

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ  
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ЕҢБЕК ЖӘНЕ ХАЛЫҚТЫ ӨЛЕУМЕТТІК ҚОРҒАУ МИНИСТРЛІГІ  
«PRIMARY HEALTH CARE» ҰЛТТЫҚ ҚАУЫМДАСТЫҒЫ  
«ҚАРАҒАНДЫ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КеАҚ

**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ӨЛЕУМЕТТІК ЖҰМЫС ЖӘНЕ  
ПСИХОЛОГИЯ:  
ДАМУ, ИННОВАЦИЯ ЖӘНЕ ПЕРСПЕКТИВАЛАР**  
Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференцияның материалдары

**СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА И ПСИХОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ:  
РАЗВИТИЕ, ИННОВАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**  
Материалы международной научно-практической конференции

**SOCIAL WORK AND PSYCHOLOGY IN HEALTHCARE:  
DEVELOPMENT, INNOVATION AND PROSPECTS**  
Materials of International Scientific & Practical Conference

4-5 қазан  
Қарағанды 2019 ж.

УДК 614.2:159.9(063)

ББК 5

Д 31

Под общей редакцией  
ректора Некоммерческого акционерного общества  
«Медицинский университет Караганды»  
профессора Р. С. Досмагамбетовой

Редакционная коллегия

А. А. Турмухамбетова, Т. К. Рахыпбеков, Р. А. Абзалова, В. Б. Молотов-Лучанский,  
Л. Л. Мациевская, Т. Т. Едильбаева, Е. С. Сербо (ответ. секретарь сборника)

**Денсаулық сақтаудағы әлеуметтік жұмыс және психология: даму, инновация және перспективалар:** Хал. ғыл.-тәжірибелік конф. мат.  
**Социальная работа и психология в здравоохранении: развитие, инновации и перспективы:** Матер. междунар. науч.-практ. конф. **Social work and psychology in healthcare: development, innovation and prospects:** Mater. of intern. scientific-practical conf. – Карағанды: изд-во НАО «МУК», 2019. – 118 с.

Жинақта ҚР-дағы әлеуметтік көмек жүйесінің жағдайы, әлеуметтік жұмыс және психология бойынша мамандарды даярлау, денсаулық сақтау технологиялары, Денсаулық сақтау саласындағы әлеуметтік жұмыс пен психологияның түрлері мен әдістері, сондай-ақ медициналық-әлеуметтік жұмыстағы сектораралық және ведомствоаралық өзара іс-қимылдың негізгі мәселелері сияқты қазіргі денсаулық сақтаудағы әлеуметтік жұмыс пен психологияның өзекті мәселелері қарастырылады.

В сборнике рассматриваются актуальные проблемы социальной работы и психологии современном здравоохранении, такие как состояние системы социальной помощи в РК, подготовка специалистов по социальной работе и психологии, здоровьесберегающие технологии, формы и методы социальной работы и психологии в сфере здравоохранения, а также основополагающие вопросы межсекторального и межведомственного взаимодействия в медико-социальной работе.

Actual problems of social work and psychology of modern healthcare, such as the state of the social assistance system in the Republic of Kazakhstan, training of specialists in social work and psychology, health-saving technologies, forms and methods of social work and psychology in the field of healthcare, as well as fundamental issues of intersectoral and interagency interaction in medical -social work are considered in the collection.

Рассчитан на широкий круг социальных, медицинских и педагогических работников, специалистов-психологов, врачей практического здравоохранения и работников социальной сферы, обучающихся медицинских и педагогических вузов и колледжей.

УДК 614.2:159.9(063)

ББК 5

© Некоммерческое акционерное общество  
«Медицинский университет Караганды», 2019

**Т. Ж. Абдикаликова<sup>1</sup>, Б. Н. Байдильдина<sup>2</sup>**  
**САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ**  
**С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**  
(*НАО МУК, Караганда, Казахстан*)

Хроническая болезнь почек является следствием многих состояний и часто встречается в медицине. И даже когда с медицинской точки зрения лечение идет успешно и жизнь обретает реальную перспективу, возвращение к нормальной, полноценной жизни может стать серьезной психологической проблемой для больного.

Цель этого исследования определить факторы влияния на самооценку состояния здоровья у лиц с хронической болезнью почек (ХБП).

**Материалы и методы.** В перекрестное исследование было включено 146 пациентов (мужчин 58, женщин 88), средний возраст составил 48,8 (25-78) лет. В зависимости от баллов все респонденты были разделены на 2 группы: 48 человек с низкой самооценкой (2 балла и ниже) - 32,9%, 98 - с высокой самооценкой (3 балла и выше)- 67,%.

У всех респондентов было получено информированное согласие на участие в исследовании. Исследование включало анкетирование, измерение антропометрических показателей, АД, уровня глюкозы, липидограммы, креатинина.

Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS20. Оценка различий проводилась с помощью критерия Крускала-Уоллиса, Манна-Уитни, различия считались статистически значимыми при значении  $p = 0,05$ . Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента Спирмена.

**Результаты.**

Сравнительный анализ показал отсутствие значимых различий между группами по уровню самооценки, креатинина ( $p = 0,136$ ), глюкозы в крови ( $p = 0,156$ ), стадии ХБП ( $p = 0,161$ ), дохода в месяц ( $p = 0,193$ ), возраста ( $p = 0,595$ ), курения ( $p = 0,630$ ), систолического АД ( $p = 0,734$ ), диастолического АД ( $p = 0,511$ ), холестерина ( $p = 0,824$ ).

Мы обнаружили, что самооценка была ниже у женщин по сравнению с мужчинами ( $p = 0,019$ ); лиц, имеющих низкий уровень образования ( $p = 0,004$ ) и повышенный индекс массы тела (ИМТ) ( $p = 0,000$ ).

**Заключение**

Таким образом, результаты исследования показывают возможности целенаправленной модификации факторов, влияющих на самооценку состояния здоровья с целью пациентов с хронической болезнью почек.

**Г. Б. Абдикаримова**

## **НАУҚАСПЕН КОМПЛАЕНСТЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ ПРОЦЕССИНДЕГІ ПСИХОЛОГТЫҢ РӨЛІ.**

*Коммерциялық емес акционерлік ұйым «Қарағанды медициналық университеті» Қарағанды қаласы.*

Қазіргі кезде біздің республикада психологиялық өзекті мәселелерді анықтауға деген қажеттілік пен қызығушылық өсу үстінде, сондықтан да қазіргі таңда науқастармен қарым-қатнас құруда психологтың рөлі ерекше маңызға ие. Науқастармен комплаенсты қалыптастыру процесінде психологтың рөлі - науқастың тұлғалық құндылықтарын қайта қалпына келтіру, психологиялық сұраныстары мен қажеттіліктерін қанағаттандыру, отбасы, туған-туыстарымен байланысты қалпына келтіруге қолдау көрсету, кәсіби және еңбек дағдыларын қалыптастыру, сондай-ақ, еңбекке араласуға нақты бағыттар беру секілді қызметтерді орындайды. Психологтар өздерінің кәсіби іс-әрекеттерімен адамдар өмір сүріп, жұмыс жасайтын жерлердегі қиындықтарды шешу үшін теориядағы жетістіктерді және психологиялық әдістерді қолдану арқылы адамдардың психологиялық денсаулығын жақсартуға және қоғамның психологиялық мәдениетінің өсуіне ықпал етеді.

Науқастардың дәрігер ұсынымдарын сақтауының дұрыстығын белгілеу үшін «комплаенс» термині ұсынылған. Комплаенс (ағылшын. «compliance» - келісім, сәйкестік,) сөзбе-сөз сұранысқа немесе науқасқа сәйкес әрекетті; қандай да бір ішкі немесе сыртқы талаптарға немесе нормаларға бағынуды білдіреді. Қоғамдық денсаулық сақтауда комплаенс проблемасы жеткіліксіз зерттелген, бұл өз кезеңінде қарастырылатын зерттеуді жүргізу қажеттігін білдіреді. Оның мақсаты дәрігерлік ұйғарымдарды орындау туралы шешімдер қабылдау кезеңінде пациенттің мінез-құлқына жағдай жасайтын факторларды зерделеу болып табылады. Бүгінгі таңда әлем бойынша аурудың ең көп тараған түрі қатерлі ісік ауруы болып тұрғанына байланысты, онкологиядағы комплаенс өзекті мәселелердің бірі.

Онкологиялық комплаенс онкологиялық аурумен ауыратын науқасқа дәрігердің диагнозын дұрыс жеткізе білу және емге немесе дәрігер ұсыныстарын орындауға деген келісімін алу. Көп жағдайда науқастар ісік ауруынан қорқыныш және ондай диагноз есту науқастың психикасына ауырлық түсіре отыра жеткіліксіз комплаенс орын алады, яғни дәрігер ұйғарымдарын пациенттердің бар - жоғы жартысына жуығы ғана сақтайды. Сондықтан психолог психологиялық көрсеткіштердің сауаттылығына, болжам жасау және түзету әдістердің тиімді екеніне, ұсынылатын пікір-ұсыныстардың ғылыми негізделуіне тікелей жауапкершілікте болады. Сол себептен дәрігер мен науқас арасындағы ынтымақтастықты дамыту заманауи мәселе ретінде қарастыру біздің негізгі мәселемізге айналып отыр.

**Р. А. Абзалова**

## **ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАЗАХСТАНА**

*Национальная ассоциация «PRIMARY HEALTH CARE»*

**Актуальность:** Социальная работа приобрела в последнее время в эпоху социально-экономических перемен, происходящих в обществе, особую значимость. В условиях роста групп риска, преступности, числа людей без определенного места жительства, безработных необходима система социальной работы. Подготовка высококвалифицированных специалистов в области социальной работы является важнейшей проблемой современности.

«Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов... это необходимость интегрального видения человека». Возникает необходимость создания новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи всем категориям населения. Необходимо расширять границы от узко-медицинского подхода в работе с различными категориями населения к целостному подходу в медицине. Включать в систему здравоохранения специалистов, способных осуществлять межсекторальный и межведомственный подход.

**Цель исследования:** Обучение теоретическим и методологическим основам социальной работы, технологиям проведения социальной работы с населением с перспективой закрепления полученных знаний и навыков в их социально-практической деятельности.

**Материалы и методы:** Обзор нормативно-правовых актов Министерства здравоохранения Республики Казахстан, практика ПМСП.

**Результаты:** Социальная работа – это обширный комплекс различных мероприятий, направленных на достижение 3-х основных целей:

- Гарантировать населению установленный минимум финансового и социального благополучия на протяжении всех фаз жизненного цикла и в различных ситуациях риска (заболевание, распад семьи и т.д.);

- Развивать способность самих людей обеспечивать самих себя;

Социальные услуги являются общепринятым понятием, связанным с услугами, которые соответствуют социальным потребностям населения и потребностям в обслуживании и уходе. Социальные услуги могут поддержать повседневную деятельность на определенных фазах жизненного цикла как, например, в случае получения инвалидности, распада семьи, приобретения заболевания, ведущего к задержке или ретардации психического развития, асоциального поведения.

Уникальность профессионала в области социальной работы состоит в том, что он выступает посредником между государством и его гражданами, оказавшимися в силу тех или иных причин в объективной и субъективной трудной (проблемной или кризисной) ситуации. Специалист как посредник

должен уметь: координировать социальные связи и отношения; управлять своим собственным поведением и эмоциями в межличностном взаимодействии с нуждающимися в помощи гражданами

**Образ профессионального социального работника:** доброжелательность и открытость; уважение к клиенту; спокойный и рассудительный ум; терпимость и самообладание; конфиденциальность и тактичность; понимание и искренняя помощь; позитивное мышление и вдохновляющее состояние; позиция стороннего наблюдателя.

**Конечная цель деятельности социального работника:** грамотное и точное применение социальных знаний, навыков и технологий в нужный момент; сознание и уверенность в правильности выбранного плана действий по отношению к клиенту и ситуации; эффективное воздействие для положительного решения ситуации клиента; развитие уверенности, появление силы духа и новых ценностей у клиента; осуществление внутренней трансформации в мышлении и поведении клиента; самопреобразование, развитие, профессиональный и личностный рост социального работника на основе знаний и опыта.

**Г. К. Аблаева**<sup>1</sup>

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ШКОЛЬНЫХ ПСИХОЛОГОВ НА ЭТАПЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ**

*<sup>1</sup>Алматинский филиал Санкт-Петербургского Гуманитарного Университета Профсоюзов*

Высшим уровнем личности является ее направленность, включающая влечения, желания, интересы, склонности, идеалы, взгляды, убеждения, мировоззрение, особенности характера, самооценки и ценности человека. Подструктура направленности личности наиболее социально обусловлена, формируется под влиянием воспитания в обществе, наиболее полно отражает идеологию общности, в которую человек включен.

Таким образом, необходимо отметить, что направленность носит социальный характер. Она формируется в процессе социальной и индивидуальной деятельности человека, в рамках определенных общественных отношений и форм общения людей.

Направленность личности формируется в процессе социализации. В связи с этим, следует сказать, что весь жизненный путь человека и система его знаний влияют на характер его направленности. Как известно, направленность является высшим иерархическим уровнем структуры личности. Направленность определяет успешность овладения человеком профессией и выступает «системообразующим» фактором личности профессионала [1].

На сегодняшний день в психологии нет однозначного понимания профессиональной направленности. *Профессиональная направленность трактуется как совокупность мотивов, установок личности, планов, ценностных ориентаций в области определенной профессиональной деятельности* [1].

Теоретической основой изучения проблемы профессиональной направленности стала концепция направленности личности, как динамических тенденций, С.Л. Рубинштейна. Им было выдвинуто положение о развитии личности в деятельности, и поставлена проблема направленности, как «...вопрос о динамических тенденциях, которые в качестве мотивов определяют человеческую деятельность, сами, в свою очередь, определяясь ее целями и задачами» [2]. Вслед за С.Л. Рубинштейном в направленности выделяют два аспекта: предметное содержание (направленность на определенный предмет) и напряжение, возникающее при этом. Содержательный аспект направленности включает ценностно-смысловые образования и цели. Они обеспечивают внутреннюю целостность личности, определяют главные и относительно устойчивые отношения человека к себе, к другим людям, к профессии и в целом к миру. Ценностно-смысловые образования выступают важнейшими регуляторами жизни и деятельности человека, в том числе и профессиональной. В процессе профессионального обучения выделяется задача активизации стремления к самопознанию. Через самопознание человек начинает ориентироваться в ценностно-смысловом содержании своего сознания.

Наличие и осознание значимой цели, идеи, смысла, то есть содержательного компонента профессиональной направленности – важное условие профессионального и личностного развития личности.

Формирование профессиональной направленности личности в вузе регулируется разными путями, это и преподавание общеобразовательных предметов, и взаимосвязь общеобразовательной и профессиональной подготовки и, разумеется, весь воспитательный процесс. Личностное формирование специалиста – необходимая часть профессионализации, которая, являясь динамичной по своей природе, развивается в процессе высшего профессионального образования. Возможно с полной уверенностью заявлять о том, то что вовлечение в процедуру личностного формирования студента-психолога компонентов, связанных с его профессиональным развитием, обеспечит полноценное становление его как профессионала. Цель преподавателя в данной ситуации не просто предоставить студенту комплекс знаний по дисциплине, а сформировать у него мотивацию к овладению знаниями и дальнейшему профессиональному развитию, грамотно и корректно воздействовать на мировоззрение студента, на его представления о себе, окружающих, профессии. Тем самым, можно сказать, что профессиональная направленность всего учебно-воспитательного процесса в вузе выражает определенное качество процесса обучения и воспитания учащегося [3].



На данном этапе развития системы высшего профессионального образования реализация задачи дальнейшего совершенствования содержания подготовки молодых специалистов, состоит в обеспечении профессиональной направленности личности.

Распространенность в современном обществе проблем психологического характера и осознание необходимости участия квалифицированных психологов в их разрешении, потребность в специалистах для стремительно развивающихся служб практической психологии во всех сферах социальной практики и производства формируют социальный заказ на подготовку квалифицированных психологов.

Каждой определенной профессиональной группе присущ свой смысл деятельности, своя система ценностей, определяемые, прежде всего, направленностью деятельности на ее объект. В этой связи большой интерес представляют профессиональные группы, чья деятельность как форма самореализации личности обусловлена морально-этическими принципами по отношению к своему объекту, т. е. профессии, имеющие деонтологический статус.

Классическим примером такого вида профессий является практическая деятельность психолога, которая специфична, прежде всего, кругом своих задач, обусловленных взаимодействием специалиста с широчайшим спектром явлений окружающей социальной действительности (от политических, экономических, культурных преобразований в обществе и техногенных катастроф до конкретных жизненных трудностей отдельного человека).

В процессе своей деятельности психологу приходится сталкиваться с различными возрастными, социальными, культурными категориями людей, однако объектом его деятельности всегда остается индивидуальность человека, обратившегося за помощью к специалисту как к компетентному в его жизненных трудностях и проблемах лицу, при этом следует учитывать, что в ходе такого взаимодействия сам психолог становится элементом близкого окружения этого человека. Все это требует от психолога особых индивидуальных качеств, мировоззрения, системы ценностей и, прежде всего, осмысленного, интернализованного отношения к себе как к субъекту профессиональной деятельности.

Исходя из этого, можно выделить некоторые компоненты специальных способностей психолога. В частности, к ним относятся индивидуально-психологические особенности мышления (социального интеллекта как способности к пониманию поведения других людей) и тогда мы получаем следующий психологический портрет эффективного психолога: это личность с творческим мышлением, склонная к самоанализу, любящая работать в одиночестве, независимая и самоуверенная, но всегда готовая воспользоваться новыми возможностями для приобретения нового опыта, эмоционально устойчивая, наделена развитым чувством



самоконтроля, не привержена стандартам, обладает гибким мышлением и легко адаптируется [2].

Данная проблематика достаточно широко освещена в современной психологической литературе, однако, если говорить о тех или иных характеристиках, определяющих эффективность деятельности психолога (вне зависимости о каком уровне функционирования идет речь психофизиологических предпосылках или личностных чертах), возможно только в случае осмысленного отношения профессионала к себе в контексте профессиональной деятельности и его отношения к самой деятельности в целостном контексте жизни.

Профессия "психолог" постепенно приобрела массовый характер, выросло число высших учебных заведений, осуществляющих профессиональное обучение и переподготовку психологов. Превращение профессии из "элитарной" в "массовую" привело к тому, что в профессию без какого-либо отбора может прийти любой человек.

Анализ ситуации, складывающейся на рынке профессий и рынке образовательных услуг, показывает, что они оказались практически не связанными, а подготовка профессиональных психологов часто осуществляется без учета востребованности специалистов выпускаемых профилей на рынке труда области или города. В результате выпускники не видят реальных возможностей для профессиональной самореализации и обеспечения желаемого уровня жизни, что снижает их психическую устойчивость, создает угрозу личной и профессиональной безопасности. Указанные процессы происходят на фоне ужесточения требований к молодому специалисту. У современных выпускников вуза период адаптации и вхождения в специальность сокращен до минимума или вообще отсутствует.

Перечисленные обстоятельства актуализируют необходимость повышения качества профессиональной подготовки психолога и интерес исследователей к различным аспектам его личности и профессиональной деятельности.

Очевидно, что отдельные умения, способности и личностные свойства не могут обеспечить профессиональную деятельность, так как способствуют успеху только при сформированной мотивации и развитой профессиональной направленности личности.

Мотивы, побуждающие человека к занятию профессиональной психологической деятельностью, редко становились предметом специальных исследований. Работы, отражающие специфику профессиональной направленности школьного психолога, его карьерные ориентации, мотивы выбора профессии и т.п. представлены единично [4].

Все вышеизложенное свидетельствует о несоответствии уровня разработки проблемы профессиональной направленности школьного психолога, ее значимости для профессионального развития специалистов и востребованности образовательной практикой вузов. Необходимость

определения психологических условий, обеспечивающих формирование профессиональной направленности школьных психологов на этапе вузовского обучения, обусловили актуальность темы, теоретическую и практическую востребованность исследования, проблема которого сформулирована следующим образом: каковы психологические условия, определяющие развитие профессиональной направленности школьных психологов на этапе их обучения в вузе?

В соответствии с целью, объектом и предметом исследования было выдвинуто предположение, выступившие в качестве **гипотезы исследования:**

Развитие профессиональной направленности будущих школьных психологов возможно, если в процессе обучения в вузе созданы такие психолого-педагогические условия, благодаря которым у студентов формируются мотивационный, когнитивный, эмоционально-чувственный, организационно-личностный и рефлексивный компоненты готовности к профессиональной деятельности, что в конечном итоге сформировали бы в нем такие необходимые профессиональные качества как: открытость, профессионализм, искреннее стремление помощи и понимания, альтруизм, доброжелательность, чувство сопереживания.

Отсюда необходимо выдвинуть следующие задачи для обучения его будущей профессии:

1. Выделить сущностные характеристики профессии школьного психолога. Определить содержание понятия «профессиональная направленность школьного психолога» и выделить ее основные компоненты.

2. Обосновать влияние готовности к профессиональной деятельности на развитие профессиональной направленности школьного психолога на этапе его профессиональной подготовки.

3. Определить основные пути психолого-педагогического сопровождения по развитию готовности к профессиональной деятельности и профессиональной направленности школьных психологов на этапе их обучения в вузе (программа психолого-педагогического сопровождения будущих психологов).

Для решения исследовательских задач были использованы следующие методы: сравнительно-сопоставительный анализ философской, психологической и педагогической литературы по изучаемой проблеме; методы сбора и интерпретации теоретического материала, не включённое наблюдение, индивидуальные беседы.

Проведенный теоретический анализ расширяет и углубляет современные представления о личностных качествах школьного психолога и основных компонентах его профессиональной деятельности. В статье выявлены компоненты профессиональной направленности на психологическую профессию, предпринята попытка выделить признаки деформаций профессиональной направленности школьного психолога; поставлен вопрос о факторах формирования профессиональной

направленности психолога в период его обучения в вузе и возможностях содействия этому процессу [5].

Предложенные пути развития профессиональной направленности и проект программы психологического сопровождения будущих школьных психологов могут быть использованы преподавателями вуза и сотрудниками психологической службы в качестве методического ориентира:

- при содействии формированию профессиональной направленности и отдельных ее компонентов (отношение к профессии, формирование адекватного образа профессии, представления о профессиональной самореализации, прогнозирование профессиональной успешности, планирование карьеры и др.);

- отдельные элементы могут быть также использованы при оказании психологической поддержки на этапе профессионального самоопределения, при формировании профессиональной направленности специалистов других профессий.

Развитие профессиональной направленности школьных психологов на этапе вузовского обучения связано с формированием у них психолого-педагогической готовности к профессиональной деятельности. И, как следствие, отсюда они должны выделить существенные характеристики своей будущей профессии с пониманием того, что школьные психологи будут способствовать развитию профессиональной мотивации и профессиональных склонностей и стремиться реализовать на практике весь багаж полученных знаний с использованием личностных качеств психолога, обеспечивающих успешность профессиональной деятельности, особенностей профессионального самосознания психолога, профессиональной компетентности и культуры психолога и другое.

Если преподаватели вуза и школьные психологи будут способствовать развитию профессиональной мотивации и профессиональных склонностей, то к окончанию вуза студенты не разочаруются в выбранной специальности, а будут стремиться реализовать на практике весь багаж полученных знаний.

Отдельные направления практической работы могут быть смоделированы для предотвращения деформаций профессиональной направленности психологов на различных этапах обучения в вузе или в периоды профессиональных кризисов.

Перечисленные возможности дальнейших исследований по поставленной проблеме статьи дают основание определить ее как актуальную.

#### **Список использованной литературы:**

1. Бачманова Н.В. Представления студентов о будущем как аспект их личностного и профессионального самоопределения // Психологическая наука и образование. – 2002. – №2. – С. 12–23.
2. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. -М., 2009.

3. Ростунов А.Т. Формирование профессиональной пригодности. М., 1984. 176 с.
4. Молоканов М. В. Общая психодиагностика. - М., 1998. -77 с.
5. Шишкина Л.И. Социально-правовые вопросы профориентации молодежи. / ЛГУ., 1976. -62 с.

**З. С. Арыстанова, С. Б. Сарбасова**  
**ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ К**  
**ЖИЗНИ В ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ НА ПРИМЕРЕ НОУ «SOS ДЕТСКАЯ**  
**ДЕРЕВНЯ», Г. НУР-СУЛТАН**

*Казахский университет экономики, финансов и международной торговли  
(г. Нур-Султан)*

**Актуальность.** Подготовка детей из группы риска социального сиротства, а также проживающих в семье НОУ «SOS Детская деревня» городов Нур-Султан, Алматы и Темиртау к проживанию в приемной семье приобретает особую актуальность в современных условиях. Учреждения и организации, занимающиеся воспитанием детей, оставшихся без попечения родителей руководствуются положениями новых программ и законодательных документов. Комитет по защите прав детей МОН РК в сотрудничестве с ЮНИСЕФ разработали в соответствии с корнями, миссией и ценностями организации («Кто мы есть») и конвенцией ООН О правах ребенка данные документы, адаптированные к условиям современного Казахстана. Все документы прошли через процесс согласования и обратного мнения со стороны национальных ассоциаций и с учетом мнений детей и молодых людей.

**Степень изученности** данной темы свидетельствует о научном интересе исследователей социально-психологического и социально-педагогического направлений. Так в работах В.А.Сластёнина, В.Г.Бочаровой, А.М.Абульхановой-Славской и др. – социально-психологический и социально-педагогический аспект. Исследования возможностей воздействия социальных сетей представлены в работах М.Ричмонд, Н. Блаймер, К. Кассель. Казахские исследователи социального воспитания, подготовки кадров к работе с приемными родителями, семьями группы риска представлены в исследованиях А.К.Кусаинова, С.Б.Сарбасовой, З.У.Кенесариной, Б.Ж.Абдрашевой, М.Т.Баймукановой, и др.

**Цель исследования:** разработать и обосновать комплексную модель подготовки детей, оставшихся без попечения родителей к процессу адаптации детей в приемной семье.

**Объект:** процесс усыновления детей, оставшихся без попечения родителей, приемными родителями на примере опыта НОУ «SOS Детская деревня» г. Нур-Султан.

**Целевая группа:** дети, оставшиеся без попечения родителей и вовлеченные в процесс усыновления приемные родители.

**Предмет исследования:** комплексная модель подготовки детей, оставшихся без попечения родителей к процессу адаптации детей в приемной семье.

**Материалы и методы:** теоретический анализ и обобщение зарубежных литературных источников, и изучение опыта отечественных ученых, анализ данных, полученных с помощью формы оценки, критерии по формированию социально - педагогической адаптации детей и развитие навыков, формирующий эксперимент (анализ результатов собственной практической работы в парадигмах отечественного подхода к социально-психологической коррекции и гармонизации отношений между детьми и родителями).

**Конечная цель исследования:** внедрение модели подготовки детей, оставшихся без попечения родителей к процессу адаптации детей в приемной семье.

**Обсуждение:** Существующая практика программы усыновления преобразуется в соответствии с современными требованиями международного сообщества в отношении детей, оставшихся без попечения родителей применительно к условиям Республики Казахстан. Разработанные ранее материалы для руководства и регулирования социальных взаимоотношений между детьми и сотрудниками Детской деревни адаптируются для создания приемной семьи, выстраивания социально-психологических гармоничных взаимоотношений между членами новой создающейся семьи.

**Н. С. Байбусинова, С. Б. Сарбасова**  
**АСПЕКТЫ ПО СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ,  
ПОСТРАДАВШИХ ОТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕСТРУКТИВНЫХ  
ТЕЧЕНИЙ**

*Казахский университет экономики финансов и международной торговли*

**Актуальность.** В современном обществе религиозная проблематика приобретает все большую значимость. Становится понятным, что религиозный фактор является одним из важнейших в жизнедеятельности социума, влияя как на индивидуальную, так и на общественную ментальность, формируя, прямо или косвенно, идеологические доминанты, моральные и правовые нормы, социальные институты. Все большее внимание развитию религиозной сферы общества уделяется со стороны государства, осознающего ее важность в политической, идеологической,



нравственной, воспитательно-образовательной и многих других областях общественной жизни. В особенности это касается тех лиц, которые уже подверглись действиям деструктивных движений. Оказание качественной помощи, которая будет являться шансом возвращения в общество.

**Степень изученности:** Отражение опыта республики Казахстан по противодействию религиозному экстремизму. Если профилактическая, предупредительная работа по локализации идет в целом во всех государствах центральной Азии, то в Казахстане идет попытка систематизировать эту работу. Систематизация идет как в плане работы с решением внутренних проблем, так и решением внешних проблем. Результатом этого процесса стал операция «Жусан-1» по возвращению на родину наших сограждан. Из них около пятидесяти детей женщины и одиннадцать мужчин. Те меры, которые принимаются государством и средства, которые выделены государством по созданию реабилитационных центров по всей стране, помогут вернувшимся адаптироваться к новой жизни.

**Цель исследования:** определение уровня радикализации

**Целевая группа:** женщины и дети, вернувшиеся из мест боевых действий.

**Предмет исследования:** социальная работа по адаптации с женщинами и детьми вернувшиеся из зон террористической активности.

**Материалы и методы:** изучение и анализ проблем, для оказания более качественной социально-психологической помощи жертвам пострадавших от действий деструктивных течений.

**Конечная цель исследования:** Разработка новых методик работы с лицами подвергшихся действиям деструктивных религиозных течений.

**Обсуждение:** Особое внимание уделено работе с группами риска и реабилитации лиц с радикальными взглядами. Проекты в этой области реализовываются неправительственными организациями.

Проводятся обширная работа с людьми которые прибыли с мест боевой активности и с членами их семей. В этой работе особую роль играет гражданские институты. Крепкий иммунитет общества к деструктивным религиозным идеям, особенно у молодежи, зависит от нашего активного участия и контроля за ситуацией.

**А. Ж. Бекболатов, С. Б. Сарбасова**

## **СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ТРУДОВЫМИ МИГРАНТАМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ НА ПРИМЕРЕ Г. НУР-СУЛТАН**

*Казахский университет экономики финансов и международной торговли  
(г. Нур-Султан)*

**Актуальность.** Экономическая миграция из слаборазвитых стран - широко распространенное в современном мире явление. На протяжении уже

многих десятилетий крупные мегаполисы сталкиваются с целым рядом проблем, возникающих на фоне этого процесса.

Наряду с проблемами, общими для мегаполисов всех стран-реципиентов, как то: низкий уровень образования и квалификации мигрантов, незнание ими языка титульной нации, высокая доля нелегалов, в каждом центре миграции возникает и ряд специфических проблем, связанных с национальными особенностями доминирующей массы въезжающих мигрантов.

Крупнейшие мегаполисы также не являются исключением. Основной поток мигрантов в Казахстан - из бывших советских республик, каждая из которых имеет свои национальные и религиозные особенности. Эти исторически заложенные в каждой культуре особенности определяют уровень и характер адаптации мигранта в новом принимающем сообществе. Они определяют характер адаптации и мигрантов из республик Центральной Азии.

**Степень изученности** В мировой истории массовые миграционные потоки и связанный с ними комплекс проблем хорошо известны.

Изучение процессов миграции и адаптации началось еще в XIX веке, и первыми на них обратили внимание ученые-социологи. Так, одним из первых к изучению процессов миграции и адаптации подошел М. Вебер, дальнейшее развитие эта тема получила в трудах Х. Ганса, Э. Дюркгейма, Р. Мертонса, Р. Парка, Т. Парсонса. Среди работ отечественных социологов конца XIX века выделяются труды А.А. Исаева, в которых сформулированы основные причины миграции.

**Цель исследования:** выявить сущность и механизмы социальной работы экономических мигрантов из стран Центральной Азии в столичном регионе, а также в конечном итоге создание центра по оказанию услуг трудовым мигрантам в данном регионе.

**Объект:** социальная работа с трудовыми мигрантами Средней Азии в городе Нур-Султан

**Целевая группа:** трудовые мигранты Средней Азии в городе Нур-Султан.

**Предмет исследования:** социальная работа с трудовыми мигрантами Средней Азии в городе Нур-Султан как социально уязвимого слоя населения.

**Материалы и методы:** анализ и обзор исследований, анализ учетной документации, мониторинг и оценка деятельности служб курирующих деятельность трудовых мигрантов в городе Нур -Султан.

**Конечная цель исследования:** создание центра по оказанию услуг трудовым мигрантам Средней Азии в городе Нур -Султан.

**Обсуждение:** В настоящее время в Казахстане актуализировалась дискуссия относительно целесообразности использования труда мигрантов и о миграционной политике Казахстана в целом. Наряду с идеями о дальнейшей либерализации миграционной политики и создании для



мигрантов условий наибольшего благоприятствования, высказываются мнения о жестком ограничении и даже полном запрете привлечения в Казахстан низкоквалифицированной иностранной рабочей силы и замене ее внутренними мигрантами.

На данный момент остро состоит вопрос о социальной поддержке трудовых мигрантов в столичном регионе Казахстана, требуются новые инновационные подходы для разрешения данного вопроса.

**И. А. Большакова, Н. Н. Седач, Ж. А. Калбеков, И. Б. Меерманова**  
**ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ПОДГОТОВКЕ**  
**СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА УРОВНЕ**  
**АКАДЕМИЧЕСКОГО БАКАЛАВРИАТА**

*Кафедра сестринского дела НАО «Медицинский университет Караганды»*

В настоящее время в Казахстане реализуется проект «Модернизация медицинского образования и науки», одним из направлений которого является совершенствование сестринского дела в РК.

Данная работа проводится совместно с экспертами университетов прикладных наук JAMK и LAMK (Финляндия).

Реализация проекта позволила пересмотреть систему подготовки специалистов сестринского дела.

