Институт экономики и управления Кубанской

Государственной Медицинской Академии

Кафедра социальной работы

Курсовая работа

ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

Автор курсовой работы Волошина Яна Михайловна

Группа 1 факультет социальной работы

Специальность: социальная работа

Научный руководитель

кандидат исторических наук, доцент Мигачев Вячеслав Владимирович

Краснодар 2004

Содержание

Введение 3

1 Проблемы пожилых людей 5

1.1 Пожилые люди как социальная общность 5

1.2 Качество жизни пожилых людей как социальная проблема 13

2 Технологии социальной работы с лицами пожилого возраста 20

2.1 Система учреждений социального обслуживания 20

2.2 Беседа с клиентом 25

2.3 Оценочный анализ и ведение записей 30

Заключение 35

Список использованных источников 37

Введение

Постоянное возрастание доли пожилых во всём населении становится влиятельной социально-демографической тенденцией практически всех развитых стран.

Такой процесс обусловлен двумя причинами. Во-первых, успехи здравоохранения, взятие под контроль ряда опасных заболеваний, повышение уровня и качества жизни ведут к увеличению средней ожидаемой продолжительности жизни людей.

С другой стороны, процесс устойчивого снижения рождаемости, ниже уровня простого замещения поколений, уменьшения числа детей, рожденных одной женщиной, за весь ее репродуктивный период, приводит к тому, что уровень естественной смертности в нашей стране превысил уровень рождаемости. На смену каждому поколению приходит следующее поколение меньшей численности; доля детей и подростков в обществе неуклонно снижается, что вызывает соответствующий рост доли лиц старшего возраста.

Человечество стареет, и это становится серьезной проблемой, решение которой должно вырабатываться на глобальном уровне [1, с.3].

Актуальность исследования работы с пожилыми людьми социальной сфере обусловлена следующими обстоятельствами:

- во-первых, возрастанием в современных условиях роли учреждений социального обслуживания по организации социальной поддержки пожилых людей;

- во-вторых, социальный работник – это человек, который непосредственно контактирует с клиентом, он знает его проблемы и пытается ему помочь;

- в-третьих, необходимость выявления пожилых людей, опознавание их проблем и предпринятие наиболее эффективных способов по их устранению.

Степень разработки проблемы. Анализ литературы по теме исследования говорит о том, что социальная работа с пожилыми людьми находится во всеобщем внимании, как законодателей, так и социальных служб. В работах Е.И. Холостовой «Технология социальной работы», Н.Ф. Дементьевой, Э.В. Устиновой «Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан», хорошо раскрыты такие темы, как: проблемы пожилых людей [2, с.280]; система учреждений социального обслуживания [3, с.120].

Объектом исследования является технология социальной работы с пожилыми людьми.

Предметом является процесс предоставления различной помощи социальными службами, а в частности социальным работником.

Целью работы является выявление социальных проблем пожилых людей, а также изучение форм и методов технологии социальной работы с данной категорией граждан.

Достижение этой цели предусматривает следующие задачи:

1. определение основных социальных проблем пожилых людей;
2. исследование проблем взаимодействия социального работника и пожилого человека;
3. выявление основных форм обслуживания граждан;
4. изучение ведения беседы социального работника с клиентом;
5. анализ приоритетных направлений социальной работы с пожилыми людьми.

Теоретико-методологическую основу исследований составляют труды отечественных ученых по этой проблеме. Основной документ, использованный в работе – учебная литература для студентов высших учебных заведений.

Эмпирическую базу исследования составили материалы периодической печати и учебные пособия.

Структура курсовой работы обусловлена целью и задачами исследования и включает в себя: введение, два раздела (первый раздел «проблемы пожилых людей»; второй раздел «технология социальной работы с лицами пожилого возраста»), заключение и список использованных источников.

1 Проблемы пожилых людей

1.1 Пожилые люди как социальная общность

Одна из тенденций, наблюдаемых в последние десятилетия в развитых странах мира, — рост абсолютного числа и относитель­ной доли населения пожилых людей. Происходит неуклонный, до­вольно быстрый процесс уменьшения в общей численности насе­ления доли детей и молодежи и увеличения доли пожилых.

Так, по данным ООН, в 1950 г. в мире проживало приблизи­тельно 200 млн. людей в возрасте 60 лет и старше, к 1975 г. их количество возросло до 550 млн. По прогнозам, к 2025 г. чис­ленность людей старше 60 лет достигнет 1 млрд. 100 млн. чело­век. По сравнение с 1950 г. их численность возрастет более чем в 5 раз, тогда как население планеты увеличится только в 3 раза [4, с.11].

Главные причины постарения населения — снижение рожда­емости, увеличение продолжительности жизни лиц старших воз­растных групп благодаря прогрессу медицины, повышению уровня жизни населения. В среднем в странах Организации экономическо­го сотрудничества и развития продолжительность жизни мужчин за 30 лет увеличилась на 6 лет, у женщин — на 6,5 лет. В России же за последние 10 лет наблюдалось снижение средней ожидаемой про­должительности жизни.

Социально-демографическую категорию пожилых людей, ана­лиз их проблем теоретики и практики социальной работы опреде­ляют с разных точек зрения — хронологической, социологической, биологической, психологической, функциональной и т.п. Совокуп­ность пожилых людей характеризуется значительными различия­ми, что объясняется тем, что она включает в себя лиц от 60 до 100 лет. Геронтологи предлагают разделить эту часть населения на «молодых» и «пожилых» (или «глубоких») стариков, подобно тому, как во Франции существует понятие «третий» и «четвертый» возраст. Границей перехода из «третьего» в «четвертый» возраст считается преодоление рубежа в 75—80 лет. «Молодые» старики могут испытывать иные проблемы, чем «пожилые» старики, — например, трудовая занятость, главенство в семье, распределение до­машних обязанностей и т.д.

В соответствии с классификацией ВОЗ к пожилым относятся люди в возрасте от 60 до 74 лет, к старым — в возрасте 75—89 лет, к долгожителям — люди в возрасте 90 лет и старше [5, с.17].

В соответствии с документами ООН и Международной орга­низации труда (МОТ) пожилыми считаются лица в возрасте 60 лет и старше. Именно этими данными, как правило, руководствуются на практике, хотя возраст выхода на пенсию в большинстве развитых стран — 65 лет (в России — 60 и 55 лет соответственно для мужчин и женщин).

К пожилым относятся разные люди — от относительно здо­ровых и крепких до глубоких стариков, обремененных недугами, выходцы из самых разных социальных слоев, имеющие разные уровни образования, квалификации и разные интересы. Большинство из них не работают, получая пенсию по старости.

Среди пожилых людей во всем мире гораздо больше женщин, чем мужчин [5, с.17]. Согласно Всероссийской переписи населения 1989 г. на 1000 женщин в возрасте 60—64 лет приходилось 633 мужчины, на 1000 женщин в возрасте 65—69 лет — 455 мужчин, а на 1000 жен­щин в возрасте 80 лет и старше — 236 мужчин. Десять лет спустя эта тенденция не изменилась.

Итак, число женщин выше в старших возрастных группах Такая значительная разница частично объясняется более ранней смертностью мужчин, частично — большим долголетием женщин. В России, пострадавшей от второй мировой войны, эта диспро­порция достигла таких больших размеров вследствие военных по­терь, а также вследствие высокого уровня смертности мужчин от неестественных причин.

Социальные условия жизни пожилых людей прежде всего оп­ределяются состоянием их здоровья. В качестве показателей состоя­ния здоровья широко используется самооценка. В силу того, что процесс старения у отдельных групп и индивидов происходит дале­ко не одинаково, самооценки сильно различаются.

