

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		1 стр из 41

**Медицинский колледж при АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: "Социальная работа в сестринском деле"
Специальность: 0302000 - "Сестринское дело"
Квалификация: 0302043 - "Медицинская сестра общей практики"

Курс: 4
Семестр: 8
Форма итогового контроля: экзамен
Общая трудоемкость часов / кредитов: KZ: 48/2
Аудиторные занятия: 20
Симмуляционные занятия: 28

Шымкент, 2023 г.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		2 стр из 41

Лекционный комплекс составлен на основе рабочей учебной программы по дисциплине
"Социальная работа в сестринском деле"

Преподаватель: Онбаева Ә.Б

Специальность: 0302000 - "Сестринское дело"

Квалификация: 0302043 - "Медицинская сестра общей практики"

Лекционный комплекс составлен на заседании кафедры «Сестринское дело-2»

«1» 09 2023 г.

Протокол № 1

Заведующая кафедрой «Сестринское дело-2»  Айбекова Г.Н.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		3 стр из 41

Лекция №1

4.1. Тема: Введение. Понятие социальной работы в сестринском деле.

4.2. Цель:

Демонстрировать знания и умения по формированию профессиональной компетентности, организации социальной работы, предоставлению информации о работе будущему специалисту, использование инновационных технологий для поддержания здоровья и предотвращения развития заболеваний в социальной работе.

4.3. Тезисы лекций:

Социальная работа в сестринском деле является частью системы здравоохранения, направленной на укрепление здоровья населения, профилактику заболеваний, оказание психосоциальной помощи и ухода людям с соматическими и психическими заболеваниями, а также всем группам инвалидов. На основе критического мышления и принятия решений проблемы практики доказательной медицины углубляются в области основных клинических дисциплин, в социально-психологических моделях понимания болезней, нарушений и их профилактики, в определении статуса сестринского дела.

Социально-медицинская работа – это форма медицинской, психологической и социально-правовой профессиональной деятельности, направленная на восстановление, сохранение и укрепление здоровья, сформированная на базе многих дисциплин. Цель социально-медицинской работы – достижение максимально возможного уровня здоровья, работа и адаптация людей с физическими и психическими недостатками и социально незащищенных людей.

Объектом социально-медицинской работы являются люди, находящиеся в тяжелом положении по медико-социальным показателям, такие как: инвалиды, пожилые люди, дети-сироты, молодые матери, многодетные семьи, люди, больные СПИДом, жертвы стихийных бедствий, беженцы, безработные и т.д.

Особенность социально-медицинской работы состоит в том, что она формируется как профессиональная деятельность на стыке двух отдельных направлений - здравоохранения и социальной защиты жителей.

При организации социальной и медицинской работы необходимо придерживаться принципов, обеспечивающих полный профессиональный комфорт в этом виде деятельности. Это: экосистема, полимодальность, сотрудничество, конструктивное стимулирование, непрерывность.

По социальной и медицинской работе:

- предоставление гарантий людям, нуждающимся в социальной и медицинской помощи
- реализация государственной политики по вопросам;
- социальные права граждан по вопросам охраны здоровья
- защитное покрытие;
- формирование здорового образа жизни;
- оказание социальной и медицинской помощи семье и каждому ее члену;
- организация медицинской помощи и ухода за больными;
- участие в медико-социальной экспертизе;
- социально-медицинская реабилитация больных и инвалидов;
- психиатрия, наркология, онкология, гериатрия и другая медицина;
- проведение социальной работы на местах;
- доступ к информации по вопросам здравоохранения, условий жизни, качества продуктов питания и сырья;
- комплексная социальная и медицинская помощь группе жителей, нуждающихся в помощи

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»			044-80/11 ()
Лекционный комплекс			4 стр из 41

участвовать в создании программы;

- гарантированный объем медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования

и участие в контроле качества;

- социальный и медицинский патронаж и т.д. принадлежит.

Профессиональная социально-медицинская работа эффективно осуществляется в следующих учреждениях социального обслуживания, которыми являются: областные центры социальной помощи семье и детям; центры социальной защиты несовершеннолетних; социальный приют для детей и подростков;

геронтологические центры; стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические школы-интернаты, детские дома, школы-интернаты для детей с ограниченными физическими возможностями).

Квалифицированные специалисты, прошедшие обучение, могут оказывать свои услуги в любом учреждении независимо от его ведомственной природы и формы собственности.

Обозначаются следующие основные направления профессиональной деятельности социально-медицинского работника:

1) люди трудоспособного возраста, но травмированные и инвалиды, нуждающиеся в социальной помощи в виде реабилитационного лечения, адаптации к среде обитания в связи с ограниченными возможностями, психологической поддержки членов семьи и окружающих людей, новой профессии и трудоустройства;

2) пожилые люди с хроническими заболеваниями и ограниченной подвижностью;

3) семьи с хроническими, неизлечимыми (неизлечимыми) заболеваниями или инвалидами;

3) неполные (сироты или сироты), многодетные, заботливые, молодые, особо нуждающиеся, получающие пенсию в связи с потерей кормильца и другие малообеспеченные семьи;

4) своевременное выявление детей из малообеспеченных, асоциальных семей, взятие их на диспансерный учет со дня рождения, направление детей с трудным или отставанием в психическом развитии в детские сады и санатории в соответствии с их потребностями, профилактика аномальных явлений (курение, алкоголизм, наркомания). наркомания) и здоровый образ жизни в процесс общественной жизни позволяют привнести элементы традиции. Важным направлением социально-медицинской деятельности является создание реальных возможностей и благоприятных условий для поддержания здоровья людей, находящихся в сложной ситуации временного экономического или социального характера.

Социально-медицинская работа, являясь видом многопрофильной деятельности и осуществляемая в сфере здравоохранения и социальной помощи, использует устоявшиеся модели и методы:

- в системе здравоохранения - профилактическая, лечебная, психотерапевтическая и др.;
- в системе социальной защиты жителей - социальное консультирование, социальные пособия, оказание социальных услуг на дому, оказание социальных услуг в стационарных учреждениях, организация дневных посещений учреждений социального обслуживания, предоставление временного жилья и т.п. Кроме того, необходимо разделить социальную и медицинскую работу на две составляющие.

будет: социально-медицинская работа, направленная на профилактику (профилактику) и социально-медицинская работа в патогенетическом направлении.

Социально-медицинская работа, направленная на профилактику (профилактическую):

- Соматическое, психическое и репродуктивное здоровье социально зависимо.

осуществление мер по предотвращению нарушений;

- формирование ориентации на здоровый образ жизни;

- обеспечение доступа к информации по вопросам здравоохранения;

- участие в создании адресных программ социальной и медицинской помощи;

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		5 стр из 41

- социальный менеджмент;
- обеспечение социальной защиты граждан по вопросам охраны здоровья и т.д. включено.

Для социально-медицинской работы по патогенетическому направлению:
деятельность по организации социальной и медицинской помощи;

- социально-медицинская экспертиза;
- осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
- ведение социальной работы в других областях медицины и здравоохранения;
- исправление психического статуса клиента;
- создание инфраструктуры социального и бытового здравоохранения;
- обеспечить преемственность или замещение во взаимодействии специалистов смежных специальностей и т.д.

По своему направлению социально-медицинская работа имеет много общего с деятельностью организаций медицинской помощи и здравоохранения. Но он не выходит за рамки своей компетенции и не оказывает лечебно-диагностических услуг. Включает взаимодействие с медицинским персоналом и четкие границы сферы ответственности.

Важной составной частью социально-медицинской работы является социально-медицинский патронаж (франц. патронаж – забота). Социально-медицинский патронаж представляет собой профилактическую (профилактическую) работу на дому. Вид деятельности медицинских, социальных и общественных организаций, который осуществляется в целях удовлетворения потребностей в социальной и медицинской помощи отдельных лиц, семей, групп жителей.

Здравоохранение является особым объектом социальной деятельности государства. Основным закон «Об охране здоровья граждан Республики Казахстан» от 19 мая 1997 года, впервые принятый, установил следующие принципы государственной политики охраны здоровья населения: при соответствующем, непрерывном, бесплатном оказании медицинской помощи - санитарная, медико-социальная и лекарственная помощь в пределах гарантированного объема государственными учреждениями здравоохранения, несущая ответственность за ее реализацию. Внимание к проблемам здравоохранения возросло после обращения Президента Н. Назарбаева к народу Казахстана в октябре 1997 года. Его стратегия «Казахстан-2030» — долгосрочное развитие здравоохранения и здорового образа жизни в стране.
рассматривая следующие направления как одни из важных направлений программ установить с помощью:

- Профилактика заболеваний и создание условий для укрепления здорового образа жизни;
- Борьба с наркоманией и наркобизнесом;
- Сокращение употребления табака и алкоголя;
- Улучшение здоровья детей и матерей. Защита здоровья малыша и матери;
- Улучшение экологии пищевых продуктов и чистоты окружающей среды.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Цель социально-медицинской работы
2. Объект социально-медицинской работы
3. Особенности социальной и медицинской работы.
4. Основные направления профессиональной деятельности социально-медицинского работника

Лекция № 2

4.1. Тема: Оказание социальной помощи людям с ограниченными возможностями.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		6 стр из 41

4.2. Цель:

Демонстрировать знания и умения по формированию профессиональной компетентности, организации социальной работы, предоставлению информации о работе будущему специалисту, использование инновационных технологий для поддержания здоровья и предотвращения развития заболеваний в социальной работе.

4.3. Тезисы лекций:

Социальный работник всегда должен быть готов помочь инвалидам по ряду правовых, психолого-педагогических и, главное, медико-социальных вопросов. Согласно правовым документам об охране здоровья граждан Республики Казахстан инвалиды, в том числе дети-инвалиды и дети-инвалиды с детства, имеют право на получение медицинской и социальной помощи, реабилитацию (реабилитацию), обеспечение лекарствами и протезами, протезно-ортопедических изделий, средств передвижения на льготных условиях, а также - имеют право на профессиональную подготовку и переподготовку. Инвалиды, нетрудоспособные, имеют право на получение бесплатной медицинской и социальной помощи в учреждениях 4-кратной муниципальной системы здравоохранения государства, на обследование на дому, а в случае невозможности удовлетворения основных потребностей жизни, подлежащих рассмотрению в учреждениях государственной системы социальной защиты. Гарантированные права гражданина этой категории вступают в силу с момента получения им официального статуса инвалида, поэтому необходимо знать направление процедуры направления к социальному работнику, гражданской, медико-социальной экспертизе, однако, зачастую это сложная и трудная процедура для людей с ограниченными возможностями.

Медико-социальная экспертиза определяет причину и группу инвалидности, степень нетрудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки их реабилитации, дает рекомендации по объему социальной защиты и трудоустройству граждан. В этой сфере социальный работник, помимо ухода за инвалидом, имеет определенную степень врача, а также влияет на образ жизни пациента, работает над его психологической реабилитацией.

Социальная реабилитация людей с ограниченными возможностями является одной из важнейших задач современной системы социальной помощи и социального обслуживания. В этом документе не только жизнь рассматривается как ценность, но и жизнь без болезней и страданий, социальное становление и развитие рассматриваются как качество жизни. Закон о социальной защите инвалидов в Республике Казахстан был принят 21 июня 1991 года. В этом законе инвалидность определяется как «состояние, требующее социальной помощи и защиты в связи с ограничением жизни вследствие наличия физической или психической инвалидности». Государство оказывает различную социальную помощь инвалидам. Инвалидам предоставляются следующие виды услуг: оказание медицинской помощи на дому и оказание социальных услуг; полустационарное обслуживание (дневное или ночное пребывание в стационаре); стационарное обслуживание в школах-интернатах, домах-интернатах и других; неотложные социальные услуги в особых случаях (организация питания, предоставление одежды, обуви, временного жилья); оказание социальной и консультативной помощи. Социальная защита инвалидов осуществляется посредством мер, связанных с их возвращением к общественной жизни, таких как повышение их социальной, медицинской и социально-профессиональной подготовленности, образования. Медицинские реабилитационные мероприятия, такие как диагностика, лечение и реабилитация, проводятся в направлении устранения слабости, вызванной заболеванием, травмой и травмой. Социальная реабилитация инвалидов осуществляется с целью придания им социального статуса, общественной жизни и социального центра. Оно включает в себя обеспечение инвалидов социально-техническими средствами, транспортными и рекреационными сооружениями, информационной средой и материальной, социальной и психологической поддержкой.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		044-80/11 () 7 стр из 41

Учитывая современное понимание теории инвалидности в социальной работе, при решении этой проблемы обществу следует обратить внимание не на дефект в организме человека, а на проблемы восстановления социально-ролевой функции в условиях ограниченности. свобода. Особое внимание уделено реабилитации, которая опирается на социальные механизмы компенсации и адаптации в решении проблемы инвалидов и инвалидности. В настоящее время особое значение государство придает мерам социального характера. В ходе акций «Благотворительность» и «Камкорлык» начали оказывать денежную или продовольственную помощь малообеспеченным пенсионерам и инвалидам. Как говорится: «Занимаешься благотворительностью — сам увидишь благотворительность» Делая других людей счастливыми и облегчая чью-то печаль, человек становится счастливым и понимает, что такое счастье. Подобные добрые дела организуются не только в одном регионе, но и во всех районах и городах страны. Вопросами инвалидов в республике занимаются многие общественные объединения, в том числе: Республиканское общество инвалидов и его филиалы в регионах, Казахское общество слепых, Казахское общество глухих, Республиканское общество женщин-инвалидов с дети-иждивенцы, центр социальной адаптации и трудовой реабилитации «Кенгес», объединение инвалидов и психически-физических лиц «Ак бота», республиканское общественное объединение «Казахстанская конфедерация инвалидов», объединение женщин-инвалидов «Ширак» ПБ и другие. Люди с ограниченными возможностями относятся к так называемой «менее мобильной» категории и являются наименее инклюзивной, наименее защищенной и социально слабой частью общества. Такая ситуация связана, прежде всего, с физическими дефектами организма и низкой двигательной активностью инвалидов, которые приводят к инвалидности. Кроме того, недостаточная социальная защищенность этой группы жителей напрямую связана с наличием психологических факторов, формирующих отношение инвалидов к обществу и трудностями общения с ними. Из-за множества ограничений в деятельности инвалиды могут недооценивать себя и терять свою индивидуальность. Социальная реабилитация людей с ограниченными возможностями является важнейшей задачей современной системы социальной помощи и социального обслуживания. Согласно программе реабилитации 44-й сессии Ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992 года инвалидность определяется как наличие ограничений, не позволяющих человеку быть похожими на здоровых членов общества по физическим, психологическим, социальные, культурные, правовые и другие препятствия. Обществу необходимо адаптировать свои стандарты к потребностям людей с ограниченными возможностями, с целью создания условий для их самостоятельной жизни. Она представлена как личностно-психологическая адаптация инвалида, а также как эмоционально-психологическое восприятие проблемы инвалидности обществом. Инвалиды относятся к менее мотивированной группе населения, поэтому являются менее защищенной, социально слабой частью общества. Это связано, прежде всего, с недостатками их физического состояния, вызванными инвалидизирующим заболеванием. Кроме того, социальная защищенность этих групп во многом обусловлена наличием психологического фактора, который формирует их взаимоотношения с обществом и затрудняет связь с ними.