При этом за основу в подготовке медицинских сестер, выполняющих расширенные задачи сестринского процесса, была взята финская модель по подготовке специалистов сестринского дела.

Первичная сестринская модель — это поддержание пациентоцентрированного подхода, что обеспечивает непрерывность ухода, безопасность пациента; поддерживать профессионализм медсестер, автономию, широкие полномочия должностей и независимое принятие решения. Командная модель предполагает организацию работы команды медсестер, врачей и др. специалистов.

«Портрет» современной медицинской сестры обладает достаточными коммуникативными навыками, то есть умением общаться с пациентами. У нее развито клиническое мышление. Может делать самостоятельный осмотр пациента, оценивать его состояние, ставить сестринский диагноз и составлять план ухода за пациентами.

Не мало важный аспект в профессиональной деятельности специалиста сестринского дела имеет наличие компетентности в сфере социальной работы, так как данный специалист зачастую первым сталкивается с проблемами социального характера доверенного ему населения.

Это постарение населения, инвалидность, одиночество, рост хронических заболеваний, больше становится пожилых, которые требуют к

себе большего внимания и ухода со стороны специалистов сестринского дела.

Поэтому при разработке образовательных программ академического бакалавриата по специальности «Сестринское дело» были включены дисциплины, охватывающие область изучения социальной работы в здравоохранении «Социальная работа в сестринском деле», «Сестринское дело в геронтологии», «Основы реабилитологии в сестринском деле», «Паллиативная помощь», а для закрепления теоретического материала разработаны программы профессиональной практики по социальной работе на базах поликлиники, хосписа, стационара.

Кафедрой сестринского дела для студентов и преподавателей вуза выпущено учебно-методическое пособие «Социальная работа в сестринском деле».

## **Б. А. Дайрова, А. О. Есжанова, А. М. Есен** **РОЛЬ ЦИФРОЛИЗАЦИИ В РАЗВИТИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ** **ОТРАСЛИ**

*Социальные работники КГП на ПХВ «Поликлиника №4 г. Павлодара»*

**Немного о нас:** Поликлиника открыта в апреле 2010 года, построена в рамках проекта “100 школ, 100 больниц”, размещена в 2 отдельно стоящих корпусах (взрослый и детский). Проектная мощность поликлиники 500 посещений в день.

**Миссия нашей поликлиники:** Улучшение здоровья населения путем эффективного управления предприятием и качеством медицинских услуг, улучшение материально-технического, профессионального, кадрового потенциала. Развитие пациент-ориентированной организации и расширения спектра медицинских услуг

**Цель:** Укрепление здоровья населения, для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны

**Задачи:** Развитие системы здравоохранения. Совершенствование профилактики и управление заболеваниями, солидарной ответственности за здоровье. Повышение эффективности и финансирование. Обеспечение рационального использования ресурсов и оптимизации инфраструктуры.

Руководит нашей организацией главный врач Отарбеков Арман Толеусагиевич, имеет высшую категорию врача организатора здравоохранения.

Его труд отмечен Правительственными наградами Нагрудный знак «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігі» — 2008 г., Нагрудный знак «Төтенше жағдайлар жүйесін дамытуға қосқан үлесі үшін» — 2012 г.

Руководитель службы поддержки пациента и внутреннего контроля Турганбаева Ботагоз Жасулановна, в разные годы являлась внештатным

сотрудников управления здравоохранения по вопросам ПМСП, участница Глобальной научно-практической конференции по первичной медико – санитарной помощи посвященной «40-летию принятия Алма-Атинской декларации 1978г», номинирована на звание «Лучший цифровой врач». (2018 г.)

Заместитель главного врача по лечебно-профилактической работе Айткенова Алмагуль Мадетовна, награждена нагрудным знаком «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігі» — 2018г.

Территориально Поликлиника №4 обслуживает территорию одной из динамично и интенсивно развивающихся микрорайонов города Павлодара «Усольский». Обслуживаемое население составляет 66 024 тысяч, из них детей до 14 лет 16 422 (24,8%), женщин фертильного возраста 16 842 (25,5%), лиц трудоспособного возраста – 38 309 (58%), лиц старше 65 лет – 5 867 (8,8%).

Медико-социальная помощь населению оказывается социальными работниками и психологами. Штатная численность которых составляет -7 единиц, из расчета на 10 тыс населения -1 штатная единица социального работника и психолога.

Основными задачами социальных работников является

✓ Содействовать людям социальным группам в преодолении личностных и социальных трудностей посредством поддержки, защиты, коррекции и в помощи реабилитации.

✓ Активно посещать и оказывать помощь и наблюдение на дому (патронаж и сопровождение) тяжелобольных, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями.

✓ Содействовать в обеспечении обслуживаемых граждан по заключению врачей лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

✓ Оказывать содействие в получении медицинской помощи и госпитализации.

✓ Проводить работу по реабилитации инвалидов.

✓ Содействие в получении санаторных и реабилитационных мероприятий.

✓ Содействие органам опеки и попечительства в устройстве несовершеннолетних нуждающихся в социальной реабилитации, на усыновление, на попечение, приемную семью.

Для оказания медико-социальной помощи в поликлинике созданы все условия, штат укомплектован на 100% (7 социальных работника и 7 психолога), имеется оборудованный кабинет, который для удобства посетителей размещен на первом этаже здания, оснащен всем необходимым. Имеется компьютер с подключением интернета, установленными информационными системами «КМИС-Damumed», «АИС». Контактные телефоны социальных работников размещены на всех интернет ресурсах поликлиники (официальный сайт поликлиники, фейсбук, инстаграмм).

Социальные работники и психологи владеют навыками работы с информационными системами, так же обучают пациентов основам социально-психологических знаний для самообслуживания, поведение в общественных местах, работы с коммуникации.

Оказываю помощь и содействие доступа к юридическим услугам и правовым консультациям по вопросам медицинского обслуживания, защиты и прав в области охраны здоровья, получения социальных льгот и услуг.

Оказание помощи при оформлении различных документов по социально- правовым вопросам медицинского обслуживания, обращении, заявлении в различные государственные органы по вопросам получения предусмотренных законодательством льгот, пособий и иных документов подтверждающих их статус, гражданство, установления личности, опекуна над несовершеннолетними и недееспособными.

Оформления определенной категории лиц в организации социальной реабилитации, паллеативной помощи, дома престарелых, дома инвалидов и дом ребенка.

Проведение психологической диагностики и оказание индивидуальной и групповой социально-психологической помощи. Групповые занятия проводятся в специально оборудованном помещении «Школы здоровья». Данная комната оборудовано всем необходимым установлено мультимедийное оборудование (компьютер, ЖК телевизор, проектор с экраном, интерактивная доска), что позволяет сделать занятия в группах более информативными, яркими, познавательными и улучшают качество восприятия и усвоения материала.

Так же в своей работе социальные работники взаимодействуют с другими организациями и проводят совместные мероприятия и акции.

- КГУ «Центр оказания специальных социальных услуг реабилитации детей с нарушением опорно-двигательного аппарата».

- Управление координации занятости и социальных программ Павлодарской обл.

- Общественное объединение инвалидов Реабилитационный центр для детей до 14 лет «Самал».

- КГУ «Павлодарский областной Центр реабилитации лиц с ограниченными возможностями» (Павлодарская область Майский район, с.Коктобе)

- Республиканский Детский Реабилитационный Центр «Балбулак» (г.Алматы)

- КГКП «Хоспис Павлодарской области» и отделение сестринского ухода,

- Национальный Центр детской реабилитации Корпоративного фонда «УМС» (г.Нур-Султан)

- Республиканский детский клинический санаторий «Алатау» (г.Алматы)

• КГУ «Медико-социальное учреждение общего типа для престарелых и инвалидов Павлодарской области.

Каждый социальный работник обслуживает 9432 человек прикрепленного населения. Пациентов с ограниченными возможностями 1558, из них получивших инвалидность с детства 228, пациентов возрасте от 15-18 лет -18, пациенты передвигающиеся на коляске 260 человек.

За отчетный период нами было проведена работа:

✓ Сопровождение пациентов для получения услуг в структурных подразделениях поликлиники – 527

✓ Помощь при получении внутренних и внешних направлений на обследования – 215,

✓ Выписка рецептов лекарственных препаратов для пациентов- 730

✓ Доставка рецептов и лекарственных средств на дом - 973

✓ Запись и сопровождение на ВКК – 169

✓ Содействие в подготовке к реабилитации и лечения в санатории -36

✓ Подготовка документов и сопровождение в диспансер – 7

✓ Получение направления на лечение в дневной стационар – 12

✓ Социально-психологическая помощь (консультация устно и по телефону) – 2114

✓ Запись на обследование в другие медицинские организации – 34

✓ Содействие на оформления документов в Дом престарелых и в Дом ребенка – 6

✓ Оказание помощи для получения правовых услугах – 3

✓ Содействие в оформлении документов многодетным семьям – 7.



Рис 1. Кабинет психолога. Психолог Мансурова Лаура Рахимжановна





Рис 1. Кабинет социальных работников. Социальный работник Есжанова Айымгуль Онгарбаевна.\



Рис 3. Групповое занятие с пациентами, ведет Есен Айдана Муратовна.

**Ж. Б. Досмаилов<sup>1</sup>, С.С. Бобырев<sup>1</sup>**

## **ПРЕДИКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ.**

*НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда*

**Введение.** В настоящее время все более актуальными становятся вопросы профилактики болезней системы кровообращения, поскольку они занимают лидирующие позиции среди причин внезапной смерти и

инвалидизации населения. В Республике Казахстан реализуется Национальная скрининговая программа. Проект акцентирует внимание на усилении профилактических мероприятий, скрининговых исследований основных социально значимых заболеваний. Население охвачено не полностью. В скрининговых программах не участвуют лица молодого возраста. Однако, в этой категории имеет место распространенность факторов риска дальнейшего развития патологии сердца и сосудов. Так наличие избыточного веса и ожирения как самостоятельного фактора риска формирования метаболического синдрома входит в группу риска развития кардиоваскулярных осложнений.

**Цель.** Изучить предикторы кардиоваскулярных событий среди молодых, условно здоровых, людей.

**Материал и методы.** В нашем исследовании приняли участие 71 практически здоровый человек, из них 30 мужчин и 41 женщина, в возрасте от 18 до 44 лет. Всем обследуемым лицам были проведены антропометрические измерения, которые включали в себя данные роста, веса, объем талии, бедра и плеча, с последующим расчетом индекса Кетле, а также измерение артериального давления. Статистическая обработка данных была произведена на базе программы Microsoft Excel.

**Результаты.** У 25% были выявлены метаболические нарушения (Индекс Кетле  $\geq 25,0$ ). Среди женщин такая распространенность составила 29,2% (12), среди мужчин метаболические нарушения наблюдались у 20,0% (6) обследуемых. У 24% (17) молодых людей отмечалось повышение артериального давления, в основном за счет диастолического.

**Выводы.** Распространенность метаболических нарушений и повышение артериального давления была выявлена в значительной части исследуемой группы, однако существенных расхождений между мужчинами и женщинами не наблюдалось. Проведенное исследование позволило подчеркнуть важность изучения метаболических нарушений и их взаимосвязи с повышением уровня артериального давления. Полученные данные позволят в дальнейшем дать рекомендации молодым людям по изменению образа жизни, характера питания и мониторинга артериального давления.

**Ж. Ж. Жанабекова**

## **РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОРИЕНТИРОВАННОСТИ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*РДЦ КФ «УМС» Центр ПМСП, г. Нур-Султан*

**Актуальность:** Известно, что в последнее время роль психолога в сфере здравоохранения, и в обществе вообще, повышается, и немаловажную



роль в этом сыграло развитие интегрированного, комплексного подхода к оздоровлению человека. Целостное видение личности пациента врачом определяется его социальной ориентированностью, позволяющей в некоторых случаях направить пациента к соответствующему специалисту-психологу. Развитие социальной ориентированности у специалистов здравоохранения является актуальным вопросом клиентцентристского подхода в лечении населения.

Еще Франсуа Вольтер много лет назад писал: *«Врачи назначают лекарства, о которых они знают мало, против болезней, о которых они знают меньше, для лечения людей, о которых они не знают ничего...»* Возникает необходимость обучения и расширения социально-психологических знаний у специалистов здравоохранения в подходах работы с человеком как с целостной гармоничной системой.

**Цель исследования:** обучение специалистов здравоохранения знаниям в области социально-психологической работы как возможной детерминирующей причине соматических заболеваний.

**Материалы и методы:** Обзор деятельности специалистов социально-психологических служб ПМСП, практика в ПМСП.

**Результаты:** В рамках болезнецентристского подхода специалисты здравоохранения продолжают смотреть на пациента/клиента только как на носителя болезни, например, пришел «Сахарный диабет», пришла «Гипертония», а не комплексно, как на целостную личность в сочетании с ее внутренним миром и окружающими социальными группами и сообществами, влияющими на здоровье и жизнь. Необходимо смотреть на болезнь шире, нельзя изолированно исследовать заболевания одного органа, стоит отслеживать не только физиологическую подоплеку болезни, но и то, каким образом болезнь может быть связана с актуальным душевным и духовным состоянием человека. Необходимо также уделять внимание предшествующему травматическому опыту пациента и его ментальным установкам. Развитие социально ориентированного мышления у медицинского работника позволяет учитывать все эти стороны и зависит от уровня его знаний о личности, ее физическом и психологическом здоровье и социальном благополучии. Если у врача нет представления о деятельности психолога и социального работника, о методах их работы с населением, то у него не будет мотивации направлять пациентов к ним. Необходимо постоянно повышать уровень знаний специалистов здравоохранения по основам социальной и психологической работы в виде семинарских, лекционных занятий и психологических тренингов. Необходимо обучение по темам: структура личности, типы личности, механизм развития психосоматических симптомов, стадии реагирования горя, реакции на стресс, признаки депрессии, факторы суицидального риска, жизненные циклы семьи, трудная жизненная ситуация, преимущества позитивного мышления и другие. Например, формирование позитивного настроения может само по себе активизировать иммунологические ресурсы организма, в то

время как негативные мысли, депрессия могут спровоцировать падение иммунитета и в дальнейшем привести к торможению процессов выздоровления. Развитые социальная ориентированность, критическое мышление врача и медицинской сестры способствуют восстановлению, сохранению и укреплению здоровья населения, достижению социального благополучия и значительному улучшению качества жизни пациентов, через интеграцию методов медицинского и социально-психологического характера.

**К. К. Жунусова**

## **РАБОТА ПСИХОЛОГА В ДЕТСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды» г.Караганда*

Психолог медицинского учреждения - это специалист с базовым высшим психологическим образованием, получивший дополнительное образование по клинической психологии. В нашей стране положения и квалификационные требования психолога в учреждениях здравоохранения утверждены приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2007 года № 765 «Об утверждении квалификационных характеристик медицинских и фармацевтических специальностей»

Работа психолога в детском медицинском учреждении осуществляется с учетом возрастных особенностей пациента и направлена в первую очередь на восстановление психического здоровья ребенка, также выявлению условий, препятствующий гармоническому развитию личности пациента или затрудняющие его.

Психолог проводит психологическое консультирование, в ходе которого оказывает помощь пациентам, их родственникам, а также медицинскому персоналу в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем. Проводит психодиагностические исследования и диагностические наблюдения за пациентами. Совместно с врачом разрабатывает психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов. Проводит работу по обучению медицинского персонала в области медицинской, социальной психологии и деонтологии. Оценивает эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий. Медицинский психолог также сотрудничает с социальными работниками, органами опеки и попечительства.

Основными методами медико-психологической диагностики ребенка является клиническая беседа и наблюдение. Беседа помогает в установлении контакта и позитивных личных отношений с пациентом, что позволяет

получить информацию о личностных особенностях и переживаниях ребенка.

В нашей стране психологическая служба в системе здравоохранения только развивается. Вводятся штатные единицы психолога в онкологических диспансерах, где психолог оказывает психологическую поддержку онкобольным детям и их родителям.

**А. А. Кнауц**

### **ПАЦИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННЫЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ.**

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды», г. Караганда.*

На современном этапе оказание качественной медицинской помощи невозможно без учета индивидуальных особенностей пациента в каждом конкретном случае. Медицинскому персоналу при оказании медицинской помощи необходимо выяснять не только медицинские аспекты, но и психологические особенности пациента, его социальное положение, его чаяния и потребности. Только совокупным решением всех вопросов, касающихся жизнедеятельности пациента, возможно добиться комплаенса и удовлетворенности пациента медицинскими услугами.

В медицинском университете Караганды на кафедре медицинской психологии и коммуникативных навыков проводится подготовка студентов всех специальностей для работы в новых условиях здравоохранения.

Для студентов старших курсов, врачей-интернов и магистрантов 1-2 года обучения преподаются дисциплины «Пациент-центрированный уход» и «Пациент-центрированный уход и комплаенс», на которых студенты обучаются создавать мультидисциплинарную команду с учетом индивидуальных потребностей пациента. Состав команды определяется не только узкими специалистами медицинской практики, но и включает в себя психолога (медицинского психолога, психотерапевта) и социального работника.

Обучение пациент-центрированному подходу вышло за рамки медицинского вуза: наша кафедра приняла участие в работе Конгресса для врачей дерматологов и дерматокосметологов «PRO ACNE». Основной целью конгресса было обучить врачей узкой специализации организовывать мультидисциплинарную команду из врачей смежных специальностей (диетолога, нутрициолога, терапевта, инфекциониста, паразитолога, гастроэнтеролога и т.д.) для достижения хороших результатов терапии и стойкой ремиссии заболевания.

Учитывая, что пациенты с хроническим дерматозом, как правило, имеют проблемы в коммуникациях и затруднения в социальном

самоопределении личности, одна из ведущих ролей в лечении принадлежит клиническому психологу.

Таким образом, новое поколение врачей, растущее в мире компьютерных технологий, сможет удовлетворить потребности современного пациента.

**Р. Коскинен**

## **СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ФИНСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И БЛАГОСОСТОЯНИИ – ПРОБЛЕМА СОВМЕСТНОЙ ПРАКТИКИ**

*Häme Университет прикладных наук (HAMK), Финляндия*

Финское государство благосостояния представляет собой один вариант модели государств Северного благосостояния. Теоретически эта статья привязана к исследованиям практики, а также, в широком смысле, так называемому практическому повороту в науке. Эта теоретическая установка предоставляет способы изучения того, как различные элементы образуются при формировании практики по мере их эволюции во времени и пространстве, что позволяет любопытствовать в отношении природы задействованных элементов. В этом отношении учитывается не только социальная сфера. Кроме того, интерес представляют различные элементы практики. В эпоху оцифровки такой подход обеспечивает надлежащие средства для изучения, например, технологических инноваций и того, как они внедряются в практику.

Чтобы проиллюстрировать опыт, связанный с тем, как исследования, работа в области развития и образование сочетаются в уровнях социальной практики, в настоящем докладе используются два справочных примера. Эти примеры касаются медицинских и социальных услуг, ориентированных на молодежь. В частности, они касаются служб охраны психического здоровья и рисков маргинализации. Кроме того, рассматривается пример, связанный с разработкой и использованием новых технологий, особенно информационных и коммуникационных технологий. В отношении этой темы включен пример финского детского благосостояния. Поскольку в 2008 году была проведена крупная законодательная реформа в области благосостояния детей, осуществление Закона о благосостоянии детей (417/2007) было поддержано электронным справочником. Описана роль этого справочника на практике.

Статья структурирована следующим образом. Во-первых, кейс-примеры контекстуализированы кратким описанием финского государства всеобщего благосостояния. Во-вторых, практические исследования представлены на общем уровне с кратким обзором их развития, главным образом в Финляндии. В качестве одного из способов проведения практических исследований более подробно описывается Реляционный Подход Актера (Actor Relational Approach - ARA). В-третьих, вкратце

описаны три практических примера, в которых используется АРА. Наконец даются размышления о совместных практиках в финском государстве благосостояния. Поскольку этот доклад был представлен на Казахстанском Социальном Рабочем Форуме, некоторые размышления предоставляются на основе обсуждений в ходе мероприятия.

### **Социальная работа как часть финского государства всеобщего благосостояния**

В Финляндии вопросы в области социальной работы необходимо рассматривать в контексте Северного государства всеобщего благосостояния. Это приводит к решающей роли государственных органов и ресурсов, используемых при предоставлении социальных услуг для граждан. Финансовая база в области налогообложения имеет важное значение для развития финского государства всеобщего благосостояния. Скандинавская модель, просто выражаясь, содержит набор комплексных правовых и организационных систем, функционирующих на национальном, региональном и местном уровнях (Кеттунен, 2014).

Согласно модели государства Северного благосостояния, существуют трансферты доходов и услуг для всех граждан Финляндии, которые являются универсальными. Во время строительства государства всеобщего благосостояния появилось много специфических профессий. В рамках этого процесса роль социальной работы в ее различных формах постепенно усиливалась. Социальная работа - не универсальная деятельность. Социальная работа необходима, когда трансфертов доходов и услуг недостаточно для решения проблем людей в сложных жизненных ситуациях (Раунио, 2009).

В течение десятилетий строительства и развития финского государства всеобщего благосостояния, модель была предметом политических и академических дискуссий разной интенсивности. Постепенно произошли изменения. Помимо политики, история государства всеобщего благосостояния тесно связана с экономическим развитием. Текущая ситуация характеризуется результатами больших усилий по развитию государственного управления в соответствии с идеями, которые обычно называются «Новое государственное управление» (New Public Management - NPM) (Кеттунен, 2014).

Социальная работа и государство всеобщего благосостояния взаимосвязаны многогранными способами. Фокус на практике дает полезный источник для понимания сложностей, связанных с их динамическими отношениями. Кроме того, это дает возможность не только лучше понять сложности, но и справиться с ними на практике.

### **Акцент на практике**

В области социальной работы и в социальных науках в целом, за последние десятилетия был признан так называемый поворот практики (Gherardi, 2015). Повышенный интерес к практике изучения на их собственных условиях дал полезное дополнение к поворотам просветления



и лингвистики. В социальных науках этот поворот привел к более тонкому взгляду на практику. Подробные и познавательные исследования по практике привели к новому пониманию реальности: например, необходимо серьезно относиться к тому, что значит жить в материальном мире (Пикеринг, 1995).

События, связанные с практическими исследованиями в социальной работе, приняли форму исследовательского движения (Эпштейн и др., 2015). Социальная работа Финляндии играет активную роль в этом глобальном развитии; особенно деятельность, связанная с Хельсинкским регионом и Хельсинкским университетом. На практическом местном уровне практические исследования проводились в двух научно-исследовательских институтах Института Хейкки Варис и Института Матильды Вреде. Деятельность в первом происходит на финском языке, на котором говорит значительная часть населения Финляндии. Институт Матильды Вреде является шведской группой. Мероприятия в обоих этих институтах основаны на соглашениях, которые обеспечивают основу для плодотворного сотрудничества между организациями в области исследований, практики и образования в области социальной работы. Недавно был опубликован двуязычный справочник с материалами, представляющими деятельность в обоих этих институтах. (Сатка, Юлкунен, Кяярйнен, Пойкела, Илирука и Мууринен, 2016.)

Центральным направлением исследований является то, что процесс требует переговоров на всех этапах исследовательского процесса. Работа с практическими исследованиями предполагает тесную связь с практическими действиями. Речь идет о местном сотрудничестве между исследователями и исследовательскими средами, практиками и их рабочей средой. Все это должно быть связано с планированием, внедрением и распространением научных исследований, созданием диалогового процесса. Этот процесс включает также оценку результатов в рамках совместной практики и научного сообщества. Этот акцент на переговорах между различными сторонами дает людям возможность обмениваться мнениями и учиться друг у друга в сотрудничестве (Уггерхоя, 2014; Юлкунен & Карвинен-Нииникоски, 2014).

В области социальной работы исследования практики нашли вдохновение, например, в крупных исследованиях в области городского планирования (Фливиберг, 2001; Боэлэнс, 2010). Боэлэнс объединил актер-сетевую теорию (Actor-Network-Theory - ANT) с теориями городского режима (Urban Regime Theories) и теориями ассоциативной демократии (Theories of Associative Democracy) в разработке Реляционного Подхода Актера (Actor Relational Approach - ARA). Это про-активная альтернатива, повторная сборка пространственного планирования актер-ориентированным образом, включая нескольких заинтересованных сторон и участников. Боэлэнс (2010: 43-46) описал рабочую схему ARA следующим образом:

1. Интерпретация проблемы путем определения фокусных участников и уникальных основных ценностей
2. Идентификация и анализ актера
3. Карты возможностей и возможности развития
4. Двусторонние переговоры и круглые столы
5. Случаи и пилоты
6. Разработка практики и общие планы
7. Демократическое закрепление

С точки зрения социальной работы, преимущества АРА можно обобщить, как обеспечение систематического способа сотрудничества уже на ранней стадии исследовательского процесса. Рабочая схема построена таким образом, чтобы организовывать форумы для участников для их обсуждения потребностей. Подход «снизу-вверх» позволяет пространство для закрепления исследований в практической деятельности уже на ранней его стадии. Ориентируясь на ведущих и стратегических участников, АРА включает в себя форму динамики власти и субъективности. Благодаря этим элементам АРА зарекомендовала себя как эффективный подход к объединению исследований и разработок, что приводит к устойчивым результатам. Стоит отметить, что подход также обращает внимание на важность долгосрочных отношений и доверия. Описанная как рабочая схема, АРА следует понимать, как идеальную модель. Тем не менее, когда оно применяется в открытом диалоге и принимая во внимание рассматриваемый контекст, цели подхода могут быть достигнуты в значительной степени.

Модель АРА была протестирована более 10 лет в различных проектах планирования в Голландии, Бельгии и Германии (Боэленс & де-Ру 2016). Еще более развиты даже базовые предположения в модели. Кроме того, они утверждают, что существует повышенный интерес среди планировщиков к переходу от подделки сложности к вовлечению себя в сложность (там же, 46-47):

«Среди планировщиков растет интерес к решению сложностей и его текущему, открытому, нелинейному и непредсказуемому развитию, учитывая, что это больше соответствует реальности. ... - ... Практически говоря, эта эпистемология подразумевает переход от планирования содержания и процесса к условиям планирования, в которых предполагаемые события могли бы или не могли произойти, или могли бы пойти по другому пути».

Следующие три случая направлены на то, чтобы дать обзор того, как практика исследований в области социальной работы в Финляндии использовалась в различных условиях.

#### **Услуги по охране психического здоровья, разработанные в совместном процессе с молодежью и специалистами**

В Институте Матильды Вреде в 2014-2015 годах был проведен двухлетний исследовательский проект по охране психического здоровья



(Вестербек, 2016). Исследование было реализовано в сотрудничестве с социальной и медицинской организацией города Хельсинки с участием исследователей-социальных работников, практиков, пользователей услуг и лиц, принимающих решения. На рисунке 1 описан интерактивный исследовательский процесс.

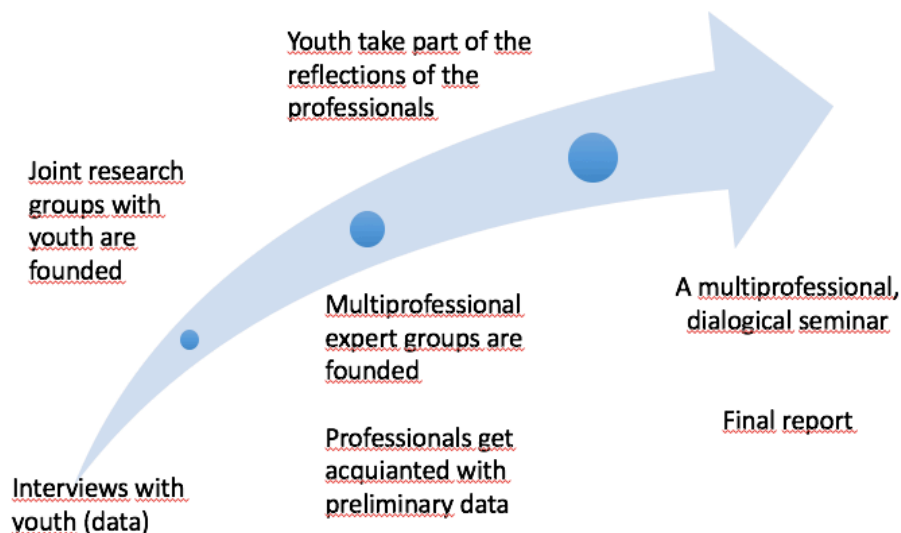


Рисунок 1. Процесс интерактивных исследований (заимствован от Вестербек, 2016, Юлкюнен, Коскинен, и Вестербек, 2016)

Все исследование подробно описано в конкретной публикации (Вестербек, 2016). Теоретические и методологические аспекты процесса практических исследований были подробно рассмотрены в другой статье (Юлкюнен, Коскинен, и Вестербек, 2016). Здесь акцент делается на том, чтобы внедрить способы реализации исследовательского процесса для расширения участия как пользователей услуг, так и профессионалов. На систематическом уровне к проведению исследования применялся Реляционный Подход Актера (Actor Relational Approach - ARA). Кроме того, теоретические основы подхода, особенно в отношении предыдущих исследований в социальной работе, были тщательно изучены.

Процесс описан на рисунке 1. Отправной точкой являются интервью, проведенные с молодежью. Эти интервью составили данные, на которых был построен этот процесс. На одной иллюстрации невозможно уловить объем работы по сбору, организации и анализу всех материалов, необходимых во время процесса. Помимо всего прочего, важно, чтобы процесс отображал доступные услуги и описывал их. Кроме того, время и способности, необходимые для ведения переговоров с участвующими во время процесса, легко передаются вкратце. В течение исследовательского периода 2014 - 2015 гг., два исследовательских социальных работника работали параллельно как с мультидисциплинарной группой специалистов, так и с исследовательской группой с молодежью. Эти группы были введены в диалог в течение осени 2015 года.

Одним из центральных результатов исследования было то, что этот процесс был бы более продуктивным, если бы ведущие актёры, как политики, так и организационные лидеры, были бы более интенсивно задействованы, как предлагает модель ARA. Их участие усилило бы мандат различных специалистов для работы в многопрофессиональном сотрудничестве. Тем не менее, этот процесс предлагает различные возможности для молодежи и профессионалов, чтобы поделиться своим опытом в области служб охраны психического здоровья. Кроме того, этот процесс привел к созданию активной сети практиков, работающих в различных организациях с молодежью и предоставляющих услуги в области психического здоровья. В этом отношении были достигнуты устойчивые результаты, которые будут использоваться в качестве основы для дальнейшего развития.

### **Комбинированные усилия по развитию образования и практики в многопрофильных условиях**

В финском государстве благосостояния многие специалисты, представляющие социальную работу, здравоохранение, медицину или смежные области, имеют собственные профессиональные условия, в которых они выполняют свою работу. С точки зрения клиента, потребуется больше сотрудничества. Основываясь на работе, проделанной в рамках более масштабного проекта развития DelSam - Delaktiv i samhälle (включенного в общество), финансируемого Министерством образования и культуры (2012-2016 гг.), была предпринята инициатива по пересечению этих барьеров уже на этапе профессионального образования (Коскинен, 2016.)

С этой целью в 2015 году шведская школа социальных наук в Хельсинском университете провела специальный курс из 5 учебных кредитов «Многопрофессиональная работа по развитию молодежи с риском маргинализации». Дисциплина, ответственная за реализацию курса, была социальной работой. Курс был реализован среди студентов факультета социальных наук, а также на факультете образования. Кроме того, в качестве одной из целей было обеспечить закрепление на практике, курс был продан в качестве дополнительного образования для практиков в этой области. В результате было широкое участие участников с разным опытом: 30 студентов университетов, специализирующихся в области социальной работы, социальной психологии, социологии, журналистики или педагогики, а также 10 специалистов (от социальной работы в школах и неправительственных организаций (НПО), участвуя в форме дальнейшего образования и привнося свой практический опыт.).

Планирование содержания курса было также совместным процессом, начиная с осени 2014 года. В процессе планирования, сеть, созданная во время разработки проекта, была полностью использована в DelSam. В дополнение к курсовой программе, на этом подготовительном этапе были также описаны предварительные темы для групповой работы. Участников

попросили сообщить об их интересе, когда они зарегистрировались на курс. Основываясь на этой информации, группы были организованы в начале курса, чтобы убедиться, что в каждой группе есть как минимум один профессиональный член-практик. Курс был реализован в течение 10 недель.

Курс начинался с интенсивной недели по три дня с программой в течение четырех часов. После вводной лекции они были предложены в сочетании с организацией групповой работы. Лекторы рассмотрели следующие темы: практические примеры работ по развитию; развитие на практике и вдохновение на эту тему через теоретические перспективы, касающиеся молодежи. После интенсивной недели, развивающая работа была реализована на практике для того, чтобы поделиться результатами работы среди участников курса, а также с экспертами, работающими в этой области. В программу курса был включен экспертный день. Большой группе экспертов было предложено выслушать результаты и дать свои отзывы. В этой роли были представлены сотрудники университетов, а также эксперты, работающие в министерстве и в местных организациях.

Практика была разработана во время курса, что привело к выступлениям со следующими названиями:

- Эффекты законодательства - препятствия и возможности многопрофессиональной работы с молодыми людьми с обоснованием в школьной социальной работе
- Документация как инструмент встреч многопрофессиональных сообществ с молодежью.
- Общий многопрофильный форум по развитию с участием молодежи, подверженной риску маргинализации
- Молодой человек должен иметь возможность покинуть встречу с чувством: «Я могу и я справлюсь с этим» - разработать лучшие многопрофильные встречи для пользователей услуг
- Идеальная система обслуживания - ComeIn
- Чтобы увидеть человека, стоящего за структурой, - это структуры школьных препятствий, когда они направлены на предотвращение маргинализации
- Структуры школы как способ предотвращения маргинализации

Чтобы получить кредиты по курсу, участники по-прежнему писали отдельные эссе, отражающие содержание курса и их собственный опыт обучения в многопрофессиональной обстановке.