Другой показатель состояния здоровья — активная жизнедея­тельность, которая снижается у пожилых людей в силу хрониче­ских заболеваний, ухудшение слуха, зрения, наличия ортопедиче­ских проблем. Уровень заболеваемости пожилых людей почти в 6 раз выше, чем молодых.

В среднем на одного пожилого больного России приходится от 2 до 4 заболеваний, а стоимость лечения пожилых в 1,5— 1,7 раза выше стоимости лечения молодых людей [6, с.282]. Особого внимания заслуживает тот факт, что возрастные потребности в расширении услуг по долгосрочному уходу за престарелыми увеличивают расходы на эти цели.

Материальное положение — единственная проблема, которая может соперничать по своей значимости со здоровьем. Пожилые люди встревожены своим материальным положением, уровнем ин­фляции, высокой стоимостью медицинского обслуживания. В ре­зультате социально-экономического кризиса 1998 г. еще актуальнее стал вопрос о необходимости существенного повышения пенсий. По данным А. Г. Симакова, каждая пятая семья пенсионеров испытывает затруднения в приобретении одежды и обуви. Имен­но в этой группе семей имеются живущие «впроголодь» [6, с.282]. Многие пожилые люди продолжают работать, причем по мате­риальным соображениям. Согласно проводимым социологиче­ским исследованиям хотели бы работать 60% пенсионеров. Наблюдаются значительные различия в психике пожилых лю­дей, живущих в домашних условиях и в домах для престарелых.

По некоторым оценкам 56% проживающих в домах для пре­старелых страдают хроническими отклонениями в психике, вызванными старостью, и 16% — психическими заболеваниями. В домашних условиях проживают лишь 5—6% пожилых, стра­дающих старческим слабоумием, в стационарных учреждениях их доля гораздо выше. Вместе с тем в ряде домов-интернатов для пожилых людей нет ставок психиатра, психолога, соци­ального работника.

Современные теории старения играют важную роль в органи­зации социальной работы с пожилыми людьми, ибо они интерпре­тируют и обобщают опыт, информацию и результаты наблюдений, помогают предвидеть будущее. Они нужны социальному работнику прежде всего для того, чтобы организовать и упорядочить свои на­блюдения, составить план действий и наметить их последователь­ность. Выбор той или иной теории предопределяет характер и объ­ем информации, которую будет собирать специалист, а также ме­тоды организации интервью с клиентом. Наконец, теория позволя­ет специалисту «сохранить дистанцию», т.е. объективно оценить ситуацию, причины психологического дискомфорта клиента, а так­же реальные пути решения проблемы. Сознательно избранная тео­рия — гарантия того, что социальный работник не попадет в плен собственных иллюзий, предрассудков и симпатий. Последователь­но применяя ту или иную теорию или синтезируя несколько теоре­тических установок, сотрудник социальной службы целенаправленно выполняет возложенную на него миссию — корректирует и стаби­лизирует социальное функционирование индивида, семьи, группы организаций. Кстати, именно этой социальной направленностью и отличается социальная работа от дружеского участия или родст­венного вмешательства [6, с.283].

Социальная работа с пожилыми людьми предусматривает ис­пользование теорий освобождения, активности, меньшинств, суб­культуры, возрастной стратификации и др.

Согласно теории освобождения в процессе старения люди отчу­ждаются от тех, кто моложе; кроме того, происходит процесс ос­вобождения пожилых людей от социальных ролей — имеются в виду роли, связанные с трудовой деятельностью, а также руководящие и ответственные роли [6, с.283]. Этот процесс отчуждения и освобождения обусловлен социальной ситуацией, в которой находятся старею­щие люди. Его можно считать также одним из способов приспособ­ления пожилых людей к ограничению своих возможностей и примирения с мыслью о неизбежно надвигающейся смерти. Согласно теории освобождения в социальном аспекте процесс отчуждения пожилых людей неизбежен, поскольку занимаемые ими должности в какой-то момент должны переходить к людям более молодым, способным трудиться более продуктивно.

Современная социальная работа с престарелыми должна стро­иться в соответствии с Планом действий по проблемам престаре­лых, разработанным ООН более 15 лет назад и рассчитанным на период до 2001 г. В предисловии к этому Плану страны мира торже­ственно признают, что качество жизни не менее важно, чем ее продолжительность, в связи с чем стареющим людям следует (на­сколько это возможно) жить в собственных семьях плодотворной, здоровой, приносящей удовлетворение жизнью и считаться орга­нической частью общества.

Исходя из данного документа можно рекомендовать правительствам всех стран пред­принять следующие меры в области социальной поддержки по­жилых людей:

1) разработать национальную политику в отношении престарелых, тем самым укрепляя связь между поколениями;

2) поощрять благотворительные организации;

3) защитить пожилых людей от экономических потрясений;

4) обеспечить качество жизни в специализированных учреждени­ях для престарелых;

5) полностью обеспечить пожилого человека независимо от места его проживания — на родине или в другой стране.

В России в настоящее время принят ряд федеральных социаль­ных программ, авторы которых менее всего озабочены теоре­тической чистотой задуманного [7, с.5]. К сожалению, многим соци­альным программам присущи декларативность, несистематич­ность, внутренние противоречия. Так, в проекте Федеральной программы «Старшее поколение» читаем, что этот документ впервые в истории России предлагает «решение проблем по­жилых людей на качественно новом уровне» [8, с.38]. Но пожилые люди — не объект деятельности разнообразных социальных служб, а субъект, принимающий решения; большая часть проблем пожилых людей, как, впрочем, и социальных проблем в целом, принадлежит к разряду не решаемых и остается таковой для каждого следующего пожилого поколения.

Изучению содержания пожилых людей в домах-интернатах в мире уделяется большое внимание. Этому посвящена серия иссле­дований отечественных ученых. В США с 70-х гг. действуют «Омбудсмановские программы долгосрочного попечения» [6, с.287]. Практика подтверждает актуальность установки ООН на то, чтобы «позво­лить жить стареющим людям в собственных семьях», ибо в домах-интернатах пожилой человек попадает в сложную ситуацию: с одной стороны, резкая смена окружающей обстановки, с другой — переход к коллективной жизни, необходимость подчиняться уста­новленному порядку, боязнь утраты независимости. Это усугубляет неустойчивость нервно-психического состояния, служит причиной подавленного настроения, неуверенности в себе, своих действиях отрицательно сказывается на состоянии здоровья. Одетые в одина­ковые халаты, лишенные собственного угла, старики переживают полную деперсонализацию. Проживающие в домах-интернатах для престарелых в основном жалуются на качество ухода за ними, пи­тание, нарушение их прав.

Приоритетное направление социальной работы с пожилыми — организация среды их обитания таким образом, чтобы у пожилого человека всегда был выбор способов взаимодействия с этой средой. Свобода выбора порождает ощущение защищенности, уверенно­сти в завтрашнем дне, ответственности за свою и чужую жизнь.

Прекрасным примером удачного создания окружающего про­странства для стареющих людей являются пешеходные зоны в цент­рах городов — не только потому, что люди должны пройти пеш­ком выбранный маршрут, но и потому, что, находясь в пешеход­ной зоне, они иначе воспринимают окружающее пространство. Пешеход получает возможность не только наблюдать себе подобных людей, но и концентрировать свое внимание на архитектуре зданий, сопоставлять атмосферу центра города с его атмосферой в целом.

В городах России очень мало мест, где можно просто посидеть (речь идет не о ресторанах и кафе, хотя и их в расчете на возможности пожилых людей крайне мало). Это не пустое времяпровождение или отдых — это одновременно и «способ передвижения» для престаре­лых людей, и демонстрация автономной позиции. Места, где по­жилой человек мог бы просто посидеть, желательно многовариант­ные, должны быть не только в тихих уголках города. Некоторые избегают многолюдных городских улиц и площадей, но есть и та­кие, для которых пребывание в толпе спешащих куда-то людей уси­ливает ощущение жизни, дает дополнительный эмоциональный заряд [9, с.90].