- уважение человеческого достоинства, личной автономии и независимости, включая свободу сделать собственный выбор;
- недискриминация;
- полное и эффективное вовлечение и включение в жизнь общества;
- уважение особенностей людей с ограниченными возможностями и принятие их как компонента человеческого разнообразия и части человечества;
- равенство возможностей;
- доступность;
- равенство мужчин и женщин;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		8 стр из 41

- уважение способностей детей-инвалидов к развитию и уважение прав детей-инвалидов на сохранение своей индивидуальности.

В систему социальной защиты инвалидов:

система социального обеспечения (государственные социальные пособия, специальные государственные пособия);

включает оказание социальных услуг (протезирование и предоставление протезно-ортопедических, сурдо- и тифо-аппаратов, другие реабилитационные услуги).

Социальная политика Республики Казахстан по социальной защите инвалидов базируется на полной защите их прав. Предоставление гарантий социальной помощи обеспечивает проведение систематической, комплексной социальной, медицинской профессиональной реабилитации, не допускается дискриминация по признаку инвалидности.

Препятствия, усложняющие жизнь людям с ограниченными возможностями:

- физические ограничения, психические, физические и другие препятствия затрудняют самостоятельное передвижение инвалида в пространстве;
- ограничения труда, затруднение или даже отсутствие возможности инвалида выйти на рабочее место в связи с патологическим состоянием;
- из-за низкого уровня безопасности, социальных и трудовых ограничений, рассматривая выплаты, не позволяющие жить с низкой зарплатой или жить достойно;
- пространственный центр, недостаточные условия для свободного перемещения в окружающей среде;
- препятствия в получении информационных, очень важных сведений общего характера и сведений, непосредственно касающихся личной жизни;
- эмоциональные, с одной стороны, люди в окружении смотрят на них с удивлением, смехом, насмешкой и страхом, с другой стороны, инвалид жалеет себя, ненавидит окружающих, винит в своем состоянии других, изоляция, ожидание особого ухода и т. д. появляется двумя способами:
- коммуникативные ограничения, обусловленные наличием ограничений, основанных на физических дефектах тела, изоляции с целью эмоциональной защиты, исключения из коллектива, нарушения полноценного общения из-за недостаточности нормальной информации.

Ситуация в Казахстане сегодня такова: инвалиды сталкиваются с дискриминационными условиями в некоторых сферах жизни общества: общественные здания, транспорт и средства связи не приспособлены к их мобильности. В обществе по-прежнему недостаточно создать материальные и социальные условия для людей с ограниченными возможностями. В сфере образования и трудоустройства используются квалификационные стандарты и меры, не соответствующие современным требованиям, что приводит к социальной изоляции инвалидов. При этом выбор услуг и льгот ограничен. Они пользуются ограниченными социальными, профессиональными, экономическими и образовательными возможностями.

Одной из наиболее распространенных проблем людей с ограниченными возможностями, особенно среди молодежи, является одиночество, низкая самооценка, ощущение себя обделённым обществом в силу своей инвалидности, психологическая и физическая зависимость и трудности в выражении своих проблем, проблем в сексуальная и семейная жизнь, жестокое обращение с детьми, медицинская невозможность родов и т. д. Несмотря на то, что инвалиды всегда находятся в центре внимания государства, их печаль не уменьшается. Не все социальные объекты и жилые помещения доступны для людей с ограниченными возможностями.

Специальные светофоры, дорожные знаки и указатели с синхронной звуковой сигнализацией установлены преимущественно на центральных улицах. Не во всех общественных местах есть лифт. Инвалидов на улицах города вы не встретите без помощи постороннего человека.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		9 стр из 41

Ведь они не могут воспользоваться услугами общественного транспорта, сойти с поднятого тротуара или перейти улицу без сигнальных лампочек. Большинство слабослышащих и слабовидящих людей не имеют доступа к познавательным и художественным программам на радио и телевидении, библиотеки не обеспечены литературой с использованием специальных шрифтов. Во многих жилых домах нет пандусов и пандусов, приспособленных для погрузки и разгрузки инвалидных колясок, поэтому равнодушным людям не хватает смелости самостоятельно ходить в магазины, больницы, аптеки. Они не имеют возможности приятно провести свободное время и часто пользуются базами отдыха. В ряде случаев, в отличие от людей, ставших инвалидами с рождения, физические и психологические состояния людей, внезапно ставших инвалидами в жизни, заставляют их испытывать глубокий стресс.

В настоящее время в нашей стране расширяются масштабы ухода за инвалидами, уделяется большое внимание улучшению их социального положения. С этой целью было предпринято множество мероприятий, и общественность начала видеть преимущества такой поддержки. Были приняты нормативные правовые акты, систематизирующие эти работы. Конечно, известно, что все эти случаи — масштабные проекты, которые для многих неприемлемы. Несмотря на это, по-прежнему существуют проблемы, связанные с людьми с ограниченными возможностями. Одним из следующих важных аспектов обеспечения прав инвалидов является формирование сбалансированной системы их социальной поддержки. Главным вопросом здесь является улучшение материального обеспечения, реабилитации, совершенствование системы медицинского и социального обслуживания.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Виды услуг, предоставляемых инвалидам
2. Относится к системе социальной защиты инвалидов.
3. Препятствия, усложняющие жизнь инвалидам

Лекция №3

4.1. Тема: Медицинский и социальный патронаж.

4.2. Цель:

Использование инновационных технологий для формирования профессиональной компетентности будущего специалиста, организации социальной работы, подачи информации о труде, охране здоровья и профилактике заболеваний в социальной работе.

4.3. Тезисы лекций:

Важной составляющей медико-социальной работы является медико-социальный патронаж. Патронаж (фр. патронаж-забота) — вид профилактической медико-социальной работы, проводимой на дому.

Медико-социальный патронаж — это вид деятельности медицинских, социальных и общественных организаций, который осуществляется в целях удовлетворения потребности в медицинской и социальной помощи отдельных людей, семей, групп населения.

Обязанности медицинского и социального патронажа:

- оценка жилищных условий объектов медицинского и социального патронажа;
- выявление медицинских и социальных проблем клиента;
- объект медико-социального патронажа с медицинскими учреждениями, учреждениями социальной защиты, благотворительными организациями, фондами и т.п. б. наладить контакт;
- мониторинг реализации реабилитационных программ;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		10 стр из 41

- повысить уровень санитарно-гигиенического и правового образования объектов медицинского и социального патронажа;
- динамический мониторинг состояния здоровья объекта медико-социального патронажа;
- первичная и вторичная профилактика;
- формирование учреждения объекта медико-социального патронажа за здоровый образ жизни.

Целями медико-социального патронажа являются социальная защита населения при решении задач медико-социального характера, доступность медико-социальной помощи для населения, постоянный контроль за состоянием здоровья соответствующего контингента лиц, содействие в реализации медицинской и социальной адаптации.

Медико-социальный патронаж включает в себя следующие этапы:

- проверять;
- выявление медико-социальных проблем;
- планирование путей решения этих проблем;
- реализация поставленных целей;
- анализ выполненной работы, оценка ее результатов и при необходимости корректировка этой работы.

Все данные медико-социального патронажа обычно вносятся в специальные медико-социальные карты (амбулаторные карты, социальные карты и т.п.). Медицинская и социальная помощь семье и детям направлена на профилактику, лечение и уход за имеющимися заболеваниями, а также поддержку активного образа жизни. Также обеспечивается социальная защита в случае болезни, первая помощь, лечение хронических заболеваний по назначению врачей, социально-гигиенические услуги, оказываемые врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений, утвержденными органами здравоохранения, медицинскими сестрами государственных учреждений социального обслуживания, специалистами по социальной работе. и социальные работники. включает помощь. Семьи с детьми, пострадавшими от экологических и техногенных катастроф (прежде всего, молодые матери, воспитывающие детей-инвалидов, многодетные матери) имеют право на получение медицинской и социальной помощи в государственных учреждениях социального обслуживания. В целях улучшения состояния здоровья несовершеннолетних во всех учреждениях социального обслуживания населения обеспечиваются медико-социальная помощь и питание, санитарно-гигиеническое воспитание, обучение и работа в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям, бесплатные медицинские консультации при определении их профессиональной пригодности. , осуществляется направление на санаторно-курортное лечение. Специализированная медицинская помощь оказывается в случае заболевания членов семьи, требующих специальных методов лечения. Для этого созданы стационарные учреждения: дома-интернаты для пожилых граждан, социально-оздоровительные центры для пожилых граждан и инвалидов, реабилитационные центры для детей-инвалидов, соответствующие отделения доврачебной помощи на дому. Еще одним важным методом оказания медико-социальной помощи семье и детям является санитарное просвещение, проводимое в учреждениях социального обслуживания семьи.

Непосредственными исполнителями медицинского и социального патронажа являются специалисты по социальной работе, участковые терапевты, участковые медсестры, сотрудники различных обществ и фондов.

Уход за пожилыми людьми в основном осуществляют учреждения общей системы здравоохранения.

Кроме того, ряд особенностей хронических заболеваний у данной категории лиц, длительный восстановительный период, особенности проведения реабилитационных мероприятий, включающих медицинский, психологический и профессиональный аспекты, требуют организации в составе крупных стационаров специализированных стационаров для

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		11 стр из 41

хронических больных и реабилитации. центры. К таким учреждениям относятся больницы и сестринские отделения, хосписы.

Оказание социальных услуг на дому является наиболее востребованной и эффективной формой оказания социальной поддержки, оказания бытовых, медицинских, психолого-педагогических, юридических услуг, оказания материальной помощи, создания условий для социальной адаптации и реабилитации граждан и семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Кроме того, каждый человек может как можно дольше прожить в привычной домашней обстановке, прежде чем возникнет острая необходимость в реабилитационной помощи в социальном специализированном учреждении. Кроме того, государству в 10 раз дешевле оказывать услуги одному человеку на дому, чем держать его в интернате. Уходом на дому занимаются специалисты по социальной работе и социальные работники, домработницы, младшие медицинские работники, медсестры, врачи (в основном участковые терапевты и врачи общей практики), физиотерапевты. Воспитатели посещают граждан не реже 3 раз в неделю, социальные работники – не менее 3-4 раз в неделю. В настоящее время различными общественными, в том числе церковными, организациями накоплен разнообразный интересный опыт оказания социальной помощи на дому. Заметна роль волонтеров в организации социально значимой помощи на дому. Присутствие родственников не всегда помогает организовать качественный уход на дому. Опыт показывает, что эти родственники часто очень старые, живут далеко и обычно очень заняты. Часто семья или родственники, проживающие с клиентом, не могут оказать помощь при тяжелом физическом или психическом состоянии. Домашняя социально-медицинская помощь гражданам пожилого возраста и инвалидам, страдающим психическими расстройствами (в стадии ремиссии), туберкулезом (кроме активной формы), тяжелыми заболеваниями (в т.ч. рак) Проводится в отношении людей, нуждающихся в социальных услугах на дому. Организация сиделок, «больниц на дому» и «хосписов на дому» является основной формой государственной поддержки семей с лежачими больными.

Социальные работники, оказывающие специализированную помощь, осуществляют свою деятельность во взаимодействии с отделом социального обеспечения Центра. Медсестры социального блока организуют свою работу во взаимодействии с региональными учреждениями здравоохранения, к которым они прикреплены. Для оказания доврачебной помощи социальное отделение должно иметь минимальный набор медикаментов (кроме наркотических и сильнодействующих) и перевязочных материалов.

Социальный работник или медицинский работник, осуществляющий медико-социальную помощь, должен обладать интеллектуальной зрелостью, эмоциональной устойчивостью, сохранять конфиденциальность информации, касающейся клиента, отличаться благотворительностью в отношениях с людьми, повышать квалификацию, иметь хорошее состояние здоровья. Эффективность ухода зачастую зависит от психологических качеств сотрудника, таких как терпение, чуткость, такт, гибкость и коммуникабельность. Как правило, патронажный работник вскоре становится для клиента близким человеком, и его психологическая поддержка очень важна.

Целью санитарного воспитания семьи и детей в государственных учреждениях социального обслуживания является формирование санитарной культуры членов семьи, соответствующей современным гигиеническим требованиям и рекомендациям. Санитарная культура – это информированность членов семьи о вопросах гигиены и здравоохранения. Однако важно не только иметь достаточный объем знаний в области гигиены, но и внедрять эти знания в свое поведение.

Санитарное образование направлено на поиск практического применения полученных в семье гигиенических знаний. Специалисты социальной работы формируют у членов семьи гигиенические навыки, распространяют знания о правильном, здоровом режиме труда, отдыха,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA 1979	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»			044-80/11 ()
Лекционный комплекс			12 стр из 41

питания, медицинские работники информируют членов семьи о причинах заболеваний и методах их профилактики.