Цитаты, взятые из отдельных эссе, иллюстрируют опыт:

«В нашей группе нас было двое – студенты-магистранты по социальной работе, один на уровне бакалавра, один студент по журналистике, один из области взрослой педагогики и один школьный социальный работник, как наш профессиональный член. И одоткрытая, и восторженная дискуссия по нашей теме: «Структуры школы как способ предотвратить маргинализацию» началось сразу же и казалось многообещающим для нашей групповой работы».

- Студент-магистрант по социальной работе

«Чтобы иметь четкую цель, поскольку групповая работа поддерживала многопрофессиональную работу».

- Профессионал, работающий в НПО

Объединение актеров из разных дисциплин и областей привело к процессам плодотворного производства знаний. Однако, реализация такого рода образовательных установок требует более подготовительной работы, чем более традиционных курсов. Результаты показывают, что многие решения, используемые при реализации этого специального курса, могут быть использованы также при решении другой темы. Фактически, курсы подобного типа были организованы в Хельсинском университете с упором на сотрудничество между медициной и социальной работой.

**Электронный справочник по вопросам детского благосостояния, используемый в качестве средства реализации государственной политики**

Чтобы получить всестороннее представление о текущей практике финской социальной работы в области здоровья и благосостояния финнов, необходимо изучить вопрос о новых технологиях. В настоящее время это явление часто упоминается с концепцией оцифровки. Социальная работа, а также государство всеобщего благосостояния изменено и пересмотрено, например, посредством политических программ. Оцифровка - это сквозная тема в нынешней правительственной программе Финляндии. Стратегическая программа правительства премьер-министра Юха Сипиля была опубликована 29 мая 2015 года с названием: Финляндия, страна решений. (Публикации правительства, 2015).

Согласно программе, государственные услуги будут ориентированы на пользователей и в первую очередь на цифровые. Кроме того, государственному сектору в целом рекомендуется совершать оцифровку своей практики и устанавливать принципы для оцифровки всех государственных услуг. Цели рассматривают как внутренние, административные процессы и услуги, предоставляемые гражданам. Министерство финансов отвечает за координацию всех этих усилий, включенных в текущую правительственную программу.

В качестве примера оцифровки в области социальной работы, электронные справочники, поддерживаемые ТНЛ, заслуживают обсуждения (Коскинен, 2017). Например, при финском благосостоянии детей (защита детей) электронное руководство поддерживается Национальным институтом здравоохранения и социального обеспечения при Министерстве социальных дел и здравоохранения. С момента своего создания в 2007 году руководство предоставило открытый доступ к информации о детях. Цель справочника - поддерживать практическую работу по благополучию детей и осуществление Закона о благосостоянии детей (417/2007). В настоящее время, ежемесячно более 30 000 человек пользуются справочником.

Аналогичные справочники существуют, например, по услугам по инвалидности и по реабилитационной работе.

База знаний и экспертные знания, необходимые для практики обеспечения благосостояния детей, охватывают законодательство и рабочие процессы, содержащие как взаимодействие с различными участвующими сторонами, так и документацию на основе этого. Документация часто связана с планированием и принятием решений в работе с клиентом, но также охватывает записи повседневной работы. Для поддержки этой части работы справочник содержит описание рабочих процессов и методов работы, а также инструментов и заполняемых форм.

Справочник в настоящее время хорошо известен и активно используется в этой области. Легкий доступ к содержанию справочника в любое время и в любом месте поддерживает практикующих специалистов, как на национальном, так и на местном уровне. Согласно отзывам пользователей (обзоры 2016, 2013 и 2016), справочник в основном используется в профессиональных и образовательных целях. Пользователи справочника высоко ценят его надежность. Благополучие детей в Финляндии строго регулируется законодательством. Крайне важно, чтобы изменения в законодательстве учитывались в содержании справочника без промедления.

Помимо сбора отзывов в форме опросов, эксперты, ответственные за ведение справочника, постоянно ведут диалог в этой области. Пользователи активно участвуют в разработке руководства, так как обратная связь может быть предоставлена в любое время через веб-сайт справочника. Один из респондентов в последнем опросе прокомментировал роль справочника «унифицирована практика, избавляет от ненужной работы, когда существенная часть материала по благосостоянию детей собирается в одном месте. Это написано на понятном языке для непрофессионалов, а также тем, кто работает в других областях, можно посоветовать использовать справочник, чтобы они получали достойную информацию о благосостоянии детей».

Замечание пользователя очень практично показывает способы, которые помогли бы, например, в усилиях по использованию знаний о социальной работе в практику здравоохранения. Во многих отношениях справочник по открытому доступу можно рассматривать как политический укорененный ИТ-артефакт, определение, введенное Голдкухл (2016) в рамках анализа исследований дизайна электронного правительства.

Можно сделать вывод, что электронный справочник по вопросам детского благосостояния принимает активное участие в формировании и поддержании практики детского благосостояния в Финляндии. Его влияние на разных уровнях практики описано на рисунке 2. Макро-практика относится к уровню принятия политических решений, законодательству и национальным программам. Практика мезо относится к уровню лидерства и управления в организациях, ответственных за реализацию. Микро-практика



относится к уровню практической работы с клиентами (в данном случае детьми и их семьями). На всех этих уровнях происходит сотрудничество между различными профессионалами, а также другими заинтересованными сторонами.

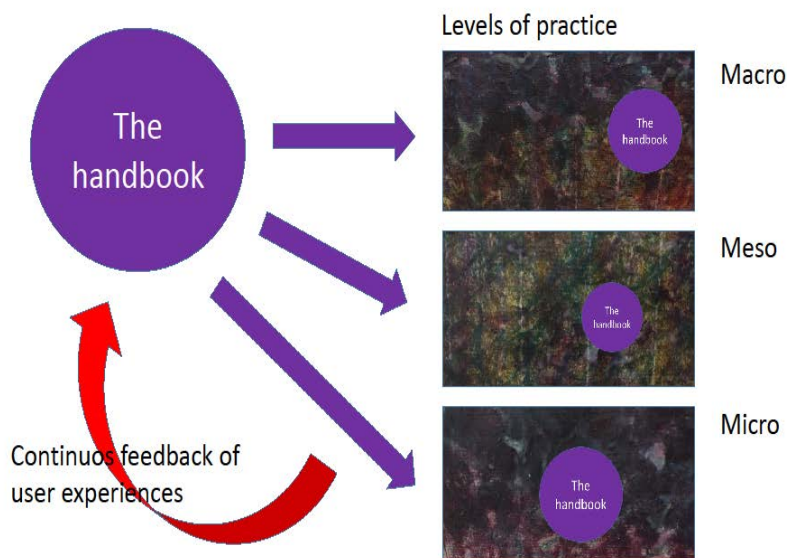


Рисунок 2. Электронный справочник по благосостоянию детей в финской практике здравоохранения и социального обеспечения

### **Совместная практика социальной работы в Финляндии и в Казахстане**

Примеры, кратко описанные в этой презентации, надеюсь, сообщают о недавних усилиях по разработке практики социальной работы Финляндии как на местном, так и на национальном уровне. Однако необходимо подчеркнуть, что каждая модель чувствительна к контексту и имеет свою собственную историю, встроенную в сложность практики. Поэтому все усилия по использованию моделей, созданных в других местах, нуждаются в собственных переговорах. Фактически, это то же самое, что и в Реляционном Подходе Актера (Actor Relational Approach - ARA). Разработчики (Бозленс & Руу, 2016) отмечают важность адаптации к меняющимся обстоятельствам и восприятия альянсов с актерской сетью как в основном открытых и обширных. При этом необходимо вести диалог и переговоры.

Прочитав публикацию «Концепция дальнейших модернизационных систем социального обслуживания» (2017) и имея честь поделиться некоторыми обсуждениями с ключевыми разработчиками и исследователями социальной работы в Казахстане, обобщены некоторые размышления с финских перспектив. Несмотря на то, что контекст для практических социальных работ во многих отношениях отличается в Казахстане от Финляндии, существует множество схожих задач. С точки зрения также решения этих задач, они могут предоставить полезные

возможности обучения для каждой стороны. Во-первых, существует проблема преодоления разрыва между исследованиями, образованием и практикой. Как показали наши примеры, в этом отношении требуется большая работа в Финляндии тоже. В качестве отправной точки должна быть достаточная воля для диалога и сотрудничества между ключевыми участниками. В случае использования систематических способов осуществления деятельности и работы также документированием соответствующим образом, можно добиться устойчивых результатов. Во-вторых, финский опыт развития, особенно в форме краткосрочных проектов, привел к тому, что на местном уровне было много хороших действий и связано с определенной группой клиентов или проблемой. К сожалению, результаты хорошей работы не могут быть использованы в полном объеме в других условиях из-за отсутствия координации между местным, региональным и национальным уровнями. Что касается этих двух аспектов, то я вижу, что нынешние проблемы, с которыми сталкиваются в области социальной работы в Казахстане, несколько схожи. Отражая исторические события и текущую ситуацию в социальной работе Финляндии, одной из важных тем, которые необходимо учитывать, является разработка и использование новых технологий. В качестве примера представляется многообещающий опыт сохранения электронных справочников в качестве поддержки реализации действующего законодательства. В эпоху оцифровки крайне важно понять, как такие решения могут быть частью практики социальной работы.

В рамках проблем здоровья и благосостояния роль представителей социальной работы могут быть значительными, ведущими переговоры с ключевыми участниками. В лучшем случае социальная работа может способствовать устойчивому развитию на всех уровнях практики; как в Финляндии, так и в Казахстане.

### Литература:

1. Боэленс, Луук (2010) Практика и практика теории: Контуры актер-реляционного подхода при планировании. Теория планирования, т. 9. No 1; 28-62.
2. Боэленс, Луук & де Роо, Герт (2016) Планирование неопределенного становления: первые встречи планировщиков за пределами плана в теории планирования 2016, т. 15 (1) 42-67.
3. Концепция систем дальнейшей модернизации социального обслуживания. Министерство труда и социальной защиты населения Республики Казахстан. Астана, 2017.
4. Герарди Герарди, Сильвия (2015) «Как поворот к практике может способствовать исследованиям трудовой жизни». Северный журнал исследований трудовой жизни, 13-25.



5. Годлкхл, Горан (2016) Исследование дизайна электронного правительства: на пути к политическому артефакту ИТ. *Информация правительства ежеквартально*, 33 (2016), 444-452.

6. Эпштейн, Ирвин, Фишер Майк, Юлкунен, Илзе Уггерхой, Ларс Остин, Майкл Дж. И Сим Тимоти (2015) Заявление Нью-Йорка об эволюционном определении практических исследований, разработанных для продолжения диалога: Бюллетень 3-й Международной конференции по практическим исследованиям. *Исследования по практике социальной работы* 2015, т. 25 (6), 711-714.

7. Фливбиерг, Бент (2001) Составление социальных наук. Почему социальный запрос терпит неудачу и как он может снова добиться успеха. Кембридж: Университетская пресса.

8. Правительственные публикации (2015) «Финляндия, страна решений. Стратегическая программа правительства премьер-министра Джуха Сипила 29 мая 2015 года». 29 5. Accessed 7 17, 2015. [http://valtioneuvosto.fi/sipilanhallitus/hallitusohjelma?p\\_p\\_id=56\\_INSTANCE\\_SSKDNE5ODInk&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column2&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_56\\_INSTANCE\\_SSKDNE5ODInk\\_languageId=en\\_US](http://valtioneuvosto.fi/sipilanhallitus/hallitusohjelma?p_p_id=56_INSTANCE_SSKDNE5ODInk&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column2&p_p_col_count=1&_56_INSTANCE_SSKDNE5ODInk_languageId=en_US).

9. Юлкунен, Илсе; Коскинен, Райя & Вестербек, Фрида (2016) *Attuggguya toa hhallbara forskningsrelationer* в Сатке, Мирья и Юлкунен, Илсе и Кьярияйнен, Айно и Пойкела, Ритва и Илирука, Лаура и Мууринен, Хайди (ред.) *Käytäntötutkimuksen taito. Heikki Waris –instituutti ja Mathilda Wrede institutet*. [на английском языке: Создание соответствующих и устойчивых исследовательских отношений].

10. Юлкунен, Илсе и Карвинен-Нииникоски, Синневе (2014) Социально прочные процессы познания местного и глобального интереса к социальной работе. В Тимо Харрикари, Пиркко-Лииса Раухала, Элина Вироканнас, *Социальные изменения и социальная работа*. Суррей: Ашгат.

11. Кеттунен, Паули (2014) «Конфликты и компромиссы в скандинавской модели социального регулирования». Кеттунен, Паули; Рен Юань & Кухнле, Стейн (ред). *Реформирование учреждений социального обеспечения в Китае и странах Северной Европы*. Хельсинки: Unigrafia Oy. 96-121.

12. Коскинен, Райя (2016) Пересечение границ в области исследований, практики и образования: Случай специального курса. Устная презентация в рефлексивных методах социальной работы в современных обществах: перекрестные диалоги и новые пути между практикой и исследованиями. 6-я Европейская конференция по исследованиям в области социальной работы. Католический университет Португалии, Лиссабон 30.3. - 1.4.2016.

13. Коскинен, Райя (2017) Электронный справочник по вопросам благосостояния детей в рамках практики детского благосостояния в Финляндии с 2007 года. Постерная презентация в «Признание разнообразия,

развитие сотрудничества, создание сетей». 4-я Международная конференция по исследованиям практики, 22-24 мая 2017 года. Гонконгский Политехнический университет, Хунг Хом, Гонконг, Коулун.

14. Пикеринг, Эндрю (1995) Искажение практики времени, агентства, и науки. Лондон: Чикагская университетская пресса.

15. Раунио, Киости. 2009. Olennainen sosiaalityössä. Хельсинки: Гаудеамус. [на английском языке: Существенное в социальной работе]

16. Сатка, Мирья и Юлкунен, Илсе и Кьярияйнен, Айно и Пойкела, Ритва и Илирука, Лаура и Мууринен, Хайди (ред.) (2016). Käytäntötutkimuksen taito. Heikki Waris –instituutti ja Mathilda Wrede institutet. [на английском языке: Искусство практических исследований]

17. Уггерхой, Ларс (2014) Мощная встреча социальных работников и пользователей обслуживания: Потребности, барьеры и возможности в процессах участия в настройках агентства в Матхиес, Айла-Лииной & Уггерхой (ред.) Участие, маргинализация, и услуги социального обеспечения. Концепции, политика и практика в разных странах Европы. Суррей: Ашгат. 201-217.

18. Вестербек, Фрида (2016) Unga och psykisk ohälsa - praktikforskning i Helsingfors. Mathilda Wrede-institutets forskningsserie 2/2016. Поиск 30.9.2017 [http://fskc.fi/Site/Data/2067/Files/Westerback%20Frida%20MWI\\_forskningsserie\\_2\\_2016.pdf](http://fskc.fi/Site/Data/2067/Files/Westerback%20Frida%20MWI_forskningsserie_2_2016.pdf) [на английском языке: Молодежь и психическое нездоровье - исследовательская практика в Хельсинки]

**Г. Х. Кумарова**

**АЛГОРИТМ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА  
(КЕЙС – МЕНЕДЖМЕНТ) НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-  
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

*Национальная Ассоциация «Primary Health Care»*

Практическая подготовка социальных работников в области здравоохранения и социально ориентированных медицинских работников - это этап обучения, который является неотъемлемой частью в формировании взаимодействия мультидисциплинарной команды специалистов и развитие у них компетентности и углубление профессиональных, знаний, навыков и умений, морально-нравственных и этических норм, с критическим взглядом в овладении новых превентивных технологий в работе с населением, прививая им навыки солидарно-ответственного и самосохранительного поведения образа жизни.

Кейс-менеджмент как подход в работе специалистов с социально уязвимыми детьми, семьями в освоении данного метода, способствуют составлению и осуществлению планов по индивидуальной социальной работе. Цель данного подхода (кейс-менеджмента) – создать условия, способствующие более эффективной помощи семьям в воспитании детей и

предотвращении риска оставления детей без попечения родителей, помещении детей в интернатные учреждения, дома малютки, детские дома.

Алгоритм работы социального работника отражает основные принципы оказания специальной социальной помощи и основан на методологии социальной работы. Партнеры, вовлеченные в работу на местном уровне): органы и учреждения социальной защиты, образования, внутренних дел, департаменты по защите прав ребенка, Акиматы, неправительственные организации.

Алгоритм ведения случая (кейс – менеджмент) – это процесс содействия лицу (ребенку или его семье) посредством прямого участия или направления в другие организации для оказания услуг, и набор мероприятий, которые проводит социальный работник для того, чтобы адресовать индивидуальные потребности.

Ведение случая состоит из 9 шагов:

1. посещение семьи, выявление социальных рисков неблагополучия, первичная оценка
2. назначение ответственного (кейс-менеджера) за ведение семьи
3. посещение семьи и вторичная оценка
4. составление проекта плана работы с семьей
5. утверждение плана работы с семьей
6. ведение случая и связь с другими секторами и НПО по оказанию комплексных услуг
7. пересмотр плана работы ведения семьи
8. мониторинг и оценка случая
9. закрытие случая и мониторинг

1. Посещение семьи, выявление рисков первичная оценка: При активном и плановом посещении патронажная медсестра выявляет семьи, где имеются дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации и социального неблагополучии. Вначале проводится первичная медико-социальная оценка, сбор первоначальных данных, определение потребности/проблемы и установление степени риска (высокий, средний и низкий) в течение 1 дня. В ситуациях низкого риска (0) осуществляется профилактическая работа с семьей патронажной медсестрой, специалистами кабинета здорового ребенка, школы по подготовке к родам, а также консультации социального работника, психолога в организациях ПМСП. В ситуации среднего и высокого риска осуществляется открытие случая по ведению социального неблагополучия семьи на основе получения сигнала от патронажной медсестры и передаче информации социальному работнику.

2. Назначение - кейс-менеджера за сопровождением семьи. Кейс-менеджер – это специалист, который будет вести семью и ребенка на протяжении всего периода реализации мероприятий, указанных в плане работы с семьей, вести мониторинг качества оказываемых услуг, а также осуществлять свои консультации по таким направлениям, как повысить мотивацию, понять настроение ребенка, управлять гневом, управлять

временем и т.д. В течение 1 дня заведующий отделением профилактики социально-психологической помощи определяет кейс-менеджера.

3. Посещение семьи и вторичная оценка. Следующее посещение и вторичная оценка проводится патронажной медсестрой с социальным работником. Социальный работник проводит более глубокую и всестороннюю оценку по случаю, используя формат социальной оценки в соответствии с прилагаемой формой (треугольник потребности в приложение к приказу МЗ РК № 907 от 20.12.2011г «Об утверждении Методических рекомендаций деятельности социального работника в сфере здравоохранения» отчетная форма комплексной оценки потребностей/рисков ребенка и семьи) в течение 3 дней. При более всесторонней социальной оценке необходимо обратить внимание на риски, связанные с ненадлежащими условиями для обеспечения базовых потребностей ребенка в здоровье, питании, гигиене, одежде, безопасности и развитии, любви и заботе, ставящих под угрозу здоровье ребенка.

4. Составление проекта плана работы с семьей в течение одного дня после посещения и вторичной оценки составляется индивидуальный план помощи семье по развитию ребенка и родительского потенциала патронажной медсестрой, социальным работником с подключением по необходимости других специалистов ПМСП, государственных организаций и неправительственного сектора. План семьи должен учитывать потребности каждого члена семьи и может включать такие направления, как образование и развитие родительских навыков, продвижение здорового образа жизни, духовно-нравственные ценности семьи, умение управлять острыми и хроническими состояниями, стратегиями поиска работы, повышения квалификации и т.д.) каждого члена семьи, нуждающегося в помощи, а также устойчивости в их жизни, долгосрочных перспектив, психотерапии, используя разные модальности, как семейные интервью, консультирование семейных пар с поиском решений, групповые занятия с профилактической направленностью, помощи заботы о детях, планирование оказания услуг и перенаправления в другие государственные не государственные организации для расширения услуг в преодолении возникших трудных жизненных обстоятельств (финансы, жилье, юридические, медицинские, или поведенческие), координация услуг, особенно в переходный период, мониторинг и оценка оказания услуг при завершении получения помощи.

5. Утверждение плана семьи. Проект плана выносится на обсуждение и принятие консилиумом. Данный консилиум формируется на базе поликлиники. Принятие такого плана должно осуществляться не позднее, чем 3 дня. Если семье необходимы неотложные мероприятия, то проводится экстренное совещание консилиума.

6. Ведение случая, связь с другими секторами и НПО по оказанию услуг: Проводится реализация срочных мер по защите ребенка в ситуации высокого риска (междисциплинарная команда и другие специалисты из

государственных органов, узкие специалисты). У социального работника в обязательном порядке имеется база данных государственных и негосударственных организаций по защите прав ребенка. При наличии рисков жестокого обращения, насилия, пренебрежительного отношения, отказа от ребенка и других факторов, угрожающих здоровью и безопасности ребенку проводятся срочные меры, где социальный работник совместно с врачом, заведующим отделением, планирует ряд превентивных мероприятий по ликвидации негативных последствий (беседа с родителями и ближним окружением по необходимости установить связь с ДВД, ЦАНами, кризисными центрами, организациями семейного типа, иметь контактные телефоны, адрес, должность специалистов и т.д.).

7. Пересмотр плана семьи. По степени изменения ситуации с наличием рисков, которые ведутся под контролем социального работника осуществляется пересмотр плана работы с семьей. На основании прогресса или его отсутствия выносятся предложения.

8. Мониторинг и оценка ведения случая. Периодический пересмотр и перепланирование индивидуального плана по сопровождению семьи при достижении положительных результатов и выходу семьи из кризиса.

9. Закрытие случая. Завершение сопровождения семьи. Мониторинг ситуации семьи в период после закрытия дела.





## **Н. В. Куратовой** **РАБОТА СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ В КГП №3 ПОЛИКЛИНИКЕ** **ГОРОДА КАРАГАНДЫ.**

*КГП «Поликлиника №3 г. Караганды»*

Социальная работа, охватывает комплекс конкретных практических действий при оказании правовой, экономической, психологической помощи социально-незащищенным, социально дезадаптированным людям.

Объектом социальной работы служат люди, нуждающиеся в посторонней помощи: старики, пенсионеры, инвалиды, тяжелобольные, дети, люди, попавшие в трудную жизненную ситуацию – беду, подростки, оказавшиеся в дурной компании и многие другие.

Государство является субъектом социальной защиты, выражающим общественные интересы. Решение этой проблемы является его неотъемлемой функцией.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения».

В КГП поликлиники № 3 города Караганды от 16.02.2011г №24б-ө «О введении должностей социальных работников и психологов в организациях ПМСП».

Задачей социального работника является: содействие прикрепленному населению в получении специализированной социально-психологической и медицинской помощи. Оказание специальных социальных услуг и создание условий для преодоления трудных жизненных ситуаций в случае их возникновения; оказание медико- социальной помощи на основе сотрудничества с субъектами социальной сферы.

Функции социального работника: консультация о социальных специальных услугах (ССУ), постоянное повышение квалификации, составление социально-психологического паспорта социума, участка, семьи, составление списков лиц из прикрепленного населения, подлежащих скрининговым осмотрам в разрезе обслуживаемых территориальных участков, планирование и введение регистрации выполненной работы с соблюдением сроков и форм отчетности, отчет о результатах работы, владение методикой составления профилактических, просветительских, развивающих, коррекционных программ по какому-либо направлению деятельности, обеспечение деятельности школ здоровья по профилям, взаимодействие со специалистами различных социальных служб.

На сегодняшний день в поликлинике №3 действуют 4 Центра семейного здоровья, в данных центрах работают мультидисциплинарная команда которая состоит из (ВОП, педиатры, социальные работники, психологи, медицинские сестры, узкие специалисты,).

Практическая деятельность социальных работников состоит в реабилитации и адаптации людей, нуждающихся в них.

Речь идет о социальной работе как профессиональной деятельности с различными группами населения, отдельными лицами, семьями, общностями людей, с социально-уязвимыми группами населения (инвалиды, престарелые, пожилые люди, дезадаптированные дети и подростки, группы социального риска), административной работе в системе социального обслуживания, социальной защиты населения.

Специалист, занимающийся социальной работой, занимается оказанием и организацией как бытовой, социально-психологической, социально-медицинской помощи менее социально защищенным гражданам (лица с ограниченными возможностями, пожилые, неблагополучные, многодетные семьи и т.д.).

Профессионализм социального работника реализуется не только в привлечении помощи нуждающемуся человеку извне, но и в умении помочь активизировать его собственные ресурсы с целью выхода из сложившейся трудной жизненной ситуации;

— оптимальный уровень взаимоотношений с клиентом. Характер взаимоотношений между клиентами и социальным работником должен быть адекватным и соответствовать этическим нормам и принципам. В этом случае можно говорить не только о качестве оказанной услуги, но и о оптимальном уровне взаимоотношений, складывающихся между клиентом и социальным работником.

**Л. Қ. Қасымова**

## **ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ЖӘНЕ МҮМКІНШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ АДАМДАРМЕН МЕДИЦИНА САЛАСЫНДАҒЫ ӘЛЕУМЕТТІК ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ЖҰМЫСЫ.**

*Алматы облысы. Еңбекшіқазақ ауданы.*

Әлеуметтік қызметтер—ізгілік пен теңдік қағидаларына, адам өмірінің түрлі салаларындағы білімге, әлеуметтік мәселелерді бағалау және қиындықтарды басынан кешкен адамдарды қолдау икемділігіне негізделген, адамдар мен қызметтердің түрлі топтары арасындағы жаңа қарым-қатынас моделінде қалыптасқан маңызды кәсіби қызмет. Әлеуметтік - медициналық жұмыс -жекелеген адамдарға олардың толық мәнді әлеуметтік жұмыс істеуіне кедергі келтіретін бұзылған не жойылған функциялардың орнын толтыра отырып әлеуметтік құқықтары мен кепілдіктерін іске асыруда көмек көрсетеді. Адамның мінез-құлқы мен әлеуметтік жүйелер тағылымына негізделе келе, әлеуметтік жұмыс адам қоршаған ортамен өзара әрекеттестікте болғанда үдеріске қосылады.

Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасында МСАК-ты /медициналық-санитарлық алғашқы көмек/ одан әрі дамыту алғашқы буындағы интеграцияланған, әлеуметтік бағдарланған, қолжетімді

және сапалы медициналық көмекті дамытуға бағытталған шараларды тереңдетуді көздейтіндігі көрсетілген.

Нормативтік құқықтық базаға сай.29.12. 2008»Арнаулы әлеуметтік қызметтер туралы негізгі заң» 10.04.2009 ж № 134 «Денсаулық сақтау саласындағы әлеуметтік қызметкерлеріне кәсіби талаптар мен оларды аттестациялау ережелерін бекіту туралы» бұйрығы, Қазақстан Денсаулық Сақтау Минстрінің 30.09.2009 жылғы «Денсаулық сақтау саласында әлеуметтік қызметтер стандартын бекіту туралы» № 630 –шы және 20.12.2011 жылығы «Денсаулық саласындағы әлеуметтік қызметкердің қызметін ұйымдастыру әдістемелерін басшылыққа алып, Еңбекшіқазақ аудандық аурухана директоры Ж.С.Абеуованың басшылығымен 2018 жылдың шілдесінен бастап денсаулық сақтау мекемесінде дәрігерлерді оқытумен және персоналды оңтайлы қайта бөлумен, отбасылық дәрігерлік тәжірибені, ауданның командалық әлеуметтік-психологиялық қызметін белсенді енгізе отырып, алғашқы медициналық-санитарлық көмектің әлеуметтік бағытталған моделіне кезең-кезеңмен көшу процесін бастап, онда отбасылық дәрігер, мейрбикелер мен психологтар,әлеуметтік қызметкерлер әлеуметтік бағдарланған мультикомандалық тұрғыда жұмыс істейді. Еңбекшіқазақ орталық аудандық ауруханасының БМСК қазіргі уақытта ересектерге де, балаларға да жалпы дәрігерлік тәжірибе режимінде жұмыс істейді, балаларға амбулаториялық-емханалық көмек: «Отбасылық дәрігер жалпы практика + педиатр кеңесшісі» моделі енгізілді.

Тәуелсіз медбикелік практика бізге көп салалы тәсілді қолдануға және созылмалы аурулары бар пациенттерге стационардан шыққаннан кейін белсенді қабылдауды, үйде медициналық және әлеуметтік патронажды, «қауіп топтарымен» жұмыс істеуге дағдыландыруға мүмкіндік берді.

Дәрі-дәрмектерді таратудың бірыңғай пункті ұйымдастырылып, рецепт шыққаннан кейін кезең-кезеңімен қол жетімділікпен қамтамасыз етіліп, жағдайы жоқ науқасқа медициналық дәрі-дәрмектерді әлеуметтік қызметкерлер мен учаскелік медбикелер жеткізеді.

Сапалы және жоғары білікті медициналық көмек көрсетілу үшін орталық денсаулық сақтау орталығында медициналық қызметкерлермен мамандардың міндетті кәсіби дамуы үшін білімдерін үнемі жоғарылату мақсатында: «Мүмкіндігі шектеулі балалар мен жасөспірімдерді әлеуметтік қолдаудың мазмұны мен технологиясы», «0 мен 3 жасқа дейінгі өмірлік қиын жағдайда деп танылған балаларға ҚР –ның Заңы мен қызметтерін көрсету», «Конфликтология курсымен кәсіби әрекеттестік психологиясы», «Социально-психологическое сопровождение пациентов в условиях ПМСП и МСУ» «Формы и методы социальной работы в здравоохранении» атты курстармен семинар-оқулар ұйымдастырылып әлеуметтік қызметкерлердің өз білімдерін үздіксіз жетілдіріп отыруына Еңбекшіқазақ аудандық аурухана басшылары ерекше көңіл бөліп келеді. Сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ету үшін орталық медициналық орталық медицина қызметкерлерінің білімдерін және мамандардың міндетті кәсіби дамуын үнемі жетілдіріп отырады.

Отбасы тәжірибесі дәрігерлерінің жұмыс бағдарламалары, денсаулық сақтау саласындағы әлеуметтік жұмыс негіздері бойынша қайта даярлықтан өтті.

Әлеуметтік жұмыс дискриминациясыз ұйымдастырылып, әлеуметтік қолдау адамдардың жасына, жынысына, ұлттық, тілді саяси және тағы басқа ерекшеліктеріне қарамастан көрсетіледі.

Әлеуметтік жұмыс барысында күштеуге жол берілмеуі тиіс. Әлеуметтік медицинаның түп- тамырын практикалық әлеуметтік жұмыстың құрылымынан іздеу дәл осы саладан медицина мен әлеуметтік ғылым аурулармен олардың алдын-алу шараларын дәлелдеу үшін ортақ негіз тапқан. Психо-әлеуметтік технологиялар мен әлеуметтік терапевтік әдістерді қолдана білетін біздің әлеуметтік қызметкерлер клиенттермен жұмыс жасау кезінде оған өз денсаулығын есепке ала отырып, өмірлік жоспарларын айқындауға көмектеседі. Әлеуметтік жұмыста бірінші және екінші реттік профилактика түрлерін бөлу қабылданған. Бірінші реттік профилактика-бұл аурудың пайда болу себептерін жоюға бағытталған (вакцинация, еңбекпен демалыстың рационалды режимі, рационалды тамақтану, қоршаған орта т.б). БРП-ның міндеті халықтың денсаулығын жақсарту болып табылады. Бірінші реттік профилактикаға сонымен бірге, қоршаған ортаны, тәрбие мен өмір сүру салтын қалыптастыру бойынша мемлекеттік әлеуметтік іс-шаралары жатады.

Екінші реттік профилактика-бұл аурудың клиникалық деңгейге дейінгі күйін ертерек анықтауға, адамдардың тұқым қуалаушылық бейімділігі көрсеткіштерін белгілеуге, аурулардың себептері мен қауіптілігін анықтауға, сонымен қатар аурудың асқынып кетуінің алдын алу мен ескерту мақсатында емдік сауықтыру шараларын дер кезінде өткізуге бағытталған іс-шаралар жүйесі. Екінші реттік профилактиканың өте тиімді әдсі ретінде диспансеризациялау. Оның негізі мақсаты тұрғындардың денсаулығын сақтау және нығайту, адамдардың өмір сүру ұзақтығын арттыру және аурудың бастапқы формаларын анықтап, аурулардың пайда болуы мен таралуына әсер ететін себептерді зерттеп, оларды жою сонымен қатар әлеуметтік, емдік-сауықтыру және санитарлық –гигиеналық профилактикалық шараларды кеңінен жүргізу. Әлеуметтік жұмыста сонымен бірге қоғамдық (әлеуметтік) және индивидуалды (жеке) профилактиканы бөліп қарастыруға болады. Тұрғындардың профилактикалық шараларға қатысуына әр азаматтың өз денсаулығын қорғауға деген саналы көзқарасына, әрбір азаматтың өз денсаулығын қорғауға жасалынып жатқан қызметтерді қаншалықты пайдаланып жатқанына байланысты. Жеке профилактиканың негізін салауатты өмір салты құрайды. Профилактиканың басты өлшемдері болып әлеуметтік қызметкердің кәсіби қызметінде негізгі орын алатын гигиеналық тәрбие мен санитарлық ағарту болып табылады. Биылғы жылы орталық аудандық ауруханада денсаулық сақтауды «цифрландыру» барысында қағазсыз жұмыс процесіне көшу бағдарламасы жүзеге асырылды, мобильді қосымшаны және пайдаланушының жеке кабинетін қолдана отырып,

«DamiMed» кешенді медициналық ақпараттық жүйесі енгізілді, электронды денсаулық паспорты 100% берілді.

