հետո կատարված գործարքների ուսումնասիրությունը կարող է կիրառվել միայն օրենքով սահմանված, հիմնավոր ռիսկի և պատշաճ ընթացակարգի պայմաններում: Այն չի կարող դառնալ գույքը պետականացնելու, ժառանգության իրավունքը սահմանափակելու կամ օգնությունը մերժելու ավտոմատ միջոց: Առաջարկվող մոդելի առանցքը մնում է տարեց անձի բարեկեցությունը, ազատ կամքը, անվտանգ բնակությունն ու շարունակական աջակցությունը (*Health Service Executive*, n.d.):

Մարդը բաց համակարգ է, ուստի նրա ԿԴԻ-ն չի կարող կանխվել մեկ կառույցի առանձին գործողությամբ: Արդյունավետ լուծումը փոխկապակցված, ժամանակին և անձակենտրոն միջամտությունների համակարգն է, իսկ արդյունավետության հիմնական չափանիշը՝ տարեց անձի հնարավորինս երկար, ինքնուրույն, արժանապատիվ և իմաստալից կյանքը (Haken, 2004; *World Health Organization*, 2015):

ԷԹԻԿԱԿԱՆ ՆՇՈՒՄ: *Հոդվածում կիրառվել են անձնական փվյալներից զերծ և մի քանի նման իրավիճակների համադրմամբ կազմված վերլուծական պատումներ: Դրանք չեն վերարտադրում որևէ անձի ամբողջական պատմությունը: Նույնականացնող տեղեկություններ և փոքր խմբերի քանակական փվյալներ չեն հրապարակվում:*

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

ՀՀ Ազգային ժողով (1998). *Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիական օրենսգիրք* (հոդվածներ 571–588, 1224): https://www.arlis.am/hy/acts/80061

ՀՀ Ազգային ժողով (2004). *Հայաստանի Հանրապետության ընտանեկան օրենսգիրք* (հոդվածներ 75–76): https://www.arlis.am/hy/acts/217039

ՀՀ Ազգային ժողով (2024). *«Սոցիալական աջակցության մասին» Հայաստանի Հանրապետության օրենք*: https://www.arlis.am/hy/acts/224283

Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*(4). https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2). https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press. https://www.hup.harvard.edu/books/9780674224575

Carstensen, L. L. (2021). Socioemotional selectivity theory: The role of perceived endings in human motivation. *The Gerontologist, 61*(8). https://doi.org/10.1093/geront/gnab116

Centers for Medicare & Medicaid Services. (n.d.). *Estate recovery*. Retrieved September 16, 2026, from https://www.medicaid.gov/medicaid/eligibility-policy/estate-recovery

Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S.-J. (2006). The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine, 166*(17). https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822

Department of Health and Social Care. (2025). *Care and support statutory guidance*.

https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance

Federal Ministry of Health, Germany. (n.d.). *Long-term care insurance*. Retrieved September 16, 2026 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/long-term-care-insurance

Haken, H. (2004). *Synergetics: Introduction and advanced topics*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-10184-1

Health Service Executive. (n.d.). *Financial assessment: How much you pay towards care*. Retrieved September 16, 2026. https://www2.hse.ie/services/schemes-allowances/fair-deal-scheme/financial-assessment/

Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10044-020

Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. (n.d.). *Community-based integrated care system*. Retrieved September 16, 2026. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Families caring for an aging America*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/23606

Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(5). https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6). https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Smith, L. B., & Thelen, E. (2003). Development as a dynamic system. *Trends in Cognitive Sciences, 7*(8). https://doi.org/10.1016/S1364-6613(03)00156-6

United Nations. (1991). *United Nations Principles for Older Persons* (General Assembly Resolution 46/91). https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons

United Nations. (2002). *Madrid International Plan of Action on Ageing*. https://social.desa.un.org/issues/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation-main/madrid-plan-of-action-and-its

United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-

rights-persons-disabilities

Wahl, H.-W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist, 52*(3). https://doi.org/10.1093/geront/gnr154

Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The meaning of "aging in place" to older people. *The Gerontologist, 52*(3), 357–366. https://doi.org/10.1093/geront/gnr098

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900

World Health Organization. (2025). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care* (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726

REFERENCE LIST

Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*(4). https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2). https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press. https://www.hup.harvard.edu/books/9780674224575

Carstensen, L. L. (2021). Socioemotional selectivity theory: The role of perceived endings in human motivation. *The Gerontologist, 61*(8). https://doi.org/10.1093/geront/gnab116

Centers for Medicare & Medicaid Services. (n.d.). *Estate recovery*. Retrieved September 16, 2026, from https://www.medicaid.gov/medicaid/eligibility-policy/estate-recovery

Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S.-J. (2006). The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine, 166*(17). https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822

Department of Health and Social Care. (2025). *Care and support statutory guidance*. https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance

Federal Ministry of Health, Germany. (n.d.). *Long-term care insurance*. Retrieved September 16, 2026 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/long-term-care-insurance