Методы санитарного просвещения также разделяются по видам передачи информации:

- устный (рассказы, доклады, дискуссии);
- Полиграфия (плакаты, брошюры, флаеры, слоганы);
- Визуализация (выставки, санитарные бюллетени и т.п.).

Обследование жилищных условий при медико-социальном уходе за семьей осуществляется с учетом определенных норм.

1. Жилье должно отвечать гигиеническим и социальным потребностям семьи клиента, иметь необходимый набор помещений, размеры которых соответствуют гигиеническим нормам. Минимальная норма жилья на человека – 9 м². Такая зона высотой 2,5-3,2 м обеспечивает необходимый объем воздуха в квартире, позволяет разместить мебель и предметы домашнего обихода. Жилищные условия – частная квартира или частный дом, жилая площадь которых менее 6 м² на человека без соблюдения гигиенического комфорта, а также общежитие. Перенаселенность в квартире приводит к возникновению инфекционных заболеваний, изменению состава и физического состояния воздуха. Загрязненный воздух влияет на центральную нервную систему, что, в свою очередь, влияет на физиологические функции всего организма и вызывает головные боли, потерю аппетита и быструю утомляемость.

2. В квартире должно быть санитарно-техническое оборудование, хорошее освещение и микроклимат, соответствующий гигиеническим требованиям. Во влажных и холодных помещениях развиваются острые респираторные и другие заболевания.

3. В квартире должны быть созданы условия проживания в соответствии с возрастными особенностями человека, что будет способствовать восстановлению творческих сил и укреплению здоровья. Поскольку социальная работа зачастую направлена на оказание медико-социальных услуг несовершеннолетним и пожилым людям, необходимо знать рекомендации по обустройству помещения с учетом возрастных особенностей клиентов.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Обязанности медицинского и социального патронажа
2. Цели медико-социального патронажа
3. Методы санитарного просвещения по видам передачи информации.

Лекция № 4

4.1. Тема: Оказание медицинской и социальной помощи семье и ее отдельным членам.

4.2. Цель:

Использование инновационных технологий для формирования профессиональной компетентности будущего специалиста, организации социальной работы, подачи информации о труде, охране здоровья и профилактике заболеваний в социальной работе.

4.3. Тезисы лекций:

Семья – более сложная система отношений, чем брак, поскольку объединяет не только супругов, но и их детей и других родственников.

Поэтому семью следует рассматривать не просто брачную группу, а социальный институт, то есть систему взаимоотношений, человеческого взаимодействия и отношений, основанную на определенных ценностях и нормах, выполняющую функцию воспроизводства. Социологи рассматривают семью как часть общества в отношении ее деятельности. Деятельность семьи –

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Qntüstik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		13 стр из 41

это деятельность семьи и ее членов. Можно определить функции общества по отношению к семье, семьи по отношению к личности и функции личности по отношению к семье.

Большинство социологов считают, что основной функцией семьи в современном обществе является: рождение; социализация, то есть подготовка детей к жизни в данном обществе; экономическая, т. е. помощь детям в взрослении. Есть несколько причин, почему семьи в современном обществе хорошо приспособлены для выполнения этих функций. На самом деле воспитание детей основано на сильных биологических механизмах, т.е. родство, рождение человека, нормальные, дисциплинированные сексуальные отношения между супругами, а оказание экономической помощи является весьма эффективным способом воспитания детей. Семья как социальный институт проходит семейный этап или семейную жизнь, состоящую из нескольких этапов. Исследователи называют эти матовые фазы по-разному. Однако основными среди них являются:

Вступить в брак – значит создать семью;

Начало родов – рождение первенца;

Конец родов – последний ребенок;

«Пустое гнездо» — когда последний ребенок выходит замуж и отделяется от семьи;

Смерть одного из супругов является прекращением семейной жизни. На каждом этапе семья приобретает особые социально-экономические характеристики.

Семья как социальный институт возникла с формированием человеческого общества. Процесс формирования и служения семьи определяется ценностно-нормативными системами.

Например, выбор будущего супруга, уважительный уход за ним, соблюдение половой дисциплины в половом акте, культурных норм мужа и жены, родителей и детей и т. д. В случае несоблюдения указаний применяется закон. Эти ценности, нормы и законы являются отражением принятого в данном обществе исторически меняющегося типа отношений между мужчинами и женщинами, регулируют и узаконивают их сексуальную жизнь, устанавливают супружеские, родительские и иные родственные права и обязанности. Основная, первоочередная функция семьи – репродуктивная, то есть удовлетворение потребности в ребенке в обществе. Помимо этой основной функции, семья выполняет и другие важные социальные услуги:

- образовательная социализация молодого поколения, сохраняющая и дополняющая культурные достижения общества;

- домашнее хозяйство - забота о здоровье членов общества, уход за членами семьи, детьми и престарелыми;

- экономические - оказание материальной помощи членам общества одному из членов семьи для заработка материальных средств, другим, несовершеннолетним и недееспособным;

- первичный социальный контроль - соблюдение моральных принципов распорядка членов семьи в различных сферах жизнедеятельности, а также ответственности и обязанностей в отношениях между супругами, родителями и детьми, старшими и представителями среднего поколения;

- духовная связь – формирование личности из членов семьи, обогащение взаимных духовных связей;

- социальный ранг - присвоение определенного социального ранга членам семьи, развитие социальных структур;

- отдых – бережная организация отдыха, обогащение взаимовыгодных отношений;

- обучение самоконтролю – наблюдение за устойчивостью поведения личности и забота о его правильном формировании.

Одной из важнейших задач семьи является воспитание детей. Для семьи полезно влиять на ребенка. Семейное воспитание осуществляется под влиянием родителей. По мере роста ребенка его обучение усложняется и требования к нему возрастают. В семье детей прививают

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		14 стр из 41

трудолюбию, порядочности, аккуратности, культуре дисциплины. Ребенок учится трудиться, участвуя в домашних делах. Семейное воспитание реализуется в результате совместной воспитательной работы родителей с учителем и на рабочем месте. Отсюда следует вывод, что статус, недостатки и преимущества семейного воспитания оказывают существенное влияние на личность ребенка, а зачастую и определяют конечный результат сложного процесса формирования личности. Наконец, немалую роль в организации потребления и быта играет семья. Здесь не только удовлетворяются материальные и духовные потребности людей, но и создается так необходимое человеку моральное и эстетическое богатство.

Основные причины конфликтов в семье

Существуют две основные причины конфликтов в семье: внутренние и внешние. Внешние причины включают жилье, доходы, обычаи, национальные особенности и т. д. если да, то к внутренним причинам – любви, эмоциям, заботе, единению и т. д. Обе причины могут создать кризисную ситуацию для молодой семьи. Нестабильность семьи приводит к разводу. Основные причины развода:

Несовместимость поведения и отношений супругов;

Употребление алкоголя, особенно мужчинами;

Дискомфорт дома, особенно среди молодежи;

Супружеская неверность;

Нежелание иметь детей;

Сексуальная недостаточность.

Можно выделить три основных направления социальной работы: диагностическое, реабилитационное, профилактическое.

1. Диагностика собирает информацию о семье и ее членах, анализирует ее и определяет проблему. Семейная диагностика – сложный и ответственный процесс, требующий от социального работника соблюдения следующих принципов.

- клиентоориентированность (рассмотрение проблемы согласно интересам клиента);

- конфиденциальность, адекватность методов и методик;

- сохранить право клиента не вмешиваться в его личную жизнь и заранее видеть возможные варианты его реакции на предлагаемое действие. Диагностика семьи – длительный процесс, требующий не делать необдуманных решений и выводов. Для диагностики развития ситуации в семье используются следующие методы исследования: наблюдение, интервью, анкетирование, тестирование. Масштабный, распределительный бумажный, проективный, ассоциативный, экспрессивный методы помогают составлять решения и программы коррекции. Много полезной информации о семье и ее членах специалист может получить методами биографического и документального анализа. На основе полученных диагностических материалов можно составить социальную карту семьи с информацией о ее членах, молодежи, образовании родителей и детей, их профессиях, работе супругов, доходах семьи, состоянии здоровья, условиях жизни, Основные проблемы в семейных отношениях. В этой карте необходимо, насколько это возможно, спрогнозировать экономическое развитие семьи, предложить вариант помощи (срочной, стабилизирующей, профилактической) и аргументировать необходимость реабилитации. Для заполнения карты можно использовать данные социально-педагогического паспорта.

2. Реабилитация – это система мероприятий, позволяющая восстановить утраченную положительную ситуацию в семье и создать новую.

В мировой практике для реабилитации семьи и ее членов используются учреждения социального обслуживания семьи и детей, территориальные центры, медико-психолого-социальные и многопрофильные кризисные центры. Содержание их деятельности заключается в оказании различных видов помощи (правовой, медицинской, психологической, социальной) членам семьи и отдельным лицам для увеличения и поддержки их ресурсов, ориентации членов

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		15 стр из 41

семьи к другим ценностям, изменения их позиций. В таких учреждениях члены семьи могут получить консультации специалистов, принять участие в групповых занятиях, присоединиться к программам реабилитации. При этом реабилитационная функция включает в себя комплекс различных процессов и методов выездной формы помощи семье. Прежде всего, это кризисные варианты помощи семье и ее членам («горячая линия», визиты к семье с помощью куратора, экстренная психологическая помощь в стационаре). Во-вторых, соответствующие социальные услуги и помощь в жилых районах без специалистов. При этом проводится работа с обучающимися группами, методами снятия давления, индивидуальное и групповое консультирование, семинары. Мобильные бригады обеспечивают реализацию программы. В-третьих, шефство. В социальной работе этот термин имеет широкое значение: это система оказания специальных услуг определенным категориям людей, требующим особого внимания. На родине шефство осуществляется с целью мобилизации внутренних и внешних ресурсов. Патронаж играет большую роль в возвращении домой человека, прошедшего известную программу реабилитации. В этом случае его следует начать до окончания курса реабилитации в детском или кризисном центре. Патронаж имеет следующие стадии:

1. Подготовка – ознакомление со всей информацией, касающейся семьи, подготовка вопросов для собеседования и т.д.
2. Вводный раздел – непосредственное знакомство с членами семьи, рассказ о цели визита и оказанной помощи.
3. Сбор и оценка информации - сбор информации о составе и положении семьи, взаимоотношениях в ней, способах воспитания детей, материальном положении, здоровье членов семьи, важных событиях для ребенка или родителей, заполнение социальной карты, выявление проблема, которую может решить служба социальной защиты.
4. Заключение – выяснение проблемы, с которой столкнулись члены семьи, подведение итогов, совместный выбор тактики дальнейших действий, предоставление информации о предлагаемых видах помощи, информирование о полных местах расположения социальных служб.
5. Установить контакт с другими специалистами, работающими с семьей (школьные социальные педагоги, инспекторы по правам ребенка, специалисты образования, здравоохранения, МВД и т.д.).
6. Отчет – полное описание результатов акта семейного исследования, составление индивидуальной программы дальнейшей работы с семьей. Проблемы семьи, ее сложность, программы, называемые программой-минимум и программой-максимум, реализуются на разных этапах патронажа. Программы-минимум ориентированы на события, связанные с внезапной потерей очень ценных вещей в семье. Например, здоровье близких, родственников, работа, пожар и т. д. из дома. разлука. В таких случаях действия социального работника направлены на восстановление способности членов семьи выполнять оптимальные функции в короткие сроки, несмотря на объективные ограничения. Программы-максимум необходимы не только тогда, когда необходимо компенсировать утраченное, но и для изменения направления жизненной позиции, коррекции и замены поведения членов семьи. Особо масштабные изменения требуют длительных и особых усилий по объединению потенциала различных специалистов и служащих. Помимо вышеперечисленных действий, следует регулярно проводить консультативно-психотерапевтическую работу с семьей и ее членами. Патронажная реабилитация считается не только успешной формой подтверждения достигнутого, но и профилактики. Реабилитация рассматривает три уровня работы с семьей: индивидуальный (консультирование, патронаж), групповой (обучение, проектирование) и общественный (социальные действия, социальное творчество, праздники).
3. Профилактика или профилактика состоит из комплекса профилактических мер, обеспечивающих полноценное функционирование семьи и купирующих возможные проблемы. Одним из способов профилактики является создание специальной программы обучения и

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		16 стр из 41

воспитания. Например, изучение проблем семьи и семейного воспитания показывает, что родителям часто необходима помощь специалистов в вопросах создания условий, удовлетворяющих и поддерживающих на необходимом качественном уровне эмоциональные, интеллектуальные, физиологические потребности ребенка, а также знаний и деловые навыки, необходимые для регулирования взаимоотношений. Образовательная программа основана на концепциях и моделях, выходящих за рамки простых рамок воспитания детей. Они направляют взрослых к самостоятельной работе над решением проблем, которые могут возникнуть во взаимоотношениях с разными людьми, к выбору типа поведения в разных ситуациях. Например, Ю. Хямляйнен предлагает использовать несколько моделей. Модель А. Адлера основана на целенаправленном и сознательном изменении поведения родителей и других членов семьи с учетом принципов взаимного уважения, интеграции и равенства. Задача – научить родителей уважать уникальность ребенка, признавать его индивидуальность и определять мотивы его действий. Теоретическая модель обучения Б. Скиннера побуждает родителей быстро перевоспитывать и обучать посредством положительного и отрицательного подкрепления. Цель этой модельной программы – научить родителей навыкам наблюдения, анализа и регулирования поведения своего ребенка. Модель эмоционального общения Т. Гордона ориентирует родителей на диалог в общении и стремится к развитию компетентности. Во-первых, активное слушание, во-вторых, выведение позиции «оба правы» и, в-третьих, предоставление ребенку возможности высказать свое мнение. Модель М. Джеймса и Д. Джонгарда основана на признании того факта, что люди действуют по-разному: как ребенок, как родитель, как взрослый, и основана на трансактном анализе. Понимание этого учит членов семьи регулировать свои отношения с помощью компромисса и согласия. В качестве элемента профилактики обучение родителей и всех членов семьи учит навыкам преодоления трудностей, регулирования отношений и формирования аналогичных навыков у других. Социальная защита семьи имеет экономическое содержание и реализуется социальным работником в его практической деятельности. Это жилье и иная помощь, услуги транспорта, связи, медицинская, юридическая и социальная помощь, продовольственное обеспечение, поддержка в сфере образовательной деятельности, трудоустройство. Таким образом, социальная работа с семьей предполагает экономическую, юридическую, психологическую, социальную и педагогическую поддержку и требует от специалиста знания основ этих наук, владения их технологиями. Особенности социальной работы с разными категориями семьи.