Другими стимулирующими элементами городского простран­ства являются его малая архитектура, деревья, ручьи или речки, создающие впечатление «дружественности уголков», укрепляющие чувство безопасности. Разумеется, среда обитания стареющих лю­дей не сводима к городскому пространству.

Парадокс заключается в том, что чем больше мы стараемся помочь стареющим людям, тем меньше вероятность получения ими эффективной, профессиональной помощи, ибо страстное желание помочь означает в конечном счете взятие на себя от­ветственности за решение проблем пожилого человека, за его судьбу. Это форма эгоцентризма, недопустимая с профессио­нальной точки зрения. Пожилой человек, даже являясь клиен­том социальной службы, — субъект, т.е. лицо, принимающее решение.

Важную роль в решении подобного рода задач в настоящее время играют группы самопомощи. Самостоятельное объединение соци­ально нуждающихся существовало в России издавна. «Склонность людей к взаимной помощи имеет такое отдаленное происхожде­ние, — писал П. Кропоткин, — и она так переплетена со всею прошлою эволюцией человеческого рода, что люди сохранили ее вплоть до настоящего времени, несмотря на все превратности ис­тории» [10, с.227].

Группы самопомощи — это небольшие, привязанные к опре­деленному месту группы, члены которых, имея общие проблемы (потребности, которые они сообща решают), помогают друг дру­гу. Такие группы, как свидетельствует практика, состоят из 5—7 человек, живущих поблизости и имеющих периодические контак­ты [10, с.227]. Эти группы иногда возникают спонтанно, но чаще их орга­низует один из наиболее активных будущих ее членов или (реже) социальный работник, оказывающий им бытовую помощь. Каж­дый участник такой группы не только принимает, но и осуществ­ляет помощь, актуализируя и развивая для этого собственные ре­сурсы. Цель работы в группе — смягчение влияния негативных яв­лений, а не полное их преодоление (что невозможно), поддержка человека, а не формирование нового стиля жизни, постепенное научение позитивным жизненным навыкам, а не полное отрица­ние прошлых норм жизни.

Причины создания групп самопомощи:

1) самореализация и развитие личности;

2) кризисная ситуация или горе;

3) плохие социальные условия, состояние здоровья, наличие ин­валидности;

4) принадлежность к группе «изгоев», меньшинствам и др.

На первый взгляд группы самопомощи аналогичны терапевти­ческим группам. Но при более подробном анализе их деятельности становится очевидным, что для групп самопомощи характерны са­моуправление, а не управление со стороны профессионального работника, а также самопомощь.

Итак, человек ищет новые формы помощи, ибо государствен­ная помощь нередко не совсем своевременна, неэффективна; к тому же, как говорят, «сытый голодного не разумеет». В группах самопо­мощи нет иерархической структуры, ее членам обеспечивается мак­симальное участие в жизни группы, которую они покидают, когда хотят.

Однако группы самопомощи не панацея от всех бед, и далеко не все проблемы могут быть решены с их помощью. По мнению специалистов Дании, группы такого рода «антипрофессиональны, дают своим членам костыль и изолируют их от общества», их по­мощь недостаточна, эффективность их деятельности не документи­рована, носит эксклюзивный характер, излишне авторитарна, в груп­пах не соблюдается договор о неразглашении и др.

Опыт такого рода групп в России настолько мал, что серьезная экспертиза пока невозможна. Однако, как отмечает З.А. Янкова, группы самопомощи нуждаются в специальной поддержке соци­альных работников, работающих в органах самоуправления. Связь «группы взаимопомощи — социальный работник» нуждается в даль­нейшем анализе, равно как и характер связей со всей системой социальной защиты населения.

Таким образом, автор пришел к выводу, что пожилые люди имеют право на полноценную жизнь. И это возможно лишь в том случае, если они сами принимают деятельное участие в решении вопросов, их непосредственно касающихся.

1.2 Качество жизни пожилых людей как социальная проблема

Социально-медицинские аспекты долгожительства. В 1995 г. Государ­ствен­ной Думой был принят ряд законов в области социальной защиты населения — «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации».

Вместе с этими документами был принят федеральный за­кон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» [6, с.103].

Названные законы являются правовой базой для деятельно­сти специализированных органов в социальном обслуживании (в том числе медицинского) престарелых граждан и инвалидов. При этом следует обратить внимание на то, что в сознании рос­сийских законодательных структур самого высокого уровня (точно также и исполнительных) «пожилой или престарелый гражданин» находится рядом с «инвалидами». Такова офици­альная установка на социальное положение двух совсем раз­ных групп населения. «Престарелые граждане» даже формаль­но не могут быть приравнены к инвалидам (не все престарелые инвалиды; не все инвалиды престарелые; и положение в обще­стве, и социальная значимость этих двух категорий граждан весьма и весьма различна). Отсюда проистекает много «не­удобств» в осуществлении этих законов.

Социально-медицинские проблемы долгожителей (престаре­лых, пожилых, старых) прежде всего делятся на сугубо со­циальные и сугубо медицинские. Но это деление не по суще­ству, а по форме. Обе проблемы возникли на заре цивилизации и культуры. Само положение пожилого человека не только в обществе, а в жизни таково, что отличает его по существу от всех других возрастных групп, и в зависимости от того, как данное конкретное общество относится к старости, определя­ются и решаются соответствующие социально-медицинские проблемы.

Есть две основных традиции отношения общества к ста­рости. Первая насчитывает около 30 тысяч лет — автор называет ее древнеегипетской традицией. Старость называется «самым почетным положением человека среди других людей», «по­жилой человек единственный из людей, кто близок к богам», «старость — счастливое и безмятежное состояние человека» и т. д.

Другая традиция насчитывает 3 тысячи лет — автор называет ее спартанской традицией. В Спарте говорили: «Лучше быть без­домной собакой, чем стариком»: немощных (бесполезных) ста­риков в Спарте сбрасывали со скалы в пропасть, причем, ста­рик-спартанец воспринимал такой конец жизни как естествен­ный [6, с.105].

До сих пор в положении престарелых граждан в разных стра­нах («благополучных» и «неблагополучных») можно разгля­деть или древнеегипетскую, или спартанскую модели. Что же представляет собой старость как явление? Прежде всего, каж­дый пожилой человек обременен массой так называемых хро­нических болезней (в среднем 9—13). Они появляются, как только человек начинает стареть и болеет от 20 до 30 лет. Пато­логоанатомы хорошо знают, что пожилые люди не умирают от своих хронических заболеваний, даже если это гипертоничес­кая болезнь, ишемическая болезнь сердца или язвенная болезнь (от них умирают чаще всего в возрасте от 40 до 50 лет). Вы­дающийся русский патологоанатом И.В. Давыдовский вообще предлагал видеть во всех хронических заболеваниях, сопровож­дающих старение, его признаки. Но это потребовало бы и осо­бого практического подхода к старикам. Однако хронически больные пожилые люди продолжают сидеть в очередях в поли­клиниках, и каждая вторая-третья койка в больницах также занята ими. Врачи чаще всего относятся к ним «по-спартанс­ки», особенно в современной России, когда денег не хватает ни на содержание больного в отделении, ни на лекарство (оплата медперсонала в нашей стране ниже, чем в слаборазвитых стра­нах «третьего мира»).

Особое положение престарелого человека в жизни состоит в том, что он «близок к богам». Сущностная черта пожилого человека состоит в том, что он все полнее оказывается перед лицом смерти.