Әлеуметтік қызметкерлер жасаған патронаждарын бекітілген Воппар бойынша «АИС». «Дамумед» электрондық жүйелеріне кіргізеді. Аудан бойынша қимыл-қозғалыс, есту, көру, ақыл-ой дамуларында ауытқушылықтары бар мүмкіндігі шектеулі 5402 адам болса, оның ішінде 886 балалар. Өзіне-өзі қызмет көрсете алмайтындар 1048, оның ішінде жасының ұлғаюына байланысты 291 адамдар, жүре пайда болған аурулармен 196 адамдар, әлеуметтік мәні бар 509 адамға арнаулы медициналық әлеуметтік қызметтер жүргізілуде. Мүмкіндігі шектеулі 5402 адамның 2366-сына тұрғылықты орны бойынша кешенді түрде жеке медициналық әлеуметтік және психологиялық көмек көрсетіліп, мамандар мен ортаның оларға қатысты пікірін өзгертіп осы мүмкіндігі шектеулі аламдардың қоғам өміріне қатысуына байланысты психологиялық әлеуметтік және басқа кедергілерді болдырмау үшін біршама жұмыстар жүргізіліп келеді. Қазақстан Республикасының бірыңғай ұлттық ұйымының «Мүгедектердің құқықтары туралы» Конвенциясын бекітіп қабылдауының яғни Ұлттық жоспардың бекітілуі мүгедектігі бар адамдарды қолдау жүйесін одан әрі жаңартуға жол ашты. Еңбекші қазақ аудандық ауруханасында егде жастағы адамдармен бірге мүмкіндігі шектеулі адамдарға оның ішінде психикалық науқасқа ұшыраған барлық адамдарға (амуляториялық кезеңнен бастап) психиатриялық және медициналық әлеуметтік көмек ұйымдастыру іске асырылып келеді. Психикалық денсаулық мәселелері кез келген тұрғынға қатысты, біз барынша адамдарды емдеп, қажет болған жағдайда олардың туған-туыстары отбасымен байланыстарын үзбеуге, тұрмыстық – әлеуметтік дағдыларын жоғалтып алмауларына әлеуметтік-медициналық – психологиялық іс шараларды әлеуметтік бағдарланған мультикомандалық тұрғыда көмек беруге тырысамыз. Аурухананың директоры Ж.С.Абеуованың бекітуімен, ДСМ –нің № 907 Бұйрығына сәйкес Еңбекші қазақ орталық аудандық ауруханасының БМСК қазіргі уақытта ересектерге де, балаларға да жалпы дәрігерлік тәжірибе режимінде, аудан халқына төмендегідей әлеуметтік төл құжат толтырылады. Мүмкіндігі шектеулі адамдарға ДСМ –нің 907 бұйрығының №7 қосымшасын басшылыққа ала отырып, «Жеке жанұялық әлеуметтік куәлік» жан-жақты зерттеледі. »Пациенттің статистикалық картасын» әлеуметтік қызметкерлер толтырып әр семьяға «Жанұялық әлеуметтік даму» жоспарын құрып, көмек көрсетілетін тиімді пайдалы әдісті, ем мен көмектің нәтижелерін сандық тұрғыдан көрсетіп, өзгерістерді жазып, жұмыстың нәтижелі- нәтижесіз екенін ВОП дәргеріне хабарлайды. Пациентпен жұмыстардың нәтижелі болуын көтеруге ықпал жасап өмектеседі. Мүмкіндігі шектеулі отбасы мүшелеріне он минуттан артық емес ақпараттық оқулар, психологиялық қолдау, топтық тренингтер өткізеді. Отбасында мүмкіндігі шектеулі адамдардың болуы – оның туыстары, достары үшін үлкен қайғы екені белгілі. Отбасында науқас



адамның пайда болуы сол отбасының көп жағдайда әлеуметтік оқшалануда қалатындығы. Түнімен науқас адаммен отыру, туған-туыс, дос жарандардың ол жанұядан алыстауы отбасылардың көп жағдайда ажырасулырына әкеледі. Сондықтан бұндай отбасыларға бірінші кезекте рухани және психологиялық қолдау көрсетуді медицина саласындағы әлеуметтік қызметкерлер бір сәт назардан тыс қалдырмайды. Ондай отбасыларға бірінші кезекте жоғалтып алған дағдыларын орнына келтіруге, мысалы өзіне-өзі қызмет ету, гигиенаны сақтау, тұрмыстық және еңбек дағдыларын қалыптастыруға арналған арнайы топтық оқу сабақтарын өткізеді. Бұл әсіресе керек дағдыларды қайтадан дарытуға мұқтаж адамдар үшін үлкен көмек. Жүргізетін жұмыстың негізгі мақсаты мен міндеті отбасыларға ақпараттық және психологиялық көмек шараларын, отбасындағы өзара әрекетті қалыптастырып, оларды әлеуметтік оқшауланудан шығару болып табылады. Мүмкіндігі шектеулі тұлғалардың аудан бойынша жалпы мәліметін әрбір ВОП-тарға бөлінген әлеуметтік қызметкерлер анықтап сандармен толтырады. Осы ақпаратқа сәйкес жұмыс әр адаммен мультикомандалық режимде жүзеге асырылады. Әлеуметтік қызметкерлер бірінші көшеде жұмыс істеп, үйінің мекен-жайын көрсетіп, әлеуметтік – тұрмыстық отбасылық жағдайын анықтап, пациенттердің тізімін жазып, одан ары «Жанұяның әлеуметтік паспорт» жасалып, жұмыстар жүргізеді.

**Н. Я. Маслова, Б. С. Исабаева**  
**КТО, ЕСЛИ НЕ ... ВОЛОНТЕРЫ?**  
*ТОО «Журек»*

Добровольческие инициативы - тема очень актуальная для Казахстана. В настоящее время волонтерство в стране перешло на новый этап развития. К Казах станцам особенно молодому поколению, уже пришло понимание того, что добровольный труд на благо общества необходим каждому и является одним из условий успешной жизни всей страны.

На сегодняшний день волонтерская деятельность находится на пике популярности: активные граждане, собираясь в инициативные группы, или присоединяясь к деятельности действующих неправительственных организаций, добровольно и безвозмездно помогают детским домам, специализированным медицинским учреждениям и детям, нуждающимся в какой-либо помощи.

Несмотря на то, что волонтерские усилия до сих пор носят фрагментарный характер и не имеют системного подхода, а также механизмов государственного регулирования и стимулирования, граждане Казахстана очень активно принимают участие в благотворительной и социальной жизни страны. Об этом свидетельствуют количественные показатели волонтеров, принимающих участие в организации и проведении спортивных соревнований, благотворительных марафонов, программ

поддержки детей с трудноизлечимыми заболеваниями, проектов, реализуемых в детских домах и онкологических отделениях. Возможно, это связано с особенностями казахстанского менталитета. Аналитические данные Координационного Центра Добровольцев «Komanda SOS» свидетельствуют о том, что основным мотивом добровольцев является обычное желание быть полезным, именно поэтому становятся добровольцами 9 человек из 10 [16]

История волонтерства в Казахстане пока крайне короткая, в стране представлено всего несколько крупных проектов и организаций, которые развивают добровольчество

Социально психологическая служба семейной поликлиники ТОО «Журек» может смело заявить о том, что мы являемся инициаторами добровольчества в городе Джезказгане Карагандинской области. В апреле 2017 года был составлен совместный план медицинского колледжа и социально психологической службой ТОО «Журек» по подготовке волонтеров. Три года мы тесно работаем в этом направлении и уже есть хорошие результаты этой работы. Волонтер работает безвозмездно, стремится внести свой вклад в реализацию социально значимых проектов. Взамен он получает опыт работы в команде, возможность практически отработать некоторые специальные навыки медицинских манипуляций, участие в различных общественных мероприятиях, общение с интересными людьми. К знаменательным датам наши волонтеры подходят с особой ответственностью. Например в прошлом году ко Дню Победы работала инициативная группа волонтеров «9М», которые помогали одиноким нуждающимся ветеранам, и труженикам тыла. Деятельность волонтеров делится по различным категориям. К примеру, добровольная уборка в квартирах одиноких престарелых, социальная помощь инвалидам, подросткам и детям попавшим в трудную жизненную ситуацию., общественно полезные мероприятия благотворительные концерты, и поездки с ребятами из неблагополучных семей по историческим и святым мест

Главной движущей силой волонтерского движения остается мотивация. Конечно для каждого она разная. Но главное- она должна быть направлена на желание что-то отдать, а не получить. Именно на этом мы делаем упор в развитии и обучении молодых ребят, которые решили стать волонтерами. Ведь если изменишь хоть одну судьбу, поможешь хоть одному человеку, посадишь хоть одно дерево, то уже жизнь станет лучше. А когда она меняется в лучшую сторону - это дает необыкновенный толчок идти дальше.

2020 год планируется объявить годом волонтеров. Мы искреннее верим, что это даст новый виток развитию волонтерского движения в нашей стране, в нашем городе, в нашей организации. Это определит новые системные подходы, объединит усилия отдельных людей, организаций, Это будет большая победа для всех тех, кто на протяжении многих лет работает в различных направлениях волонтерства.

**Т. А. Мауль, С. Б. Сарбасова**  
**ОПЫТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С**  
**ДИАГНОЗОМ «АУТИЗМ» НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА БИОПЛАЗМЫ**  
**ПРИ КАЗНУ ИМ. АЛЬ-ФАРАБИ**

*Казахский университет экономики, финансов и международной торговли  
(г. Нур-Султан)*

**Актуальность.** Актуальность исследования данной темы обусловлена ежегодным ростом показателей первичной и общей заболеваемости, осложненными формами клинического течения, трудностями ранней диагностики и постановки диагноза аутизма и других расстройств аутистического спектра (РАС), высоким уровнем инвалидности. Аутизм на сегодняшний день неизлечим. Под организацией медико-социальной реабилитации и помощи детям с таким диагнозом подразумевается, в первую очередь, ранняя диагностика и лечение тех психических нарушений, которые сопутствуют либо осложняют процесс течения заболевания.

**Степень изученности** данной темы свидетельствует о научном интересе исследователей социально-психологического и медицинского направлений. Так в работах Е. Герасимовой, Д. Зайцева, Т. Черняевой, Е. Ярской-Смирновой – социально-психологический аспект. Исследования возможностей воздействия социальных сетей представлены в работах Д. Бейтсона, Л. Беркмана, М. Глаймура, Г. Шмерлиной, К. Эртель. Проблемы взаимопомощи в сообществах изучали Н. Блаймер, А. Вангелишти, Э. Демэйтер, К. Кассель, Д. Кобб, М. Мосс, Б. Сарасон, М. Фэн. К сожалению, большая часть упомянутых работ еще не переведена на русский язык и на казахский язык мало известна казахстанскому социологическому сообществу.

**Цель исследования:** разработать и обосновать комплексную систему медико-социальной реабилитации и помощи детям с расстройством аутистического спектра.

**Объект:** процесс реабилитации и помощи детям с расстройством аутистического спектра на примере Центра биоплазмы при КазНУ им.Аль-Фараби.

**Целевая группа:** дети раннего возраста и женщины в дородовом и послеродовом периодах умеренного и высокого групп риска.

**Предмет исследования:** комплексная система медико-социальной реабилитации и помощи детям с расстройством аутистического спектра.

**Материалы и методы:** теоретический анализ и обобщение зарубежных литературных источников, и изучение опыта отечественных ученых, анализ данных, полученных с помощью формы оценки, критерии по формированию социально - педагогической адаптации детей и развитие навыков, формирующий эксперимент (анализ результатов собственной практической работы в парадигмах отечественного подхода к медико-социальной психокоррекции детского аутизма).

**Конечная цель исследования:** модель медико-социальной реабилитации и помощи детям с расстройством аутистического спектра.

**Обсуждение:** теоретическое обоснование эффективности комплексного подхода к работе с детьми с расстройством аутистического спектра; критерии развития навыков у детей с аутизмом на основе тестов соответствующего уровня по методу Денвнер и методики: TEACCH, PECS, сенсорная интеграция, АВА которые обеспечивают успешность медико-социальной реабилитации детей с расстройством аутистического спектра.

Практическая значимость исследования на примере Центра биоплазмы при КазНУ им.Аль-Фараби заключается в возможности использования ее теоретических положений и практических результатов при решении актуальных задач по обеспечению эффективного подхода к адаптации детей с расстройством аутистического спектра. Предложенную модель комплексной системы медико-социальной реабилитации и помощи детям с аутизмом можно использовать в коррекционных кабинетах, региональных реабилитационных центрах, в общеобразовательных детских садах, в общеобразовательных школах, в коррекционных школах, коррекционных детских садах, центрах социального обслуживания, а также родителям воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра для улучшения качества жизни детей с аутизмом.

**Л. Л. Мацевская**<sup>1</sup>

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В РК: ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОБЛЕМЫ**

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды, г. Караганда»<sup>1</sup>*

Специальность клинического психолога в современном здравоохранении становится всё более востребованной. Однако на протяжении нескольких десятилетий в Казахстане существует проблема дефиниции специальности, определения её квалификационных характеристик и базовой подготовки специалистов. Путь в клиническую психологию через психиатрию вряд ли можно назвать популярным, а проблема системного обучения клинических психологов обусловлена отсутствием специальности в классификаторе специальностей. В настоящее время в РК РОО "Ассоциация специалистов, работающих в сфере психического здоровья" проводит обучение психологов по долгосрочной программе, силами специалистов Центра психотерапии им. Б.Д. Карвасарского (Спб). Альтернативной является инновационная программа двухдипломного образования, реализуемая с 2019 г. КарГУ им. Е.А. Букетова и НАО «Медицинский университет Караганды». Данная программа включает необходимые компоненты, требуемые для овладения специальностью - психология личности, специальная психология, психодиагностика личности, нейропсихология, психосоматика, неврология,

психиатрия, современные направления психотерапии (когнитивно-поведенческая психотерапия, системная семейная психотерапия, транзактный анализ, эриксоновский гипноз и др.) Несмотря на высокую востребованность специальности в учреждениях здравоохранения - соматических и психиатрических стационарах, необходимость участия клинических психологов в системе реабилитационных и медико-социальных мероприятий, реформа здравоохранения не предполагает активное введение клинических психологов в штатное расписание больниц и поликлиник. Однако в перспективе клинический психолог будет необходимым структурным звеном мультидисциплинарных бригад, специалистом по продвижению ЗОЖ и психологии здоровья, комплайенса.

**А. С. Медьянов, С. Б. Сарбасова**  
**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОРИЕНТИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ**  
**МЛАДШИХ КЛАССОВ**

*Казахский университет экономики финансов и международной торговли  
(г. Нур-Султан)*

**Актуальность.** Анализируя историю социально-экономических отношений в Казахстане с современных позиций, исследователи констатируют возникновение новых, непривычных для социума социально-экономических процессов. Этот процесс связан с переходом производства и управления им на рыночную основу с необходимостью быстрой социальной и психологической адаптации, профессиональной мобильности работников.

Необходимость подготовки высококвалифицированных специалистов для любой отрасли, людей с креативным мышлением, профессионально мобильных требует инновационных подходов, целенаправленных средств по психологической и практической подготовке подрастающего поколения к личностному и профессиональному самоопределению.

Автор магистерской диссертации считает актуальным на современном этапе начинать профессиональное ориентирование с младшего школьного возраста с целью реального выбора профессиональной деятельности: диагностика, прогнозирование, развитие и профилактика, создание условий для раскрытия потенциала и личностного роста.

**Степень изученности** Фундаментальные вопросы профориентации и профессионального обучения получили обоснование в работах П.Р.Атутова, С. Я. Батышева, В.А.Полякова, Н.Н.Чистякова К.А.Суханбердиева, С.Б.Сарбасовой.

**Цель исследования:** определить условия профессиональной ориентации младших школьников.

**Объект:** процесс формирования личностного роста учащихся начальной школы.

**Целевая группа:** дети начальных классов.



**Предмет исследования:** процесс профессиональной ориентации младших школьников.

**Материалы и методы:** изучение и анализ философской, социологической, психолого-педагогической литературы; прямое, косвенное и включенное наблюдения за деятельностью учащихся; диагностические методы (анкетирование, интервьюирование, беседы, тестирование и др.).

**Конечная цель исследования:** Социально-профессиональная ориентация – это комплекс формирующих воздействий, которые обеспечивают ориентацию будущего субъекта деятельности в социальной сфере с целью эффективного и сознательного выполнения им общественных и профессиональных функций на основе сформированных у него обще-трудовых качеств на пропедевтическом этапе готовность учащихся к самоопределению.

**Обсуждение: Дискуссионный вопрос** -причины неудовлетворительной постановки профориентационной работы? отсутствие в штатах общеобразовательных школ социальных работников и специалистов по социальной и профессиональной ориентации, а также недостаток специальной подготовки к этой работе педагогических кадров. Ученные акцентируют внимание общеобразовательных школ на важности профессиональной ориентации – одно из направлений сложной комплексной научной и практической проблемы по методам деятельности, содержанию и конечному результату.

## **Ю. К. Мусабаев, З. Қ. Қизатбеков** **СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ПРОБЛЕМА В** **СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ**

Главной задачей социальной работы является сохранение и поддержание человека, а так же группы или коллектива в состоянии энергичного, творческого отношения к себе и своей жизнедеятельности.

«Любой социальный субъект, в период всей своей жизни много раз сталкивается с ситуациями, при которых рушится привычная для него модель жизнедеятельности, рвутся сформировавшиеся социальные связи и отношения. В данных условиях субъекту нужно не только свыкнуться и адаптироваться к новым условиям жизни, но и необходимо постараться вернуть потерянные социальные позиции, воссоздать эмоциональные, психологические и физические ресурсы, а также необходимые социальные связи и отношения» [2, с. 34].

Понятие реабилитации употребляется в разнообразных областях науки и практики и содержит в себе ряд аспектов: социальный, психологический, медицинский, правовой и профессиональный. Остановимся на сущности понятий «реабилитация» и «социальная реабилитация».

Согласно К. Реннеру и Г. Юмашеву «реабилитация содержит в себе общественно нужное функциональное и социально-трудовое восстановление больных и инвалидов, как детей, так и взрослых, воплощать в действительность комплексное применение психологических, педагогических, медицинских, юридических, общественных, государственных и других мероприятий» [1, с. 21].

«Социальная реабилитация — это комплекс мер, позволяющий восстановить человека в правах, дееспособности и социальном статусе. Такой процесс устремлен на восстановление способности человека к условиям жизни и деятельности в социальной среде, когда то нарушенных или ограниченных по различным причинам» [6].

«В социальной реабилитации как технологии социальной работы главную роль играет восстановление социального статуса гражданина или группы граждан, которые утратили его в трудной жизненной ситуации. Сюда относятся проблемы, возникшие в связи с безработицей, инвалидностью, миграцией и отбыванием наказания в местах лишения свободы и т. д.» [3].

В социальной реабилитации необходимым является помощь человеку или группе людей. Во-первых, нужно дать им возможность вступить в активную жизнедеятельность; во-вторых, дать гарантии определённого уровня социальной стабильности; в-третьих, показать новые перспективы внутри приобретенного социального статуса; и наконец, в-четвертых, точно выработать чувство собственной важности и чувство ответственности за свою жизнь.

«К средствам, которым располагает нынешнее общество в социальной реабилитации, относятся такие системы как:

- образования;
- здравоохранения;
- профессиональная подготовка и переподготовка специалистов;
- массовые коммуникации и средства массовой информации;
- общественные и негосударственные организации и учреждения психологической поддержки, помощи и коррекции» [2, с. 36].

К важнейшим целям социальной реабилитации, можно отнести следующие: восстановление социального статуса субъекта, достижение им духовной, социальной и материальной независимости, повышение социальной адаптации к новоприобретенным условиям жизнедеятельности. Социальный работник организывает намеренный и целеустремленный процесс достижения таких целей. Сложность состоит в том, что часто объектом социально-реабилитационной деятельности является взрослый, самостоятельный человек, сформировавшийся как личность, с устоявшейся системой умений, знаний и навыков, интересов и идеалов, а так же системой потребностей.

«На практике в социальной работе реабилитационная помощь выражается к разным категориям нуждающихся граждан, что способствует

определению и направлению реабилитационной деятельности. К ним относятся такие направления как:

- пожилые люди;
- социальная реабилитация инвалидов и детей с ограниченными возможностями;
- военнослужащие, участвовавшие в войнах и военных конфликтах;
- реабилитация лиц, отбывших наказание в местах лишения свободы и др.» [6].

В рамках этих направлений социальной реабилитации важным является выбор ее определенного вида. Основными видами социальной реабилитации являются социально-медицинская, социально-психологическая, социально-педагогическая, профессиональная, трудовая и социально-средовая реабилитация. Раскроем их сущность.

Социально-медицинская реабилитация — помогает восстановить или сформировать у человека новые навыки пригодные для полноценной жизни, а так же помогает в организации быта и ведения домашнего хозяйства.

Социально-психологическая реабилитация — помогает в восстановлении психологического и психического здоровья человека, оптимизирует внутригрупповые связи и отношения.

Социально-педагогическая реабилитация — помогает в организации и осуществлении педагогической помощи при всевозможных отклонениях способности человека получить образование.

Профессиональная и трудовая реабилитация — помогает в формировании новых или восстановлении потерянных человеком трудовых и профессиональных навыков и с дальнейшим трудоустройством.

Социально-средовая реабилитация — помогает в восстановлении чувства социальной значимости для человека в социальной среде.

Для реализации их на практике необходимо соблюдение следующих принципов основных видов социальной реабилитации:

- Своевременность и поэтапность социально-реабилитационных мероприятий — этот принцип предполагает выявление проблемы клиента и последовательную деятельность по её разрешению.

- Дифференцированность, системность и комплексность, устремленные к осуществлению социально-реабилитационных мероприятий как одной из целостных систем помощи и поддержки клиенту.

- Последовательность и непрерывность в проведении социально-реабилитационных мероприятий — этот принцип позволяет восстановить утраченные субъектом ресурсы и предотвратить вероятное возникновение проблемных ситуаций в будущем клиента.

- Индивидуальный подход к определению объёма, характера и направленности социально-реабилитационных мер.

- Доступность социально-реабилитационной помощи для всех нуждающихся, вне зависимости от их имущественного и материального положения.

«Основной целью и конечным результатом процесса социальной реабилитации является развитие в человеке склонности к самостоятельной жизнедеятельности, к борьбе с трудностями, способности к сопротивлению отрицательным влияниям среды» [3].

В практике социальной работы реабилитационная помощь предоставляется разным категориям нуждающихся. К важнейшим направлениям реабилитационной деятельности следует отнести: социальную реабилитацию инвалидов и детей с ограниченными возможностями; военнослужащих, участвовавших в войнах и военных конфликтах; пожилых людей; реабилитацию лиц, отбывших наказание в местах лишения свободы и др.

Одним из направлений современной социальной политики считается социальная реабилитация и защита инвалидов. В связи с этим выделим главные виды реабилитации инвалидов: психолого-педагогическую, медицинскую, профессионально-трудовую и социально-средовую помощь. В медицинской реабилитации основную роль играет комплекс медицинских мер, которые направлены на восстановление или компенсацию утраченных или нарушенных функций организма.

Социально-средовая реабилитация инвалидов направлена на комплекс мер, которые устремлены на создание лучшей среды их жизнедеятельности, она обеспечивает условия для восстановления социального статуса. Эта реабилитационная деятельность направлена на обеспечение инвалидов, как специальным оборудованием, так и оснащением.

В детских домах-интернатах реабилитация детей с ограниченными физическими возможностями и с различной степенью поражения опорно-двигательного аппарата, активно применяется как спортивно-оздоровительная работа, так и профессионально-трудовое обучение. В интернате формируют учебно-производственные мастерские в основном нескольких профилей, таких как столярное и швейное дело, так же детей-инвалидов обучают профессиям бухгалтера, машинописи с основами делопроизводства.

«Проблемой домов-интернатов для детей инвалидов и детей с ограниченными возможностями является определенная замкнутость, отсутствие свободного общения детей-инвалидов со здоровым миром, что затрудняет адаптацию детей в обществе. Эти проблемы разрешаются в реабилитационных центрах» [6].

Работа с лицами пожилого возраста в домах-интернатах, обладает своими особенностями. Реабилитация способствует сохранению социальных связей проживающих здесь пожилых людей, чему способствует коллективная и творческая деятельность, общее участие в трудовых процессах. Пожилым людям необходимо поддерживать подвижный и

активный образ жизни, в домах-интернатах этому способствует лечебно-трудовые мастерские, специальные цеха, подсобные хозяйства и т.д.

В социальной реабилитации также нуждаются военнослужащие и их семьи. Система реабилитации военнослужащих, ветеранов войн и военных конфликтов реализуется по трем направлениям в виде медицинской, социальной и психологической помощи. Целью реабилитации и социализации личности становится восстановление прежнего уровня социальной жизни. Важнейшими задачами социальной реабилитации военнослужащих являются: обеспечение социальных гарантий ветеранов войн и военных конфликтов, реализация социальных льгот, правовая защита.

«Сильнейшим средством психологической реабилитации служит искренность, понимание и терпение к проблемам лиц, переживших психотравматические военные условия. Отсутствие терпения и понимания со стороны семьи и близких людей порой приводит к печальным последствиям» [6].

Одним из специальных направлений реабилитационной деятельности является восстановление положения лиц отбывших наказание в местах лишения свободы в правовом и социальном статусе. Такие люди, выйдя на свободу, часто не имеют ни жилья, ни возможности трудоустройства. В сельской местности, создают трудовые бригады из бывших заключенных, где им дается кров и работа. Но таких мест единицы.

В заключении необходимо отметить, что социальная реабилитация направлена на восстановление, как здоровья, трудоспособности, так и социального статуса личности, его правового положения, морально-психологического равновесия и уверенности в себе.

### Список литературы:

1. Кулебякин Е.В. Психология социальной работы. Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2004.
2. Кузнецова Л.П. Основные технологии социальной работы. — Учебное пособие. Владивосток: Изд-во ДВГТУ, 2009.
3. Материал из Википедии — свободной энциклопедии. Социальная реабилитация // [Электронный ресурс] — Режим доступа: — URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki> (дата обращения: 29.09.2012 г.).
4. Основы социальной работы. Учебник. / Отв. ред. ПД. Павленок. М.: 2006.
5. Реферат на тему «Социальная реабилитация» // [Электронный ресурс] — Режим доступа: — URL: <http://www.coolreferat.com>(дата обращения: 29.09.2012 г.)
6. Собрание статей. Тематические учебно-методические материалы. Социальная реабилитация // [Электронный ресурс] — Режим доступа: — URL:<http://soc-work.ru/article/282> (дата обращения: 29.09.2012 г.)



7. Теория и методика социальной работы / Отв. ред. П.Д. Павленок. М.: 2007.

8. Технология социальной работы. Ч. I. Учеб. пособие для вузов (материалы для практических занятий)/ Под ред. Л.Я. Циткилова. Новочеркасск — Ростов н/Д, 2008.

Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие. — 4-е изд. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2006.

**Б. А. Мырзандаева**

## **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ КЛИЕНТА: ФОРМЫ И МЕТОДЫ**

*г. Нур-Султан*

В современных социально-экономических реалиях понятие депрессии в обществе является одним из самых актуальных и распространенных тем. На протяжении XX века были зафиксированы несколько крупных скачков депрессивного расстройства во многих развитых странах, в связи с этим ученые конца XX века начала XXI века начали оказывать большое внимание этому вопросу[1].

На сегодняшний день особая распространенность проблемы депрессий в психиатрии, в медицинской науке в целом, в здравоохранении и в современном обществе с его правительственными, социальными и финансовыми институтами определяется ее масштабностью: отрицательным воздействием на трудоспособность и продолжительность полноценной жизни человека, возрастающим экономическим обременением, эпидемиологическими тенденциями, отражающими неуклонный рост частоты депрессивных расстройств во всем мире [2].

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определяет депрессию как повальное заболевание, распространившееся на весь мир. На 51-й сессии ВОЗ было сказано: «Депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу, на второе – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. Если не будут приняты соответствующие меры, то к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров – инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания. Уже сегодня она является самым распространенным заболеванием, которым страдают женщины. От 45 до 60% всех самоубийств на планете совершают больные депрессией. Специальные исследования показали, что у 60% больных, обращающихся в поликлиники, обнаруживают депрессивные расстройства различной степени тяжести» [3].

Действительно, статистические данные – неутешительны. Постоянные психологические расстройства являются верными спутниками в жизни современного человека. В большей степени данная тенденция прослеживается у людей, населяющих большие города. При уже имеющемся повышенном уровне тревожности, вызвать депрессию могут и быстрый темп жизни, и даже суэта крупного мегаполиса. Вырабатывается чувство собственной бесполезности, желание огородиться от всего мира. По итогу человек остается один на один со своим недугом и имеется большая вероятность впасть в самое сильное уныние.

Депрессии оказывают серьезное влияние на адаптационные возможности клиента и качество его жизнедеятельности. Депрессия существенно подрывает привычный образ жизни человека и число таких случаев колеблется в зависимости от уровня тяжести аффективного расстройства и составляет от 18% до 52%. И на современном этапе проблемой депрессии стали заниматься не только врачи психиатры, но и врачи различных специальностей, социальные работники. Это связано с очень высокой общераспространенностью депрессивных состояний [4].

Несмотря на предполагающуюся отдаленность от медицинских проблем и психиатрии, в сфере работы социальной службы, как инструмента профессиональной деятельности, регулируются подобные вопросы. Одну из определяющих ролей, в деятельности социальной работы, имеющих медико-социальную направленность, играют такие вопросы как, сохранение, совершенствование и профилактика здоровья населения.

В деятельность специалиста по социальной работе входит формирование, внедрение, и ведение контроля над мероприятиями по предоставлению комплексной социальной помощи клиенту. Данная работа начинается с социального работника и им же доводится до конца.

С помощью таких профессиональных навыков и подходов, как консультирование, прогнозирование, диагностика, коррекция и так далее, социальный работник предоставляет комплексную, универсальную помощь, гарантом которой является взаимодействие человека с необходимыми службами помощи.

Принятие своих проблем человеком, как медико-психологических, возможность довериться определенным методам терапии и специалистам, их выполняющим, объяснения возможных негативных результатов, при пренебрежении профессиональной помощи, защита законных прав клиента, организация реабилитации и коррекции – первоочередные задачи социального работника.

Проблеме повышения роли социального работника в сохранении и профилактике психического здоровья населения посвящены научные исследования ученых стран СНГ.

Методологию медико-социального анализа деятельности социального работника и специалиста социальной сферы по сохранению психического

здоровья практикуют такие авторы, как Соина А. и Бадя Л. [5], Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. [6], Зозуля Т. В, Ястребов В. С. и Степанова А.Ф. [7].

Опыт зарубежных стран в сфере медицинских и социальных услуг является предметом исследовательской работы Ваганова Н.Н., Холостовой Е.И. [8], Павленок П.Д. [9], Курбатова В.И [10].

В казахстанской науке идеи комплексного медико-социального подхода к проблемам психического здоровья развивают Аканов А.А., Кутлумуратов [11], А.Б., Рахыпбеков Т.К., Абзалова Р.А.[12].

Анализ деятельности учреждений, занимающихся проблемой депрессии показал, что одним из эффективных методов по определению и профилактике данного состояния является диагностика психического здоровья человека. С помощью нее можно определить состояние человека на определённой стадии, которая влияет на его самочувствие и физическую активность.

На сегодняшний день, депрессивное расстройство среди населения определить очень трудно, причиной этого является значительное сходство с симптомами соматических заболеваний, таких как изменение общего самочувствия, труднообъяснимое состояние, боли различного свойства. [13].

Анализ современного состояния организации профилактики депрессивных состояний выявил неоднозначный результат. Семинары и тренинги, патронаж целевых групп, организованные социальным работником совместно с психологом, имеют успешные результаты в диагностике и профилактике депрессивных расстройств, пропаганде ЗОЖ так, как в данных мероприятиях ведется четкая последовательная работа, ориентированная на население. Но людей, самостоятельно обращающихся за помощью с вопросами профилактики депрессивного состояния, либо ее непосредственного лечения ничтожно малое количество, когда в настоящее время данное заболевание является одним из самых распространенных, как во всем мире, так и в Республике Казахстан. Еще одним признаком распространенности депрессии среди нашего населения является высокий уровень суицидальности. Так, как в большинстве случаев, причиной суицида является социально-психологическая дезадаптация личности, которая происходит вследствие определенных неблагоприятных обстоятельств, либо определении своих жизненных трудностей, как неразрешимых. В результате человек впадает в депрессию.

По данным ВОЗ на 2017 год Казахстан занимает 3 место по количеству суицидов. Данные неутешительные результаты связаны с недостаточной информированностью о проблемах депрессивного состояния, непониманием сути, важности и быстрорастущей популярности данного расстройства среди населения, и малоэффективными методами контроля со стороны государства. В связи с некомпетентностью в вопросах депрессивных расстройств среди населения, ни больной, ни его ближайшее окружение могут попросту не осознавать того, что он страдает депрессией.

А также, в большинстве случаев, в первую очередь в подобных ситуациях люди обращаются за помощью к носителям различных проявлений псевдонаук: к астрологам, нумерологам, либо вовсе к оккультным методикам. Это все приводит к тому, что человек обращается за помощью к специалистам в уже совершенно тяжелом состоянии.