Семейное положение считается плохим, если оно имеет следующие характеристики: низкая самооценка, стереотипность поведения, ограниченность и своеобразие социальных отношений, их избирательность и узость, различная этиология больных семейных отношений. То есть семьи, которые не могут противостоять влиянию дестабилизирующих внесемейных и внутрисемейных факторов в течение определенного периода времени, считаются находящимися в плохом состоянии семьи. В таких семьях преобладает культ личности, внимание каждого сосредоточено на себе, круг взаимоотношений нестабилен, потребности некоторых членов семьи не удовлетворяются.

В таких семьях возникают различные проблемы. Такие семьи можно разделить на:

- преступные семьи, не выполняющие родительские обязанности, вовлекающие близких людей в аморальную деятельность, имеющие жесткие отношения с членами семьи, создающие угрозу здоровью членов семьи, особенно детей;
- склочные семьи, где имеются трудности во взаимоотношениях между супругами, родителями и детьми, братьями и сестрами;
- семьи с хорошим внешним состоянием, но с различными отклонениями в поведении детей, педагогически не сформированными.

Есть семьи, которые представляют социальную угрозу для промежуточных групп. Если им вовремя не оказать помощь, они станут бедной семьей. Они находятся в сложной ситуации по

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		17 стр из 41

объективным и субъективным причинам и нуждаются в поддержке государственной системы социальной защиты. К ним относятся неполные и многодетные семьи, дети-инвалиды, усыновленные дети, семьи с родителями-инвалидами, семьи беженцев. Процесс практической деятельности социального работника с такими семьями проходит диагностический, организационный и коммуникативный этапы. На этапе диагностики по специальному графику оцениваются материальные возможности и условия жизни семьи, эмоционально-психологический климат, образование, общекультурный уровень, изучается характер свободного времени, разделение задач и ролей, взаимная организация совместной деятельности и одновременно определяются проблемы всей семьи и ее членов. На организационном этапе члены семьи привлекаются к оценке ситуации и ресурсов, проектирование и адаптация программ помощи, организация семейно-бытовой совместной работы, коррекция отношений, установление внутренних и внешних контактов, создаются условия, поддерживаются квалификации и навыки, выработанные в коммуникативном периоде, расширяются используемые инструменты. Таким образом, работа с такими семьями характеризуется сочетанием обучения жизненным навыкам с супервизией (патронажем). В поддержке также нуждаются отдаленные семьи, то есть семьи, родители которых работают вахтовым методом, которые длительное время выезжают в командировки, а взрослые или родители которых работают в нетрадиционном режиме. Для них характерны разногласия во взглядах на жизненные ценности, эмоциональная отстраненность, пустое обвинение, сложность привыкания к нему после длительного отсутствия. Здесь часто требуется совет. Основная цель социального работника в работе с семьей – помочь семье, клиенту изменить свою жизненную ситуацию, согласовать потенциал услуг и действия специалистов.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Основное направление социальной работы.
2. Особенности социальной работы с разными категориями семьи.
3. Этапы патронажа

Лекция №5

4.1. Тема: Модули Детского фонда ООН.

4.2. Цель:

Использование инновационных технологий для формирования профессиональной компетентности будущего специалиста, организации социальной работы, подачи информации о труде, охране здоровья и профилактике заболеваний в социальной работе.

4.3. Тезисы лекций:

ЮНИСЕФ или Детский фонд ООН (англ. United Nations International Children's Emergency Fund; UNICEF) — одно из основных учреждений ООН, фонд гуманитарной помощи европейским детям, пострадавшим от Второй мировой войны. 1946 год Он был создан 11 декабря как временная организация для помощи детям стран, непосредственно пострадавших от Второй мировой войны. Сначала он назывался «Международный чрезвычайный фонд помощи детям». 1953 год Решением Генеральной Ассамблеи она была утверждена в качестве системы структуры ООН. Детский фонд ООН помогает не только тем, кто пострадал от войны, но и детям стран, пострадавших от голода и эпидемий, беженцам. Управляющий орган Фонда — Правление избирается сроком на 3 года. Секретариат Фонда возглавляет исполнительный директор, назначаемый Генеральным секретарем ООН. В настоящее время более 50 стран являются членами Детского фонда ООН. Штаб-квартира находится в Нью-Йорке.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		18 стр из 41

1994 г. В Казахстане создано представительство Детского фонда ООН. 1995 год в мае совместно с правительством Казахстана создали 5-летнюю программу защиты детей и матерей в условиях социально-экономической реконструкции. Основными направлениями этой комплексной программы являются охрана здоровья матери и ребенка, совершенствование начального образования, развитие эколого-санитарной помощи, реализация мер по защите прав матери и ребенка. Фонд организует комплексные мероприятия в Казахстане под названием «Аральское море: проект региональной и технической помощи» и работает в помощь жителям региона. Также Детский фонд ООН предоставляет лекарства и медикаменты, поддерживает тесный контакт со многими общественными организациями в обеспечении школы оборудованием и необходимыми расходными материалами, компьютерной техникой. 1965 год Фонд был удостоен Нобелевской премии мира за работу в интересах детей.

Основная цель: охрана здоровья матери и ребенка, питания, водоснабжения, санитарии, образования, защита интересов детей. Фонд работает только за счет добровольных пожертвований. Большая часть таких пожертвований поступает от правительств, а остальная часть поступает от частных лиц и компаний. ЮНИСЕФ оказывает помощь детям более чем в 100 странах мира. Основное соглашение между Детским фондом ООН и Правительством Республики Казахстан было подписано в 1994 году. Подписано 25 ноября. Крупнейший национальный проект ЮНИСЕФ в сотрудничестве с Правительством Казахстана – ASPERA – «Аральское море: региональная и экологическая помощь». Здесь предполагается оказать помощь в решении упомянутых проблем районов Аральского района Кызылординской области. В 2018 году ЮНИСЕФ помог родиться 27 миллионам младенцев, ввел пентавалентные вакцины примерно 65,5 миллионам детей, дал образование 12 миллионам детей, вылечил четыре миллиона детей с тяжелым недоеданием и отреагировал на 285 гуманитарных чрезвычайных ситуаций в 90 странах. Во время пандемии COVID-19 2020 года ЮНИСЕФ совместно со Всемирной организацией здравоохранения и другими агентствами опубликовал рекомендации по воспитанию здоровых детей. Программы ЮНИСЕФ направлены на развитие услуг на уровне общин для улучшения здоровья и благополучия детей. Большая часть его работы осуществляется на местах: 150 страновых офисов, штаб-квартир и других объектов, а также 34 «национальных комитета», которые выполняют свою миссию посредством программ, разработанных правительствами принимающих стран.

Семь региональных офисов по мере необходимости оказывают техническую помощь страновым офисам, а его отдел реализации, расположенный в Копенгагене и Нью-Йорке, помогает предоставить поддержку и услуги на сумму более 3 миллиардов долларов.

Артур ван Дизен возглавляет Представительство Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Казахстане с 1 июня 2019 года.

Роль патронажной медсестры по программе ЮНИСЕФ

Все модули основаны на данных исследований ученых ЮНИСЕФ в области педиатрии, раннего развития детей, детской психологии за последние двадцать лет. Вот краткий обзор 16 ресурсных модулей универсальной модели передового опыта патронажного сестринского дела по программе ЮНИСЕФ:

1. Модуль: бесконечное время развития раннего детства. В этом модуле основное внимание уделяется развитию ребенка со дня его появления в утробе матери до трехлетнего возраста, то есть развитию мозга, нейробиологическому развитию, влиянию на здоровье, обучению и жизнедеятельности.

2. Модуль: новая роль патронажного работника. В этом модуле объясняются роль и обязанности патронажной медсестры, а также рассматриваются навыки общения с отдельными лицами, семьями, сообществами и учреждениями в рамках программы посещения на дому.

3. Модуль: правильное питание ребенка (грудное вскармливание и вскармливание).

Понимать важность прикорма для здоровья и развития ребенка.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		044-80/11 () 19 стр из 41

4. Модуль: развиваем связь между родителями и детьми. Процесс формирования отношений между матерью и новорожденным ребенком.

5. Модуль: Вовлечение отцов. Понимание того, что отцы играют важную роль в развитии ребенка и здоровье ребенка, матери и семьи. Тенденция более активного участия отцов в работе по воспитанию своих детей со дня младенчества и поддержка этих тенденций в сфере государственной политики и системы оказания услуг.

6. Модуль: искусство воспитания: любить, разговаривать, играть, читать. Описание основных моментов правильного воспитания.

7. Модуль: Здоровье родителей – основа здоровья, развития и здоровья ребенка на протяжении всей жизни. Понимание того, как перинатальные психические заболевания родителей влияют на ребенка, семью и общество.

8. Модуль: распространенные сложные проблемы воспитания детей. Понимание наиболее насущных проблем воспитания, с которыми сталкивается большинство родителей.

9. Модуль: Домашняя обстановка и безопасность. Узнайте о распространенных причинах детских травм и способах их предотвращения.

10. Модуль: развиваем коммуникативные навыки патронажных сотрудников. Знать, как научить эффективному общению.

11. Модуль: работа над рассмотрением вопросов стигмы и дискриминации. Содействовать справедливости, инклюзивности и уважению ответственности.

12. Модуль: по-разному развивающиеся дети. Неблагополучные, инвалиды и дети-инвалиды имеют полное право на получение всех услуг, необходимых для роста и развития в их семье и обществе, при полном и равноправном участии в жизни общества.

13. Модуль: мониторинг и скрининг развития. Понять концепции и различия между мониторингом, инструментами мониторинга, этапами развития, периодическим скринингом, комплексной оценкой развития.

14. Модуль: выявление и сосредоточение внимания на жестоком обращении с детьми, пренебрежении и отказе от детей.

15. Модуль: общение между учреждениями.

16. Модуль: Кормление с энтузиазмом, встречающееся в клинической практике в клинике.

В рамках программы ЮНИСЕФ патронажная медсестра учится работать по 10 основным этапам наблюдения за развитием ребенка:

1. Первый шаг. Объясните родителям, что такое развитие ребенка. Часто родители понимают развитие ребенка и физический рост как одно и то же. Они думают, что пока рост и вес ребенка правильные, все в порядке. Объясните родителям, что подразумевается под развитием ребенка.

2. Второй шаг. Родителей следует спросить, что их беспокоит в процессе развития ребенка. Основным элементом контроля является забота родителей о развитии ребенка. Мы задаем открытые вопросы, чтобы узнать, что волнует родителей: когда я говорю о развитии ребенка, я имею в виду то, как ваш ребенок общается, понимает, разговаривает, играет, видит, слышит, двигается, учится и какие занятия он делает сам. Беспокоитесь ли вы о развитии вашего ребенка в какой-либо из этих областей? Определить через вопросы.

3. От третьего шага к седьмому. Необходимо провести оценку по направлениям развития ребенка. Для этого мы используем семь специальных таблиц. Таблицы: экспрессивное (зрительное) развитие речи, рецептивное (понимающее) развитие речи, моторика и мелкая моторика движений, эмоциональное развитие, управление эмоциями ребенка, способы общения ребенка, игры и игры друг с другом. Необходимо проводить мониторинг и поддержку согласно графикам.

4. Восьмой шаг. Мониторинг защитного фактора мы также включаем в себя поддержку воспитателей.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»			044-80/11 ()
Лекционный комплекс			20 стр из 41

5. Девятый шаг. Мониторинг опасных факторов развития.

6. Десятый шаг. Мониторинг стратегии по минимизации семейных факторов риска, потребности в дополнительных услугах и разработка плана дальнейших действий.

В ходе обучения специалисты получают новые знания, связанные с воздействием на малыша тактильного контакта, разговора с ним, эмоциональной чувствительности родителей, когнитивных функций и адаптивных способностей ребенка, а также активного участия обоих родителей в играх с детьми. от 1-го дня до всей последующей жизни. Согласно новому стандарту патронажного обслуживания, 2 раза во время беременности и всем детям от рождения до 3 лет будет охвачена обязательная услуга по 9-кратному выезду патронажной сестры на дом по универсальному пакету. В рамках универсального визита патронажные работники оценивают способы, способствующие развитию ребенка в раннем возрасте, дают советы родителям по грудному вскармливанию, правильному питанию, оказанию неотложной медицинской помощи перед врачом, распознают опасные признаки детских заболеваний. и важность тесных отношений между родителями и детьми. Именно эти крепкие эмоциональные связи помогают родителям создать здоровую и заботливую среду, способствующую психической устойчивости ребенка и его адаптации к социальной среде. Семьи со средним и высоким доходом могут улучшить свое социально-экономическое положение, участвуя в пакетах специалистов по раннему развитию и дошкольному образованию, а также в программах партнерства в области трудоустройства, жилья и общественного бизнеса. Новые навыки посещения патронажа могут помочь повысить профессиональную компетентность и качество услуг системы первичной медицинской помощи семьям в регионах, предотвратить смертность матерей и детей до 1 года, повлиять на проблемы родовспоможения.

Исследователи-педиатры из Гарвардского университета доказали, что инвестиции в программы развития детей раннего возраста могут значительно повысить потенциал ребенка и снизить затраты на здравоохранение и социальную помощь. Посещение на дому, основанное на модели универсального прогресса, оказалось более экономически эффективным, чем устаревшая практика более дорогостоящего стационарного ухода в более позднем возрасте. Проект по медико-социальной поддержке беременных женщин и семей с детьми до 5 лет Детский фонд ЮНИСЕФ ООН обеспечивает патронажных медсестер методическими материалами и проводит регулярные обучающие мероприятия.