Специальные исследования подтверждают, что мысли о скорой и неизбежной смерти так или иначе присутствуют в созна­нии каждого, кому за 60, как сверхценные переживания. Это объясняется тем, что с возрастом соответствующим образом изменяется психологическая защита человека, с которой он рождается и в программу которой входит и сознание собствен­ной смерти. Психологическая защита помогает смертнику и неизлечимому больному справляться с мыслями о неизбежной смерти, которые поэтому никогда не доходят до сверхценных переживаний. Автор касается здесь, разумеется, тех случаев, когда «мысли о смерти» являются симптомами психической патологии (психотические депрессии, суицидальные установ­ки, бред и др.).

Долголетие и психическое здоровье. За крайне редким исключением, каждый долгожитель стра­дает рядом хронических соматических заболеваний (сердечно­сосудистых, желудочно-кишечных, гинекологических, уроло­гических, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и др.). Если оставить в стороне заболевания, связанные с цент­ральной нервной системой, то уже этого достаточно, чтобы при­числить большинство престарелых людей к категории «погра­ничных» больных. Из этого следует, что они нуждаются в на­блюдении и лечебной коррекции у психиатра или психотера­певта. Психоделическая психотерапия — это «моральная» под­готовка пожилого человека к смерти, это тоже пока что раздел психиатрии. Дело в том, что даже одно хроническое заболева­ние (неважно, в каком возрасте оно приобретается) приводит к так называемым «неврозоподобным состояниям» [11, с.107] и к болезнен­ной деформации характера, вплоть до психопатии. Эти явле­ния старости изучает особый раздел геронтологии.

Особое место занимают и проблемы гериатрии (занима­ющейся психическими заболеваниями позднего возраста), хотя провести четкую грань между геронтологией и гериатрией не­возможно.

Каждый пожилой человек проживает непростую жизнь (трудно представить человека, который дожил бы до 60 лет, не испытав ни страданий, ни стрессов). Однако в особенно тяж­ком положении находятся пожилые люди в современной Рос­сии, пережившие целый ряд глобальных социальных катаклиз­мов. Самое страшное для человека (после утраты иллюзий юно­сти) — пережить крах всех своих внутренних ценностей, поте­рять все то, на что ориентировался. Ценностно переориентиро­ваться, то есть принять ценности капиталистического мира, по­жилые люди не могут. Таким образом, они представляют со­бой огромную армию социопатов.

Характер пожилого человека деформируется уже в силу ста­рения. Эта деформация представляет собой достаточно слож­ный процесс (как человек жил, так он и стареет). До поры до времени все работающие (неважно, в какой области социаль­ной занятости) сохраняют черты характера, имеющие наслед­ственное происхождение. С возрастом появляется профессио­нальная деформация характера, так называемая акцентуация определенных черт характера - мнительности, вспыльчивости, ранимости, тревожно­сти, педантичности, обидчивости, эмоциональной лабильности, истеричности, замкнутости, истощаемости, придирчивости, несправедливых оценок своих поступков и поступков окружа­ющих, реактивный регресс умственных способностей, стерео­типно повторяющийся в «ранимых ситуациях», и т.п.

А если пожилому человеку пришлось еще похоронить род­ных и близких, в особенности своих детей или супруга, вряд ли его психика и характер могут остаться «нормальными». Осо­бое место, безусловно, занимает проблема одинокой старости. Изменение в психике одиноких людей не укладывается ни в какие синдромы, по причине уникальности и полиморфности своей в каждом конкретном случае. И тем не менее, ни «клинической», ни «геронтологической», ни «социальной» нормой состояние одиноких стариков назвать нельзя.

Здесь следует назвать еще две категории престарелых граж­дан, каждая из которых, в силу своих социально-медицинских особенностей, выделяется в особый ряд [6, с.108]. Во-первых, это состарившиеся инвалиды (получив инвалидность в молодости или в зрелые годы, тем не менее были ранее хорошо адаптированы: имели семьи, детей, работу и т.д.). Во-вторых, это лица, получившие инвалидность в престарелом возрасте. Психика пожилых людей весьма своеобразна, с набором различных ха­рактерологических, аффективно-эмоциональных и интеллектуальных особенностей, которые (в зависимости от специалиста — психиатра, психолога, занимающегося реабилитацией, или социального медика) не укладываются в существующие профессиональные шаблоны. Здесь, как нигде, требуется индивидуальный подход.

Долгожитель и его семья. Чтобы понять, как строятся отношения в семьях с долгожи­телями, следует принять во внимание два основных момента: один — микро-социальный; другой — индивидуально-психо­логический, или, что почти одно и то же, медицинский. Пер­вый фактор: долгожитель уже в силу своего «статуса» (то есть независимо от семьи и ее характеристик) всегда находится в центре внимания всех членов семьи, то есть является ее «яд­ром» («крепким» или «мягким» — другой вопрос). Второй фак­тор: для долгожителя «родной» — очень широкое понятие [6, с.115].

Автор вспоминает, что говорил о себе в старости Л.Н. Толстой: «Для меня нет уже конкретного человека. Как нет человека «вооб­ще». Каждого я воспринимаю как близкий и родной мне тип человека, то есть по неким общим, но существенным именно для данного типа чертам. Поэтому все люди для меня или чужые, или родные: знакомых, дальних, близких и др. нет» [12, с.23]. Вос­принимая людей как «родные типы», пожилой человек тем самым легко строит с ними отношения (на выработанных с го­дами стереотипах общения), адаптируется к ним, включает их в свою эмоциональную память как родных. И именно поэтому пожилые люди, и особенно долгожители, не хотят и не могут вступать хотя бы в поверхностные эмоциональные отношения с другими людьми, которые для них «чужие» — уже по одному своему типологическому статусу. Есть и другая сторона этой проблемы: дожив до определенного возраста, родные становят­ся для пожилых людей «чужими», ибо на первый план выс­тупают именно те «существенно общие» типологические чер­ты, на которые только и ориентируется пожилой человек.

Выше автором говорилось, что долгожитель, если он проживает в семье, обычно является ее «ядром». Этот тот центр (независи­мо, в каком психическом и физическом состоянии находится долгожитель), к которому стекаются все «токи» и «силы» се­мьи. Вот поэтому, когда долгожитель умирает, семья сироте­ет, и кажется, что «сиротеет все вокруг». Явля­ясь «ядром» семьи, долгожитель оказывается источником мо­рального климата в семье: ее лада и разлада. Как показывают исследования семей, в которых проживает долгожитель, они или очень слаженные (несмотря на стесненность в жилье, фи­нансовые трудности, болезни членов семьи, на их возрастной, по степени родства, или половой состав и другие объективные факторы), или, наоборот, это семьи, в которых «настоящий ад », тем более «причин» для этого предостаточно, но основной при­чиной является наличие в семье долгожителя.

Такое положение вещей нельзя объяснить социально — эко­номическими (материальными) или социально — психологи­ческими (хороший или плохой характер у долгожителя) фак­торами. Причины гораздо глубже. Только медицинская гене­тика могла бы объективно интерпретировать кардинальные пе­ремены в психике долгожителя, о которых писал Л.Толстой и которые подтверждаются социально-геронтологическими ис­следованиями.