Haken, H. (2004). *Synergetics: Introduction and advanced topics*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-10184-1

Health Service Executive. (n.d.). *Financial assessment: How much you pay towards care*. Retrieved September 16, 2026. https://www2.hse.ie/services/schemes-allowances/fair-deal-scheme/financial-assessment/

Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10044-020

Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. (n.d.). *Community-based integrated care system*. Retrieved September 16, 2026. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Families caring for an aging America*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/23606

Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(5). https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x

Nacional'noe sobranie RA (1998): Grazhdanskij kodeks Respubliki Armeniya *(Civil Code of the Republic of Armenia)*. (stat'i 571–588, 1224). https://www.arlis.am/hy/acts/80061

Nacional'noe sobranie RA (2004): Semejnyj kodeks Respubliki Armeniya *(Family Code of the Republic of Armenia)*. (stat'i 75–76). https://www.arlis.am/hy/acts/217039

Nacional'noe sobranie RA (2024): Zakon Respubliki Armeniya «O social'noj pomoshchi» *(Law of the Republic of Armenia "On Social Assistance")*. https://www.arlis.am/hy/acts/224283

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6). https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Smith, L. B., & Thelen, E. (2003). Development as a dynamic system. *Trends in*

Cognitive Sciences, 7(8). https://doi.org/10.1016/S1364-6613(03)00156-6

United Nations. (1991). *United Nations Principles for Older Persons* (General Assembly Resolution 46/91). https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons

United Nations. (2002). *Madrid International Plan of Action on Ageing*. https://social.desa.un.org/issues/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation-main/madrid-plan-of-action-and-its

United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities

Wahl, H.-W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist, 52*(3). https://doi.org/10.1093/geront/gnr154

Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The meaning of "aging in place" to older people. *The Gerontologist, 52*(3), 357–366. https://doi.org/10.1093/geront/gnr098

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900

World Health Organization. (2025). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care* (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726

РЕЗЮМЕ

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Нарине Мкртчян, Владимир Карапетян

Объектом исследования является процесс профилактики попадания пожилых людей в трудные жизненные ситуации (далее — ТЖС). **Цель исследования** — изучить особенности работы с пожилыми людьми как в Республике Армения, так и в ряде других стран, а затем разработать и реализовать синергетическую модель организации данной работы. **Методология и методы исследования.** В качестве методологической основы выбраны принципы психологии и социальной работы, научные положения о закономерностях изменений в жизни пожилых людей и

причинно-следственных связях, проявляющихся в различных ситуациях, принцип единства сознания и деятельности, а также принципы возрастной психологии.

В качестве методов исследования применялись сравнительный анализ нормативно-правового регулирования организации долгосрочного ухода за пожилыми людьми в Республике Армения и опыта других стран, одновременный анализ множества факторов, влияющих на попадание в ТЖС, анализ научной литературы по психологии развития и синергетике, тематическое изучение обезличенных аналогичных случаев из практики социальной работы, интервью и индивидуальный мониторинг. **Итоговым результатом исследования** является разработка и внедрение модели, направленной на раннее выявление риска попадания пожилого человека в ТЖС и объединяющей карту взаимодействия лиц, осуществляющих уход, единую программу поддержки, координацию случая социальным работником и мониторинг, соразмерный уровню риска.

Ключевые слова: *пожилой человек, трудная жизненная ситуация, синергетический подход, социальная работа, уход, мониторинг, фактор риска.*

SUMMARY

A SYNERGETIC MODEL FOR PREVENTING DIFFICULT LIFE SITUATIONS AMONG OLDER ADULTS

Narine Mkrtchyan, Vladimir Karapetyan

The object of the study is the process of preventing older adults from entering difficult life situations (hereinafter, DLS). **The aim of the study** is to examine the specific features of work with older adults in the Republic of Armenia and in a number of other countries, and subsequently to develop and implement a synergetic model for organizing such work.

Research methodology and methods. The methodological framework is based on the principles of psychology and social work, scientific propositions concerning patterns of change in the lives of older adults and cause-and-effect relationships manifested in different situations, the principle of the unity of consciousness and activity, as well as the principles of lifespan developmental psychology. The research methods include comparative analysis of the legal and regulatory framework governing the organization of long-term care for older adults in the Republic of Armenia and the practices of other countries; simultaneous analysis of multiple factors influencing the risk of entering a DLS; analysis of scientific literature on developmental psychology and synergetics; thematic analysis of anonymized comparable cases from social work practice; interviews; and individual monitoring. **The outcome of the study** is the development and implementation of a model aimed at the early identification of the risk of an older adult entering a DLS.

The model integrates a map of interactions among care providers, a unified support program, case coordination by a social worker, and monitoring proportionate to the level of risk.

Keywords: *older adult, difficult life situation, synergetic approach, social work, care, monitoring, risk factor.*

Հոդվածը սպացվել է՝ 05.08.2026
Հոդվածն ուղարկվել է գրախոսման՝ 06.08.2026
Հոդվածը երաշխավորվել է տպագրության՝ 19.09.2026