Матери лучше оставаться с ребенком до тех пор, пока ему не исполнится 3 года. Даже 10 детских садов и клубов не могут научить ее матери уходу, воспитанию и обучению. Во время беременности жены и со дня рождения ребенка в воспитании активно участвует отец, уделяя ему 15 минут в день, особое влияние оказывает на развитие ребенка.

Патронажные медсестры знают обязанности не только медицинского работника, но и социального работника и психолога. Потому что ребенок нуждается в уходе помимо прививок или других навыков, и лучше относиться к нему как к ребенку, а не как к больному.

Многие семьи не в состоянии обеспечить своим детям профессиональную доврачебную помощь, поэтому этой задаче обучаются медсестры из приемных семей. Показывает молодым мамам секреты ухода за ребенком. В комнате молодая мама адаптируется, чтобы чувствовать себя комфортно. Играйте с игрушками, учите манерам ценить ребенка. Знакомит с разнообразными вкусными блюдами, рассказывает детям, какую еду лучше готовить и какая еда полезна для детей, показывает количество в зависимости от их возраста.

С 2016 года при технической поддержке ЮНИСЕФ в Кызылординской области внедрены следующие модели:

1. Младенческая смертность снизилась на 32% (со 159-17,7‰ до 108-12,1‰);
2. количество младенческих смертей от контролируемых инфекций снизилось на 50% (с 6 до 3 инфекционных заболеваний) благодаря раннему доступу к медицинской помощи;
3. количество детей, умерших дома, снизилось с 13 (10,6%) до 10 (14,3%) на 23%;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		21 стр из 41

4. Достигнуто более чем в 3 раза (с 3 до 1) снижение смертности от болезней органов дыхания.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Модули ЮНИСЕФ

2. Роль патронажной медсестры по программе ЮНИСЕФ

3. Основные действия патронажной медсестры по наблюдению за развитием ребенка в связи с программой ЮНИСЕФ.

Лекция №6

4. 1. Тема: Значение медицинских инноваций в социальной работе.

4.2. Цель:

Использование инновационных технологий для формирования профессиональной компетентности будущего специалиста, организации социальной работы, подачи информации о труде, охране здоровья и профилактике заболеваний в социальной работе.

4.3. Тезисы лекций:

Здоровье людей является важной составляющей социального, культурного и экономического развития страны. В настоящее время растет понимание роли общественного здравоохранения как фактора стратегического потенциала, национальной безопасности, стабильности и общественного благополучия. Социально-экономический кризис в стране оказал негативное влияние на здоровье населения и численность населения. Этот процесс усиливается такими факторами, как старение населения, рост уровня хронических заболеваний и инвалидности, а также появление новых дорогостоящих методов лечения и организационных медицинских технологий. Радикальные изменения в сфере медицины включают децентрализацию, внедрение рыночных механизмов управления, обязательного и добровольного медицинского страхования, появление новых организационных технологий и т.д. Кризис системы здравоохранения продолжается. Поиск путей выхода из кризиса – главная задача государства. При этом особенно важно учитывать, что только взаимодействие всех социальных институтов, направленное на предотвращение негативного воздействия на человека, реализацию профилактических программ наряду с совершенствованием диагностики и лечения, использованием современных медицинских технологий, может решить проблему. стратегические задачи вывода системы здравоохранения из кризиса. Появление социально уязвимых групп населения, нуждающихся в социальной защите, привело к необходимости создания социальных служб и новой профессии – она называется социальной работой. Наличие тяжелой патологии увеличивает социальные проблемы. Анализ различных аспектов социальной работы показывает необходимость подготовки специалистов в области медико-социальной помощи.

Такой подход обеспечивает создание нового института «медико-социальной работы», для его организации необходимы: научная база, нормативно-правовая база, система подготовки специалистов с использованием перспективных методических подходов и технологий.

Целью медико-социальной работы является теоретическое и экспериментальное обоснование роли инновационных организационных технологий медико-социальной помощи в повышении ее эффективности.

Для достижения цели были определены следующие задачи:

- исследование и теоретическое обобщение данных отечественной и зарубежной литературы, характеризующих тенденции развития медико-социальной работы и эффективность использования ресурсов отрасли;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		22 стр из 41

- исследование и актуализация проблем организации медицинского и социального обслуживания;
- разработка и реализация программ обучения специалистов медицинской и социальной работы;
- развитие перспективных технологий оказания медицинских и социальных услуг населению;
- оценка эффективности внедрения инновационных технологий организации медицинских и социальных услуг.

Социальные инновации все чаще используются для достижения социальных целей, в том числе улучшения здравоохранения, несмотря на отсутствие концептуальной ясности и консенсуса относительно их определения. Помимо конкретных артефактов для удовлетворения социальных и структурных потребностей, социальные инновации лучше всего понимать как инновации в социальных отношениях, динамике власти и трансформациях управления, и они могут включать институциональные и системные трансформации.

Обзор эмпирических исследований, опубликованных за последние 10 лет, был проведен с целью определить, как использовались социальные инновации в здравоохранении, факторы и барьеры, влияющие на их эффективность, а также пробелы в текущей литературе. В период с апреля по июнь 2020 года был проведен поиск в ряде дисциплинарных баз данных, включая Academic Source Complete, CINAHL, Business Source Complete psych INFO, PubMed и Global Health. Был выбран период публикации 10 лет, а статьи ограничивались английским текстом. Исследования для окончательного включения основаны на заранее определенных критериях.

В большинстве из 27 исследований, включенных в этот обзор, использовалась методология тематического исследования. Половина из них была написана авторами, не относящимися к сфере здравоохранения, работающими в странах с высоким уровнем дохода (НІС). Социальные инновации, как считается, обеспечивают творческие решения для устранения барьеров в доступе и стоимости медицинской помощи в странах с низким и средним уровнем дохода, а также в контексте СВД в различных областях, ориентированных на борьбу с болезнями. По сравнению с исследованиями в других дисциплинах, исследователи в области здравоохранения использовали социальные инновации в основном инструментально и технократически, чтобы стимулировать более широкое участие пациентов и бенефициаров в программах здравоохранения. Никаких эмпирических доказательств того, что этот процесс ведет к расширению прав и возможностей, представлено не было, а социальные инновации не были представлены как преобразующие. Исследование предоставило практическую информацию о том, как улучшить внедрение социальных инноваций в системы и практику здравоохранения. Согласно теоретической литературе, социальные инновации обладают потенциалом для мобилизации институциональных и системных изменений, но исследования в области здравоохранения еще не полностью исследовали этот аспект. Однако существуют ограничения в концептуализации социальных инноваций и применении их теоретических и междисциплинарных основ к исследованиям в области здравоохранения.

Содействие социальным инновациям, как и любая инновация, предполагает реагирование на вызовы. К 1970-м годам ученые осознали ограниченность технологических инноваций и бизнес-подходов, позволяющих эффективно удовлетворять очевидные потребности общества. За последнее десятилетие социальные инновации стали альтернативой решению сложных и трудноразрешимых социальных проблем, таких как изменение климата, бедность, последствия глобализации и неравенства, а также способы обеспечения долгосрочных социальных изменений. Проблемы социальных инноваций выходят за рамки географических, административных и политических границ. По этой причине, по мнению Ван Вейка и его коллег, проблемы, которые лучше всего решаются с помощью социальных инноваций, — это «каверзные проблемы», «метапроблемы», «большие проблемы» или сложные проблемы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		23 стр из 41

взаимозависимости между многочисленными системами и акторами. Джефф Малган, профессор коллективного разума, государственной политики и социальных инноваций в Университетском колледже Лондона, подчеркнул системный характер этих проблем, отметив, что существующие системы и структуры часто подводят людей, которым они призваны служить. Другие указывают на отсутствие или слабость «институциональных пробелов» — институциональных механизмов — в контексте рынков и правительств, которые могут препятствовать участию сообщества.

В Казахстане создается эффективная модель отечественной медицинской науки, и в первую очередь укрепляется взаимодействие медицинской науки с практической системой здравоохранения. В регионах страны внедряются новые инновационные технологии: сегодня в регионах реализуются 123 из 400 современных медицинских проектов, сообщается. Медицинские технологии являются общей проблемой для сектора здравоохранения во всем мире. Поэтому их следует оценивать на необходимом уровне и эффективно использовать. Осуществление развития внедрения новых технологий в регионах страны. В Казахстане экология и здоровье, продление продолжительности жизни, регенеративная медицина, клеточные технологии, искусственные организмы, технологии защиты здоровья детей и репродуктивного здоровья мужчин и женщин, профилактика смертности и инвалидности вследствие болезней и травм, инфекционные, социально значимые проблемы. такие как технологии снижения веса и профилактики заболеваний. Сегодня медицинские работники страны эффективно внедряют в практическую систему здравоохранения новые проекты. Например, на базе Национального научного кардиохирургического центра проведена операция по имплантации искусственного левого желудочка сердца. В Научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии изобрели эндопротез для бесцементной фиксации тазобедренного сустава, а в НИИ глазных болезней изобрели новый метод лечения - фотодинамическую терапию возрастной макулодистрофии. Конечная цель инновационного развития – вывод на рынок конкурентоспособных товаров, процессов и услуг. Сегодня интенсивность инновационной деятельности часто отражается на уровне экономического развития: в глобальной конкуренции побеждают страны, обеспечивающие благоприятные условия для инноваций. То есть развитие инновационной экономики является одним из эффективных способов повышения конкурентоспособности страны». Из опыта зарубежных стран можно сделать вывод, что национальная инновационная система будет эффективной и приносить высокие доходы только при наличии в стране развитого бизнес-сектора и культуры принятия инноваций в обществе.

Инновации, ориентированные на новые технологии, услуги, квалификацию персонала, методы управления, являются основным фактором конкурентоспособности во всех экономически развитых странах.

В заключение отметим, что в настоящее время в стране быстрыми темпами развиваются медицинские технологические инновации. Технологии в сфере медицины очень важны. Именно поэтому Республика Казахстан создает пути обеспечения мировых медицинских технологий. Однако в настоящее время в стране не хватает некоторых медицинских технологий. Сегодня интенсивность инновационной деятельности часто отражается на уровне экономического развития, в глобальной конкуренции побеждают страны, обеспечивающие благоприятные условия для инноваций. То есть развитие инновационной экономики является одним из эффективных способов повышения конкурентоспособности страны.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Цель медико-социальной работы

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		24 стр из 41

2. Применение социальных инноваций, факторы и препятствия, влияющие на его функционирование.

3. Вклад разных ученых в инновации.

Лекция №7

4.1. Тема: Нормативно-правовая база социальной и медицинской работы.

4.2. Цель:

Использование инновационных технологий для формирования профессиональной компетентности будущего специалиста, организации социальной работы, подачи информации о труде, охране здоровья и профилактике заболеваний в социальной работе.

4.3. Тезисы лекций:

Здравоохранение – совокупность медицинских, социально-экономических, политических и других мер, направленных на сохранение здоровья граждан. Работа в сфере здравоохранения в Республике Казахстан осуществляется в соответствии с Конституцией Республики Казахстан, Законом «Об охране здоровья граждан Республики Казахстан», государственной программой «Здоровье народа». Показатели системы здравоохранения Казахстана Численность врачей всех специальностей в республике составляет 50,6 тысяч или 33,9 врачей на 10 тысяч жителей. Численность медицинских работников среднего поколения составляет 104,4 тыс. человек. 6 профильных высших учебных заведений готовят высококвалифицированные медицинские кадры. Все областные центры и крупные города готовят медицинских работников среднего звена. В Казахстане лечебно-профилактические услуги жителям оказываются через регионально распределенные формы здравоохранения.

Государство гарантирует бесплатную медицинскую помощь:

- Скорая медицинская помощь и санитарная авиация;
- Амбулаторно-поликлиническая помощь, оказываемая лицам, не имеющим права на медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования в соответствии с Законом Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании», по перечню, определяемому уполномоченным органом. начальный;
- консультативно-диагностическая помощь по направлению врача первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов;
- Стационарная помощь: плановая стационарная помощь - только при заболеваниях, представляющих угрозу для окружающих по перечню, определяемому уполномоченным органом, заболеваниях, имеющих социальное значение, - в пределах планового количества случаев поступления на лечение, определенного уполномоченным органом по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации; по неотложным показаниям – независимо от наличия направления;
- при заболеваниях, представляющих угрозу для окружающих, заболеваниях социального значения по перечню, определяемому уполномоченным органом, - стационарозаместительная помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации;
- Профилактические прививки.

Обязательное социальное медицинское страхование включает в себя:

- Амбулаторно-клиническая помощь, включающая в себя (кроме медицинской помощи при заболеваниях, представляющих угрозу для окружающих, заболеваниях, имеющих социальное значение по перечню, определяемому уполномоченным органом): первичную медико-санитарную помощь, консультативно-диагностическую помощь. помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов;
- Предоставление амбулаторных лекарств по рецепту врача;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		25 стр из 41

- Плановая стационарная помощь (за исключением медицинской помощи, оказываемой при заболеваниях, представляющих угрозу для окружающих, заболеваниях, имеющих социальное значение по перечню, определяемому уполномоченным органом): в пределах планового количества случаев поступления на лечение, в том числе высокотехнологичные медицинские услуги, по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации, по неотложным показаниям - независимо от наличия направления от специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации;
- Стационарная помощь (за исключением медицинской помощи, оказываемой при заболеваниях социального значения, заболеваниях социального значения по перечню, определяемому уполномоченным органом) - по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации.