Долгожитель и его семья — одна из актуальнейших проблем и нашего общества в целом, и социальной медицины в част­ности. Проблема эта кажется не разрешаемой ни обществен­ными, ни правительственными мерами, направленными на ук­репление социальной защиты народонаселения; еще в меньшей степени — медицинскими путями. Появившиеся в нашей стра­не хосписы для долгожителей пока демонстрируют полнейшую беспомощность, поскольку, выражая хорошую идею, они тре­буют, во-первых, изрядных денег, а во-вторых, иной, чем на Западе, концепции. В европейских странах, за исключением Италии и Испании, давно сложилась традиция жить отдельно от родителей. Эта же традиция в США и Канаде. В Израиле жи­вут и порознь, и как в России, где родители до сих пор чаще живут с одним из детей, то есть одной семьей. «Свой дом» — понятие чрезвычайно разное для европейца и для русского: для европейца — это дом, где родились его дети; для русского (точ­но так же, как для итальянца и испанца) — это дом, где родил­ся он сам. Хоспис для европейца — нормальное переселение его родителей в нормальные (хорошо оплачиваемые) условия. Хоспис для нашего русского современника хуже дома для пре­старелых, ибо это промежуточный перед кладбищем этап.

В перестроечное время в нашей стране начали появляться всяческие фонды здоровья и милосердия, взявшие на себя часть забот по уходу о пожилых людях.

В ходе исследования автором было выявлено, что качество жизни пожилых людей зависит не только от психических особенностей различных групп престарелых граждан, но так же и от социально-экономических(бытовых, материальных) условий, в которых прошла и проходит их жизнь.

2 Технологии социальной работы с лицами пожилого возраста

2.1 Система учреждений социального обслуживания

Пожилые люди и инвалиды в Российской Федерации обладают всей полнотой социально-экономических и личных прав и свобод, закрепленных Конституцией РФ, конституциями республик, входящих в ее состав, другими законодательными актами. Однако изменение социального статуса человека в старости и инвалида, связанное с прекращением или ограничением трудовой и общественной деятельности; трансформацией ценностных ориентиров, образа жизни и общения; испытанием затруднений в социально-бытовой и психологической адаптации к новым усло­виям, порождает серьезные социальные проблемы.

Наиболее острой проблемой является ограничение жизнедеятельности пожилых людей и инвалидов. Под ограничением жизнедеятельности понимается полное или частичное отсутствие у человека способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью [3, с.21].

В решении этой проблемы первостепенное значение приоб­ретает совершенствование системы социальной реабилитации и социальной помощи престарелым и инвалидам.

Социальная реабилитация представляет собой комплекс со­циально-экономических, медицинских, юридических, профессиональных и других мер, направленных на обеспечение необходимых условий и возвращение этих групп населения к полнокровной жизни в обществе.

Составным элементом социальной защиты пожилых людей и инвалидов на современном этапе является оказание социальной помощи т.е. обеспечение в денежной и натуральной форме, в виде услуг или льгот, предоставляемое с учетом законодательно установленных государством социальных гарантий по социальному обеспечению [3, с.25]. Она носит, как правило, характер периодических и единовременных доплат к пенсиям и пособиям, натуральных выдач и услуг в целях оказания адресной, дифференцированной социальной поддержки этих категорий, ликвидации или нейтрализации критических жизненных ситуаций, вызываемых неблагоприятными социально-экономи­ческими условиями.

Таким образом, наряду с предоставлением традиционных форм социального обеспечения: денежных выплат (пенсий, по­собий); натурального обеспечения; услуг и льгот; стационарных и нестационарных видов обслуживания, - важное значение при­дается новым формам экстренной социальной помощи нетрудо­способным, остронуждающимся гражданам Российской Федерации.

Социальное обслуживание и обеспечение пожилых людей включает в себя пенсии и различные пособия; содержание и обслужива­ние престарелых и инвалидов в специальных учреждениях органов социальной защиты населения; протезирование; льготы инвалидам; оказание помощи бездомным.

Социальное обеспечение осуществляется государственными органами, предприятиями, частными лицами, за счет взносов (вычетов из заработной платы) трудящихся. В последнем случае вы­плата из фондов определяется не трудовым вкладом и стажем, а размерами взносов. Такая практика очень распространена в западных странах.

В 1995 г. в системе социальной защиты нашей страны функцио­нировало 959 стационарных учреждений для лиц пожилого возрас­та и инвалидов, более 700 центров социального обслуживания, 900 отделений социальной помощи на дому, а также ряд других учреждений социальной помощи (психолого-педагогической, экстренной психологической помощи и т.д.) [3, с.65].

Наиболее развитая сеть социального обслуживания в Челябин­ской, Самарской, Ростовской, Владимирской и ряде других облас­тей.

Автор предлагает рассмотреть содержание работы Центра социального обслуживания (для граждан пожилого возраста и инвалидов) [3, с.68]. В него, как правило, входит несколько отделений. В отделении дневного пребы­вания (рассчитанного на содержание не менее 30 пенсионеров и инвалидов) организуется питание, медицинское и культурное об­служивание. Предусмотрено участие в посильной трудовой деятельности в спецмастерских или подсобных хозяйствах.

Отделение временного пребывания (рассчитано на содержание не менее 15 человек) осуществляет лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия, культурное и бытовое обслуживание, питание в условиях круглосуточного содержания.

В отделении социальной помощи на дому (оно обслуживает в горо­де 120 человек, в сельской местности — 60 человек) осуществляется постоянное или временное (до 6 месяцев) социально-бытовое об­служивание на дому пенсионеров и инвалидов, нуждающихся в по­сторонней помощи (бесплатно или на платной основе).

Одной из первостепенных задач деятельно­сти отделений социальной помощи на дому является актив­ное выявление нетрудоспособных граждан, нуждающихся в надомном обслуживании.

Служба срочной социальной помощи Центра социального обслу­живания предусматривает широкий перечень услуг: разовое обес­печение остро нуждающихся бесплатным горячим питанием или продуктовыми наборами; обеспечение одеждой, обувью и предме­тами первой необходимости; разовое оказание материальной помо­щи; содействие в получении временного жилья; оказание экстрен­ной психологической помощи, в том числе по «телефону доверия»: оказание юридической помощи в пределах своей компетенции; ока­зание других видов и форм помощи, обусловленных региональны­ми и иными особенностями.

Существенное значение в условиях кризисной обстановки в Рос­сии имеет адресная социальная защита пожилых людей. Она оказы­вается в первую очередь наиболее нуждающимся: одиноким пенси­онерам, инвалидам, престарелым старше 80 лет.

Социологические исследования в нашей стране показали, что основными направлениями обеспечения благосостояния престаре­лых (по их мнению) являются: повышение пенсий, совершенство­вание пенсионного обеспечения, развитие услуг по уходу за ними на дому, увеличение числа домов для престарелых и улучшение ус­ловий жизни проживания в них.

Совершенствование пенсионного обеспечения является одним из важнейших направлений социального обеспечения в современ­ных государствах.

Необходимо обратить внимание на социально-бытовое обслужи­вание престарелых. Здесь важно предусмотреть, с учетом потери способности к самообслуживанию, обеспечение специальной удоб­ной обувью, одеждой, различного рода приборами и приспособле­ниями, которые бы облегчили старым людям передвижение по ули­це, ведение домашнего хозяйства, выполнение некоторых гигиенических процедур.

Для решения этих проблем архитекторами, дизайнерами, геронтологами уже давно определены перспективные направления раз­работки и выпуска соответствующей бытовой техники. Эти предло­жения сводятся к созданию:

- автоматизированных кухонных комплексов, позволяющих программировать операции по приготовлению пищи;

- системы подъемников для ухода за лежачими больными и ока­зания им санитарно-гигиенической помощи;

- специальной мебели и механизмов для уборки помещений с учетом возрастной специфики престарелых и т п , а также ряда про­стых, но очень нужных устройств и приспособлений, создающих удобства людям преклонного возраста и повышающих безопасность бытовых операций;

- системы поручней и опорных скоб для принятия старым чело­веком ванны;

- специальных подставок, облегчающих надевание обуви;

- пологих пандусов вместо порогов и т. п. [3, с.121]

Предложения хорошие, однако, к сожалению, в нашей стране они реализуются крайне неудовлетворительно

С 1986 года в нашей стране начали создаваться так называемые Центры социального обслуживания пенсио­неров, в состав которых помимо отделений социальной по­мощи на дому вошли совершенно новые структурные под­разделения — отделения дневного пребывания.