На сегодняшний день, деятельность социально-медицинских учреждений показала, что основанием для сохранения собственного здоровья являются существенные профилактические методы. Под профилактическими мероприятиями подразумевается система здравоохранения, направленная на формирование осознания населением, важности медико-социальной активности и развитие мотивации здорового образа жизни. Одними из видов организации профилактики депрессивного состояния на современном этапе являются: масс медиа по популяризации здорового образа жизни и последних достижений в психотерапии и психологии, создание современного имиджа социально-психологических организаций; собрания врачей-психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников, беседы и лекции в различных организациях, фирмах, компаниях и в медицинских учреждениях, издание тематических журналов и популярной литературы [18].

Ключевая роль в оказании населению помощи, социально-психологического характера принадлежит организациям здравоохранения, в которых проводятся профилактика, диагностика заболеваний, медико-социальная экспертиза, психологическое консультирование и т.д. В данных организациях функционируют кабинеты социально-психологической помощи, семейной консультации, психологической разгрузки, кризисного отделения и др.

Рассмотрим принцип работы кабинета социально-психологической помощи.

В настоящее время они создаются на базе поликлиник и здравпунктов высших учебных заведений, в качестве составляющей части кризисных служб. Проводятся такие мероприятия как, профилактические беседы с учащимися, индивидуальные и групповые консультации, лекции и тренинги.

Преимущество и эффективность работы кабинета социально-психологической помощи заключается в системном подходе, в связи всех психотерапевтических центров и административных учреждений, в коллективной работе психотерапевтов, психологов, социальных работников и юристов, а также в раннем выявлении и предупреждении депрессивных расстройств и суицидального поведения. Ведущим методом в работе кабинета социально-психологической помощи является психологическое консультирование [15].

Развитие психологического консультирования произошло практически в одно и то же время, во всех экономически развитых странах. Психологическое консультирование могут проводить как психологи, так и

социальные работники, которыми была пройдена специальная подготовка. Клиентами могут быть и здоровые, и больные люди с различными психологическими проблемами, в частности и с депрессивными расстройствами. Так или иначе, специалист социальной работы воспринимает клиента как субъекта, ответственного за решение своей проблемы. Психологическое консультирование может быть, как индивидуальным, так и групповым [19].

Психологическое консультирование прежде всего дает повышение психологической компетентности, эмоциональную поддержку, внимание к проблеме клиента, если такая имеется, информирует о позитивных моментах его проблемной ситуации. Ключевой момент в психологическом консультировании - это предоставление клиенту возможности выговориться, и тем самым снять эмоциональное напряжение, перенаправить энергию клиента и показать другой аспект проблемы его стрессового состояния. Одна встреча, продолжается 2-3 часа, или в курсе из 2-5 встреч по 1 часу. В настоящее время данный метод претерпевает некоторые изменения, и происходит взаимодополнение психологического консультирования и психотерапии [19].

В том числе предлагается и семейное консультирование. В данном подходе вся семья воспринимается в качестве клиента, проблема становится коллективной, а в решении данной проблемы учитываются мнения всех членов семьи. Главное требование к консультанту – нейтральность по отношению к каждому члену семьи.

На сегодняшний день психологическое консультирование может проводиться дистанционно, по телефону, либо через видеозвонки.

Таким образом, психологическое консультирование является ведущим методом в эффективности организации профилактики депрессивного состояния, так как, используемые подходы данного метода практикуются повсеместно: во время патронажа целевых групп, при проведении групповых занятий с населением, при совместной работе с психологом, и с клиентами.

Подводя итоги можно отметить эффективную роль методов психологического консультирования по организации профилактики депрессивных расстройств. Клиенты овладевают пониманием своих личностных переживаний и проблем, компетенцией психического здоровья, расширяют знания в области профилактики депрессии, развивают реалистичность и плюралистичность своего мировоззрения.

Учитывая неграмотность и некомпетентность населения в вопросах психического здоровья, профилактике депрессии, и своевременном обращении за помощью к специалисту, психотерапевты считают, что следует развернуть более активную пропаганду ЗОЖ и повышения уровня знаний в области психики человека, в следствии чего, расширить профессиональную нишу социальной работы в системе здравоохранения. Опираясь на предыдущий опыт, и неутешительную статистику следует развивать у детей



навыки стрессоустойчивости, повышать культуру взаимоотношений между людьми, как в рабочих, так и в личных взаимоотношениях, так как социальный фактор в этом вопросе стоит на первом месте. Необходимо усовершенствовать и увеличить количество проводимых тренингов и семинаров, посвященных данному вопросу, повысить эффективность работы, за счет повышения квалификации специалистов, а также, разворачивать активную работу среди молодежи, молодых семей, беременных женщин, и социально-уязвимых слоев населения.

Помимо всего этого, одним из важнейших моментов в профилактике психических расстройств является систематическая и практическая работа с врачами других специальностей по информированию их основам психогигиены и психотерапии, формирование контактов с лечебно-профилактическими организациями, для предупреждения и выявления депрессивных и других психических расстройств у самих специалистов [16].

Очень важным аспектом является организация мероприятий психопрофилактического характера с самими специалистами и врачами, для предупреждения и предотвращения развития так называемого синдрома «эмоционального сгорания» в профессиональном плане, при ежедневном тесном эмоциональном контакте с клиентами и пациентами, а также для повышения профессиональной компетентности специалистов.

Таким образом, изучение роли специалистов социальной сферы в системе здравоохранения и в обеспечении профилактики общественного здоровья страны находится на начальном периоде своего развития.

Развитие комплексной медико-социальной работы способствует положительному решению многих социально-психологических проблем, повышению ответственности человека за себя и свое здоровье, улучшению качества жизни каждого гражданина, а также сохранению психического здоровья общества.

Психическое здоровье каждого человека является основным фактором общественного здоровья населения и его благополучной жизнедеятельности. Это не только отсутствие психических расстройств, но и первоочередной «фундамент», для дальнейшего успешного функционирования человека, с помощью которой реализуются возможности, способности личности и состояние полного благополучия и удовлетворенности своей жизнью.

Такие факторы, как профилактика депрессивных расстройств, пропаганда ЗОЖ, достижение социального благополучия граждан, поставили вопрос о внедрении специалистов по социальной работе в систему здравоохранения.

На сегодняшний день, процесс профессионального развития социального работника представляет собой обширную комплексную деятельность, навыки теории и практики, владение специальными методами и подходами, для защиты, поддержки и реабилитации всех слоев населения.

Перспективным методологическим подходом в решении проблем депрессивного состояния клиента является концепция психопрофилактики и психогигиены среди здорового населения.

Это позволяет осуществить предупреждение депрессивных расстройств, стрессовых состояний, расширяет знания в области психического здоровья, и тем самым поднимает уровень общественного здоровья и социального благополучия, что, в свою очередь тесно взаимосвязано с устойчивым социально-экономическим развитием государства. Деятельность социального работника в решении проблем депрессивных расстройств, является предельно важной и необходимой, так как на сегодняшний день, зарегистрировано колоссальное количество людей, страдающих депрессией, либо хотя бы один раз переносивших депрессивных эпизод.

Важнейшую роль играет просвещение населения в вопросах депрессивных расстройств, так как, первой причиной является некомпетентность и неграмотность в сути болезни депрессии, и психического здоровья в целом, во-вторых данная болезнь имеет массу симптомов, схожих с другими заболеваниями, и в-третьих порядка половины совершаемых попыток суицида, приходится на людей, страдающих депрессией.

Эффективным решением в вопросах проблем психического здоровья населения играет слаженная работа между специалистами социальной и медицинской сферы, а также комплексная медико-социальная терапия.

Сохранение социального благополучия и здоровья населения – одно из направлений по реализации было Государственной программы развития здравоохранения на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» [25].

Данная программа было направлена на активное развитие системы здравоохранения, с помощью формирования профилактических методов работы, внедрения специальных социальных услуг, роста качества предоставляемых услуг, введения инновационных подходов и укрепление здоровья населения. В повышении эффективности социально-медицинского обслуживания возрастает в связи с внедрением в систему здравоохранения с 2011 года, специалистов социальной работы. Эти специалисты социальной сферы в медицине появились благодаря реализации Закона «О специальных социальных услугах», одним из основных направлений которого были формирование института социальных работников.

Анализ теории и практики социальной работы в психиатрии выявил, основной профессиональный подход социального работника – это целостность профессиональных навыков, направленных как на защиту, поддержку и улучшение социальных функций самого клиента и его личности, так и на совершенствование общественного здоровья в целом. То есть полноценное взаимодействие между социумом и индивидом.

В связи с этим методологическую и теоретическую основу исследования составили важнейшие положения философии и психологии о

развитии личности как субъекта деятельности, профессионально значимых качеств специалиста, личностно-ориентированный, деятельностный и системный подходы. В процессе исследования современного состояния организации профилактики депрессивных расстройств, как одного из путей сохранения здоровья каждого человека, была доказана правомерность ведущей идеи исследования: сохранение общественного здоровья напрямую зависит от психического здоровья, понимания необходимости профилактики депрессивных расстройств населением, и динамичного развития социально-медицинской службы.

Научно-теоретической основой формулирования ведущей идеи исследования было раскрытие специфики понятийного аппарата: «депрессия», «тревога», «психопрофилактика», «психогигиена», «психическое здоровье» в контексте социальной работы, а также анализ нормативно-правовой базы организации социальной работы в медучреждениях и поликлиниках г. Нур-Султана и используемых подходов, анализ теории и практики опыта зарубежных стран профилактики депрессивного состояния.

В ходе формирующего эксперимента получены положительные результаты в процессе психологического консультирования пациентов, повышения их компетенции в вопросах сохранения и улучшения психического здоровья, расширения знаний в области психогигиены депрессии, что доказывает эффективность организации профилактики депрессивного состояния.

#### **Список использованной литературы:**

- 1 Дуплякин Е.Б. Мониторинг депрессивных расстройств у пациентов первичной медико-санитарной помощи. Алматы, 2010.
- 2 Смулевич А.Б. Регистр лекарственных средств России РЛС Доктор 2006: Неврология и психиатрия. Выпуск 9. Москва, 2006.
- 3 <http://universology.info/msu-science/research-work-of-students/731-2015-10-28-09-14-08>)
- 4 Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2006; 03: 4-10
- 5 Соина А. и Бадя Л. Социальная работа с лицами, страдающими психическими заболеваниями. LAP Lambert Academic Publishing ( 2014-05-07 )
- 6 Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. и Зозуля Т. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — №4.
- 7 Зозуля Т. В., Ястребов В. С., Степанова А.Ф. Социальная реабилитация психически больных в амбулаторных условиях // Журн. невропат. и психиатр., им. С.С.Корсакова. — 2000. — № 3.

- 8 Основы социальной работы: Учебник /Отв. ред. П.Д. Павленок. - М.: ИНФРА-М, 1999. - 368 с
- 9 Основные социальные работы. Отв. ред. Павленок П.Д.М.: ИНФРА, 2011г. 380с.
- 10 Курбатов В.И. социальная работа. М.: Ростов на Дону, "Феникс". 2014 г. 430 с.
- 11 Аканов А.А. Кутулмуратов А.Б. ценностно-ориентированное здравоохранение и социальная безопасность 21 века. Медицина. 2014 г. 20 с.
- 12 Рахыпбеков Т.К. Абзалова Р.А. Роль медико-социальной службы первичного здравоохранения в повышении качества жизни пожилых людей. Астана, 2006.
- 13 Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. - СПб., 1998.
- 14 Тиганов, 1999, Депрессивные состояния, с. 563.
- 15 Воробейник Я. Н., Поклитар Е. А. Основы психогигиены. — Киев, 1989.
- 16 Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия, с 456.
- 17 Немчин Т. А., 1983; Курпатов В. И., 1994; Литвак М. Е., 1993; Ульянов И. Г., 1996.
- 18 Каркас И. Организация психиатрической помощи, профилактика психических заболеваний и правовые аспекты госпитализации психически больных в Федеративной Республике Германия // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 1993. — № 1.
- 19 Психологическое консультирование и групповая психотерапия Р. Кочюнас, 2008 г.
- 20 Профилактическая медико-социальная работа подразделяется на два типа Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / отв. ред. Е. И. Холостова. - М.: ИНФРА-М, 2013. -с. 227.:
- 21 КОДЕКС РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.02.2017 г.)
- 22 Приказ от 2 февраля 2012 года Об утверждении Типовых квалификационных характеристик должностей руководителей, специалистов и других служащих системы социальной защиты и занятости населения.
- 23 Приказ МЗ РК №630 от 30.10.2009г. Приказ МЗ РК №907 от 20.12.2011г. СМК-СОП-32
- 24 Погорелов Я.Д., Чудинова И.Э. медико-социальная политика как составная часть стратегии развития современного здравоохранения в России//проблемы соц. гигиены и истории мед. 2013. №2
- 25 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015годы.

**В. И. Нестерова**

## **РАБОТА СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ В ТОО МФ «ГИППОКРАТ»**

*ТОО МФ «ГИППОКРАТ»*

После передачи государственных поликлиник в доверительное управление на базе ТОО Медицинская фирма «Гиппократ» было создана социально-психологическая служба, а отделение социальной помощи было выведено в отдельную службу.

Социальная служба ведется согласно приказам здравоохранения:

- оказание социальных услуг и создание условий для преодоления трудной жизненной ситуации в случае ее возникновения;

- оказание медико-социальной помощи на основе сотрудничества с субъектами социальной сферы;

- осуществление своей деятельности в тесном взаимодействии с врачами, средним медицинским персоналом, психологами и оказание содействия пациентам в понимании социальных и психологических аспектов заболеваний;

- увеличения степени самостоятельности пациентов, их способность контролировать свою жизнь и более эффективно разрешать возникшие проблемы;

- создания условий, в которых пациенты могут в максимальной мере проявлять свои возможности и получать все услуги, что им положено по закону, адаптация и реабилитация людей в обществе, создание условий, при которых человек, несмотря на физическое увечье, душевный срыв или жизненный кризис, может жить, сохраняя чувство собственного достоинства и уважение к себе со стороны окружающих.

Внутренним приказом фирмы социальный работник включен в мультидисциплинарную команду и является его активным участником, а иногда и куратором по оказанию помощи в пациенту, находящемуся в тяжелой жизненной ситуации.

В ТОО МФ «Гиппократ» социальный работник активно участвует в составлении индивидуального плана реабилитации при получении инвалидности пациентам, так же проводит работу в санаторно - реабилитационном центре «Life in» ; участвует в «Днях открытых дверей» по разъяснению социальных вопросов в оказании Социально специальных услуг (ССУ), ведем просветительские лекции на радио ; есть страничка в социальных сетях «Instsgram», где дают советы как получать медицинские услуги по Гарантированному объему бесплатной медицинской помощи . Оказываем помощь в маргинальных группах: консультации по восстановлению документов и получению медицинской помощи. Производится межведомственное взаимодействие с субъектами, оказывающими ССУ.

После создания социальной службы коллектив работает не на количество охваченного населения, а на качество оказанных услуг.



В ТОО МФ «Гиппократ» имеют возможность и время для профессионального обучения, без отрыва от работы. Социальными работниками получен международный сертификат по оказанию специальных социальных услуг.

Заключены договора с Карагандинским Государственным Университетом им.Е.А.Букедова и Российско-Казахстанским Университетом на волонтерское движение со студентами социальных факультетов. Два года студенты являются активными волонтерами и проходят практику на базе поликлиник ТОО МФ «Гиппократ».

**Л. Нисула**

### **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ – ДИЗАЙН СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ КАК ИНСТРУМЕНТ РАБОТЫ**

*Университет прикладных наук JAMK, Финляндия*

В 2015 году в Финляндии был принят новый закон о социальном обеспечении (L1301/30.12.2014), в котором упор был сделан на инклюзию и участие клиентов. В данном законе в первый раз была четко представлена концепция социальной реабилитации. Было отмечено, что традиционные социальные услуги не полностью охватывали клиентов в уязвимом положении, и что было необходимо создать что-то новое, а также сформулировать точное определение услуг для тех, кто страдает больше всего. В данном законе также подчеркивается необходимость сотрудничества между разными секторами и организациями, которые являются важными для социальной реабилитации, так как много разных учреждений предлагают данные услуги (например, учреждения здравоохранения, образовательные организации, дневные центры по уходу, центры занятости, страховые организации). Существуют пять разных элементов социальной реабилитации

- Выяснить и оценить функционирование и инклюзию клиента в каждодневной жизни, а также оценить потребность в реабилитации
- Предоставить социальное консультирование и наставничество для клиента, а также организовать координацию услуг по реабилитации
- Предоставить консультирование и обучение клиенту по овладению действиями в каждодневных жизненных ситуациях, а также участию в профессиональной жизни
- Групповая и индивидуальная работа (под руководством специалиста или организованные группы равных), индивидуальная поддержка клиента и другие содействующие методы в социальной реабилитации.

Когда менеджеров по социальным услугам в разных странах просили оказать такие услуги, то социальная реабилитация могла принимать все эти формы, которые указаны выше, при конкретной реальной работе.

Менеджеры по социальной работе отметили, что принципы социальной реабилитации – это клиент-центрированный подход, комплексная работа, многообразие специалистов, и в результате, это систематическая и целенаправленная работа.

Методы, используемые в социальной реабилитации, могут меняться, в зависимости от потребностей клиента и ситуации. Однако, базовые методы социальной работы, часто используемые в социальной реабилитации, это: 1) Соответствующая и полная документация. Документация и разные формы измерения показателей необходимы для оценки функциональности клиента в каждодневной жизни. 2) Разные методы консультирования, такие как наставничество и работа с семьей и детьми, и индивидуальное наставничество для клиента в социальных услугах. Консультирование и наставничество используются, когда идет индивидуальная работа и работа с семьей. 3) Организация добровольных групп и групп равных, а также групп клиентов под руководством специалистов, что приводит к отличным результатам. 4) Постоянное сотрудничество социальных работников со службами занятости для организации обучения и проведения практики в организациях для клиентов, безработных в течение долгого времени. 5) Получили дальнейшее развитие услуги, оказываемые на дому, под руководством специалиста, в частности, для клиентов с проблемами психического здоровья и лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, и опыт их применения был поддержан и был очень хорошим. 6) Для успешной социальной работы необходимо управлять и разрабатывать услуги в постоянном сотрудничестве с клиентом и другими специалистами. 7) Один из таких методов, используемых в области здравоохранения, - это дизайн социальных услуг, который рассматривается как эффективная модель социальной работы по всей Финляндии.

Дизайн социальных услуг основывается на том факте, что если мы действительно хотим повысить инклюзию, а также участие клиентов, то нам необходимо привлечь их в процесс принятия решений и планирования услуг в их собственном случае. Только таким образом возможно повысить качество услуг, улучшить мотивацию клиентов по самопомощи, и снизить затраты. Согласно последним исследованиям, у клиентов, которые чаще всего пользуются услугами здравоохранения, очень часто встречаются и социальные проблемы, такие как одиночество, злоупотребление психоактивными веществами, незанятость, бедность, высокий риск суицида, низкий уровень образованности, и проблемы с психическим здоровьем. Эти проблемы вызывают огромные страдания у человека и приводят к социальной сегрегации. По проведенной оценке, около 10% таких клиентов обычно отвечают почти за 80% затрат на здравоохранение.

Для того, чтобы успешно разработать дизайн услуг, необходимо подходить к этому, используя систематический процесс. Первый шаг в дизайне социальных услуг – выслушать очень внимательно надежды, потребности и проблемы клиента. Во время этого шага необходимы

отличные навыки консультирования. Чтобы улучшить взаимодействие с клиентом, очень часто используются методы построения диалога и методы, требующие участия клиента, а также контрольные листы.

Во-вторых, в процесс оказания услуг должны быть вовлечены все заинтересованные стороны. Кроме всех специалистов, которые нужны для оказания поддержки и помощи клиенту, необходимо дать возможность членам семьи или кругу общения клиента поучаствовать во встречах. Дискуссия должна быть открытой и равной и содействовать диалогу между участниками.

В-третьих, необходима постоянная оценка процесса, а также улучшение и дальнейшее развитие услуг. Оценка также должна быть нацелена на функционирование клиента. Если что-то не срабатывает соответствующим образом, нужно поменять меры. Процесс дизайна дает нам возможность проводить эксперименты быстро, выяснить, как они сработали, и попробовать что-нибудь новое. И наконец, необходима визуализация. Некоторые визуальные отображения можно сделать, используя электронные технологии, концептуальные карты, нарисовав карту круга общения или карту услуг, и т.п.

Согласно Ахонену (2017 г.), дизайн социальных услуг должен идти по этим шагам: понимание, действие, отработка, дизайн и оценка. Если правильно идти по этому процессу дизайна, результатом этого будут довольные клиенты, непрерывный поток работы, лучшая результативность. В завершении, самое важное – это то, что клиент вовлечен во все эти шаги.

Следующие примеры успешного дизайна социальных услуг были взяты из проекта, который называется «Лучшие услуги для групп риска с помощью дизайна услуг». Проект проходил в Финляндии в 2013-2016 годах. (Ахола и Вайнио, 2016).

В первом примере социальные работники разрабатывали процесс услуг, чтобы он лучше соответствовал потребностям клиентов. Работники проекта разработали всеобъемлющую модель, которая включала в себя:

- Полную оценку (Формы точной оценки были разработаны, чтобы измерить функционирование клиента и потребности в услугах).
- Отдельный соцработник клиента сопровождает его (Использование метода отдельного соцработника).
- Создание мультипрофессиональной команды (разработка и использование модели работы в мультипрофессиональной команде).
- Разработка плана и услуг с клиентом и мультипрофессиональной командой (план услуг использовался как инструмент).

На первой встрече, социальные работники использовали особые оценочные формы, чтобы помочь проведению дискуссии с клиентом и поднять сложные проблемные вопросы. Целью этого было выяснить точку зрения клиента. Они выбирали одного специально назначенного соцработника, чтобы он тесно работал с клиентом. Вторым шагом было продолжение оценки и обсуждение с клиентом каждодневных ситуаций и

выяснение проблем дня. Они оценивали ситуацию клиента систематически, и по необходимости назначали встречи с другими специалистами (например, посещение врача, психотерапевта, дипломированных медсестер, врача по профессиональным заболеваниям, психиатрическую помощь). После процесса оценки, социальные работники вызывали мультипрофессиональную команду, чтобы работать с ней. Вместе, они разработали план услуг и выполняли его. С помощью такого процесса дизайна, они построили систематическую модель процесса для оказания помощи и поддержки клиентам. Такая модель была реализована на практике в 20 разных странах.

Второй пример – из того же самого проекта, целью которого было создать сотрудничество между социальными службами и услугами здравоохранения для клиентов с проблемами психического здоровья и лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами. Предысторией этого проекта развития было выяснение факта, что у клиентов, которые больше всего пользуются услугами здравоохранения, часто имеются как множество заболеваний, так и социальные проблемы. Они также перегружают службы здравоохранения. Целью было выяснить и не допустить социальных проблем среди клиентов, которые страдают психическими проблемами и/или являются лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами, не допустить чрезмерного использования ими услуг здравоохранения, и наконец, целью было разработать полную модель для сотрудничества.

И снова, процесс дизайна социальных услуг использовался в этом проекте. Однако, это было сложнее, чем в предыдущем примере. Использовался метод работы в равной мультипрофессиональной команде, так, чтобы социальный работник и дипломированная медсестра все время работали вместе с клиентом. Они организовали несколько индивидуальных встреч с клиентом, и снова начали процесс оценки. Кроме всего этого, они организовали так называемое жюри клиентов, а также организовали группы поддержки равных равному, и они призывали клиентов участвовать в них. Жюри клиентов было создано, чтобы получать напрямую обратную связь и комментарии о существующих социальных услугах. Кроме работы с одним клиентом, соцработники проводили интервью жюри и знатоков по опыту (тех людей, у которых такие же проблемы, что и у клиента). Целью этого было разработать процесс услуг, чтобы лучше удовлетворить потребности клиентов. Они использовали также мультипрофессиональные команды, чтобы разработать точные услуги и план услуг. Клиент был вовлечен в каждой встрече.

При получении обратной связи и оценки от клиентов, участвующих в процессе дизайна социальных услуг, клиенты отмечали следующие положительные элементы:

- Своевременность вмешательств

- Работа равных (медсестра и социальный работник вместе) дает возможность клиенту лучше понимать сложность проблем и необходимость комплексной работы

- Лучшее понимание процесса помощи\ухода

- Положительные изменения в состоянии здоровья и самочувствии, участие в сообществе и потребность в услугах

- Повышение качества жизни.

С точки зрения соцработников, положительные результаты были – возможность профессионального роста, повышенная результативность работы, плодотворная работа, достаточно времени для каждого клиента, и наконец, снижение количество визитов к врачам.

В заключении, стоит попробовать дизайн социальных услуг при оказании услуг здравоохранения и социальных услуг. Во всех методах социальной работы, соцработники должны быть компетентны в теоретических знаниях о базовых потребностях и развитии человека, а также об обществе и социальных проблемах.

Они должны знать теоретическую основу процесса взаимодействия и как его улучшить. Э-технологии – важный метод и метод развития для оказания поддержки клиентам. Также необходимы навыки проведения оценки, и также необходимы знания разных методов оценки. Чтобы успешно проводить наставничество для клиента, социальный работник должен знать услуги, предоставляемые в местном сообществе, и юридические проблемы. Нужно, чтобы соцработники овладели навыками консультирования и теоретическими основами разных методов консультирования.

Так как очень важны социальные взаимоотношения и работа в сообществе, социальный работник должен обладать навыками руководства разными группами и должен знать основы о взаимодействии группы. Наконец, нужно овладеть теоретической основой консультирования, наставничества и этических принципов, чтобы его работа была успешной.

### Литература

1. Ахола Х. и Вайнио С., 2016: Oikeita palveluja oikeaan aikaan. Miten vastaamme riskiryhmien palvelutarpeeseen. Palvelumuotoilulla parempia palveluja riskiryhmille –hanke. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Kaste-ohjelma.

2. Ахонен, Т. 2017: Palvelumuotoilu sotessa. Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Kaste-ohjelma. Nummela.

3. L1301/30.12.2014 Закон о социальном обеспечении (онлайн). Вступил в силу 26.9.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>



Г. М. Нугуманова, Е. Ф. Ким

## ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) В ДЦ ЖАСЫЛ ЖАЙЛАУ

*«Зе Умит Корпорейшен», Детский центр для детей с особыми нуждами  
«Жасыл Жайлау»*

В последнее время тема аутизма широко обсуждается в казахстанском обществе. С 2008 года 2 апреля отмечается **Всемирный день распространения информации об аутизме**, когда государственные и общественные организации проводят акции, семинары и конференции, посвященные проблеме аутизма. С 2010 года в Нур – Султানে и в Алматы ежегодно проводятся мероприятия, посвящённые ко дню распространения информации об аутизме по телевидению и на радио. Тем не менее актуальность проблемы детей живущих с аутизмом в Казахстане остается острым, что связано, в первую очередь, с официальными статистическими данными, которые разнятся между МЗ и МОН и составляют около 4000, хотя по оценкам экспертов число детей с РАС составляет более 60 000 (данные 2-й Международной конференции по проблеме аутизма, Астана, Асыл Мирас, 2018 г.). По данным ВОЗ каждый год в мире становится на 13% больше детей с аутизмом (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders/>). Международно принятые методы раннего выявления и диагностики, стратегии поведенческого вмешательства применяются лишь некоторыми обученными специалистами и организациями, применяющие абилитационные практики в Казахстане. Так же остро стоит проблема помощи родителям воспитывающих детей с РАС, так как особенности психического развития детей с аутизмом существенно отличаются от детей с другими неврологическими нарушениями, что создаёт дополнительную нагрузку на эмоциональное и психологическое состояние родителей, физические и финансовые затраты. Практический опыт показывает, что семья где воспитывается ребенок с аутизмом постепенно изолируется от общества, испытывая дефицит общения с друзьями и родственниками. Причина тому – отсутствие знаний и практики родителей по воспитанию, управлению трудным поведением ребенка, что в дальнейшем приводит к навешиванию ярлыков(стигма) и нарушению прав(дискриминация) ребёнка и его семьи со стороны общества и ближайших родственников. Родители и родственники видя заметные нарушения или отличия ребенка от сверстников, не могут объективно принять правильное решение, что приводит к потере времени и регрессу в развитии ребенка. По обращению к специалистам отсутствие инструментов ранней диагностики(скрининга) или алгоритма дальнейшей помощи ребенку с аутизмом приводит к тому что, ребенок не попадает в группу риска РАС или неправильной постановке диагноза. Тогда как в развитых странах ребенок с младенчества следует диагностическому маршруту, попадает в

группу риска РАС, где ребёнок и его семья без стигмы и ярлыков «инвалид» получает комплексную помощь на основе межсекторального медико-психолого-социально-педагогического сотрудничества.

Международная практика помощи семьям детей с РАС располагает большим опытом и основывается на научно доказанной базе, статьи, которых можно найти на сайтах доказательной медицины.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834171>

<https://www.autismspeaks.org/teacch-0>

Один из распространенных и успешно используемых в 23 странах мира, инструмент ранней диагностики тест M-chat (модифицированный), удобен и прост в использовании. Исходя из ответов родителей выявляются ключевые нарушения, характерные для РАС в сферах развития ребенка (социальной и коммуникативной сфере и т.д.). M-chat позволяет выявить группу риска РАС направить ребенка на дальнейшее обследование специалистам или начать коррекционную работу с педагогами, психологами.

Существует ряд международно признанных методов по работе с аутизмом, которые успешно используются во всем мире. В Казахстане их используют в основном общественные фонды и неправительственные организации. Таковыми являются ТЕАССН (<https://teacch.com/>), метод раннего вмешательства Денвера (<https://www.esdm.co/>), сенсорная интеграция (<https://www.verywellhealth.com/sensory-integration-therapy-and-autism-260509>), PECS (<https://pecsusa.com/pecs/>), метод Джаспера, Прикладной поведенческий анализ АВА, адаптивная физкультура и другие.

Детский центр Жасыл Жайлау с 2005 года проводит работу с детьми с особыми нуждами. На протяжении десяти лет активно проводится работа по распространению информации об аутизме на уровне Медицинского центра проблем психического здоровья Астаны (МЦППЗ) и Детского психо – неврологического медико – социального учреждения Астаны (ДПМСУ), кафедры общей врачебной практики №2 АО Медицинский Университет Астаны (МУА), психолого медико педагогических кабинетов и реабилитационных центров Нур – Султана и других городов.

В центре с 2007 года для выявления нарушения используется тест M – chat. На основе метода ТЕАССН адаптирован структурированный подход обучения детей с аутизмом в группе где формируется навыки необходимые для школ и детских садов. На основе структурированного обучения можно применять техники методов Денвера, Сенсорной интеграции, АВА, PECS, сказка терапия, арт терапия, музыкотерапия, глобальное чтение и другие, для отработки техники речи, чтения, эмоционально, зрительного контакта, улучшение крупной и мелкой моторики, коррекция поведения ребенка, повышение познавательных способностей.

Таким образом междисциплинарный подход существенно расширяет практическую помощь в решение задач социальной адаптации ребенка с расстройством аутистического спектра.

### Литература

1. С. Д. Роджерс, Д. Доусон, Л. А. Висмара. /Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом; [пер. с англ. В. Дегтяревой]. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2016. – 416 с.
2. Н. Ф. Ригина, С. Ю. Тацюра. / Организация работы с ребенком с аутизмом. – М.: ТЦ Сфера, 2018. – 64с.
3. М. Д. Коэн, П. Ф. Герхардт; пер. с англ. У. Жарниковой. /Визуальная поддержка. Система действенных методов для развития навыков самостоятельности у детей с аутизмом. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2018. – 264с.
4. У. Кислинг; под ред. Е. В. Колчковой; [пер. с нем. К.А. Шарм]. – М.: Теревинф, 2010. – 240 с.

**Ж. Б. Оспанова**

### **РОЛЬ ПСИХОЛОГА В РАЗРЕШЕНИИ КОНФЛИКТА**

#### **«ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»**

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды», г. Караганда*

В настоящее время проблеме конфликта и конфликтного взаимодействия в медицине посвящены многочисленные исследования различных наук, в том числе социальной психологии и психологии управления. Все возрастающая распространенность нервно-психических и психосоматических заболеваний, также поведенческих расстройств, проявлений психической дезадаптации требует расширения профессиональной деятельности медицинских психологов в системе здравоохранения. Важная роль отводится организационным мерам по эффективному разрешению противоречий между пациентом и врачом.

Любая медицинская организация заинтересована в том, чтобы свести к минимуму конфликты между врачом и пациентом в процессе оказания медицинской помощи, поскольку их возникновение связано с целым рядом негативных последствий. Конфликт в последнее время между врачом и пациентом стал не редкостью. Любой предмет, вещь, идея, взгляд, выявляющие различия, отношения, слова, действия или бездействие, которые могут привести к возникновению конфликтной ситуации и перерастанию ее в конфликт. Провоцирующим моментом для возникновения конфликта между врачом и пациентом может стать нарушение правил этики и деонтологии, что может привести к формированию регрессивного поведения. Именно поэтому каждому медицинскому работнику необходимо быть чрезвычайно осторожным в высказываниях и оценках в разговоре с пациентом и коллегами. В связи с этим психологи рекомендуют придерживаться следующих правил поведения: 1) если вы столкнулись с конфликтными пациентами в процессе

своей деятельности, то не позволяйте втянуть себя в конфликт; 2) медработнику важно помнить, что необходимо управлять и собственными эмоциями в работе с такими пациентами, не допуская грубости или оскорблений.

Таким образом, преподаватели - психологи кафедры медицинской психологии и коммуникативных навыков НАО МУК помогают обучающимся и медицинским работникам в овладении навыками конструктивного разрешения конфликтов и эффективного поведения в конфликтных ситуациях, повышению психологической культуры специалистов, что актуально для успешной реализации профессиональной деятельности и самосовершенствования специалистов здравоохранения.