Права граждан

- 1) на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по перечню, утверждаемому Правительством Республики Казахстан;
- 2) обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в том числе предоставление бесплатными или льготными лекарственными средствами и специализированными медицинскими изделиями отдельным категориям граждан с отдельными заболеваниями (состояниями) на амбулаторно-поликлиническом уровне по перечню, утверждаемому Федеральным законом уполномоченный орган, который необходимо сделать;
- 3) свободно выбирать медицинскую организацию, качественную и своевременную медицинскую помощь;
- 4) за дополнительные медицинские услуги сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет собственных средств, средств организаций, системы добровольного страхования и иных незапрещенных источников;
- 5) получать медицинскую помощь за рубежом за счет бюджетных средств, при наличии показаний, в порядке, определяемом Правительством Республики Казахстан;
- 6) возмещение вреда, причиненного здоровью медицинских работников вследствие неправильного назначения и применения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- 7) удостоверить факт временной нетрудоспособности путем представления бланка о временной нетрудоспособности или листка о временной нетрудоспособности;
- 8) от государственных органов, организаций и лечащих врачей в пределах их компетенции методы профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, клинических исследований, условий окружающей среды, труда, быта и отдыха, правильного питания и безопасности пищевых продуктов, в том числе санитарно-гигиенических - получать бесплатно обязательное получение достоверной информации о факторах, влияющих на здоровье, включая заключения эпидемиологической экспертизы;
- 9) получать информацию о безопасности, эффективности и качестве лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники от государственных органов, независимых экспертных организаций и субъектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- 10) обжаловать действия (бездействие) медицинских и фармацевтических работников в организацию здравоохранения, вышестоящий орган и (или) в суд;
- 11) в случае несогласия с выводами государственной медицинской экспертизы он имеет право подать заявление о привлечении независимых экспертов.

Уполномоченный орган в области здравоохранения граждан:

- 1) Организация скрининга для раннего выявления детей группы "риска" в родильных учреждениях, детских поликлиниках, учреждениях первичной медико-санитарной помощи и

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		044-80/11 () 26 стр из 41

определяет порядок направления детей, входящих в выявленную группу "риска" и лиц, инвалиды на психолого-медико-педагогические консультации;

2) определяет порядок организации диагностики и лечения различных видов патологий детей с физическими и (или) умственными недостатками;

3) Совместно с уполномоченным органом в сфере образования обеспечивает обучение врачей общей практики, педиатров и медицинских работников среднего звена по вопросам раннего выявления детей группы «риска»;

4) способствует использованию международного опыта диагностики и лечения детей с ограниченными возможностями;

5) осуществляет иные полномочия, предусмотренные настоящим Законом, другими законами Республики Казахстан, актами Президента Республики Казахстан и Правительства Республики Казахстан.

1) дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей;

2) дети с отклонениями в развитии, инвалиды и дети-инвалиды с детства, дети-инвалиды, воспитывающиеся и (или) обучающиеся в интернатных учреждениях;

3) полностью обеспечивает расходы на социальную помощь детям, находящимся в центрах временной изоляции, адаптации и реабилитации несовершеннолетних.

3. Полное государственное обеспечение включает проживание, мягкую мебель, оборудование и одежду, питание, учебники и медицинское обслуживание в интернате образовательного учреждения.

4. В период обучения медицинская помощь оказывается гражданам, получающим социальную помощь, в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

5. Поддержка детей-инвалидов посредством социальной и медико-педагогической коррекции – инвалидов.

устранить ограничение в жизни детей и создать условия для его компенсации обеспечивает и дает им возможность участвовать в жизни общества наравне с другими гражданами

который предоставляет специальные социальные, медицинские и образовательные услуги, направленные на создание

деятельность организаций образования, социальной защиты и здравоохранения;

2) ребенок-инвалид (дети) - подтвержденный в установленном порядке, врожденный, наследственный, приобретенный

жизнь ограничена из-за болезней или травм, телесных и

(или) ребенок (дети) в возрасте до восемнадцати лет, имеющий нарушение психического развития;

3) ребенок (дети) из группы "риска" - в связи с отсутствием заботы о раннем, социальном и из-за отсутствия поддержки средствами медико-педагогической коррекции, физической и (или) Ребенок в возрасте до трех лет, у которого, скорее всего, наблюдается задержка умственного развития.

(дети);

4) физическая инвалидность - длительное развитие и (или) функционирование организма (органов)

достаточно хронический, чтобы требовать поддержки посредством социальной, медицинской и педагогической коррекции расстройство;

5) умственная отсталость - временное нарушение развития и (или) функционирования психики человека.

или стойкая инвалидность, в том числе: последствия сенсорных расстройств; говорить

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	044-80/11 () 27 стр из 41
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		

расстройства; эмоционально-волевые расстройства; последствия повреждения головного мозга; разум

нарушения развития, включая умственную отсталость; умственное развитие отсталость и связанные с ней трудности в обучении;

6) серьезная инвалидность – любое сочетание умственной и физической инвалидности;

7) тяжелая инвалидность - образование в соответствии с государственными (в том числе специальными) стандартами образования.

навыки самообслуживания, которые невозможно обеспечить, и возможности обучения;

базовые знания об окружающем мире и простые трудовые навыки или сфера деятельности умственное и (или) физическое в пределах, ограничивающихся овладением узкой

профессиональной подготовкой

инвалидность;

Категории, льготы которых застрахованы государством:

- 1) дети;
- 2) лица, официально зарегистрированные как безработные;
- 3) беременные женщины, не работающие;
- 4) неработающие граждане, занятые воспитанием ребенка (детей) в возрасте до трех лет;
- 5) лицам, взявшим отпуск в связи с рождением ребенка (детей) или усыновлением новорожденного ребенка (детей), по уходу за своим ребенком (детьми) до достижения им трехлетнего возраста;
- 6) неработающие граждане, осуществляющие уход за ребенком-инвалидом;
- 7) пенсионеры, в том числе участники Великой Отечественной войны и инвалиды;
- 8) отбывающие наказание в уголовно-исполнительных (пенитенциарных) учреждениях по приговору суда;
- 9) находящиеся в следственных изоляторах;
- 10) репатрианты, не работающие;
- 11) многодетные матери, награжденные орденами «Золотое ожерелье», «Серебряное ожерелье» или ранее орденами «Мать-героиня», «Материнская слава» I и II степени;
- 12) инвалиды;
- 13) лица, обучающиеся очно в организациях среднего, профессионально-технического, послесреднего, высшего образования, а также организаций послевузовского образования;
- 14) безработные, проживающие дома в связи с уходом за инвалидом первой группы с детства;
- 15) неработающие граждане, получающие специальную социальную помощь от государства.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Входит в систему обязательного социального медицинского страхования;
2. Права граждан;
3. Категории, легко застрахованные государством.

Лекция №8

4.1. Тема: Универсальная прогрессивная модель оказания помощи беременным женщинам и детям раннего возраста.

4.2. Цель:

Использование инновационных технологий для формирования профессиональной компетентности будущего специалиста, организации социальной работы, подачи информации о труде, охране здоровья и профилактике заболеваний в социальной работе.

4.3. Тезисы лекций:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	044-80/11 () 28 стр из 41
Кафедра «Сестринское дело-2» Лекционный комплекс		

Первичный и последующий уход за новорожденным необходим для оценки здоровья малыша. Патронаж – профилактические и просветительские мероприятия, проводимые медицинскими работниками на дому (патронаж новорожденному ребенку, патронаж беременной, родильному дому, диспансерному пациенту). Универсальный (обязательный) патронаж предоставляется всем детям до 5 лет и состоит из 9 детей по общей схеме наблюдения за новорожденными и детьми до 5 лет, врача/фельдшера и медицинского работника первичного звена. в домашних условиях и в медицинских организациях.

Прогрессивный подход предполагает введение дополнительных активных посещений по индивидуальному плану детей, у которых выявлены медицинские или социальные риски, угрожающие их жизни, здоровью, развитию и безопасности. Первый патронаж новорожденного – важный процесс, осуществляемый педиатром и медицинской сестрой. Проводится в первые трое суток после выписки из родильного дома. Во время этого визита врач внимательно осматривает ребенка, оценивает его развитие, собирает медицинскую документацию и определяет соответствующую группу здоровья. В целом периодичность обязательных патронажных осмотров детей до 5 лет в Казахстане осуществляется в следующем порядке:

- 1) период новорожденности и наблюдение за ребенком до 2 месяцев;
- 2) период первой половины жизни по таблице (до 6 мес);
- 3) период второй половины жизни (от 6 до 12 месяцев);
- 4) период второго года жизни (от 12 до 24 месяцев);
- 5) период третьего года жизни (от 24 до 36 месяцев);
- 6) период четвертого и пятого года жизни (от 36 до 60 месяцев). «Отчетная форма детского отделения (палаты)» форма № 013/э скачать.

Для новорожденных характерны умеренные транзиторные состояния (например, легкая желтуха), задача педиатра — контролировать их течение и при необходимости своевременно принимать меры. Также врач должен оценить правильность грудного вскармливания или рассчитать питание при искусственном вскармливании. Помимо первого посещения новорожденного педиатр должен посетить новорожденного не менее трех раз. В остальное время, в течение месяца, ребенка будет посещать медсестра и сообщать врачу результаты своих обследований.

В качестве примера рассмотрим шефство над новорожденным ребенком в Республике Казахстан. При первом осмотре врач производит легкую пальпацию живота, проверяет, как заживает пуповина, смотрит на роды в головке. Кроме того, он наблюдает за ее рефлексам и оценивает ее кожу. Он также консультирует мать по вопросам кормления, купания, физических упражнений и ежедневного посещения туалета.

Патронаж новорожденных детей: приказ МЗ РК

На сегодняшний день стандарт организации педиатрической помощи в Казахстане регламентируется приказом Министерства здравоохранения РК от 15 марта 2022 года № ДСМ-25 РК. Согласно стандарту организация патронажного контроля за новорожденными и детьми раннего возраста представляет собой универсально-прогрессивную систему, предложенную Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) в целях выявления и снижения медицинских или социальных рисков, угрожающих жизни, здоровью и развитию ребенка. , а также сократить количество обязательных посещений семей без рисков на основе модели.

Схема патронажного контроля за здоровыми детьми первых трех лет жизни указана в Приказе Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 17 сентября 2010 года № 729 «О мерах по совершенствованию профилактической помощи детям раннего возраста в Республика Казахстан».

При патронаже медицинский работник на основании протокола профилактики, диагностики и лечения основных заболеваний у детей до 5 лет в соответствии с принципами комплексного ведения детских болезней (далее - как «Детские болезни»), рекомендованные ВОЗ:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		29 стр из 41

- 1) правильная оценка состояния здоровья новорожденных и детей до 2 месяцев (раннее выявление опасных признаков, видимых пороков развития и т.п.);
- 2) оценка условий ухода за новорожденными и детьми до 2 месяцев (детские кровати, предметы ухода, одежда, игрушки);
- 3) оценка состояния здоровья матери (лактостаз/мастит, послеродовая депрессия, пирамида питания кормящей матери и др.);
- 4) проверить состояние лактации и научить технике грудного вскармливания (правильное положение и размещение на груди «4-3-4»), обучать только преимуществам грудного вскармливания;
- 5) обучение уходу за ребенком, в том числе периода «малыш до 2 месяцев»;
- 6) оценка психомоторного и социального развития (достаточное внимание ребенку через игру и общение);
- 7) введение дополнительного прикорма в соответствии с рекомендациями Национального института по уходу за детьми раннего возраста;
- 8) профилактика рахита и недостатка микроэлементов (железа, витамина А, цинка).

Патронаж новорожденного: алгоритм для лица, осуществляющего уход.

Какова основная функция патронажной медицинской сестры? У новорожденных патронажная медсестра посещает ребенка вместе с врачом в течение первых трех дней после выписки и продолжает посещение в течение месяца.

В обязанности патронажной службы входит:

- оценка условий, в которых живет малыш;
- консультировать мать по поводу правил гигиены (чистка ушей, носа, ногтей);
- также включает в себя обучение правильному сцеживанию грудного молока, предоставление советов и рекомендаций по грудному вскармливанию, оценку состояния молочных желез.

Многих мам интересует, как часто няня должна навещать новорожденного. Ответ – минимум 1 раз в неделю (всего 3-5 раз в месяц). Первый патронаж новорожденного ребенка проводят совместно с лечащим врачом, второй – через сутки после поступления и далее – на 14, 21 и 28-й дни жизни ребенка. 1-й патронаж новорожденного ребенка, как и последующие, осуществляется бесплатно независимо от условий проживания ребенка. Через месяц родители должны привести ребенка на обследование в поликлинику по месту регистрации.

Патронаж детей до года: порядок дистанционного контроля

Дистанционное консультирование следует проводить только в том случае, если семья с ребенком изолирована или находится на карантине. В остальных случаях патронирование беременных женщин и семей с детьми до 5 лет осуществляется только оффлайн. Для беременных и детей предпочтителен офлайн-формат, необходимо соблюдать санитарные нормы, включая чистую одноразовую маску и антисептик для рук. Не рекомендуется носить защитные костюмы.

Алгоритм дистанционного патронажа новорожденного ребенка (0-28 дней):

- 1) Передайте теплое приветствие.
- 2) Представьтесь (назовите свою фамилию, имя и отчество, должность).
- 3) Сообщить цель звонка (проведение универсального (планового) дистанционного патронажного контроля за ребенком).
- 4) Спросите полное имя собеседника, степень родства (проверьте полное имя родителей или другого законного представителя, сверив его с медицинской документацией), на собеседовании необходимо говорить по имени. Если есть видеосвязь, попросите присутствовать при разговоре обоих родителей.
- 5) Постройте доверительные отношения.
- 6) Запросить номер свидетельства о рождении ребенка (при его наличии), чтобы сверить данные с историей развития ребенка;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		30 стр из 41

7) Возьмите и оцените историю, а также следующие разделы:

- генеалогический анамнез (состояние здоровья родителей и родственников, наличие хронических заболеваний);
- социальный анамнез (по этим параметрам можно отличить семьи с плохим социальным положением и детей социального риска. Сбор данных осуществляется согласно приложению 1 к настоящему СОР);
- акушерский и биологический анамнез, особенности антенатального периода, характер течения родов, были ли осложнения в родах, состояние ребенка при рождении (оценка по шкале Апгар), проводились ли реанимационные мероприятия для ребенка в родильном зале - основные параметры развития тела (масса тела, длина тела, окружность головы и груди), период грудного вскармливания и характер лактации матери, сведения о профилактических прививках, проводимых в родильном доме или, если они не проводились, их отсутствие и причины противопоказаний к профилактическим прививкам).