Целью организации таких отделений было создание своеобразных центров досуга для пожилых людей, независи­мо от того, проживают они в семьях или одиноки [3, с.126]. Преду­сматривалось, что в такие отделения люди будут приходить утром, а вечером возвращаться домой; в течение дня они бу­дут иметь возможность находиться в уютной обстановке, об­щаться, содержательно проводить время, участвовать в раз­личных культурно-массовых мероприятиях, получать одно­разовое горячее питание и при необходимости доврачебную медицинскую помощь.

Основной задачей деятельности таких отделений явля­ется помощь пожилым людям в преодолении одиночества, замкнутого образа жизни, наполнение существования но­вым смыслом, формирование активного образа жизни, час­тично утраченного в связи с выходом на пенсию.

Первоначально такие Центры создавались при домах-интернатах для престарелых, поскольку эти учреждения имеют такую материально-техническую базу, которая могла обеспечить для отделения соответствующую площадь, ее оборудование, обеспечить посетителей горячим питанием.

Отделения были рассчитаны на 25-50 посетителей в день. Срок посещения в первое время функционирования отделений не ограничивался. Оплата за питание взималась с посетителей отделения дифференцирование, в зависимости от размера получаемой пенсии.

При создании первых центров еще не была предусмот­рена ротация посетителей отделений дневного пребывания через определенное время. Однако положительный опыт ра­боты этих учреждений сделал их популярными у населения пенсионного возраста, обнаружил большое число желающих пользоваться услугами отделения дневного пребывания. В связи с этим с учетом численности пенсионеров, проживаю­щих в зоне обслуживания Центра и числа подавших заявле­ния на посещение отделения, во многих территориях были просчитаны сроки, на которые должна набираться одна группа, с тем, чтобы в течение года все желающие могли посещать центр два и более раз.

В отделение зачисляются пенсионеры и инвалиды неза­висимо от их семейного положения, сохранившие способ­ность к самообслуживанию и активному передвижению, на основании личного заявления и справки из медицинского учреждения об отсутствии противопоказаний к принятию в отделение.

В отделении выделяются помещения для кабинета доврачебной медицинской помощи, клубной работы, библиоте­ки, мастерских и др.

Таким образом, рассмотренные вопросы создания и развития в России службы социальной помощи нетрудоспо­собным гражданам дают основание прогнозировать дальней­шее их совершенствование, в котором действенное участие будут принимать новые кадры специалистов по социальной работе, подготовке которых в настоящее время уделяется са­мое серьезное внимание.

2.2 Беседа с клиентом

Первая беседа обычно имеет цель выяснить право клиента получать социальные услуги. Очень многое при этом зависит от качества беседы. Беседа с клиентом наиболее точно может быть определена как коммуникация (общение) или взаимодействие. Это искусство и наука. Начинающим работникам, сталкивающимся с этой формой деятельности, необходимо обладать знанием и пониманием явных и тайных причин того или иного поведения человека, т.е. мотивов поведения. Знание этого способствует эффективности работы и терпимости к людям. Только внимательное выслушивание и наблюдение за тем, как люди ищут помощи, сможет превратить объективные факты и субъективные чувства в часть межличностного общения, включающего открытые и закрытые послания, их расшифровку и реакцию на различные уровни общения.

К основным навыкам, необходимым для введения беседы, относятся такие 10 принципов [13, с.122]. Вначале информировать клиента о продолжительности беседы; начинать беседу после того как клиент понял ситуацию; стараться быть доброжелательным, чтобы создать свободную непринужденную атмосферу; постараться увидеть ситуацию глазами клиента; осознать опасность вынесения суждений, а не принятия человека таким как он есть; развивать навыки социального общения, например, улыбнуться, чтобы помочь общению, вначале избегать вопросов, на которые можно ответить "да"или "нет"; не говорить, не домысливать за клиента; не слишком торопиться, не суетиться и научиться справляться с паузами и молчанием клиента (обычно это время, когда клиент напряженно думает).

Каждая беседа обычно фиксируется на какой-то основной проблеме такой, как например, исследование финансовых проблем клиента, его болезнях, обидах, взаимоотношениях и т.д. Каждая беседа-знакомство должна иметь четкую схему, т.е. начало, середину, конец. Каждая последующая беседа-встреча с клиентом должна как-то базироваться на содержание предыдущей, при этом должны быть использованы письменные или видеозаписи.

В процессе беседы обращения к одним и тем же трудностям или даже отрицание их может дать работнику какой-то "ключ". Надо обращать внимание на несоответствования и умолчания. Например, подвергшийся насилию человек может и не хотеть вмешательства извне. Такие неожиданные изменения или что клиент ассоциирует одну идею с другой, поэтому они обе ничего не значат.

Беседа-интервью социального работника отличается от повседневных бесед тем, что они имеют тему, направленную на достижение конкретной цели, временные рамки обычно бывают определены, предполагается положительное или отрицательное развитие взаимоотношений [13, с.125]. Рассмотрим последние аспект подробнее. Первая встреча социального работника и клиента помимо чисто информативной функции имеет, по меньшей мере, 3 цели: стремление заключить союз с клиентом относительно методов лечения, т.е. социальный работник старается понять мысли и чувства клиента; старается вселить в клиента чувство надежды, что он справится с ситуацией; демонстрирует методы и формы работы [13, с.125]. Если не принимать эти факторы во внимание, то управление ситуацией невозможно. Особенно это важно, если наблюдается негативная реакция со стороны клиента.

Иногда социальные работники переживают, что порой они сталкиваются с необщительными клиентами, которые вместо того, чтобы сказать, какая помощь им нужна, делают все, чтобы заблокировать ее. Одной из причин этого является то, что встреча с незнакомым человеком может вызвать чувство стыда, больших ожиданий, чувства неудачи, ощущение зависимости. Социальный работник не должен выявлять интимные, вызывающие смущение или пугающие факты о клиенте или о себе самом, поскольку это может вызвать негативную реакцию клиента.

Практики часто бывают расстроены, если те, кто пользуются их услугами, не являются на встречу после первой беседы [13, с.142]. Исследования показывают, что около 50% обратившихся за помощью не возвращаются для участия во второй встрече. Причем даже если первая беседа привела к положительным результатам, то существует и множество других причин неявки на вторую встречу. Например, для кого-то первой беседы оказалось достаточно, кто-то не хочет продолжительного вмешательства в свою жизнь, кто-то предпочитает обращаться в случае необходимости и т.д.

Удачные беседы не зависят только от содержания разговора, важно, если к работнику после этого интервью относятся как к человеку, способному понять чувства клиента, их мысли по поводу их трудностей, и как социальный работник реагирует на субъективные чувства клиента и использует их в рабочих отношениях. Интервью считается успешным, если работник попытается устранить барьеры общения, приводящие к непониманию.

Если клиент обладает физическими недостатками, умственными, слуховыми, речевыми расстройствами, то могут понадобиться альтернативные методы общения. Но даже и опытные работники порой предвосхищают события или додумывают за клиента, что он хотел бы сказать или выразить нереально. Лучше дать клиенту возможность говорить максимально свободно, поскольку, если человеку дать возможность самому рассказать свою историю, то удивительно как скоро он сам приходит к решению своей проблемы. Стереотипное отношение к клиенту создает препятствия. Не стоит рассматривать клиента как принадлежащего к определенному классу, и т.д., так как это искажает представление о нем и приводит к поспешным выводам: люди слишком сложны, чувствительны и склонны к динамике, чтобы делать о них поспешные выводы.