**В. Ф. Парахина, Д. Н. Шеръязданова, Ф. У. Нильдибаева,  
Д. Т. Амирханова, Е. М. Ларюшина**  
**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ  
РАЗВИТИЯ ДИАБЕТА**

*НАО «Медицинский университет Караганды», Караганда*

В течение последних нескольких десятилетий число случаев и распространенность диабета неуклонно растет. По данным ВОЗ в 2014 году диабетом страдали 422 миллиона взрослых во всем мире по сравнению со 108 миллионами в 1980 году. Глобальный уровень заболеваемости диабетом почти удвоился с 1980 года, увеличившись с 4,7% до 8,5% среди взрослого населения. Прирост заболеваемости СД 2 типа в Республике Казахстан в период с 2004 по 2014 г составил 113,8%.

Эффективная борьба с диабетом начинается с ранней донозологической диагностики нарушений углеводного обмена и модификации факторов риска, к которым относят избыточный вес или ожирение, гиподинамию, неправильное питание и т.д. Выявление пациентов с риском развития сахарного диабета 2 типа возможно на стадии предиабета и предотвратимо на этапе отсутствия осложнений.

В Казахстане использование прогностических шкал оценки риска СД 2 типа является актуальным, и используется впервые. Применение шкалы FINDRIS с целью оценки вероятного риска СД 2 типа является неэнергозатратным, неинвазивным, быстрым, специфичным, экономически выгодным с высоким уровнем надежности методом.

**Цель.**

Изучить распространенность риска развития сахарного диабета по шкале FINDRIS, а также оценить эффективность индивидуального профилактического консультирования в снижении риска развития сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа).

**Материалы и методы.**

Проведено проспективное когортное исследование, включающее 256 человек. Женщин было 156 (60,93%), мужчин - 94 (39,07%) в возрасте от 18 до 65 лет. Все респонденты перед началом исследования дали информированное согласие. Исследование включало анкетирование, антропометрию (измерение роста, веса, окружности талии, расчет ИМТ по Кетле), измерение АД, определение глюкозы и холестерина крови. Оценка риска развития СД 2 типа проводилась с помощью шкалы FINDRISC. Далее пациенты были консультированы по разработанному алгоритму (выявление факторов риска, индивидуальное и групповое консультирование, мониторинг).

Для расчета клинической эффективности использовался Т-критерий Вилкоксона, t-критерий Стьюдента для зависимых выборок, различия считались достоверными при  $p < 0.05$ . Статистическая обработка IBM SPSS Statistics ver 22.0.

### **Результаты.**

При проведении оценки риска развития СД 2 типа среди обследованных установлено, что низкий риск развития СД 2 типа (FINDRISC-1) выявлен у 58 (22,6%) человека, немного повышенный риск СД 2 типа (FINDRISC-2) - у 103 (40,2%), умеренный риск СД 2 типа (FINDRISC-3) - у 36 (14,6%), высокий риск СД 2 типа (FINDRISC-4) - у 42 (16,4%), очень высокий риск СД 2 типа (FINDRISC-5) - у 17 (6,6%) человек.

В группе с вмешательством отмечалась положительная динамика в виде снижения балла FINDRISC с 2,27 до 2,09. При изучении модифицируемых факторов риска в группе высокого риска развития СД 2 типа, установлено снижение ИМТ (с 33,2 до 32,4 кг/м<sup>2</sup>;  $p=0,000$ ), веса (с 90,9 до 87,5 кг;  $p=0,000$ ), окружности талии (с 104,6 до 100,7 см;  $p=0,000$ ). Уровень артериального давления также имел тенденцию к уменьшению: САД снизился с 133,7 до 129,0 мм.рт.ст. ( $p=0,000$ ), ДАД снизился с 84,6 до 78,3 ( $p=0,000$ ). Средний уровень глюкозы крови натощак и гликозилированного гемоглобина за наблюдаемый период также достоверно снижались (глюкоза капиллярной крови изменилась с 5,4 до 5,2 ммоль/л ( $p=0,002$ ), уровень HbA1c с 5,57 до 5,42% ( $p=0,002$ )). Такие показатели липидного профиля, как общий холестерин и ЛПВП не изменились, и составили 5,6 ммоль/л и 1,2 ммоль/л соответственно ( $p=0,000$ ). Холестерин ЛПНП снизился с 3,8 до 2,7 ммоль/л ( $p=0,000$ ), триглицериды – с 1,5 до 1,3 ммоль/л ( $p=0,000$ ). По результатам мониторинга уровень физической активности в группе с вмешательством остался неизменным.

### **Заключение.**

Применение данной прогностической шкалы позволило выявить группы пациентов с высоким риском СД 2 типа и целенаправленно осуществить индивидуальные профилактические мероприятия по модификации питания, физической активности, образа жизни, снижая десятилетний риск развития СД 2 типа.



**Р. Ж. Рахимова, А. А. Аглодина**  
**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОЖИЛЫХ**  
**ПАЦИЕНТОВ**

*Поликлиника ТОО «Вита-1» г. Усть-Каменогорск*

С приходом новой команды в ПСМП (Первичная медико-санитарная помощь) мы столкнулись с массой сложностей связанной с обслуживанием пожилых пациентов. В первую очередь с очередями, негативными и гневными реакциями, направленными на себя и медицинских работников. Мне как психологу было сложно работать, я не могла понять, как охватить пожилых людей социальной и психологической помощью. Пациенты старше 70 лет, неохотно идут на занятия ЗОЖ (Здоровый образ жизни), группы релаксации к психологу, как правило, посещения ограничиваются одним занятием. Это связано с состоянием здоровья, затратами на проезд, а также наследием советской ментальности. Не секрет, что многие пожилые люди идут в поликлинику не за лечением, а за вниманием и общением, в тоже время им тяжело ходить по разным кабинетам сдавать анализы и посещать узких специалистов.

Перед нашей командой встал вопрос, как нейтрализовать эту проблему, облегчить посещения поликлиники и удовлетворить потребности пожилых пациентов. Мы пришли к решению создать геронтологический блок, где пациент мог получить максимум медицинских услуг в одном месте.

В первую очередь мы расположили геронтологический блок на первом этаже, рядом с аптечным пунктом, где выдаются бесплатные лекарственные средства. Специально оборудовали просторный кабинет для проведения терапевтического приема, увеличили штат сотрудников. Ввели дифференциальную оплату медицинским работникам, увеличив зарплату на 30%, применив критерии за сложность и напряжённость в работе за обслуживание пациентов в геронтологическом кабинете.

Выделили отдельного медицинского администратора, который отвечает на все вопросы по телефону, ведет запись на прием к участковому врачу терапевту.

Создали комфортный кабинет психологической поддержки, в котором пациенты могут общаться между собой, ожидая приема обратиться за помощью к социальному работнику или психологу. Социальный работник консультирует пациента не только по социальным вопросам, но и подробно объяснит и распишет схему приема лекарственных средств, подготовку к медицинским исследованиям, расскажет о важности ведения здорового образа жизни, дневника наблюдения и о тревожных симптомах и при необходимости окажет психологическую поддержку, направит на консультацию к психологу.

Открыли дополнительный кабинет расположенный рядом с терапевтическим кабинетом. Здесь пожилые пациенты могут пройти в

первой половине дня ЭКГ (Электрокардиография) при необходимости УЗИ (Ультразвуковое исследование) портативным аппаратом, сдать анализы, получить консультацию хирурга без хирургического вмешательства. Во второй половине дня в этих кабинетах ведут прием узкие специалисты (невропатолог, эндокринолог, кардиолог) и пожилым людям нет необходимости для получения медицинских услуг подниматься на другие этажи.

Установили ящик для быстрого реагирования и предложений, в которой каждый пациент может положить свои пожелания или негативные замечания. Ящик ежедневно вскрывается, полученная информация обрабатывается, если предложение приемлемо, вырабатываются дальнейшие действия.

Мы обучили медицинский персонал особенностям общения с пожилыми людьми, были подобраны стрессоустойчивые медицинские кадры.

Стали активно контактировать с работниками социальных служб из Управления социальной защиты, обслуживающих пациентов прикрепленных к нашей поликлинике.

**В результате проделанной работы мы получили:**

- Отсутствие стихийной очереди;
- Охватили 1270 пациентов из прикрепленного населения социальным контролем (пожилые пациенты знают о существовании такой услуги как консультация психолога и социального работника);
- Снизилось количество обращений по поводу неудовлетворенности в обслуживании;
- Повысился индекс удовлетворенности пациентов пожилого и старческого возраста;
- С внедрением ПУЗ (программа управления заболеваниями) и в результате разъяснительной работы психолога и социального работника улучшился самоконтроль за состоянием здоровья. Самодисциплина позволила повысить пациентам качество жизни, уменьшить количество применяемых и выписываемых ими лекарственных средств;
- Стабилизировалась работа геронтологического кабинета и создан благоприятный психологический климат

**Ж. С. Сагитова, С. Б. Сарбасова**

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ:  
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА**

*Казахский университет экономики, финансов и международной торговли  
(г. Нур-Султан)*

**Актуальность.** Человек – продукт сложнейшего взаимодействия человека и общества, природы и общества. Актуальностью являются

сегодня некоторые аспекты проблемы социальных отношений: онтологический, гносеологический, социологический, психологический. «Самый главный предмет в мире, к которому познания могут быть применены, - это человек, обою для себя своя последняя цель \ И.Кант, «Антропология с прагматической точки зрения», Санкт Петербург 1900г.

Теория развития психологии человека возникает не как последняя, но как обобщающая и синтезирующая целую систему теорий развития вообще. В исторической последовательности возникают: космологическая, геологическая, биологическая, антропологическая и психологическая теория личностей.

По результатам теоретического обоснования магистерской деятельности по теме «Социально психологическое здоровье населения: теория и практика» рассмотрены возможности использования научных познаний в формировании здоровых социально-психологических отношений, гармонизации социально-психологических отношений в микросоциуме – в семье.

**Степень изученности** данной темы свидетельствует о постоянном научном интересе исследователей, гуманитарно-социологических направлений, практиков, координаторов, консультантов из ближнего и дальнего зарубежья, а так же СМИ и телевидения. Таких как: И. Кант, Платон, Аристотель, Ф. Энгельс, Н. Коперник, А. Кунанбаев, Ш. Уалиханов, современные ученые социологии и психологии П. Бурдьё, Ю. Хабермас и др.

**Цель исследования:** изучить теоретическое обоснование и практическое использование научных разработок в деятельности СМИ, ТВ и социально-психологических служб.

**Объект:** молодые семьи.

**Целевая группа:** молодые люди в возрасте 18-35 лет.

**Предмет исследования:** рассмотрены возможности использования научных познаний в формировании здоровых социально-психологических отношений в семье.

**Материалы и методы:** анализ и обзор исследований, анализ учетной документации, мониторинг и оценка молодых семей.

**Конечная цель исследования:** гармонизация социально-психологических отношений в микросоциуме, семье.

**Обсуждение:** В результате внедрения современной модели нового формата воздействия на формирование правильных взаимоотношений в микросоциуме семьи ожидается повышение уровня социально-психологической грамотности определенной части населения в сфере гармонизации социальных связей, будет способствовать ответственности каждого члена семьи за сохранение собственной семьи, воспитанию психологически здоровых детей, профилактике социального сиротства.

В процессе межведомственного взаимодействия совершенствуется целенаправленная подготовка специалистов нового поколения

мультидисциплинарной команды СМИ (ведущий, режиссер, психолог, журналист, социальный работник).

**Л. Т. Сапарова, Г. Т. Аталыкова, Г. Н. Амиргалиева, Н. А. Аманбаева**  
**СОЦИАЛЬНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ УНИВЕРСАЛЬНО-ПРОГРЕССИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.**

*НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Республика Казахстан*

Универсально- прогрессивная модель патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи, внедряемая благодаря реализации государственной программы «Денсаулык» является эффективным инструментом в улучшении показателей здоровья населения страны. Необходимость в кардинальном усовершенствовании конструкции, уже существующей патронажной службы назрела в связи с тем, что она не отвечала современным критериям качества оказания помощи в амбулаторных условиях. Визиты на дому сводились к кратковременному контакту с матерью, в ходе которого медицинская сестра, осуществляющая патронаж преимущественно обращала внимание на физическое здоровье ребенка, приглашала на вакцинацию или прием, заполняла необходимые формы, посещала ребенка во время болезни. Во время визита не уделялось внимание развитию привязанности и настроенности родителей к ребенку, вовлечение отцов в воспитание, не учитывалось здоровье родителей, взаимоотношения в семье. Все выше перечисленное не способствовало здоровому, гармоничному росту ребенка, формированию в нем жизнестойкости и уверенности, не скрепляло семейных взаимоотношений. Учитывая неэффективную патронажную практику на уровне первичной медико-санитарной помощи было принято решение министерством здравоохранения РК, согласно целям устойчивого развития стран ООН (2015год) модернизировать патронажную службу в стране. Первым шагом на пути к этому были пилотные проекты по внедрению новой патронажной модели в Кызылординской и Атырауской областях. Вторым шагом явилось обучение преподавателей-тренеров медицинских колледжей и университетов этой новой модели на тренерских курсах. Так, получив расширенные знания преподаватели-тренеры приступили к обучению специалистов, работающих на этапе первичной медико- санитарной помощи в стране.

В данной публикации мы представляем сравнительный анализ, проделанной работы преподавателями – тренерами НАО «Медицинский университет Астана» в г. Нур-Султан, Акмолинской, Северо-Казахстанской областях.

С момента начала проведения циклов по универсально-прогрессивной модели патронажного обслуживания и до настоящего времени (сентябрь 2019г.) прошли обучение 435 человек. Из них: врачи общей практики в количестве 121 человека (27,9%), врачи – педиатры – 58 человек (13,3%), средние медицинские работники - 214 человек (49,2%), социальные работники - 20 человек (4,6%), психологи - 22 человека (5,0%).

Во время проведения циклов организовывались патронажные выходы на участки врачей, в социально – уязвимые семьи. Общей тенденцией в настроении родителей во время визитов были: настороженность, озабоченность, растерянность, удивление. Визитеры вместе с тренером оценивали развитие детей, их питание, воспитание, взаимодействие семьи с другими государственными организациями в обществе.

При этом визитеры внимательно слушали родителей, были доброжелательными к ним, используя проактивный подход, давали советы по кормлению, информацию по искусству воспитания (играй, читай, разговаривай), по вовлечению отцов в воспитание детей, по созданию окружающей и безопасной среды детям. Общим в эмоциональной картине можно назвать удивление и слабую надежду на то, что эта новая модель патронажа заработает в полную силу на амбулаторном этапе. При сравнительной оценке результатов, проведенных патронажей в сельской местности и малых городах, обращает на себя внимание плохая информированность населения и их семей, о тех услугах, которые предоставляет амбулаторное звено, отделы образования, отделы трудоустройства, общественные объединения по сравнению с жителями мегаполиса. Отмечается слабая межсекторальная интеграция амбулаторного звена и других организаций общества. Следует отметить, что в мегаполисе количество социальных работников значительно больше, в то время, как в области и малых городах их не хватает. При этом объем выполняемых услуг социальными работниками в области и малых городах неизмеримо более высок. Отсутствует мотивация среди социальных работников, что приводит к малой инициативности.

После завершения обучения слушатели тренингов по универсально-прогрессивной модели патронажной службы заполняли анкеты.

Анализ анкетных данных показал следующее: важность привлечения отцов в воспитании детей; необходимость регулярного чтения ребенку не менее 15 минут в день; важность умения слушать и слышать детей; искоренения стигм и дискриминации в обществе; значимость «экологического принципа» в работе с детьми и их семьями; преимущества проактивного подхода, укрепление межсекторального сотрудничества между органами здравоохранения и другими организациями общества. В своих ответах по окончании цикла все без исключения высказывали мнения, что такой объем работы осуществить возможно только при выделении отдельной ставки патронажного работника на каждый участок поликлиники. Непременным условием успешной реализации этой программы является



обучение администрации поликлиник. Важно не только дать полную информацию об этом проекте, но и влюбить руководителя в эту идею! В противном случае, этот замечательный проект может не реализоваться на практике. Положительной составляющей явилось то, что каждый из слушателей посмотрел на себя и свои взаимоотношения с семьями с критической точки зрения.

Резюмируя вышесказанное, следует сказать, что реализация универсально-прогрессивной модели патронажной службы имеет далеко идущие социальные, положительные перспективы для всего общества в целом.

Это здоровье и гармоничное развитие подрастающего поколения; профилактика разводов (вовлечение отцов в воспитание детей, помощь в послеродовой депрессии семьям, формирование настроенности родителей к детям), профилактика суицидов в подростковой среде (дети будут доверять своим родителям, будут более уверенными в жизни, меньше будут испытывать отчаяние и страх), профилактика социального сиротства и отказа от детей; профилактика отказа от престарелых родителей (развитие привязанности и доверительного отношения к родителям), профилактика слабоумия (чтение, позволяет активизировать работу мозга).

Таким образом, инвестиции в ранний детский возраст (от 0 до 3 лет), приведут к оздоровлению общества и снижению медико-социальных рисков в стране.

**С. Б. Сарбасова, А. Х. Махметова**

### **ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ И МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №11 Г. НУР-СУЛТАН»**

*Казахский университет экономики финансов и международной торговли  
(г. Нур-Султан)*

**Актуальность.** В настоящее время идет процесс реформирования социальной службы учреждений системы здравоохранения в плане паллиативной помощи. Это форма медико-социальной помощи является одной из наименее изученных областей медицины, и актуальность ее исследований остается неопределенной по мере роста числа людей, нуждающихся в специальных социальных услугах. Необходимо отметить, что доступная медицинская помощь может быть трудной. Изучаемая проблема не только медицинская и социально-экономическая, но и морально важная. Человеку, оказавшемуся в трудной жизненной ситуации для обеспечения достойного качества жизни, нужна и социально-психологическая помощь в сотрудничестве с врачом.

**Степень изученности** данной темы свидетельствует о научном интересе исследователей, врачей-экспертов, специалистов социальной

службы в сфере медицины, психологии, социальной педагогики и социальной работы. В трудах М.Ричмонд, Е. Холостовой, Б.Басова, В.Бочаровой - исследователей ближнего и дальнего зарубежья, а так же казахстанских ученых и врачей: Р.Абзалова, Н.Батпенова, А.Аканова, А.Кутлумуратова и др.

**Цель исследования:** анализ взаимодействия между индивидуальными и институциональными участниками организации паллиативной помощи в системе здравоохранения.

**Объект:** социально-психологическая практика паллиативной помощи инкурабельным больным.

**Целевая группа:** пациенты, состоявшийся на учете ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №11» г. Нур-Султан

**Предмет исследования:** гармонизация отношений с инкурабельным больными.

**Материалы и метод:** системного, ситуационного, структурного, факторного и функционального анализа. Первая социологическая информация была собрана путем анализа документов, анкетирования и экспертных опросов, подробных интервью и мониторинга.

**Конечная цель исследования:** Предложить инновационные формы и методы паллиативной помощи. Использовать комплексный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников, в том числе, при необходимости, непосредственно после утраты. Достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей

**Обсуждение:** В результате использования инновационных методов и форм оказания специальных социальных услуг пациентам ожидается улучшение социально-психологического состояния, доверительных отношений, между больным и членами семьи, мультидисциплинарной команды лечебного учреждения/врач, социальный работник, медсестра, психолог; а также взаимопонимание

**Д. С. Сейдалина, С. Б. Сарбасова**

## **ВАЖНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ: ВЛИЯНИЕ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ НА СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ**

*Казахский университет экономики финансов и международной торговли  
(г. Нур-Султан)*

**Актуальность.** Здравоохранение в любом государстве на любом этапе его развития является важнейшей отраслью экономики, отвечающей за основную государственную ценность - человеческий капитал и уровень жизни индивида. Финансирование здравоохранения, его объемы, модели, механизмы - это одна из важнейших составляющих, определяющая

эффективное функционирование отрасли. От финансового механизма, грамотного анализа, современной методики оценки эффективности работы, своевременного конструктивного контроля за деятельностью отрасли зависит уровень качества медицинских услуг. Формирование цивилизованного рынка медицинских услуг, рациональное использование его ресурсов не только затрагивают интересы каждого человека, но и определяют, в известной мере, показатели здоровья нации, качества и уровня жизни населения.

Здоровье населения - важнейший элемент социального, культурного и экономического развития страны. Главная цель модернизации системы здравоохранения - доступность и повышение качества медицинской помощи для широких слоев населения. Система обязательного медико-социального страхования сегодня играет ключевую роль в решении этой задачи. В нашей стране в настоящее время она находится на этапе становления. В связи с этим необходимость выявления проблем и факторов, влияющих на развитие системы обязательного медико-социального страхования, а также разработка комплекса мероприятий, направленных на повышение эффективности ее функционирования, обусловили актуальность данной работы

**Степень изученности.** В.А. Агаркина, Л.М. Бабича, М.Я. Шиминовой, Ю.В. Якушевой. Ими выдвигались различные подходы к принципам построения системы медицинского страхования, но проблемы реализации современных механизмов финансирования рассмотрены не полностью.

Развитие финансового механизма рассмотрено в работах С.Бриттана, Д.Норта, Ф.Хайека, Л.Эрхарда;

Проблемы организации, функционирования и реформирования действующих систем здравоохранения зарубежных стран рассмотрены в работах: В.З Кучеренко, Р.Б.Салтмана, Дж.Л. ГрангДж., Фигейраса.

**Цель исследования:** обоснование теоретических подходов и разработка практических рекомендаций по совершенствованию системы обязательного медико-социального страхования.

**Объект:** Объектом исследования выступает система медико-социального страхования Казахстана, деятельность финансовых институтов в системе медико-социального страхования.

**Целевая группа:** государственные служащие, работодатели, предприниматели и лица, работающие по гражданско-правовому договору.

**Предмет исследования:** совокупность социально-экономических, организационных и финансовых отношений по поводу формирования и использования финансовых ресурсов системы медицинского страхования.

**Материалы и методы:** метод статистических группировок, системный подход с учётом сопоставления и сравнения теории и сложившейся практики, сравнительный анализ, а также экономико-математические, статистические и графические методы.

**Конечная цель исследования:** Определение перспективных направлений развития медико-социального страхования в Казахстане, основанных на комплексном подходе к применению добровольного и обязательного медико-социального страхования для повышения эффективности и результативности финансирования системы здравоохранения.

**Обсуждение:** Обязательное медицинское страхование призвано обеспечить всем гражданам равный доступ к получению качественной медицинской помощи в объеме и на условиях, соответствующих программам ОСМС. В идеале каждый человек будет иметь возможность выбора лечебного учреждения, благодаря чему могут быть созданы стимулы для развития конкуренции между поставщиками медицинских услуг, мотивации среди медицинского персонала. Кроме того, в систему здравоохранения будут привлечены дополнительные средства при снижении государственных затрат на его финансирование, повысится ответственность населения за свое здоровье, а работодателей – за здоровье своих работников. Главный смысл проводимых преобразований заключается в предоставлении медицинских услуг при соблюдении принципа общественной солидарности и удовлетворения потребности всех граждан в медицинской помощи. На сегодня в ФСМС по городу Нур-Султан заключили 128 договоров с медорганизациями, это 93 поставщика по оказанию медпомощи. Из них 36 – государственные. Все остальные являются частными организациями.

Система обязательного медицинского страхования поможет Казахстану идти в ногу со временем, а также стимулировать дальнейшее развитие страхового рынка. Ведь ни для кого не секрет, что у развитых стран мира практикуется медицинское страхование, и является основной частью жизни.

**А. С. Серсаулетова**

## **АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.**

*НАО «Медицинский университет Караганды»*

**Введение:** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), распространенность которых среди пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа более чем в 4 раза превышает таковую у лиц без данного заболевания, являются причиной смерти 70–80% больных. Среди первых наибольшую значимость представляют нарушения липидного обмена, которые, по данным литературы, диагностируются у 50–97% пациентов, а также артериальная гипертензия, ожирение, курение и повышенная активность свертывающей системы крови.

Анализ результатов многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, включавших группы больных СД 2 типа, позволяет сделать вывод о положительном эффекте применения гиполипидемической терапии в качестве как первичной, так и вторичной профилактики ССЗ у пациентов с СД 2 типа. В трех исследованиях — Cholesterol and Recurrent Events Study (CARE), Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) и Long-term Intervention of Pravastatin on Ischaemic Disease (LIPID) — изучалось применение статинов у пациентов с СД 2 типа и ИБС. Данные исследования показали несомненную положительную роль применения гиполипидемической терапии для уменьшения риска фатальных осложнений у пациентов с СД 2 типа.

Учитывая вышеизложенные данные целью настоящей работы является получение объективных данных о применении гиполипидемических средств у больных СД 2 типа, оценка их соответствия протоколам диагностики и лечения и оптимизация гиполипидемической терапии в зависимости от показателей липидного спектра.

Ретроспективный аудит требованиям ПДЛ (анализ амбулаторных карт). Критерии для включения: 100 больных с СД 2 типа, состоящих на диспансерном учете, обоюго пола в возрасте от 40 до 70 лет; наличие подписанного информированного согласия пациента на участие в исследовании.

Из всех больных которые были включены в исследование 63% назначались гиполипидемические препараты.

**Заключение:** В настоящее время гиполипидемические препараты являются препаратами выбора для профилактики и лечения вызванных атеросклерозом ССЗ и сердечно-сосудистых осложнений.

**А. Ж. Табулдина, Б. Т. Байдалина, А. В. Косулина, Н. Ж. Жакетова**  
**ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**  
**С ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО**  
**ЗВЕНА**

*ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №5» Акимата г. Нур-Султан*

**Актуальность:** Всемирный демографический прогноз на ближайшие пятьдесят лет позволяет говорить о тенденции заметного старения населения. Процесс старения населения выражается в возрастании доли пожилых людей вызванных снижением коэффициента рождаемости и ростом продолжительности жизни.

По оценкам экспертов, к 2050 году доля лиц пожилого возраста в мире составит 22% от численности всего населения.

Сегодня доля пожилых людей в Казахстане составляет 6,6% от населения.



Ключевым фактором, определяющим образ и качество жизни людей пожилого возраста, их способность участвовать в процессах социально-экономического развития страны, является их состояние здоровья.

Биологическое старение приводит к развитию ряда тяжелых заболеваний, таких как рак, сахарный диабет, инсульт, инфаркты, нарушения опорно-двигательного аппарата, зрения и слуха, старческие деменции и другие, следовательно, к ограничению активности пожилых людей, выключению их из процессов общественного и экономического развития, снижению уровня жизни, разрушению их социальных связей.

**Цель исследования:** Просвещение людей пожилого возраста в вопросах здорового образа жизни: отдыха, сбалансированного питания, достаточной двигательной активности, отсутствия пагубных привычек, любви к людям, положительного восприятия. Оздоровление пожилых людей с использованием комплекса физкультурных занятий, элементов дыхательной гимнастики и других методов. Привлечение лиц пожилого возраста к социальному взаимодействию, усилению независимости, ориентации на реальность и постоянно меняющуюся действительность.

**Материалы и методы:** Нормативно-правовые акты Министерства Здравоохранения Республики Казахстан.

**Результаты:** Реализация государственной политики в отношении пожилых, обеспечена достойного уровня и качества их жизни осуществляется путем: материального обеспечения, содействие занятости, профессиональной и личностной самореализации медицинской помощи социального обслуживания, обеспечения доступности образовательных, культурных и досуговых услуг, услуг в сфере физической культуры и спорта.

Важным фактором в развитии человеческого потенциала, сохранения и укрепления здоровья людей, воспитания подрастающего поколения являются физическая культура и спорт. В связи с этим растет необходимость создания условий, обеспечивающих возможность для населения вести здоровый образ жизни, систематически заниматься физической культуры.

Клуб здоровья «Школа жизни» - одна из социальных технологий для людей пожилого возраста, которая предусматривает профилактические консультации узкими специалистами для поддержания здоровья и проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на развитие физической активности, профилактику заболеваний, а также позволяет создать условия для регулярных встреч, поддержать и развить творческие интересы.

Направления работы Клуба здоровья «Школа жизни»

- Оздоровительная программа.
- Познавательно – образовательная программа.
- Культурно – досуговая программа.

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний у людей пожилого возраста, ранняя диагностика этих заболеваний и факторов риска их развития с последующей коррекцией с целью снижения заболеваемости, включает в себя информационную грамотность населения и формирование здорового образа жизни.

**Ожидаемые результаты:** Рост доли людей пожилого возраста прошедших обучение в школе жизни и занимающихся физической культурой и спорта.

**Л. Тихонова, Н. Каримов, К. Суханбердиев**  
**ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ПМСП  
ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАВНОГО И УНИВЕРСАЛЬНОГО ДОСТУПА  
К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ  
СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ В КАЗАХСТАНЕ (НА ПРИМЕРЕ  
ИССЛЕДОВАНИЙ ЮНИСЕФ)**

Данная статья отражает комплекс практических рекомендаций по выстраиванию институциональных рамок на макро и микро уровне политики и практики социальной работы в здравоохранении в Казахстане, основанных на результатах данных анализа социальной работы ЮНИСЕФ в период с 2016 по 2019 гг., направленных на обеспечение равного доступа семей с детьми к услугам первичной медико-санитарной помощи.

Основные выводы подкреплены свидетельствами исследований на основе триангуляции методов анализа, а именно, опроса домохозяйств с детьми, фокус-групп с социальными работниками ПМСП, прямого наблюдения оказываемой работы социальными работниками при посещении беременных женщин во время пилота универсальной-прогрессивной модели патронажа беременных женщин и семей с детьми до 5 лет, контент-анализа документации социального работника с 2016 по 2018 г.

Согласно Астанинской декларации ПМСП от 2018 года, равный доступ населения к услугам здравоохранения в первичном звене медико-санитарной помощи является необходимым каркасом универсального охвата услугами населения вне зависимости от статуса, места проживания (городская или сельская местность), дохода домохозяйств, социально-экономической ситуации получателей услуг.

Сформулированные принципы о социальной работе в Руководящих принципах о социальной работе ЮНИСЕФ (2019) фундаментальное видение роли и значения данного направления на своевременную защиту и равный доступ в обеспечении права детей на здоровье, развитие, образование, социальную защиту, защиту от жестокого обращения и насилия, помощь в условиях стихийных бедствий, кризисов и катаклизмов.

Социальная работа в контексте принципов ЮНИСЕФ является выстроенной системой интегрированных услуг на основе подхода

комплексной поддержки семьи в определении потребностей ребенка, формировании плана поддержки, перенаправления семьи в другие секторы государства, частного бизнеса, НПО, постоянного мониторинга выполнения индивидуального плана сопровождения, пересмотра и анализа ситуации ребенка.

Многочисленные исследования ВОЗ и ЮНИСЕФ доказали экономическую эффективность инвестиций при оказании помощи с помощью раннего выявления заболеваемости, рисков, осложнений на уровне первичной медико-санитарной помощи. В данной коннотации эффективности первичных медико-санитарных услуг здравоохранения социальная работа является ключевым составляющим элементом системы интегрированных услуг ПМСП.

Более того, модель патронажного обслуживания беременных женщин и семей с детьми от 0 до 5 лет, пилотируемая ЮНИСЕФ в Казахстане в сотрудничестве с Министерством здравоохранения РК при экспертной поддержке ведущих экспертов ISSA Step by Step с 2016 по 2017 гг. доказала успешную применимость социальной работы на основе кейс-менеджмента при раннем выявлении различных социальных факторов рисков и депривации у детей и беременных женщин.

В период апробации патронажных услуг в Кызылординской области предложенная методология ЮНИСЕФ кейс менеджмента в организации социальной работы ПМСП значительно укрепила навыки социальных работников поликлиник в проведении оценки потребностей целевых групп населения, планировании пакета прогрессивных услуг с посещением на дому, перенаправлением семей с детьми в другие организации различных секторов, социальной защиты, образования, миграции, других служб и НПО для получения необходимой помощи.

Важно отметить, что потребность в обучении социальных работников в пилотных организациях ПМСП возникла в связи с отсутствием понимания у руководителей организаций ПМСП о роли социальной работы и низким уровнем осведомленности населения о социальной работе в новом понимании. На основе данных опроса населения о качестве и доступности услуг патронажной медсестры и социальных работников в рамках исследования ЮНИСЕФ "Отбора гарантированного качества (ОГКЛ) в 2014, 2016, 2017 и 2018 гг. домохозяйства не были осведомлены о функционале социальных работников, не были посещены социальным работником в условиях социально-экономической депривации и инвалидизации ребенка. Соответственно, определить уровень удовлетворенности населения услугами социального работника ПМСП не представилось возможным с помощью опроса домохозяйств.

По требованиям национальных нормативов, на каждые 10 000 человек назначается один социальный работник. Исходя из этого, социальный работник (имеющий среднее медицинское образование) работает не со всеми, а только с социально незащищенными слоями населения, куда входят

люди, попавшие в трудную жизненную ситуацию: несовершеннолетние или матери-одиночки, матери, у которых родились близнецы или тройня, инвалиды/люди с ограниченными возможностями, дети и матери, проживающие в семьях, в которых есть алкоголики или наркоманы, жертвы домашнего насилия или семьи с низким материальным достатком. Как правило, определяет такие слои населения участковая медсестра во время посещений на дому. Если беременная женщина относится к социально незащищенной группе, то социальный работник обязан посещать ее один раз в неделю. Как показало исследование, в 2014 году социальный работник посетил только одну из 76 опрошенных женщин с детьми от 0 до 5 месяцев, тогда как 4 матери (5,2%) сообщили о том, что нуждались в таком визите социального работника. В 2015 году социальный работник посетил 2 из 76 опрошенных женщин с детьми от 0 до 5 месяцев, и ни одна из 76 матерей не сказала, что нуждались в визите социального работника.