Дородовой патронаж: образец заполнения

Пренатальный патронаж является важной работой по перинатальной охране плода и новорожденного. По сути, это посещение беременной женщины с целью профилактики, консультирования и подготовки семьи к рождению ребенка.

Оно должно проводиться службой первичной медико-санитарной помощи после постановки на учет беременной и на 32 неделе беременности. Медицинский работник информирует о правилах обеспечения здоровья плода и будущей матери, выявляет риски, влияющие на течение беременности, учит правилам поведения в случае непредвиденных ситуаций или неожиданного начала родов. Его модель регламентированного законом перинатального патронажа призвана контролировать психологический климат в семье, выявлять вредные привычки ее членов, предотвращать домашнее насилие, оценивать условия труда и жизни. Особая категория беременных, нуждающихся во внимании: женщины моложе 18 лет и старше 35 лет, многодетные матери с 4 и более детьми, женщины из группы риска осложнений и преждевременных родов (недостаточная масса тела или избыточная масса тела).

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Патронаж новорожденных
2. Патронаж над детьми до года.
3. Патронаж перед родами

Лекция №9

4.1. Тема: Социальная работа в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии и других областях медицины.

4.2. Цель:

Использование инновационных технологий для формирования профессиональной компетентности будущего специалиста, организации социальной работы, подачи информации о труде, охране здоровья и профилактике заболеваний в социальной работе.

4.3. Тезисы лекций:

Медико-социальная помощь – это профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая зубопротезирующая помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, инвалидами и инвалидами. В нашей стране активно развивается социальная работа в сфере здравоохранения в сфере психиатрии, наркологии, онкологии, планирования семьи.

Социальная работа в психиатрии:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		
044-80/11 ()		
31 стр из 41		

Психиатрия – наука о психических заболеваниях. Самая незащищенная и уязвимая категория нашего общества – это пациенты психиатрических больниц. Нервно-психические заболевания являются одной из важнейших социальных, медицинских и экономических проблем. Инвалидность при этих заболеваниях имеет большое социальное значение, имеет свои особенности: большинство больных являются инвалидами первой и второй групп; инвалидность - это "возраст".

Вся работа с психическими больными и их семьями осуществляется психоневрологическим диспансером и его отделениями.

Обязанности таких диспансеров:

- выявление среди населения больных нервно-психическими расстройствами, их учет, динамическое наблюдение и лечение;
- медицинский и социальный патронаж;
- социальная помощь пациентам;
- обучение и трудоустройство остаточного дееспособных пациентов (совместно с органами социальной защиты);
- судебно-психиатрическая, трудовая, военная и другие виды экспертиз;
- профилактическая работа и т.д. б.

Социальные работники решают следующие социально-медицинские проблемы пациентов:

- Выявление лиц, госпитализированных с амнезией.
- Создание социальных паспортов для каждого поступающего пациента.
- Восстановление утерянных паспортов.
- Восстановление права на незаконно проданное жилье.
- Предоставление социальных услуг после выписки, поскольку защитники социального ведомства не хотят учитывать эту категорию пациентов.

Устройство после лечения в специализированных пансионатах.

- Организация свободного времени пациентов.
- Организация трудовой терапии как средства лечения и реабилитации, восстановление лечебно-трудовых мастерских.
- Обучение родственников и друзей жизни с психиатрическим больным.
- Оказание юридических консультаций пациентам и членам их семей.
- Реализация социальной программы «Модули самообразования» для всех категорий психиатрических больных. Данная программа предусматривает работу с разными категориями пациентов (по степени интеллектуальной сохранности) в больнице с целью обучения им важным гигиеническим и социальным навыкам, которые пациенты должны будут использовать после окончания лечения в диспансере.
- Организует индивидуальную и групповую работу с пациентами, направленную на повышение их социальной адаптации, обучение коммуникативным навыкам, мероприятия по социальной и правовой защите пациентов, взаимодействие учреждения с организациями социальной помощи на основании направления врача.
- Организует взаимодействие учреждения со средствами массовой информации и жителями в целях формирования адекватного отношения к людям, страдающим психическими расстройствами.

Социальная работа в наркологии:

Наркология – наука о снe или изменении сознания под воздействием наркотиков. В группу наркотических социальных заболеваний входят:

Наркомания – группа хронических заболеваний, вызванных злоупотреблением лекарственными или нелекарственными средствами и характеризующихся патологическим стремлением к этим средствам, развитием психической и физической зависимости.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		32 стр из 41

Алкоголизм – хроническое заболевание, вызванное злоупотреблением алкоголем, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю. Наркомания – группа заболеваний, вызванных хроническим употреблением психоактивных веществ и определяемых патологическим влечением к ним.

Курение или никотинизм – это форма наркозависимости. Все эти заболевания объединяют три симптома:

- Психическая зависимость – патологическая тяга к наркотикам (чувство приподнятого настроения в результате приема наркотиков).
- Синдром физической зависимости-отмены появляется при прекращении приема препарата (при наркозависимости проявляется в виде перерыва).
- Толерантность – иммунитет к предыдущей дозе препарата, склонность к ее повышению (в результате толерантности наркозависимые умирают от передозировки наркотика).

Психоактивные вещества (ПАВ) — исторически определенные и социально одобренные адаптогены, т. е. средства (реальные или иллюзорные), способствующие адаптации к условиям и требованиям жизни за счет влияния на психическое состояние — настроение, эмоции, тонус, поведение. Специфика медико-социального статуса разных групп клиентов наркологического профиля определяет необходимость учета его особенностей при создании конкретных программ социальной работы. Эти особенности связаны с дифференцированным подходом в социальной работе с группой высокого риска развития наркозависимых заболеваний. Необходимо обеспечить профилактику неблагоприятного развития и декомпенсации соматического и психического статуса, определение принадлежности к определенной группе риска, регулярный контакт с клиентами, целенаправленную работу по отказу от привлечения к потреблению психоактивных веществ. Необходима комплексная психокоррекционная работа, включающая групповое и индивидуальное обучение социально-коммуникативным навыкам и методам саморегуляции, вовлечение в подходящую социальную микросреду.

Учитывая это, планируется социальная работа с данной группой. Его особенностью является предупреждение неадекватного поведения члена семьи больного, а также развития декомпенсации психического и соматического статуса членов семьи и близкого окружения больного, информирование соответствующих служб о наличии социальных проблем, медикаментозном и ином лечении. направлены на оптимизацию личного и социального статуса. Помощь организации. Специалист по социальной работе включает в себя коммуникативный тренинг, социально-психологический тренинг, приемы самоконтроля, семейную психотерапию, оценку социального статуса всей семьи и ее отдельных членов, выявление угрожающих проблем, включение в рамки социально приемлемого общения и т.д. включает.

Для группы длительно болеющих, частых и тяжелых больных наркологического профиля характерны медицинские проблемы, связанные с тяжестью основного заболевания, его осложнениями и последствиями, возможно привыкание к нескольким психоактивным веществам одновременно. В связи с этим особенностями социальной работы с данной группой клиентов являются обеспечение реального длительного лечения в оптимальных условиях, решение проблем определения трудоспособности и инвалидности, семейного консультирования и семейной психотерапии, выявление и предупреждение потенциально опасных проблемы, внести свой вклад в работу терапевтических сообществ. В группе больных наркологического профиля с явными социальными проблемами специалисты учитывают выраженность наркологических расстройств, у которых часто выявляются личностно-психические отклонения, антисоциальные установки; анализирует социальную адаптацию, криминальную историю, прошлое принудительное лечение и текущие правовые проблемы на одном или нескольких этапах социального обслуживания.

Наркологические диспансеры при отделениях медико-социальной помощи детям и подросткам:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()	
Лекционный комплекс		33 стр из 41	

- оказание лечебно-диагностической и психокоррекционной помощи детям, подросткам и членам их семей; определить источники и причины социальной дезадаптации несовершеннолетних; профилактическая работа по профилактике алкоголизма, наркомании среди детей и подростков;
- разработка и реализация индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков, включающих профессионально-трудовую, учебно-познавательную, социокультурную, физкультурно-реабилитационную и другие компоненты; подготовка рекомендаций и осуществление взаимодействия с семьями дезадаптивных детей и подростков для обеспечения непрерывности коррекционно-реабилитационных мероприятий с ними на дому; Ведомства решают дальнейшую судьбу несовершеннолетних.

Социальная работа в онкологии:

Онкология — раздел медицины, изучающий причины, механизмы развития и клинические проявления опухолей, разрабатывающий методы их диагностики, лечения и профилактики. Важнейшим в организации медико-социальной работы является темп лечения онкологических заболеваний, под которым подразумевается не только клиническое выздоровление больных, но и возвращение их к прежнему социальному статусу. Медико-социальная работа в онкологии имеет свои особенности. Профилактическая работа: страдающие предраковыми заболеваниями; родственники имеют онкологические заболевания; работа на вредных предприятиях; Проводится людьми, проживающими на территориях, загрязненных радионуклидами. Второй особенностью социально-медицинской работы в онкологии является работа с членами семьи и близким окружением онкологического больного. Основными мерами этой группы являются решение психологических проблем. Психологическая адаптация больных и членов их семей усложняет лечение и отрицательно влияет на качество жизни. Психологические проблемы таких семей усложняются затратами на лечение и уход за больными, а также финансовыми трудностями, связанными со снижением занятости родственников больных. В результате медико-социальная работа с онкологическими больными включает взаимодействие и координацию усилий специалистов смешанных профессий - врачей, психологов, социальных работников. Организация паллиативной помощи онкологическим больным занимает особое место в медицинской и социальной работе. Паллиативный – ослабляет проявления заболевания, но не устраняет его причину.

Неизлечимый – (неизлечимый). Мероприятия паллиативной помощи включают организацию хосписов. Хосписы помогают умирающему человеку жить без страха до конца жизни, оказывая ему максимально возможную медицинскую, социальную и психологическую поддержку. Симптоматическое лечение и обезболивание проводятся в рамках медицинской помощи.

Социальная работа в планировании семьи:

Высокий уровень абортов, недостаточная осведомленность населения о безопасных методах контрацепции, рост заболеваний, передающихся половым путем, особенно среди детей и подростков, определяют социальную значимость проблемы планирования семьи. Федеральная программа «Планирование семьи» направлена на решение этих проблем. Центры планирования семьи и репродукции зачастую организуются на базе областных (областных, республиканских) больниц. В ряде случаев они являются самостоятельными учреждениями, иногда как структурные подразделения больниц, перинатальных центров, родильных домов, диагностических центров.

В ряде регионов наряду с центрами, выполняющими функции региональных учреждений, будут созданы центры репродукции по планированию семьи и оказанию услуг горожанам.

В обязанности специалиста социальной работы в области планирования семьи входит:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		34 стр из 41

- разработка индивидуальных планов социальной реабилитации подростков после прерывания незапланированной беременности совместно с врачом; оказание психологической помощи на различных этапах беременности, в послеродовом периоде;
- формирование ответственности за репродуктивное здоровье, социальное поведение и поведение коллег у подростков и других клиентов, их социальную защиту и поддержку их трудового и бытового строительства;
- выявлять людей, ощущающих негативное воздействие социальной среды по месту жительства, образования, места работы, оказывать им необходимую помощь, проводить с ними индивидуальную работу по вопросам ответственности сексуального поведения и планирования семьи; оказание помощи детям и взрослым, нуждающимся в помещении в медицинские учреждения в области планирования семьи, для получения материальной, социально-бытовой и иной помощи в связи с беременностью и рождением ребенка; направление на консультации по вопросам планирования семьи, оказание психологической и социальной помощи молодым парам, бесплодным семьям;
- информировать о правах беременных женщин, льготах для беременных женщин и женщин, имеющих детей;
- организация взаимодействия учреждения со средствами массовой информации и общественностью в целях формирования адекватного отношения к проблемам планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья женщин, детей и подростков, профилактики заболеваний, передающихся половым путем, полового воспитания подростков;
- обеспечение взаимодействия различных государственных и общественных организаций по оказанию необходимой социальной помощи населению, связанной с планированием семьи; образование, взаимодействие со специалистами государственной системы социальной защиты и т.д.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Социальная работа в психиатрии;
2. Социальная работа в наркологии;
3. Социальная работа в онкологии;
4. Социальная работа по планированию семьи.

Лекция № 10

4. 1. Тема: Основные модели социальной защиты человека в современном мире.

4.2. Цель:

Использование инновационных технологий для формирования профессиональной компетентности будущего специалиста, организации социальной работы, подачи информации о труде, охране здоровья и профилактике заболеваний в социальной работе.

4.3. Тезисы лекций:

Согласно определению Международной организации труда, членом которой является Республика Казахстан, система социальной защиты включает следующий комплекс мер:

1. Стимулирование к регулярной оплачиваемой работе;
2. Предотвращение крупных социальных угроз, а в случае их возникновения - восстановление части доходов, утраченных в результате этой угрозы, методами социального страхования;
3. Способы социальной помощи слабым слоям населения, не участвующим в системе социального страхования;
4. Доступ граждан к основным правам и услугам, таким как образование и медицинское обслуживание.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA - 1979 - MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		35 стр из 41

Согласно международному опыту, наиболее эффективными и комплексными системами социальной защиты обычно являются:

- 1) государственные пособия;
- 2) обязательное социальное страхование;
- 3) обеспечение накопительной пенсией;
- 4) можно сделать вывод, что она включает в себя такие базовые элементы, как социальная помощь.

В последние годы широкое распространение получила концепция «состояния общих благ». Государство всеобщего благосостояния — это система, в которой правительство играет ключевую роль в защите и поощрении экономического и социального благосостояния своих граждан. Такая система основана на принципах равенства возможностей граждан, справедливого распределения богатства и охвата общества людьми, не имеющими доступа к минимальному уровню хорошей жизни. Как упоминалось выше, большинство современных стран реализуют тот или иной уровень системы социальной поддержки. Эксперты группируют виды социальной помощи, сложившиеся в странах мира, на три модели: скандинавскую, континентальную и англосаксонскую. Показаны особенности этих трех моделей социальной поддержки, взятых из документа «Концепция социального развития Республики Казахстан до 2030 года и план социальной модернизации на период до 2016 года».