Задавание "хороших"вопросов. Тема задавания вопросов как навыка межличностного общения весьма актуальна [13, с.150].

Нашей задачей является выделить моменты, когда этот метод мешает или помогает в помощи клиенту. Так, социальный работник, задающий вопросов в подозрительной или обвинительной манере, и не заинтересованным или дружелюбным тоном, вызовет у клиента чувство страха и недоверия. Слова здесь менее важны, чем тон и манера говорящего.

Задавание большого количества вопросов может выглядеть как допрос, а слишком мало вопросов может помешать выявить важные моменты.

Неопытные люди часто избегают задавать "зондирующие"вопросы, если клиент догадывается к чему клонится разговор.

Другим барьером может служить слишком частое задавание вопроса, начинающегося с "почему", т.к. оно подразумевает, что клиент должен объяснять свое поведение, это приводит к заниманию им оборонительной позиции. Предпочтительнее начинать вопрос со слова "что", т.к. он может выявить информацию, полезную для обоих участников разговора, например, вместо того, чтобы спросить старую женщину почему она боится выходить из дома, лучше спросить: что, по ее мнению, может произойти, если она выйдет из дома.

Умелое использование вопросов - это нечто мало изученное в практике социальной работы. Оно очень важно, т.к. это не только сбор информации, но и один из путей начала процесса изменения.

Репортерский тип вопросов порой может достичь успеха, если перед корреспондентом намеренно выдвигают аргументы оппонента с тем, чтобы привести к изменению. Другими способами использования вопросов, которые подразумевают изменение как конечную цель, является построение их таким образом: "Возможно это неправильно, но...", "Я не совсем понял ...", все они стимулируют отступление клиента от обычной схемы поведения и рассмотрение новых возможностей. Чтение нотаций или преждевременные советы нежелательны и не применяются опытными помощниками. В случае возникновения неловких моментов не нужно заострять на них внимание, можно к ним вернуться позже, когда клиент уже справился с конкретной проблемой, или спросить об этом же, но позже, когда он избавится от смущения.

Другим типом задавания "хороших" вопросов является так называемый "круговой опрос". Он применяется в семейной терапии и позволяет оценить взаимодействие и функционирование в рамках семьи путем предоставления одному из членов семьи возможности прокомментировать взаимоотношения двух других членов, их поведение. Круговой опрос выявляет различные позиции участников, дает новую информацию о том, как третья сторона видит взаимоотношения между двумя другими членами семьи [13, с.153].

Гипотетические вопросы типа: "А что было бы, если ...?"могут еще более прояснить ситуацию, а вопросы, когда предлагается описать идеальное решение проблемы (с позиции клиента) могут предложить решение проблемы. Вопросы, ставящие проблему, предпочтительнее готовых ответов. У людей обычно свои взгляды на вещи и свои идеи.

Хороший социальный работник обладает следующими шестью качествами:

1. Симпатия или понимание - попытка видеть мир глазами другого человека.

2. Уважение, реагирование на проблему клиента таким образом, чтобы передать уверенность в том, что он сам может справиться с ней.

3. Конкретность, четкость, чтобы тот, кто консультируют максимально четко понимал проблему.

4. Знание самого себя и оказание другим помощи в познании себя.

5. Искренность, умение вести себя естественно во взаимоотношениях с клиентом.

6. Сиюминутность, иметь дело именно с тем, что происходит в настоящий момент встречи [15, с.177].

Представляют особую трудность для начинающих социальных работников умение определить, какие у них могут встретиться сложности в общении и, соответственно, какие навыки необходимо продолжать практиковать.

Исходя из этого, при работе с клиентами социальному работнику можно дать следующие рекомендации:

- необходимо обладать знанием и пониманием явных и тайных причин поведения человека;

- иметь навык межличностного общения;

- умело задавать вопросы;

- пытаться устранить барьеры общения, приводящие к непониманию.

Таким образом, изучив данный раздел, автор считает, что социальные работники должны уметь слушать, наблюдать и реагировать. Обретение навыков посещения клиентов, понимания специфики их жизни, навыки задавания вопросов, решения проблем, планирования действий - все это далеко не просто. Чтобы стать опытным советчиком (консультантом) мало быть заботливым и понимающим, надо еще умело применять на практике многочисленные приемы и методы работы.

2.3 Оценочный анализ и ведение записей

Важной чертой работы с отдельными клиентами, в частности с пожилыми людьми, является оценочный анализ. Оценочный анализ - это продолжительный процесс, целью которого является понимание людей во взаимосвязи с окружающей их средой: это основа планирования того, что необходимо сделать, чтобы сохранить, улучшить или изменить состояние человека или окружающей его обстановки [13, с.192]. Навык проведения оценочного анализа, получения результатов зависит от административного таланта социального работника в совокупности с навыками человеческих взаимоотношений. Для такой работы нужен человек, который может организовать, систематизировать и проанализировать полученную информацию, при этом он должен тонко чувствовать обстановку и быть способным понять уникальность каждой конкретной ситуации. Основные данные, такие как факты, очень важны, но не менее важны мысли, чувства и интуиция социального работника.

Иногда начинающие путают термины "оценка"и "оценочный анализ". Разница между ними заключается в том, что оценочный анализ представляет собой исследовательский процесс изучения, а не просто оценку, т.е. не составление досье на кого-то для представления в суд, а длительный процесс постоянного накопления данных, включающий анализ мыслей, чувств клиента для того, чтобы сформулировать план его "лечения".

Традиционно оценочный анализ в социальной работе стремится следовать по пути, ведущему к источникам (ресурсам), а не по пути потребностей, т.е. автор разрабатал модели, разделяющие цели и средства. Хорошие практические результаты вытекают из широкого, всеобъемлющего оценочного анализа, а не узкого, ориентированного лишь на социальные услуги. Такой более широкий подход позволяет увидеть недостатки системы услуг и возможно, устранить их. Разумеется, анализ такого рода в отношении пожилых людей может побудить к усовершенствованию услуг: клиенты смогут дольше жить независимо, качество их жизни и тех, кто за ними ухаживает, улучшится. Иллюстрацией этому может быть такой пример: группа старых людей, которые пренебрегали едой оттого, что у них не было аппетита или они не могли готовить себе сами, или забывали поесть, стали собираться вместе в доме помощи по месту жительства, где им выдавались обеды, и эта служба была создана специально для них.

В реальности, конечно, следование принципу удовлетворения потребностей невозможно, если не хватает ресурсов. В социальной работе мы всегда находимся в ситуации, когда потребности превышают средства, поэтому многие службы при оказании помощи придерживаются принципа приоритета. Исследования, касающиеся того, что должно быть выявлено в процессе оценочного анализа показывают, что, в зависимости от конкретных обстоятельств данного клиента, собирается большой объем информации социального, психологического, экономического, политического и духовного плана, характеризующей сущность индивида.

Оценочный анализ -это процесс отбора, организации, разделения на категории и синтезации данных. Он возможен в результате систематического и тщательного рассмотрения потребностей клиента, а не просто оказания возможных услуг. Используемыми методами могут быть: вопросы, самооценка, ролевая игра, проверочные тесты, зарисовки, дневники и т.д.

Оценочный анализ предполагает возможность ошибки или предубежденного отношения социального работника. Чтобы избежать этого следует проводить перекрестные проверки данных.

Исходя из этого можно рекомендовать:

1. Развивать в себе самоконтроль при рассмотрении полученных данных.

2. Быть способным противостоять обладающим более высоким статусом или властью и выступать против их мнения, если это необходимо.