В 2016 году социальный работник посетил 14 из 57 опрошенных женщин с детьми от 0 до 5 месяцев, и две из 57 матерей сказали, что нуждались в визите социального работника. В 2017 году по результатам анализа опроса домохозяйств в Кызылординской и Мангистауской области, социальный работник посетил только одну из 57 опрошенных женщин с детьми от 0 до 5 месяцев (1,8%), и ни одна мама не сказала о том, что нуждалась в таком визите социального работника.

По словам матери ребенка от 0 до 5 месяцев в, которую посетил социальный работник в течение последних 12 месяцев (2017), последний выполнил все требуемые действия, прописанные в протоколе, за исключением следующих:

1. Социальный работник спросил об отношениях с мужем, но не задавал деликатных вопросов о случаях секса по принуждению или насилия.
2. Социальный работник не задавал вопросов об отношениях с остальными членами семьи.
3. Социальный работник не помог разработать план для решения проблем женщины.

Данная ситуация еще раз показывает неэффективность определения ограниченного круга категорий населения в качестве потенциальных получателей социальных услуг в законодательных нормах по оказанию социальных услуг. Если в традиционной модели социальный работник воспринимается как специалист по уходу на дому за определёнными категориями населения, при пилотировании универсальной-прогрессивной модели домашних визитов социальный работник оказался ключевым звеном в определении более расширенного круга уязвимых семей, определении потребностей и оказании услуг в ответ на выявленные нужды семей с детьми до 5 лет.

Несмотря на то, что были приняты важные шаги в разработке комплексной и устойчивой системы социальной работы в рамках Закона О специальных социальных услугах, Государственной Программы развития

здравоохранения «Денсаулык» (2016-2019), все еще остаются проблемы, влияющие на качество предоставляемых услуг социальным работником в здравоохранении и других секторах.

С одной стороны, создалась уникальная ситуация в системе ПМСП, а именно введение в штатное расписание социального работника как самостоятельную единицу, но в тоже время без условий для оказания услуг в том числе: должностных инструкций, алгоритмов действий, стандартов, категоричности, отчетности, индикаторов качества и др.

Существующие упущения на уровне медорганизации исходят из структурных проблем ПМСП и того, как организована система в целом. Вместе с тем, сказывается влияние общего недопонимания принципов социальной работы в соответствии с международными стандартами ОЭСР со стороны лиц принимающих решения и менеджеров здравоохранения разных уровней.

Кроме того, анализ социальной работы в системе здравоохранения Казахстана, проведенный в 2018 году при технической поддержке ЮНИСЕФ, показал, что унифицированная система регистрации и сертификации социальных работников недостаточно развита из-за отсутствия единого независимого органа, который бы осуществлял контроль и поддержку качества.

Социальные работники в системах здравоохранения, образования и социальной защиты в соответствии с международными стандартами должны проходить профессиональный экзамен и получать категорию каждые пять лет, однако, данные нормы не приняты в национальном законодательстве. В системе здравоохранения большинство социальных работников оказывают услуги только для людей с инвалидностью, что не соответствует требованиям настоящего времени и реальных потребностей детей и их семей, что значительно ограничивает потенциал как самих социальных работников, так и ресурсы медицинской организации с точки зрения профилактики заболеваемости.

В связи с внедрением новой модели патронажных услуг в ПМСП, расширился спектр компетенций и функциональных обязанностей социальных работников здравоохранения в соответствии с целью, направленной на выявление риск-факторов, влияющих на социальную уязвимость и здоровье ребенка и матери. По итогам пилотирования УПМ в Кызылординской области, поставленная социальная работа в системе ПМСП, укрепила систему здравоохранения с точки зрения профилактики что в свою очередь привело к значительной экономии бюджетных средств для оказания первичной и стационарной медицинской помощи.

Основным выводом моделирования УПМ в Кызылординской области является свидетельство экспертов о том, что внедрение интегрированных социально-медицинских услуг на уровне первичной системы здравоохранения, помогает руководителям ПМСП значительно укрепить систему профилактики заболеваний среди населения и предупредить



различные риски заболеваемости и смертности среди детей младшего возраста с помощью методологии кейс менеджмента.

Кейс-менеджмент – это процесс, в котором объединяется оценка, планирование, помощь и поддержка в получении услуг, соответствующих потребностям ребенка, в том числе развитие детей раннего возраста, правильное питание, профилактика смертности на дому, защита от жестокого обращения, оказывающих прямое воздействие на здоровье ребенка. (GUIDELINES TO STRENGTHEN THE SOCIAL SERVICE WORKFORCE FOR CHILD PROTECTION).

Оценка нужд и рисков, планирование и сопровождение проводится социальным работником совместно с патронажной медсестрой и врачом общей практики с помощью в соответствии с Приказом Министра здравоохранения №1027 от 25 января 2018 года «Стандарты педиатрической помощи».

При проведении оценки потребности ребенка, социальному работнику необходимо оценить степень влияния разных риск-факторов на благополучие семьи и ребенка. Глубинная оценка социального работника помогает медицинской организации измерить уровень влияния факторов на раннее развитие и физическое здоровье ребенка и определить меры необходимые для устранения рисков и нужд (см. Приложение 1). После проведения глубинной оценки ситуации ребенка и его окружения, социальный работник составляет индивидуальный план сопровождения семьи (см. Приложение 2) с привлечением специалистов различных сфер и ведомств для предоставления услуг социальной защиты, образования, психологического консультирования, трудоустройства родителей, социальной адаптации, получения жилья и социальных пособий на ребенка (в случае необходимости), направления семьи в службы по защите ребенка в ответ на выявленные потребности ребенка и его семьи.

Патронажная сестра, обеспечивая универсальный охват домашними визитами всех семей, где проживают беременные женщины и дети раннего возраста, оценивает медицинские и социально-бытовые риски, угрожающие здоровью, развитию и безопасности ребенка. В случае обнаружения социально-бытовых рисков семья перенаправляется социальному работнику для дальнейшего сопровождения. Ситуации, в которых находятся семьи и дети раннего возраста, могут иметь разную степень рисков: высокую, умеренную и низкую.

При получении информации от патронажной медсестры о выявленном случае умеренного и высокого риска, социальный работник предоставляет услуги по прогрессивному пакету в ответ на выявленные потребности ребенка и семьи.

По данным ЮНИСЕФ, в среднем 10 процентов семей на участке имеют высокую степень риска и направляются социальному работнику для предоставления комплексной программы с прогрессивным посещением

семьи в том числе специалистами различных служб (социальная защита, центр занятости, образование, миграционная служба, НПО, психологи и др.).

В связи с новым подходом нагрузка, длительность предоставления той или иной услуги социального работника значительно изменилась. В связи с чем возникает необходимость в описании видов услуг социального работника, длительности их предоставления из расчета на одну семью, обслуживаемую на участке определенной поликлиники. Вид деятельности социального работника при предоставлении прогрессивного пакета услуг УПМ и хронометраж помогают четко определить необходимую нагрузку одного социального работника.

Учитывая расширенный спектр услуг социального работника в соответствии с методологией Кейс менеджмента расчет нагрузки специалиста должны быть пересмотрены. Пересмотренная нагрузка поможет решить вопросы качества предоставления интегрированных услуг ПМСП.

Существующая нагрузка социального работника 1:10000 прикрепленного населения не может обеспечить качество стандарта педиатрической помощи.

Согласно новым поправкам в национальном законодательстве Президента РК от 1 апреля 2019 года, а именно, Кодекс РК об административных правонарушениях от 5 июля РК (ст. 127-1) и Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» (ст. 182, пункт 5-1), специалисты здравоохранения обязаны незамедлительно информировать о фактах насилия в отношении ребенка уполномоченным органам.

Так, в системе патронажных посещений семей с детьми при выявленном случае насилия патронажным сотрудником, социальный работник обязан незамедлительно посетить семью в рабочее время либо сообщить в органы опеки и участковому инспектору о случае насилия и любой угрожающей жизни ребенка ситуации. Более того, данная норма обозначена в главе 2 «Основные направления деятельности и структура организаций, оказывающих педиатрическую помощь», статье 14 Приказе 1027 Министра здравоохранения РК «Стандарт педиатрических услуг» от 25 января 2018 года: «При обнаружении фактов насилия и телесных повреждений осуществляется оказание лечебно-профилактической помощи, проведение медицинской реабилитации, извещение органов внутренних дел».

Кроме глубинной оценки, планирования и сопровождения социальный работник обязан проводить мониторинг предоставления услуг, назначенных в плане сопровождения семьи на постоянной основе с привлечением специалистов, привлеченных в программу сопровождения семьи и ребенка.

Пошаговый алгоритм оказания услуг социальным работником представлен в методических рекомендациях по внедрению универсально прогрессивной модели патронажных посещений.

Для наглядной демонстрации циклического процесса социальной работы представлен схематичный рисунок ниже.

Рисунок 1. Циклический процесс социальной работы:



Управление случаем проводится комплексно на мультидисциплинарном уровне, с участием разных специалистов как внутри организации здравоохранения, так и других ведомств (например, органов социальной защиты, образования, департамента внутренних дел, акимата, неправительственным организаций и других).

Для расчета нагрузки социального работника в системе ПМСП, важно установить типы услуг и время, затрачиваемое на каждый вид услуги для одной семьи. Подход, ориентируемый на охват количества прикрепленного населения, является не эффективным в области предоставления прогрессивных услуг. По результатам Аналитической справки ЮНИСЕФ в 2019 году, социальный работник не предоставляет активные услуги 10 тысячам прикрепленного населения на постоянной основе, профессиональные компетенции социальных работников не определены, функционал не соответствует цели и задачам социальной работы. Более того, данные опроса домохозяйств, проводимого ЮНИСЕФ в партнерстве с РЦЭЗ в течение 2016, 2017 и 2018 году, свидетельствуют о слабой информированности населения о роли и основных функциях социального работника.

Если в традиционной модели социальные работники выполняли функции исключительно по уходу за пожилыми людьми и лицам с инвалидностью, то по новой модели патронажа социальный работник обязан предоставлять услуги, направленные на выявление рисков и потребностей ребенка, осуществлять планирование широкого спектра услуг

в сотрудничестве с другими секторами для улучшения социальной ситуации семьи, влияющей на здоровье и развитие ребенка с раннего возраста.

ЮНИСЕФ предлагает **матрицу расчета** нагрузки социальной работы в ПМСП в рамках программы универсальной-прогрессивной системы патронажа беременных женщин и семей с детьми от 0 до 5 лет.

Согласно алгоритму ведения случая в рамках системы УПМ, социальный работник предоставляет следующие услуги:

Таблица №1. Наименование услуг социального работника и хронометраж предоставления услуг.

| Наименование услуги социального работника по УПМ  | Время предоставления услуги  | Вид услуги (прямой и непрямой)   |
|---|--|--|
| Проведение глубинной оценки потребностей ребенка и семьи  | 60 – 80 минут для одной семьи  | ПРЯМОЙ. Семья в группе риска   |
| Проведение бесед со специалистами, работающими и взаимодействующими с семьей ребенка  | 60 минут на одного специалиста   | ПРЯМОЙ. Семья в группе риска   |
| Ведение записей в системе ПМСП  | 60 минут в неделю на одну семью  | НЕПРЯМОЙ. Система учета ПМСП   |
| Картирование ресурсов местности (анализ дополнительных ресурсов на участке для оказания поддержки семьям с детьми)  | 3 часа. Каждые 6 месяцев   | НЕПРЯМОЙ. Команда УПМ ПМСП   |
| Организация встреч мультидисциплинарной команды   | до 3 часов в неделю для ведения случая одной семьи   | НЕПРЯМОЙ   |
| Составление плана сопровождения семьи на встрече/совещании с мультидисциплинарной командой специалистов:<br>А. Представление случая на основе результатов глубинной оценки<br>В. Определение услуг;<br>С. Назначение услугодателей;<br>Д. Установление сроков выполнения. | 2 часа в неделю  | НЕПРЯМОЙ. Партнерские организации (акимат, социальная защита, центр занятости, юридическая и правовая поддержка, образование т.д.) |
| Мониторинг и посещение семьи  | 1 час в неделю   | ПРЯМОЙ. Семья  |
| Пересмотр плана сопровождения семьи   | 1 час ежемесячно для одной семьи   | ПРЯМОЙ. Семья  |
| Участие в супервизии для профилактики выгорания   | 4 часа в месяц   | НЕПРЯМОЙ   |
| Итог  | 4 часа прямая услуга семье;<br>13 часов непрямая услуга по ведению работы с партнерами и ведению записей |  |

Из таблицы №1 видно, что в среднем социальным работником на одну с семью с различными медико-социальными рисками в соответствии с УПМ затрачивается до 4-х часов прямых услуг и 13 часов не прямых услуг ежемесячно.

Обязательные 4 часа супервизии в месяц социальный работник уделяет для проведения разборов тяжелых комплексных случаев семей с рисками с целью укрепления навыков социальной работы и профилактики эмоционального выгорания. Таким образом супервизию важно учитывать при расчете нагрузки.

Исходя из нагрузки в 40 часов в неделю, около 6-8 семей получают прямые услуги социального работника по прогрессивному пакету УПМ, что равнозначно охвату в расчете до 30 семей в месяц.

По данному расчету около 30 семьям с детьми предоставляется активный патронаж по прогрессивному пакету социальным работником ежемесячно. Соответственно, нагрузка социального работника должна не превышать средний показатель охвата до 150-200 человек в месяц для оказания прогрессивного пакета интегрированных услуг УПМ.

В завершении предоставленного расклада о социальной работе и перспектив развития социальной работы на основе руководящих принципов ЮНИСЕФ (2019), важно резюмировать следующие выводы. Институционализация социальной работы должна иметь подкрепляющую базу оценки потребностей социальных работников, в том числе парасоциальных работников в непрерывном обучении управления случаем при сопровождении семей, в овладении навыками кейс-менеджмента, коммуникации, оценки потребностей, перенаправления и анализа ситуации семьи.

Для решения данной задачи необходимо провести ряд исследований на предмет внедрения стандартов социальной работы ЮНИСЕФ в сотрудничестве с Ассоциациями социальной работы, НПО, пересмотреть нагрузку социального работника в здравоохранении, внедрить новые компетенции социальных работников здравоохранения на основе кейс менеджмента, разработать единую программу подготовки социальных работников в сфере здравоохранения, категоричность специалистов.

**С. Н. Уразова, Е. М. Цай, Н. А. Аманбаева, М. Б. Бримова**  
**ЗАМАНАУИ ПАТРОНАЖДЫҚ ҮЛГІНІ ЕНГІЗУ КЕЗІНДЕГІ ҒЫЛЫМ**  
**МЕН ТӘЖІРИБЕНІҢ БАСТАПҚЫ БӨЛІМДЕ ӘРЕКЕТТЕСУІ**  
*«Астана Медицина Университеті» КеАҚ Нұр-Сұлтан қ.*

2018 жылдың қазан айында Алматы декларациясының 40 жылдығына арналған ғаламдық конференция өтті. Алғашқы көмек кез келген денсаулық сақтау жүйесінің негізі болып атанды. Бұл өзіндік тіреу. Барлық медициналық көмектің үйлесімі БМСК-ның сапасы мен тұрақтылығына



байланысты. Дүниежүзі бойынша өлім көрсеткіші жоғары созылмалы және әлеуметтік маңызы бар ауруларға көп көңіл бөлініп отыр. Денсаулық сақтауда үлкен орын алып отырған жүкті әйелдер мен ерте жастағы балалар және осал топтағылар денсаулық сақтау жүйесінен жаппай қатаң қарауды талап етеді.

Жалпы дәрігерлік тәжірибе кафедрасының қызметкерлері осы жылы бапкер ретінде бастапқы медико-санитарлық көмек (БМСК) қызметкерлерін оқытып екі жобаға қатысты - Ауруларды қадағалау бағдарламасы және әмбебап үдемелі патронаждық үлгі.

Аталып өткен жобалардың басты маңызы мультидисциплинарлық топқа маңызды рөл бөлінген, себебі бұл жобаларға тек дәрігерлер мен мейіргерлер ғана кіріп қоймай, психологтармен әлеуметтік қызметкерлер кіреді. Қазіргі таңда аурулардың алдын алуда патронаждық жүйеге көзқарас мүлдем өзгеріп, әдіс тәсілдер қайтадан қаралып жатыр. Дәстүрлі әдістерді қолданғанда қалаған нәтижеге жету мүмкін емес болды, себебі дәстүрлі әдістер тек медициналық мәселені шешті. Баланың қай жерде, қандай отбасыда туғанына қарамастан жана үлгі әр баланың өсіп дамуына бірдей мүмкіндік береді.

Дәрігерлер, мейіргерлер, психологтар және әлеуметтік қызметкерлерді ғана оқытып қана қоймай, ерте жастағы балаларды тамақтандыруда қауіп төнген топтарды Нұр-Сұлтан қаласында БМСК дәрежесінде зерттеуге бел буып отырмыз. Бұл зерттеу «Мейіргер ісі» мамандығының магистрлік диссертациясы тақырыбына арналады. Балалар ауруларын интеграциялық жүргізу жүйесінің БМСК-те енгізілуіне қарамастан, ерте жастағы балалардың тамақтануы жөніндегі мәселе мүлдем шешілмеген. Тек ана сүтімен емізілетін балалар үлесі өте аз, қосымша тамақты енгізу мәселесінің де алып отырған орны аз емес. Қаншалықты айтылып жатқанмен де қазіргі кезде ерте жастағы балаларда йод, темір сияқты микроэлементтердің жетіспеушілігі әлі де сақталғаны бірден мәлім.

ӘУПҮ енгізіп психологтардың, әлеуметтік қызметкерлердің қолдауымен ерте жастағы балалардың тамақтануына байланысты мәселелерді шешіп, қауіпті жою мақсатқа алынып отыр. Алда жалпы ерте жастағы балаларға төнген қауіптермен жұмыс жасап, қауіптен арылу жоспарланған.

**Ю.Ф.Филинова**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**

*ТОО МФ «Гиппократ»*

В работе с детьми очень важно использовать гибкие формы психотерапевтической работы. Арт-терапия предоставляет ребенку возможность проигрывать, переживать, осознавать конфликтную ситуацию,

какую-либо проблему наиболее удобным для психики ребенка способом. Арт-терапевтические методики позволяют погружаться в проблему настолько насколько человек готов к ее переживанию. Сам ребенок, как правило, даже не осознает то, что с ним происходит.

Арт-терапия – это специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, в первую очередь изобразительной и творческой деятельности.

Проблема использования арт-терапии в коррекционной работе с детьми с проблемами в развитии одна из древних. Ещё на заре человеческой цивилизации жрецы, а затем врачи, философы, педагоги, задумываясь над тайнами влияния живописи, театра, движений, музыки, пытались определить их роль в восстановлении функций организма, использовали различные виды искусства для лечения души и тела.

В современных условиях проблема актуальна, так как в настоящее время значительно возрастает количество детей с проблемами в речевом развитии и коррекционная работа с ними требует поиска в применении новых эффективных способов решения этой проблемы.

В настоящее время все более активно применяется такой инновационный здоровьесберегающий подход, как терапия искусством. Одно из направлений – арт-терапия или «терапия творческим самовыражением».

Цели арт-терапии.

1. Дать социально приемлемый выход агрессивности и другим негативным чувствам. Работа над рисунками, картинами, скульптурами является безопасным способом выпустить "пар" и разрядить напряжение.

2. Облегчить процесс лечения. Неосознаваемые внутренние конфликты и переживания часто бывает легче выразить с помощью зрительных образов, чем высказать их в процессе вербальной коррекции. Невербальное общение легче ускользает от "цензуры" сознания.

3. Получить материал для интерпретации и диагностических заключений. Продукты художественного творчества относительно долговечны, и клиент не может отрицать факт их существования. Содержание и стиль художественных работ дают возможность получить информацию о клиенте, который может помогать в интерпретации своих произведений.

4. Проработать мысли и чувства, которые клиент привык подавлять. Иногда невербальные средства являются единственно возможными для выражения и прояснения сильных переживаний и убеждений.

5. Наладить отношения между психологом и клиентом. Совместное участие в художественной деятельности может способствовать созданию отношений эмпатии и взаимного принятия.

6. Развить чувство внутреннего контроля. Работа над рисунками, картинами или лепка предусматривают упорядочивание цвета и форм.

7. Сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах. Занятия изобразительным искусством создают богатые возможности для экспериментирования с кинестетическими и зрительными ощущениями и развития способности к их восприятию.

8. Развить художественные способности и повысить самооценку. Побочным продуктом арт-терапии является чувство удовлетворения, которое возникает в результате выявления скрытых талантов и их развития.

Раскрывая свои творческие замыслы ребенок испытывает состояние покоя и мышечное расслабление, это приводит к естественной раскованности при свободном речевом общении. Учащиеся постепенно осваивают технику правильной речи, у них появляется свободное речевое дыхание, не напряженная артикуляция, спокойный темп речи, умение говорить ритмично, с паузами, а также формируются навыки произвольного и самовнушения. Благодаря этому становится возможным общение в более сложной психологической обстановке. Повышается самооценка ребенка, что является важным этапом на пути осознания им своего внутреннего мира. Это помогает детям с нарушениями речи раскрыться и в кругу своих сверстников и в семье, почувствовать себя интересным собеседником.



**З. Х. Хасенова**

## **ФИЛОСОФИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

*г.Нур-Султан*

*Ключевые слова: ПМСП, профилактика первичная, вторичная, третичная, исполнители мер профилактики, солидарная ответственность.*

Рациональным, с нашей точки зрения, является представление обязательных элементов деятельности в виде набора ключевых, первоочередных задач в рамках миссии системы ПМСП, дающих исчерпывающие ответы на контрольные вопросы: Что делать? Как делать? Критерием выбора контрольных вопросов и ответов на них является не только имеющаяся нормативно-правовая база, но и современные понятия о проблемах здравоохранения и здоровья населения.

«Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения...», так выглядит одно из концептуальных определений ПМСП.

Остаются актуальными причины низкого уровня здоровья населения, обозначенные ещё в послании Главы государства народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире», 2010 г:

- недостаточная информированность населения;
- отсутствие мотивации населения в вопросах ведения ЗОЖ, профилактики болезней,
- слабая профилактическая активность системы здравоохранения.

Выделяют общественную и индивидуальную профилактику. В общественной профилактике важнейшее место занимают государственные мероприятия (обеспечение качественной водой и продуктами питания, обеспечение безопасной окружающей и производственной среды, импорт качественных товаров, закуп или производство безопасных лекарственных средств и др.). В индивидуальной же профилактике основную ответственность за здоровье должен нести сам гражданин. Исполнителями мероприятий первичной профилактики являются система ПМСП и соответствующие государственные органы.

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у населения рассматривают три вида профилактики.

К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию и др., усилия со стороны населения и системы ПМСП.

Целью первичной профилактики является исключение факторов для возникновения у граждан проблем по здоровью. Это приоритетное направление деятельности системы ПМСП, к тому же является и самым эффективным путем достижения здорового общества, потому что самая дорогая профилактика дешевле самого дешевого лечения как на индивидуальном, так и на государственном уровне.

Меры первичной профилактики включают самые разнообразные мероприятия. Рассмотрим лишь отдельные аспекты и правила, которые при кажущейся простоте по разным причинам не соблюдаются в обществе.

1. Рациональное, качественное питание как главный источник энергии и строительного материала. Соблюдать в еде не только наличие, но и правильное соотношение белков, жиров, углеводов, минералов и витаминов.

2. Качественное питье. Вода из крана содержит свободный  $\text{Cl}^-$ . При кипячении воды без отстаивания, сразу после забора из крана, хлор соединяясь с минералами воды, образует ядовитые соединения, имеющие тропность к жировым тканям (нервы и мозг богаты липидами). Хлориды являются сильными токсинами.

Кроме того, наиболее опасны для человека крупные органические соединения в воде, которые на 90% являются канцерогенами или мутагенами.

Говоря о качественном питье, невозможно не упомянуть об излюбленных газированных напитках, таких как Coca-Cola. Почему кока-кола вредна для здоровья:

- содержит ортофосфорную кислоту – печеночный яд;
- имеет очень высокое содержание сахара;
- содержит искусственные энерджетики, являясь напитками бодрости.

При легкой степени передозировки кофеина и других фиксируется учащенное сердцебиение, немного повышается артериальное давление и возникает учащенное мочеиспускание. При более высокой дозе сердцебиение становится сильнее, ритмы сердца нарушаются, в руках появляется дрожь, возникают рвота и диарея. Выраженная степень передозировки проявляет себя потерей сознания. Возможен и летальный исход, к которому приводят аритмия, не поддающиеся контролю судороги, либо аспирация рвотными массами;

• газированные напитки – выводят кальций из организма, что приводит к разнообразным неприятностям в организме (например, ломкость костей, судороги, нарушение функций сердечно-сосудистой системы и др.).

3. Медицинские отводы к проведению очередных календарных прививок – это путь накопления прорех и погрешностей в общественном иммунитете. Даже история становления независимого Казахстана напоминает о значительных жертвах при локальных вспышках инфекционных заболеваний не только среди детей. Об этом надо доносить информацию до населения, убеждать в необходимости защиты от угрозы здоровью близких.

4. Профилактика травм (дорожных, спортивных, школьных, производственных, бытовых, уличных и т.д.) и других рисков для индивидуального и общественного здоровья.

5. Программы обучения населения, на наш взгляд, должны содержать тренинги и состоять из обучения навыкам, включать такие вопросы, как:



- борьба с малоподвижностью;
- исключение вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики);
- исключение рисков в быту, на работе, в местах скопления людей, на улице, на проезжей части, на производстве и др.
  - контроль над массой тела;
  - регулярная проверка АД;
  - пальпирование грудных желез;
  - ношение тесного нательного белья и т.д. и т.п.

Целью вторичной профилактики является своевременное устранение реализованных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к осложнению или переход в рецидивирующие и хронические формы заболевания.

Вторичной профилактикой, кроме системы ПМСП, занимаются: поликлиники (второй уровень амбулаторной специализированной помощи) и медицинские организации, оказывающие стационарную помощь.

Мероприятия вторичной профилактики включают раннее и своевременное лечение. Наиболее эффективными методами вторичной профилактики являются диспансеризация и скрининги как комплексные методы раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленные на своевременное лечение, рациональное и последовательное оздоровление.

Целью третичной профилактики является исключение рецидивов и обострений хронических проблем по здоровью или усугубления инвалидности. В ряде случаев это комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

Действующими участниками здесь являются: система ПМСП, специализированная часть поликлиники, больницы, реабилитационные и другие оздоровительные центры, санатории, курорты, профилактории, системы просвещения и социального обеспечения.

Третичная профилактика решает следующие задачи по реабилитации:

- социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности),
- трудовую (возможность восстановления трудовых навыков),
- психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и
- медицинскую реабилитацию (восстановление функций органов и систем).

Таким образом, профилактическая деятельность обязательна для медицинских и социальных работников всех уровней сферы здравоохранения. Важнейшей составной частью всех профилактических мероприятий является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни. Для эффективной

профилактической деятельности в арсенале этих специалистов должны быть развитые духовно-нравственные ценности и такие, как культура безопасности, экологическое сознание и риск-ориентированное мышление, при котором вопросы безопасности и сохранения окружающей среды рассматриваются в качестве важнейших приоритетов жизнедеятельности, и которым они могут уверенно обучать граждан навыкам и знаниям в этих областях.

**Х. Хатакка**

## **ПОДДЕРЖКА ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С ПОМОЩЬЮ УСЛУГ И РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

*Университет Прикладных Наук г. Лахти*

Целью этой статьи является краткое описание услуг для инвалидов в Финляндии. Также, статья представляет примеры проектов направленных на развитие жилищных услуг для людей с ограниченными интеллектуальными возможностями.

Финская политика инвалидности основана на Конвенции по Правам Инвалидов. Финляндия подписала Конвенцию в 2007 и ратифицировала в июне 2016. Главные принципы финской политики инвалидности основаны на личностных правах на равенство, интеграцию в общество и на необходимые услуги и поддержку чтобы иметь возможность вести настолько самостоятельную жизнь насколько это возможно. Целью политики является поддержка функциональных возможностей, самостоятельности и возможности работать для инвалидов с ограниченными физическими или интеллектуальными возможностями. Все услуги разработаны чтобы позволить инвалидам справляться с повседневной жизнью. Персональный план услуг, создающийся для всех людей с ограниченными возможностями, включает в себя необходимую поддержку и индивидуальные услуги. Социальный работник ответственен за создание персонального плана вместе с клиентом и его близкими. В услуги, доступные для инвалидов, например, включаются вспомогательные устройства, обновление дома, а также услуги перевозки, реабилитация, обеспечение неформального ухода, услуги размещения и социальной помощи, уход в семье, инструктаж по адаптации и реабилитации, финансовая поддержка, услуги переводчика и трудоустройство. Также существуют специальные услуги, созданные для людей с ограниченными интеллектуальными способностями. Они включают в себя жилищные услуги, организацию рабочей и повседневной деятельности, уход в семье и стационарный уход. (Министерство Социальных Отношений и Здоровья.)

На настоящее время на территории Финляндии проживают 40000 человек с ограниченными интеллектуальными возможностями. 1300

проживают в медицинских учреждениях, и 17000 живут с семьями, из них 9000 являются взрослыми. В жилищных службах живут 11000 человек, из которых 9000 живут относительно самостоятельно в групповой жилищной системе, а 2000 живут в жилищных системах с большей поддержкой. Правительство Финляндии поставило цель: к 2020 году люди с ограниченными интеллектуальными возможностями будут жить не в медицинских учреждениях, а исключительно в сообществах и соседствах. Также подчеркивается то, что люди с интеллектуальными ограничениями имеют право на самостоятельный выбор своего типа проживания. (Финская Ассоциация Интеллектуальных и Физических Ограничений.)

Чтобы выполнить поставленную задачу, необходимы новые квартиры и услуги чтобы сделать безопасное и самостоятельное проживание возможным. На территории города Лахти была основана новая концепция социального жилья. Она предлагает самостоятельное, но обеспеченное поддержкой жилье и жилищные возможности для людей с ограниченными интеллектуальными возможностями, где результаты пробного проекта оправдали себя. Концепция проекта заключается в том, что жилищные комплексы имеют своего «социального управляющего чтобы обеспечивать поддержку в повседневных нуждах. «Социальный управляющий живет в том же здании как сосед. Пробный проект был реализован в сотрудничестве между Объединенным Управлением по Здоровью и Благополучию региона Пяйят-Хяме и Университетом Прикладных Наук г. Лахти. Во время эксперимента студенты программ бакалавриата по социальной работе и сестринскому уходу работали как «социальные управляющие».

Новый проект «Сосед – модель жизни в сообществе» является другим примером инновационного социального метода работы с инвалидами. Целью проекта является укрепление благосостояния, социальной интеграции и навыков участия для взрослых с ограниченными интеллектуальными возможностями путем поиска решений для независимого проживания предотвращения общественной и социальной изоляции. Целью проекта является развитие и расширение общественной жилищной модели от жизни с обеспеченной поддержкой на пути к интеграционной модели, основанной на общине соседей. Целевой группой проекта являются взрослые люди с интеллектуальными ограниченными возможностями, проживающими независимо или те, кто покинули стационар/дом детства чтобы жить самостоятельно. Модель соседской общины будет создана в сотрудничестве с целевой группой, Университетом Прикладных Наук г. Лахти, Объединенным Управлением По Здоровью и Благополучию Региона Пяйят-Хяме, Саймаа Университетом Прикладных Наук и Здравooхранением округа Южная Карелия

Даже несмотря на то, что система услуг предлагает обширное обеспечение самостоятельного проживания для инвалидов, еще много чего необходимо сделать, чтобы улучшить позицию инвалидов в обществе. Люди с ограниченными возможностями все еще находятся в слабых условиях на

рынках труда, хотя ситуация в Финляндии намного лучше, чем в большинстве Европейских стран. Большая часть инвалидов способна работать с небольшой дополнительной поддержкой, огромным препятствием является отношение работодателей и общества в целом. (Еврокомиссия 2016.) В финской образовательной системе инвалиды хорошо обеспечены на всех уровнях образования, а также присутствуют возможности для продолжительного обучения в течение всей жизни. (Евростат 2017). Поддерживание возможности инвалидов в образовании является краеугольным камнем улучшения их интеграции в рынки труда и их социоэкономическое состояние в обществе. Все люди с ограниченными возможностями – физически или интеллектуально – должны иметь право на самостоятельное проживание и равенство в обществе, также, как и постановку собственных целей в жизни.

### Литература

1. Европейская комиссия 2016. Инвалидность и интеграция рынка труда. Офис Публикаций Европейского Союза, 2016. Люксембург.
2. Евростат 2017. Статистика по инвалидности – доступ к образованию и обучению. Доступ по ссылке: [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Disability\\_statisticsaccess\\_to\\_education\\_and\\_training](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Disability_statisticsaccess_to_education_and_training) (Прочитано 28.9.2017)
3. Министерство Социальных Отношений и Здоровья. Услуги и Поддержка инвалидов. Доступ по ссылке: <http://stm.fi/en/disability-services> (Прочитано 19.9.2017)
4. Финская Ассоциация Интеллектуальных и Физических Ограничений. Люди с ограниченными интеллектуальными возможностями в Финляндии. Доступ по ссылке: <http://www.finemb.org.uk/public/download.aspx?ID=143602&GUID=%7BC72105A8-00E2-4F11-AF4E-03E5206A1A87%7D> (Прочитано 19.9.2017)

**Т. В. Цой**

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА БЕРЕМЕННОСТИ**

*ТОО «Макенбаева», г. Жезказган*

Психолог в здравоохранении осуществляет профессиональную деятельность в разных направлениях. Одним из направлений его работы является психологическая работа с беременными женщинами. В целях повышения эффективности работы, в ТОО «Макенбаева», внедрили систему психологического сопровождения женщин во время беременности. Психологическое сопровождение беременности помогает женщине адаптироваться к ее новому состоянию, что снижает риск возникновения осложнений.