3: Рассматривать все оценки как рабочие гипотезы, которые должны наполняться содержанием по мере поступления информации и знаний. Междисциплинарные оценочные анализы. Главной целью обслуживания людей является создание ориентированных на конкретного человека мобильных структур, при этом социальный работник организует предоставление услуг независимыми, добровольными и государственными организациями, он также ответственен за сотрудничество с медицинскими учреждениями и агентствами разного рода. В связи с этим, менеджер (тот, кто руководит работой с конкретным клиентом) организует и координирует проведение междисциплинарного оценочного анализа. В случае оценки здоровья пожилых людей, это может происходить на дому, в дневном центре или больнице.

Ведение записей, ранее считавшееся рутинной обязанностью, отнимающей время от контрактов с клиентами, начинает признаваться как основное умение, причем в ведении записей, где возможно, принимают участие и клиенты. В записях фиксируются водные факты, свидетельства, чувства, решения, предпринятые и планировавшиеся действия, мониторинг, обзор, оценочный анализ и значимая информация. Они могут принимать форму детального отчета, обстоятельного обобщения каждого факта и контакта, форму для записей, в которой записывается закодированная информация, или могут включить в себя длинные социальные истории, программы индивидуальных планов.

Главной целью ведения записей является улучшение качества услуг.

Одной из трудностей для начинающих социальных работников является определить, на какой необходимой информации им надо сосредоточиться. Неопытность ведет к длинным отчетам, в которых много лишнего и не хватает качественной информации.

Как минимум в записях должны содержаться: суть проблемы или ситуации; доступные и необходимые источники и ресурсы; краткосрочные, средне-, и долгосрочные цели; план действия и точка зрения клиента.

Систематические записи ведутся по четырем отдельным разделам: документ оценки, карта мониторинг, формы для периодических записей, информация о расходах. Документ оценки может быть создан для сохранения баланса между структурной заранее закодированной информацией и для записей личных характеристик каждого клиента пожилого возраста. Его шесть секций охватывают такие основные записи как: возраст, адрес, источник обращения, формальные и неформальные контакты, включая информацию от помощников по дому и государственных служб, жилищные и финансовые условия и также такие детали как отопление, канализация, выплаты; возможность справляться с основными ежедневными обязанностями: уход за собой, работа по дому; физическое и умственное здоровье отражается в пятом и в шестом разделах, сюда обычно относится и невозможность двигаться, головокружение, недержание, интеллектуальная неполноценность, отношение клиента к помощи, включая услуги неформальных помощников [13, с.250].

Карта мониторинга состоит из одного листа, на котором изображена матрица - 7 дней недели. По вертикали - дни недели, по горизонтали -критические периоды дня, такие как часы приема пищи, время сна.

Формы для периодических записей, используемые каждые три месяца для проверки процесса оказания помощи, считаются наиболее ценными в период кризиса или перемен. В них входят детали, касающиеся самих проблем и достигнутых изменений, намечающиеся изменения, деятельность социального работника, других служб, практические услуги и требуемые, но недоступные ресурсы.

Четвертым документом является Информация о расходах. Это запись, израсходованных социальным работником средств на оплату помощникам, за помощь на дому, "обед на колесах", дневной уход и уход в учреждениях. Эта информация была поделена на тридцать еженедельных блоков, записей. Каждая страница охватывала стоимость содержания каждого клиента за квартал каждого года.

Итак, в ходе исследования, автором было выявлено, что оценочный анализ – это процесс отбора, организации, разделения на категории и синтезации данных, а ведение записей начинает признаваться как основное умение, где возможно, принимают участие их клиенты.

зЗаключение

Целью курсовой работы являлось выявление социальных проблем пожилых людей. В ходе работы было изучено много литературы и исходя из этого анализ результатов позволяет сделать следующие выводы:

1. социально-демографическую категорию пожилых людей, анализ их проблем теоретики и практики социальной работы определяют с разных точек зрения – хронологической, социологической, биологической, психологической, функциональной и т.п.
2. из исследования видно, что наиболее острой проблемой является ограничение жизнедеятельности пожилых людей и инвалидов.
3. в ходе исследования было установлено, что отделения дневного пребывания пользуются большой популярностью у людей пенсионного возраста.
4. в работе была исследована структура системы учреждений социального обслуживания. Важнейшей задачей которой является поддерживание уровня жизни пожилых людей и инвалидов в экстремальных ситуациях, содействие их адаптации к условиям рыночной экономики.
5. главной целью обслуживания людей является создание ориентированных на конкретного человека мобильных структур, при этом социальный работник организует предоставление услуг независимыми, добровольными и государственными организациями, он так же ответственен за сотрудничество с медицинскими учреждениями и агентствами разного рода.
6. установлено, что долгожитель и его семья – одна из актуальнейших проблем и нашего общества в целом, и социальной медицины в частности. Проблема эта кажется не разрешаемой ни общественными, ни правительственными мерами направленными на укрепление социальной защиты народонаселения; еще в меньшей степени - медицинскими путями.
7. выявлено, что для качественного обслуживания пожилых граждан, необходима высокая подготовка персонала в области психологии, социологии, педагогики, а так же социальных работников.

Таким образом, подведя итог исследования, автор достиг поставленной цели, выявил социальные проблемы пожилых людей, решив следующие задачи:

1. определил основные социальные проблемы пожилых людей.
2. исследовал проблемы взаимодействия социального работника и пожилого человека.
3. выявил основные формы обслуживания граждан.
4. изучил ведение беседы социального работника с клиентом.
5. анализировал приоритетные направления социального работника с пожилым человеком.

Практическая значимость исследования состоит в том, что результаты, основные выводы и обобщения способствуют более глубокому пониманию социальных проблем пожилых людей, установлению контактов между социальным работником и клиентом для выполнения совместной работы.

Изучение поставленных в исследовании проблем, выводы, к которым подвели его результаты, дают основания сформулировать следующие рекомендации:

1 правительствам всех стран в области социальной поддержки пожилых людей:

- разработать национальную политику в отношении престарелых, тем самым укрепляя связь между поколениями;

- защитить пожилых людей от экономических потрясений;

- обеспечить качество жизни в специализированных учреждениях для престарелых;

2 социальному работнику при работе с клиентами необходимо:

- реагировать на проблему клиента таким образом, чтобы передать уверенность в том, что он сам может справиться с ней.

- иметь навык межличностного общения;

- пытаться устранить барьеры общения, приводящие к непониманию.

Таковы некоторые рекомендации, направленные на совершенствование условий жизни пожилых людей.

Список использованных источников

1 Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2002. – 296с.

2 Технологии социальной работы: Учебник под общ. ред. проф. Е.И.Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2002. -400с.

3 Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан – М.: ЦИЭТИН, 1991. -135с.

4 Холостова Е.И. Пожилой человек в обществе: В 2 ч. М.: Cоциально-технологический институт, 1999.-320с.

5 Возраст мудрости – возраст созидания / Программа развития ООН. – М., 1999. -75с.

6 Черносвитов Е.В. Социальная медицина Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. -304с.

7 Лексин В.Н., Шевцов А.Н. Общая теория реформ. Теория и практика организации проведения реформ – М., 1995. -123с.

8 Человек и труд, 1996, №11. – 55с.

9 Архитектурная среда обитания инвалидов и престарелых / Под ред. В.К. Степанова. М.: Стройиздат, 1989.-213с.

10 Кропоткин П. Взаимная помощь как фактор эволюции. Т.7. – СПб., 1987. -350с.

11 Баранова М.Н., Черносвитов Е.В. Неврозоподобные состояния в общесоматической практике. Тбилиси, 1990. – 240с.

12 Толстой Л. О старости СПб., 1906. – 180с.

13 Социальная работа с пожилыми. – Институт социальной работы. – М., 1995. – 334с.

14 1 Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2002. –340с.