Самой природой в женщине заложены физиологические механизмы, которые помогают адаптироваться ее организму к процессу вынашивания беременности. На успешность психоэмоциональной адаптации влияют многие факторы. Одним из факторов являются изменения в эмоциональной жизни будущей матери, которые приводят и к переменам в семейных взаимоотношениях. Каждая беременность сопровождается нормативным семейным кризисом и оканчивается принятием нового члена семьи, что само по себе является фактором, усложняющим структуру семьи. Трудности взаимоотношений между супругами, связанные с отсутствием договоренностей по важнейшим вопросам функционирования супружеской подсистемы, часто дополняются их неготовностью к принятию новых - родительских - ролей. Беременность совпадает с периодом согласования представлений супругов о родительских обязанностях, ответственности, функциях и т.п.. Учитывая то, что супруги подходят к этому этапу с различным багажом собственных установок относительно родительства, период до, а часто и после рождения ребенка может сопровождаться конфликтами в паре.

Все исследования, по словам Г.Г. Филипповой, свидетельствуют, что беременность можно назвать острым переходным периодом в жизни женщины, в ходе которого существенно перестраивается ее потребностно-мотивационная сфера и взаимоотношения с миром<sup>1</sup>. В период беременности актуализируются неизжитые детские психологические проблемы, личностные конфликты. В переживаниях беременности играют роль особенности модели материнства своей матери, адаптация к супружеству и т.п. Особенно стрессовой для женщины становится первая беременность, которая является важнейшим этапом становления полоролевой идентичности и одновременно испытанием способности устанавливать адекватный контакт с партнером — отцом ребенка.

Важно, как женщина осознает и принимает свою беременность. Все женщины воспринимают ее по-разному. Более того, одна и та же женщина может в разные триместры беременности менять свое к ней отношение. Эйфория может смениться тревогой, волнением, беспокойством, раздражительностью, частыми сменами настроения. Если беременность сопровождается токсикозом или другими проблемами со здоровьем, то это только усугубляет физическое и психоэмоциональное состояние будущей мамы. Принятие женщиной своей беременности тесно взаимосвязано и со здоровьем будущего ребенка. В исследовании Е.Д. Красильниковой показано, что матери, имеющие деструктивные мотивы зачатия и сохранения ребенка, достоверно чаще рожают детей-инвалидов, у них выше процент преждевременных родов и не вынашивания беременности. В то же время открытие матерью нового, конструктивного смысла своего материнства повышает ее адаптивные возможности, способствует повышению у женщины уверенности в себе и способностях своего ребенка.



На психоэмоциональное состояние будущей мамы, влияет, и при каких обстоятельствах она узнала о своей беременности. К сожалению, малое количество пар планирует беременность, поэтому часто беременность является неожиданностью. В таких случаях, беременность нарушает планы семьи. По своему опыту, могу сказать, что порой это очень грустные истории. У кого-то, как раз появилась долгожданная работа, а у семьи огромный кредит. У кого-то куплены билеты для переезда в другой город или даже страну. Бывают случаи, что женщина узнает о своей беременности после того, как муж ушел из семьи, а на руках уже есть четверо детей. Или отношения испортились, и муж начал избивать супругу.

В этот момент, жизнь женщины делится на «до» и «после». Она встает перед сложным выбором. Вставая на учет по беременности, женщина делает выбор в пользу ребенка, осознавая связанные с этим трудности. Ожидание этих трудностей держит женщину не в «здесь и сейчас», а в отдаленном будущем. Оно поглощает все ее внимание. На этом фоне, закономерные страхи во время беременности усиливаются. Чем ей может помочь психолог?

Для снижения значимости вышеперечисленных факторов помогает психологическое сопровождение беременности. Психологическая помощь во время беременности, состоит из трех этапов и включает в себя консультирование, диагностические и коррекционные мероприятия. Первый этап сопровождения – «Адаптация к беременности». Проводится в индивидуальном формате. При постановке на учет по беременности в первом триместре, женщина сразу направляется на консультацию психолога. Задачи этого этапа – в формате беседы информировать женщину об изменениях, ожидающихся на всем протяжении беременности, и значении этих изменений для благополучного ее протекания. Понимание адаптивного значения соматических и психических состояний, сопровождающих беременность, мотивирует участниц на формирование осознанного отношения к образу жизни, овладение навыками, способствующими гармонизации эмоционального состояния и успешному вынашиванию беременности. Новые состояния начинают восприниматься женщиной как переходный этап к новому статусу, новому образу жизни.

Психологическая беседа с беременной женщиной проводится в обычной принятой в консультировании форме. Особенность ее состоит в необходимости учитывать состояние женщины в беременности и связь всех ее переживаний с состоянием ребенка. Во время беседы обсуждаются желанность и степень планированное беременности, предположения или воспоминания о родах и послеродовом периоде (в зависимости от ситуации), представление о ребенке, свой детский опыт, взаимоотношения с матерью, все впечатления относительно собственных детей и опыта взаимодействия с младенцами до рождения своих детей и т.д.

Если психолог выявляет дополнительное неблагополучие беременной, то он передает актив, в зависимости от ситуации, семейному врачу, акушер-

гинекологу или специалисту по социальной работе. Для повышения уровня эффективности сопровождения, работа этих специалистов должна быть максимально оптимизирована.

Для выявления препятствий для успешного прохождения беременности психологом используется психодиагностика по следующим техникам:

1. генограмма с проработкой материнской линии желательна в трех поколениях для построения семейной модели материнства и детства;

2. анкетирование для уточнения формальных данных и оптимизации сбора информации;

3. определение особенностей самооценки с помощью модифицированного метода Дембо-Рубинштейн, включающего четыре набора из 6 шкал (здоровье, красота, счастье, характер, удача, ум) для оценки себя, своей матери, отца ребенка и ребенка (Г.Г. Филиппова); с помощью этого метода получается дополнительная информация об отношениях в семье, ценности ребенка и ее интерференции с другими ценностями;

4. проективные рисуночные тесты «Моя семья», «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова), «Я — ребенок и моя мама» (Г.Г. Филиппова) и на другие темы в зависимости от ситуации;

5. проективные методики: тест «Фигуры», тест «Эпитеты» (В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова) и др.

6. сочинение о своем ребенке с использованием контент анализа;

7. наблюдение за поведением матери в диагностически значимых ситуациях и при взаимодействии с ребенком, в зависимости от периода материнства (посещаем беременную на дому или наблюдаем ее поведение в тренинге);

8. диагностика уровня тревожности (при необходимости).

На основе диагностики выделяется психологическая проблема, требующая психологического вмешательства, выявляются наиболее сохраненные и хорошо выраженные компоненты материнской сферы, определяются необходимые меры помощи. Проектирование коррекционных мероприятий строится на основе прогноза динамики материнской сферы и особенностей ситуации. Для коррекционных целей мы применяем разные методы в зависимости от индивидуальных особенностей женщины. Особое внимание мы уделяем налаживанию взаимодействия матери с ребенком в пренатальном и раннем постнатальном периоде.

В коррекцию материнской сферы входят:

1. изменение имеющихся содержаний материнской сферы;

2. освоение матерью недостающих форм опыта;

3. изменение эмоциональной окраски имеющихся субъективных переживаний;

4. тренинг взаимодействия с ребенком, эмоционального сопровождения, тактильного контакта и т.п.

Для достижения целей коррекционной работы, мы используем такие техники, как медитация, гаптономия (тактильно-голосовое взаимодействие с ребенком во второй половине беременности), дыхательные техники, написание эссе «Письмо моему малышу», аффирмации, метафорические карты, упражнения телесно-ориентированной терапии, арт-терапии, боди-арт (рисуем на животиках будущих мам) и другие. Также положительный результат дает созданный общий чат для беременных. Будущие мамы в нем общаются, делятся своими переживаниями, проблемами и получают профессиональные ответы от специалистов.

Второй этап посвящен подготовке к родам и послеродовому взаимодействию с ребенком. На этом этапе женщина приглашается на занятия «Школы подготовки к родам». Программа состоит из 5 занятий на которых ставятся различные задачи.

В первые занятия включены упражнения и беседы, позволяющие сформировать адекватное представление о процессе родов и призванные мотивировать женщину на работу по овладению навыками, которые помогают ей принять активную позицию в родах, и эмоционально подготовить ее к родам не только как к физиологическому процессу, но как к процессу взаимодействия с ребенком, что в совокупности положительно влияет на формирование психологической готовности к родам.

Включенные в программу упражнения, обращающие беременную женщину к телесным ощущениям, позволяют, во-первых, развить чувствительность к ребенку, что является неременным условием становления материнской привязанности, а во-вторых, более уверенно подойти к моменту родов, поскольку умение сознательно расслабляться в процессе родов помогает роженице не препятствовать родовому процессу и регулировать свое состояние между схватками.

С целью повышения материнской компетентности в занятия «Школы подготовки к родам» включено информирование женщин об особенностях психического развития ребенка в пренатальном и постанатальном периодах, а также обучение женщин уходу за ребенком, особенностям взаимодействия с ним (с использованием куклы) и организации окружающего пространства с учетом его базовых психологических потребностей. Данное занятие проводится совместно с медицинской сестрой Кабинета развития ребенка.

Третий этап сопровождения совпадает с третьим триместром беременности. На третьем триместре беременности женщину направляют на индивидуальную консультацию к психологу. Кроме этого одно из занятий Школы подготовки к родам посвящено психологической подготовке супружеской пары к рождению ребенка. Будущие мамы приглашаются вместе с супругами на занятие, которое позволяет сформировать адекватные представления об изменениях, ожидающих семью после рождения ребенка, а также согласовать ожидания и представления супругов о родительстве: родительских обязанностях и воспитательной позиции.

Беременность и рождение ребенка – это новый этап в развитии семьи, осложняющийся тем, что молодые супруги часто не готовы к принятию своей родительской роли и изменений, связанных с усложнением семейной системы. Если правила и вопросы взаимодействия в супружеской паре на момент рождения ребенка остаются размытыми или неразрешенными, то возникает риск наслоения вновь возникающих проблем во взаимоотношениях на прежние, не разрешенные ранее. Следовательно, период ожидания ребенка может стать не только подготовительным к исполнению материнской и отцовской роли, но и еще одной возможностью научиться конструктивному общению в противоречивых ситуациях взаимодействия супругов.

Психологическая поддержка молодой семьи, ожидающей рождение ребенка, становится одним из факторов, положительно влияющих на желание супругов иметь последующих детей, сохранение и успешное функционирование семейной системы после рождения ребенка. Совместные занятия являются методическим инструментом, позволяющим решать подобные актуальные задачи.

После рождения ребенка, в случае выявления послеродовой депрессии, психологом проводится психологическая работа с семьей. Часто одной из психологических причин послеродовой депрессии заключается в неспособности семьи адаптироваться к изменившимся обстоятельствам и составу семьи. Семье оказывается помощь в оптимальном распределении материнских функций, что позволяет снизить нагрузку на женщину. Также мы помогаем матери найти те моменты взаимодействия с ребенком и такие переживания, которые доставляют ей удовольствие и помогают наладить с ним контакт. Если психологическое состояние женщины, на момент обращения является острым, то она направляется на консультацию к психиатру.

Психологическое сопровождение процесса беременности дает положительные результаты. Оно помогает нам вовремя реагировать на изменения в психологическом состоянии беременной и принимать профилактические меры.

Основная трудность, с которой мы сталкиваемся в применении психологического сопровождения, недостаточность знаний у специалистов в области перинатальной психологии. Считаю необходимым, провести обучение по перинатальной психологии для специалистов осуществляющих наблюдение за процессом беременности: психологи, социальные работники, акушеры, врачи акушер-гинекологи и семейные врачи.

#### **Литература:**

1. Филиппова Г.Г., Психология материнства: Учебное пособие / Г.Г. Филиппова. М., 2002.
2. Митрушина Н.А., Диагностические методики в перинатальной психологии. Метод. указания / Н.А. Митрушина. Ярославль, 2009.

3. Саковская О.Н., Путеводитель по родам. Часть I. / Школа эффективного родительства «В ожидании чуда». Методическое пособие. Выпуск 5. Ярославль, 2010.

**А. А. Шалыгина<sup>1</sup>, М. Н. Бутюгина<sup>1</sup>**

### **АССОЦИАЦИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ И ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский Университет  
Караганды»<sup>1</sup>*

**Введение.** Метаболический синдром (МС) – это коморбидное состояние, которое увеличивает риск развития фатальных кардиоваскулярных событий в 2 раза. Проявления метаболического оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов, в том числе на их психологический статус, индикатором которого является уровень тревожности. Высокий уровень тревожности отрицательно сказывается на приверженности пациентов к лечению. Работы, посвященные оценке ассоциации тревожности и приверженности к лечению у пациентов с метаболическим синдромом, в литературе немногочисленны и имеют противоречивые результаты.

**Цель.** Оценить ассоциацию приверженности к лечению и тревожности у пациентов с метаболическим синдромом.

**Материалы и методы.** В исследование включено 210 человек в возрасте от 30 до 60 лет с метаболическим синдромом, верифицированным на основании критериев Международной Федерации Диабета (IDF, 2009). Контрольную группу составили 152 человека без метаболического синдрома, соответствующие по полу и возрасту основной группе. Все участники были отобраны среди прикрепленного населения поликлиник № 1 и № 3 города Караганды и до начала исследования подписали информированное согласие. В исследование не были включены беременные женщины, а также лица с терминальной стадией недостаточности внутренних органов. Исследование было проведено методом интервьюирования. Оценка приверженности к лечению была оценена путем применения шкалы Мориски-Грин (MMAS-4), оценка тревожности проводилась по опроснику генерализованного тревожного расстройства (GAD-7). Статистическая обработка материала проводилась при помощи IBM SPSS Statistiks v23. Для проверки нормальности распределения был применен показатель Шапиро-Уилка. Сравнения между двумя независимыми группами проведены при помощи критерия  $\chi^2$ . Корреляционный анализ проведен по методу Спирмена. Альтернативная гипотеза принималась при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В основную группу исследования вошли 210 человек, 133 (63,3%) из них были женщины и 77(36.7%) – мужчины, медиана



возраста в этой группе составила 48.56 лет ( $Q_{25}$ - $Q_{75}$ : 35-59 лет). Суммарный балл по шкале GAD-7 имел статистически значимые различия между группой с метаболическим синдромом и контрольной группой ( $\chi^2=1,266$ ;  $p=0,043$ ), с более высокими показателями в группе с метаболическим синдромом. Более высокая приверженность к лечению была обнаружена также в группе с метаболическим синдромом ( $\chi^2=3,78$ ;  $p=0,007$ ). Корреляционный анализ уровня тревожности и компонентов метаболического синдрома показал, наличие корреляционной связи между тревожностью и такими компонентами МС как абдоминальное ожирение ( $r=0,43$ ;  $p=0,049$ ), гипергликемия ( $r=0,57$ ;  $p=0,028$ ) и наличие артериальной гипертензии ( $r=0,34$ ;  $p=0,031$ ). Между наличием дислипидемии и уровнем тревожности у пациентов с МС корреляционной связи обнаружено не было. Наличие гипергликемии ( $r=0,25$ ;  $p=0,041$ ) и артериальной гипертензии ( $r=0,266$ ;  $p=0,008$ ) имели корреляционную связь с приверженностью пациентов с МС к лечению, в то время как повышенные показатели окружности талии и дислипидемия не оказывали влияния на этот показатель. Оценка корреляционной зависимости уровня тревожности по шкале GAD-7 и приверженности к лечению по опроснику MMAS-4 показало обратную связь со статистически значимыми различиями. Таким образом, повышенный уровень тревожности, снижает приверженность к лечению у пациентов с метаболическим синдромом, оказывая негативное влияние на результаты терапии.

**Заключение.** Эффективность лечебных мероприятий у пациентов с метаболическим синдромом зависит от комплекса социально-демографических и психологических аспектов и лучшие результаты могут быть достигнуты путем применения мер, направленных на коррекцию тревожных состояний у этой категории пациентов

**Выводы.** У пациентов с метаболическим синдромом при высоком уровне тревожности снижается приверженность к лечению. Общими компонентами МС, оказывающими влияние на уровень тревожности и приверженности к лечению, являются артериальная гипертензия и гипергликемия.

**Д. Н. Шерьязданова<sup>1</sup>, Е. М. Ларюшина<sup>1</sup>, Л. Г. Тургунова<sup>1</sup>**  
**АЛГОРИТМ УПРАВЛЕНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ ДЛЯ**  
**МОДИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОГО РИСКА**

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды»*

**Введение.** Современная концепция ведения пациентов с гипергликемией требует не только снижения глюкозы крови, но и уменьшения кардиоваскулярного риска. Для выявления гипергликемии в Республике Казахстан используются скрининг-исследования, основанные на

выявлении глюкозы крови натощак более 5,5 ммоль/л. Распространенность натощаковой гипергликемии по данным республиканских ведомств в составляет от 1 до 5%, однако, согласно прогнозам Международной Диабетической Федерации, прогнозируемая доля случаев сахарного диабета в общей популяции должна составлять около 8%. Потенциальным объяснением данного несоответствия может служить тот факт, что у многих пациентов с нарушением углеводного обмена глюкоза крови натощак долгое время остается в нормальных пределах благодаря гиперинсулинизму, характерному для большинства впервые выявленных случаев диабета у взрослых. Таким образом, определенное количество пациентов, имеющих гипергликемию, не охвачено медицинской помощью, что связано с особенностями ее манифестации. Зачастую, гипергликемия у них впервые фиксируется только при возникновении такой экстренной ситуации как инфаркт миокарда или ишемический инсульт. Цель данного исследования выявить распространенность гипергликемии, используя уровень глюкозы крови натощак и уровень гликозилированного гемоглобина, а также оценить эффективность профилактических мероприятий по снижению уровня глюкозы крови как у лиц с сахарным диабетом, так и у пациентов с преддиабетом.

**Методы.** В рамках профилактической программы «Разработка и совершенствование технологий воздействия на управляемые факторы риска сердечно – сосудистых заболеваний на уровне ПМСП» Было проведено проспективное когортное исследование 37 пациентов с сахарным диабетом и преддиабетом. Набор пациентов осуществлялся на базе областной клинической больницы г. Караганды. Пациенты были консультированы по самостоятельно разработанному алгоритму, включающему такие этапы, как выявление факторов риска, индивидуальное и групповое консультирование, мониторинг в течение 1 года. Для оценки результатов использовался Т-критерий Вилкоксона либо Т-критерий Стьюдента для зависимых выборок, различия считались достоверными при  $p < 0.05$ . Статистическая обработка проведена с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics ver 22.0.

**Результаты.** Из 42 пациентов сахарный диабет отмечался у 14,1%, преддиабет - 85,9%. По результатам проведенного мониторинга отмечалась положительная динамика снижения среднего значения ИМТ (с 27,86 до 26,85 кг/м<sup>2</sup>;  $p=0,0001$ ), веса (с 80,93 до 77,51 кг;  $p=0,0001$ ), окружности талии (с 96,2 до 91,2 см;  $p=0,0001$ ). Уровень артериального давления также имел тенденцию к уменьшению: САД снизился с 123,2 до 118,2 мм.рт.ст. ( $p=0,004$ ), ДАД снизился с 78,9 до 73,3 ( $p=0,0001$ ). Средний уровень глюкозы крови натощак за наблюдаемый период уменьшился с 6,1 до 5,3 ммоль/л ( $p=0,002$ ), в то время как уровень гликозилированного гемоглобина существенно не изменился. Показатели липидного профиля в целом имели положительную динамику в виде снижения общего холестерина и атерогенных фракций, а также увеличения холестерина ЛПВП. Общий

холестерин уменьшился с 5,1 до 4,9 ммоль/л ( $p=0,003$ ), холестерин ЛПНП снизился с 3,8 до 2,1 ммоль/л ( $p=0,007$ ), триглицериды – с 1,5 до 1,3 ммоль/л ( $p=0,037$ ). Уровень ЛПВП увеличился с 1,2 до 1,4 ммоль/л ( $p=0,005$ ). По результатам мониторинга уровень физической активности остался прежним. Уровень общего сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE имел значимое снижение с 2,6 до 1,9% ( $p=0,01$ ).

**Заключение.** Проведение профилактических мероприятий у пациентов с преддиабетом и сахарным диабетом позволяет снизить общий десятилетний риск сердечно-сосудистых событий.

**Н. В. Юрковец**

### **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ КГП «ПОЛИКЛИНИКА №3 Г.КАРАГАНДЫ»**

*КГП «Поликлиника №3 г. Караганды»*

Одним из важнейших приоритетов развития нашего государства Первым Президентом РК определена охрана материнства и детства. Рождаемость в Казахстане на сегодняшний день растет, и, думается, тенденция эта будет еще увеличиваться в ответ на предпринимаемые государством меры поддержки многодетных семей. В связи с этим актуальность услуг и сервисов для будущих родителей, и матерей, в частности, также будет оставаться очень высокой. Одной из наиболее доступных форм оказания психопрофилактической и информационной поддержки беременных женщин являются Школы здоровья, действующие в условиях организаций ПМСП.

Школа подготовки к родам (ШПР) на базе Поликлиники №3 г.Караганды организована в апреле 2010 года. Ведущее направление деятельности – информационное и психологическое сопровождение беременных женщин, подготовка их, а также их партнеров к родам. Согласно концепции «Эффективной перинатальной помощи» разработана обучающая программа, предполагающая двухэтапное обучение женщины в малом и большом сроке беременности, где первая ступень предполагает информирование женщины по грамотному ее поведению во время беременности, знание физиологических изменений, тревожных признаков, организации режима труда и отдыха, рационального питания, ухода за собой, гимнастики во время беременности. Вторая ступень обучения – непосредственно дородовая подготовка, включая представление о процессе родов, в т.ч., партнерских, техниках дыхания, релаксации, наиболее эффективных позициях в родах, уходе за новорожденным, грудном вскармливании, послеродовой контрацепции.

На сегодняшний день занятия проводятся согласно графика, регулярно, при совместном участии психолога, гинекологов, педиатра.

Формат обучающих мероприятий предусматривает не только предоставление информационных модулей, но и проведение интерактивных методик и тренингов, предполагающих активное участие самих беременных. Это способствует большей упорядоченности ее работы, дисциплине посещений, а также установлению и поддержанию неформального общения между беременными. Анализируя обратную связь после таких семинаров-тренингов, можно судить об улучшении общего, и, в частности, психологического благополучия женщины, т.к. она получает компетентные ответы на волнующие вопросы, при просмотре учебных фильмов наблюдает истории реальных родов, обменивается опытом с другими женщинами, находящимися в равном с ней положении, что приводит к редукации тревоги и страха перед будущими родами. Занятия же релаксацией, гимнастикой и дыхательными техниками напрямую влияют на улучшение психологического статуса и общего самочувствия беременных.

Работа Школы осуществляется в тесном сотрудничестве с акушерско-гинекологическим отделением, направляют женщин на консультацию к психологу участковые гинекологи и акушерки. На приеме психолог проводит диагностику актуального эмоционального состояния пациентки, отношения к беременности, готовности к материнству и общего состояния семейно-ролевой сферы. Для психодиагностики используется цветовой тест М.Люшера и ЦТО. Результаты обследования являются материалом для анализа вместе с женщиной и темами для дальнейшего консультирования или психокоррекции. Одной из новых форм работы с тревогами и страхами беременных стали наши экскурсии в родильные дома, где женщина может задать все интересующие ее вопросы непосредственно сотрудникам роддома и ознакомиться с условиями и правилами, которые ее ожидают во время родов. Информационно – образовательные материалы (брошюры, буклеты по грудному вскармливанию, здоровому питанию, уходу за новорожденным, контрацепции и т.д.), раздаваемые беременным на занятиях Школы, также мотивирует их на дальнейшее повышение уровня информированности и посещение наших семинаров.

Таким образом, помощь, оказываемая женщинам и членам их семей/партнерам, востребована и действенна, о чем свидетельствуют результаты нашей деятельности. Так, охват обучением беременных женщин и их партнеров в 2010 году составил 1094 человека, в 2011 – 1761, в 2012 – 2063, в 2013 – 2150, в 2014 – 1869, в 2015 – 1861, в 2016 – 1885, в 2017 – 2033, в 2018 – 1776 человек.

Обратная связь с женщиной осуществляется, когда, приходя в поликлинику после родов к другим специалистам, она посещает школу, сообщая о том, как прошли ее роды, практикует ли она грудное вскармливание, испытывает ли какие-то трудности (и в таком случае ей будет предоставлена адаптационная помощь), какие методы контрацепции практикует.

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |    |
|---|----|
| <b>Т. Ж. Абдикаликова, Б. Н. Байдильдина</b> САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК .....   | 3  |
| <b>Г. Б. Абдикаримова</b> НАУҚАСПЕН КОМПЛАЕНСТЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ ПРОЦЕССИНДЕГІ ПСИХОЛОГТЫҢ РӨЛІ .....   | 4  |
| <b>Р. А. Абзалова</b> ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАЗАХСТАНА.....  | 5  |
| <b>Г. К. Аблаева</b> ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ШКОЛЬНЫХ ПСИХОЛОГОВ НА ЭТАПЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ .....                           | 6  |
| <b>З. С. Арыстанова, С. Б. Сарбасова</b> ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ К ЖИЗНИ В ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ НА ПРИМЕРЕ НОУ «SOS ДЕТСКАЯ ДЕРЕВНЯ», Г. НУР-СУЛТАН .....             | 12 |
| <b>Н. С. Байбусинова, С. Б. Сарбасова</b> АСПЕКТЫ ПО СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ТЕЧЕНИЙ .....                                      | 13 |
| <b>А. Ж. Бекболатов, С. Б. Сарбасова</b> СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ТРУДОВЫМИ МИГРАНТАМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ НА ПРИМЕРЕ Г. НУР-СУЛТАН. ....   | 14 |
| <b>И. А. Большакова, Н. Н. Седач, Ж. А. Калбеков, И. Б. Меерманова</b> ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА УРОВНЕ АКАДЕМИЧЕСКОГО БАКАЛАВРИАТА ..... | 16 |
| <b>Б. А. Дайрова, А. О. Есжанова, А. М. Есен</b> РОЛЬ ЦИФРОЛИЗАЦИИ В РАЗВИТИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ОТРАСЛИ.....  | 17 |
| <b>Ж. Б. Досмаилов, С.С. Бобырев</b> ПРЕДИКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ.....  | 21 |
| <b>Ж. Ж. Жанабекова</b> РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОРИЕНТИРОВАННОСТИ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....               | 22 |
| <b>К. К. Жунусова</b> РАБОТА ПСИХОЛОГА В ДЕТСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ .....   | 24 |
| <b>А. А. Кнаус</b> ПАЦИЕНТ- ЦЕНТРИРОВАННЫЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ.....  | 25 |
| <b>Р. Коскинен</b> СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ФИНСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И БЛАГОСОСТОЯНИИ – ПРОБЛЕСЕК СОВМЕСТНОЙ ПРАКТИКИ.....  | 26 |
| <b>Г. Х. Кумарова</b> АЛГОРИТМ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА (КЕЙС – МЕНЕДЖМЕНТ) НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.....   | 38 |
| <b>Н. В. Куратовой</b> РАБОТА СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ В КГП №3 ПОЛИКЛИНИКЕ ГОРОДА КАРАГАНДЫ.....  | 42 |



|   |           |
|---|-----------|
| <b>Л. Қ. Қасымова</b> ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ЖӘНЕ МҮМКІНШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ АДАМДАРМЕН МЕДИЦИНА САЛАСЫНДАҒЫ ӘЛЕУМЕТТІК ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ЖҰМЫСЫ. ....   | <b>43</b> |
| <b>Н. Я. Маслова, Б. С. Исабаева</b> КТО, ЕСЛИ НЕ ... ВОЛОНТЕРЫ? .....  | <b>47</b> |
| <b>Т. А. Мауль, С. Б. Сарбасова</b> ОПЫТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ «АУТИЗМ» НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА БИОПЛАЗМЫ ПРИ КАЗНУ ИМ. АЛЬ-ФАРАБИ. ....                                 | <b>49</b> |
| <b>Л. Л. Мациевская</b> КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В РК: ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОБЛЕМЫ.....  | <b>50</b> |
| <b>А. С. Медьянов, С. Б. Сарбасова</b> ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОРИЕНТИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ .....   | <b>51</b> |
| <b>Ю. К. Мусабаев, З. Қ. Қизатбеков</b> СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ПРОБЛЕМА В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ .....  | <b>52</b> |
| <b>Б. А. Мырзандаева</b> ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ КЛИЕНТА: ФОРМЫ И МЕТОДЫ.....  | <b>57</b> |
| <b>В. И. Нестерова</b> РАБОТА СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ В ТОО МФ «ГИППОКРАТ» .....  | <b>66</b> |
| <b>Л. Нисула</b> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ – ДИЗАЙН СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ КАК ИНСТРУМЕНТ РАБОТЫ .....   | <b>67</b> |
| <b>Г. М. Нугуманова, Е. Ф. Ким</b> ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) В ДЦ ЖАСЫЛ ЖАЙЛАУ.....  | <b>72</b> |
| <b>Ж. Б. Оспанова</b> РОЛЬ ПСИХОЛОГА В РАЗРЕШЕНИИ КОНФЛИКТА «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» .....  | <b>74</b> |
| <b>В. Ф. Парахина, Д. Н. Шеръязданова, Ф. У. Нильдибаева, Д. Т. Амирханова, Е. М. Ларюшина</b> ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТА. ....                           | <b>75</b> |
| <b>Р. Ж. Рахимова, А. А. Аглодина</b> ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.....  | <b>77</b> |
| <b>Ж. С. Сагитова, С. Б. Сарбасова</b> СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА .....  | <b>78</b> |
| <b>Л. Т. Сапарова, Г. Т. Аталыкова, Г. Н. Амиргалиева, Н. А. Аманбаева</b> СОЦИАЛЬНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ УНИВЕРСАЛЬНО-ПРОГРЕССИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. .... | <b>80</b> |
| <b>С. Б. Сарбасова, А. Х. Махметова</b> ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ И МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №11 Г. НУР-СУЛТАН» .....                     | <b>82</b> |
| <b>Д. С. Сейдалина, С. Б. Сарбасова</b> ВАЖНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ: ВЛИЯНИЕ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ НА СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ.....       | <b>83</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>А. С. Серсаулетова</b> АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ. ....  | <b>85</b>  |
| <b>А. Ж. Табулдина, Б. Т. Байдалина, А. В. Косулина, Н. Ж. Жакетова</b> ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА .....   | <b>86</b>  |
| <b>Л. Тихонова, Н. Каримов, К. Суханбердиев</b> ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ПМСП ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАВНОГО И УНИВЕРСАЛЬНОГО ДОСТУПА К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ В КАЗАХСТАНЕ (НА ПРИМЕРЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ЮНИСЕФ) ..... | <b>88</b>  |
| <b>С. Н. Уразова, Е. М. Цай, Н. А. Аманбаева, М. Б. Бримова</b> ЗАМАНАУИ ПАТРОНАЖДЫҚ ҮЛГІНІ ЕНГІЗУ КЕЗІНДЕГІ ҒЫЛЫМ МЕН ТӘЖІРИБЕНІҢ БАСТАПҚЫ БӨЛІМДЕ ӘРЕКЕТТЕСУІ .....  | <b>96</b>  |
| <b>Ю. Ф. Филинова</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ .....   | <b>97</b>  |
| <b>З. Х. Хасенова</b> ФИЛОСОФИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ .....  | <b>99</b>  |
| <b>Х. Хатакка</b> ПОДДЕРЖКА ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С ПОМОЩЬЮ УСЛУГ И РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ .....   | <b>103</b> |
| <b>Т. В. Цой</b> ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА БЕРЕМЕННОСТИ .....   | <b>105</b> |
| <b>А. А. Шалыгина, М. Н. Бутюгина</b> АССОЦИАЦИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ И ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....  | <b>111</b> |
| <b>Д. Н. Шеръязданова, Е. М. Ларюшина, Л. Г. Тургунова</b> АЛГОРИТМ УПРАВЛЕНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ ДЛЯ МОДИФИКАЦИИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОГО РИСКА. ....  | <b>112</b> |
| <b>Н. В. Юрковец</b> ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ШКОЛЫ ПОДГОТОВКИ К РОДАМ КГП «ПОЛИКЛИНИКА №3 Г.КАРАГАНДЫ» .....  | <b>114</b> |



**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ӘЛЕУМЕТТІК ЖҰМЫС ЖӘНЕ ПСИХОЛОГИЯ:  
ДАМУ, ИННОВАЦИЯ ЖӘНЕ ПЕРСПЕКТИВАЛАР**

Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференцияның материалдары  
2019 ж. 4-5 қазан

**СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА И ПСИХОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ:  
РАЗВИТИЕ, ИННОВАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Материалы международной научно-практической конференции  
4-5 октября 2019 г.

**SOCIAL WORK AND PSYCHOLOGY IN HEALTHCARE:  
DEVELOPMENT, INNOVATION AND PROSPECTS**

Materials of International Scientific & Practical Conference  
4-5<sup>th</sup> of October, 2019

**Редактор: Е. С. Сербо**

**Компьютерная верстка: А. Ж. Маралбай**

---

Подписано в печать 02.10.2019 г. Формат 60x84 1/16.  
Объем 7,38 уч.-изд.л. Тираж 100 экз. Заказ № 676

---

Отпечатано в типографии НАО «МУК»  
г. Караганда, ул. Гоголя, 40