Роль скандинавской модели в социальной политике государства заключается в обеспечении бюджетного финансирования. Принципом предоставления социальных благ является равенство – обеспечение равных основных возможностей для всех. Источником финансовых ресурсов является высший уровень налогообложения.

Роль континентальной модели в социальной политике государства заключается в обеспечении бюджетного финансирования и рыночном регулировании. Принцип предоставления социальных льгот – персональная ответственность – высокая зависимость социальной защищенности от уровня успешности трудовой деятельности. Источником финансовых ресурсов является высокий уровень налогообложения, наличие обязательного и добровольного социального страхования.

Роль англосаксонской модели в социальной политике государства – рыночное регулирование. Принципом предоставления социальных льгот является признание – минимальная поддержка государства, поощрение к постоянному совершенствованию профессиональных навыков. Источником финансовых ресурсов является наличие частного страхования и частных сбережений.

Следует отметить, что существует противоречивое мнение о социальной политике и социальной поддержке государства. С одной стороны, сторонники таких факторов, как поддержка граждан, испытывающих трудности, выравнивание возможностей и сокращение социального неравенства, поддерживают бездействие правительства в этом вопросе. С другой стороны, есть группа, которая считает, что вмешательство государства в общественные дела должно быть ограничено и что социальная политика не является частью функции государства. К этой группе относятся: в результате государственной поддержки размеры социальных выплат, выплачиваемых безработному, в ряде случаев превышают заработную плату некоторых трудолюбивых работников; по мере того как социальная поддержка становится сильнее, семейные ценности ослабевают, люди, привыкшие полагаться на государство, близких родственников, перестают поддерживать друг друга в трудную минуту; государство увеличивает размер налогов для оказания помощи социально незащищенным слоям населения, в результате чего увеличиваются доходы трудящихся; социальную помощь должно оказывать не государство, а благотворительные организации, потому что государство не может должным образом организовать такие услуги, тратит слишком много и т. д. выдвигает мотивы.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»			044-80/11 ()
Лекционный комплекс			36 стр из 41

Социальная защита народа записана в Конституции Республики Казахстан. Согласно Конституции, наша страна создана как социальная республика (статья 1), имеет право на социальную защиту в случае безработицы (статья 24), социальное обеспечение в размере минимальной заработной платы и пенсии гарантируется гражданину в беда (ст. 28). Механизмы социального обеспечения, предусмотренные Конституцией Республики Казахстан, определяются «Концепцией социальной защиты народа Республики Казахстан». Согласно концепции, «Социальная защита – это предоставление жизненно необходимых льгот гражданам, которые в силу определенных обстоятельств (старости, инвалидности, состояния здоровья, потери кормильца или работы) и других законных оснований не могут быть экономически активными и не могут обеспечить себе доход, участвуя в достойно оплачиваемой работе. Система призвана обеспечить определенный уровень благосостояния».

Говоря о социальной помощи, следует учитывать следующие вопросы: доступ к образованию, доступ к медицинской помощи, льготы для людей, оставшихся без работы по различным причинам, помощь людям, которые не могут работать, помощь людям, у которых источник дохода находится ниже прожиточного минимума. Государственная помощь, предоставляемая в Казахстане по этим категориям, рассматривается ниже. В Казахстане человеку или семье, среднедушевой доход которых не превышает черты бедности, оказывается государственная социальная помощь. Другими словами, это государственная помощь малообеспеченным людям.

В соответствии с Законом Республики Казахстан от 17 июля 2001 года «О государственной именной социальной помощи». Именная социальная помощь предоставляется в форме безусловной денежной помощи и условной денежной помощи. Основное различие между ними заключается в том, что в первом к получателю не предъявляются никакие условия, а во втором предъявляется требование трудоустроиться, пройти различные курсы, повысить квалификацию для получения государственная помощь. Иными словами, безусловная помощь – это временная государственная поддержка получателя до тех пор, пока он не найдет постоянную работу.

Безусловная денежная помощь предоставляется инвалидам по причине пенсионного возраста, инвалидности первой или второй группы, болезни, которая может повлечь за собой временную нетрудоспособность на срок более двух месяцев. К этой категории относятся также малообеспеченные семьи, члены которых не трудоспособны. При этом условная денежная помощь предоставляется одиноким людям с низким доходом, но способным работать, а также семьям, в которых есть трудоспособный член семьи.

В нашей стране государственная поддержка оказывается гражданам, нетрудоспособным по состоянию здоровья и осуществляющим уход за такими лицами. Как уже говорилось выше, таким гражданам предоставляются особые льготы. Также предусмотрены такие поддержки, как бесплатное направление в специальные медицинские центры, а для детей качественное образование с помощью специалистов в специальных школах и детских садах, бесплатное посещение реабилитационных центров.

Кроме того, важно оказывать финансовую помощь малообеспеченным многодетным семьям. При соблюдении вышеперечисленных условий многодетная семья получит государственное пособие. Кроме того, местные исполнительные органы оказывают помощь детям из многодетных семей, в том числе бесплатный проезд в общественном транспорте, скидки в образовательных организациях. Здесь необходимо также упомянуть фонд обязательного образования для организаций среднего образования. В рамках этого фонда детям обеспечивается необходимое школьное оборудование, школьная и спортивная форма, зимняя обувь, поочередное направление в летние лагеря, а также возможность участвовать в культурных и спортивных соревнованиях. В рамках этого общеобязательного фонда образования также реализуется единовременное обеспечение студентов горячим питанием. Категории, для которых предоставляется школьная помощь:

- студенты из семей, имеющих право на получение государственной социальной помощи;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		37 стр из 41

- дети из семей, не получающих государственную социальную помощь, среднедушевой доход которых ниже прожиточного минимума;
- дети, оставшиеся без попечения родителей;
- дети семей, нуждающихся в помощи в экстренной ситуации.

В последние годы пандемия оказала негативное влияние на экономику многих стран. Это создало проблему безработицы.

Еще одной формой социальной помощи является государственное пособие, выплачиваемое при рождении ребенка. На получение этих средств имеют право как работающие, так и неработающие матери. Также размер этой помощи увеличивается в зависимости от количества детей, то есть по мере рождения большего количества детей размер пособия увеличивается.

Единовременная сумма социальных денег для матерей, работавших до рождения ребенка, считается по среднемесячному доходу за последний год. Выплаты делятся из двух финансовых источников. Один из них обеспечивается республиканским бюджетом, а другой –

Государственным фондом социального страхования. Деньги, выделенные из республиканского бюджета, получают женщины, которые до ухода за детьми не работали.

Подводя итог сказанному, было отмечено, что Казахстан с момента обретения независимости стремится развиваться как социальное государство. Однако Казахстан смог отказаться от традиции предоставления бесплатной социальной помощи в бывшей советской системе и создать собственную систему социального государства, основанную на синкретизме континентальной и скандинавской моделей. По его словам, медицина, высшее образование и т.д. социальные услуги платные, но государство оказывает помощь гражданам, которые не могут их себе позволить. Такая система, с одной стороны, побуждает граждан двигаться вперед, не полагаясь только на государственную помощь, а с другой стороны, показывает, что общество несет ответственность за менее обеспеченных. Однако следует отметить, что независимо от ситуации платные услуги приводят к неравенству среди тех, кто имеет к ним доступ.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература:

На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Особенности моделей социальной поддержки;
2. Законы Республики Казахстан о социальной помощи;
3. Проблемы социальной помощи.

Лекция № 11

4.1. Тема: Оказание социальной помощи людям с ограниченными возможностями.

4.2. Цель: Использование инновационных технологий для формирования профессиональной компетентности будущего специалиста, организации социальной работы, подачи информации о труде, охране здоровья и профилактике заболеваний в социальной работе.

4.3. Тезисы лекций:

Инвалидом является человек с нарушениями здоровья, имеющий физические нарушения, заболевания, травмы и вызванные ими дефекты, которые ограничивают его жизнедеятельность и требуют его социальной защиты. Социальная защита инвалидов в Республике Казахстан регулируется Конституцией Республики Казахстан, Законом Республики Казахстан "О социальной защите инвалидов Республики Казахстан" и другими нормативными правовыми актами Республики Казахстан. Казахстан.

Одной из наиболее распространенных проблем людей с ограниченными возможностями, особенно среди молодежи, является одиночество, низкая самооценка, ощущение себя

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		044-80/11 () 38 стр из 41

обделённым обществом в силу своей инвалидности, психологическая и физическая зависимость и трудности в выражении своих проблем, проблем в семейная жизнь, медицинские аспекты рождения ребенка, невозможность и т. д. Несмотря на то, что инвалиды всегда находятся в центре внимания государства, их печаль не уменьшается. Не все социальные объекты и жилые помещения доступны для людей с ограниченными возможностями. Специальные светофоры, дорожные знаки и указатели с синхронной звуковой сигнализацией установлены преимущественно на центральных улицах. Не во всех общественных местах есть лифт. Инвалидов на улицах города вы не встретите без помощи постороннего человека. Ведь они не могут воспользоваться услугами общественного транспорта, сойти с поднятого тротуара или перейти улицу без сигнальных лампочек. Большинство слабослышащих и слабовидящих людей не имеют доступа к познавательным и художественным программам на радио и телевидении, библиотеки не обеспечены литературой с использованием специальных шрифтов. Во многих жилых домах нет пандусов и пандусов, приспособленных для погрузки и разгрузки инвалидов колясок, поэтому равнодушным людям не хватает смелости самостоятельно ходить в магазины, больницы, аптеки. Они не имеют возможности приятно провести свободное время и часто пользуются базами отдыха.

К видам медицинской помощи, оказываемой инвалидам, относятся:

- 1) первичный медицинский осмотр и первая санитарная очистка;
- 2) оказание медицинской помощи врачу, содействие в направлении и наблюдении нуждающихся в лечении получателей услуг в организации здравоохранения;
- 3) помощь в подготовке документов для подачи на медико-социальную экспертизу;
- 4) содействие в получении гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- 5) содействие в обеспечении лекарствами и изделиями медицинского назначения по заключению врачей;
- 6) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалидов оказать им протезно-ортопедическую помощь, технические вспомогательные (замещающие) средства, обязательные средства гигиены, специальные средства ходьбы, слуховые аппараты, тифлотехнические средства, помощь в приеме в санаторий-курорт. уход;
- 7) помощь в предоставлении медицинской консультации специалиста, в том числе специалиста организации здравоохранения;
- 8) выполнение медицинских манипуляций в соответствии со стандартами в области здравоохранения по назначению лечащего врача.

Больным-инвалидам должна быть оказана не только финансовая помощь со стороны государства, но и социальная, бытовая, образовательная и психологическая поддержка. А.

Этапы жизненного цикла семей с детьми-инвалидами в семье Торнболл:

Рождение ребенка: получение точного диагноза, эмоциональное обучение, информирование других членов семьи;

Школьный возраст: формирование личностного подхода к форме обучения ребенка (инклюзивное или специальное обучение), решение проблем, связанных с посещением ребенком школы, переживание реакций сверстников;

- Подростковый возраст: привыкание к болезни ребенка, возникновение проблем, связанных с сексуальностью, отделением от сверстников, организацией общего времени ребенка;

- этап «выпускной»: признание семейной ответственности, обучение, выбор комфортной среды для условий жизни взрослого ребенка, отсутствие возможностей для семейной адаптации;

- Период послеродительской жизни: восстановление взаимоотношений между супругами (если ребенок начинает жить самостоятельно), взаимодействие со специалистами в зависимости от места проживания ребенка.

Роль специалиста в этом вопросе:

- Информационная служба: специалист по семье или отдельной семье

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		
Лекционный комплекс		044-80/11 () 39 стр из 41

Недостаточно представить информацию членам в дидактической форме.

способствует устранению психолого-педагогической социальной компетентности;

- Службы поддержки: специалист не находится в реальной семейной ситуации или оказывает психологическую поддержку в отмененной форме;
- Посредническая услуга: члены семьи специалистов друг с другом, окружающие играет роль посредника в восстановлении нарушенных взаимоотношений с окружающей средой;
- Деятельность по развитию семьи в небольшой группе: специалист для других забота, понимание их потребностей, поддержка и споры решение ситуаций, выражение своих чувств и учет чувств других помогает членам семьи развивать базовые социальные навыки, такие как;
- Услуга обучения детей и родителей: специалист раскрывает перед родителями психолого-педагогические аспекты работы с ребенком, знакомит с принципами создания такой формы общения, чтобы ребенок чувствовал себя комфортно. Помогает развивать навыки самопомощи, саморегуляции и общения.

Виды психолого-педагогической помощи семье с ребенком-инвалидом:

- информирование: специалист предоставляет информацию семье или ее членам об особенностях и закономерностях развития ребенка, возможностях и ресурсах, воспитании и образовании такого ребенка;
- индивидуальное консультирование: оказание практической помощи семьям детей с нарушениями здоровья, психологической, педагогико-педагогической, социальной решать проблемы.
- семейное консультирование (психотерапия): способствует устранению эмоциональных нарушений в семье. На занятиях используются такие методы, как психодрама, гештальт-терапия, транзактный анализ.

Эти методы помогают в адаптации, формировании физического и психологического здоровья; индивидуальная работа с ребенком рядом с матерью: рассматривает эффективные способы воспитательно-педагогического воздействия на психическое развитие ребенка.

- групповая работа: организация работы с родителями и группами детей и родителей.

Алгоритм работы с семьей, где есть ребенок-инвалид.

- Изучение семьи: изучение функционирования семьи, выявление ее скрытых ресурсов, сбор информации о социальной среде, изучение потребностей родителей и детей.
- Установление контактов, работа над снятием психологических защит, мотивация к сотрудничеству.
- Оценка способов оказания психолого-педагогической помощи.
- Выбор направления работы в зависимости от результатов диагностики.
- Об оказании психолого-педагогической помощи
- ведение работы
- Анализ эффективности полученных результатов.

Виды социальной помощи, оказываемой инвалидам:

- Государственные льготы, компенсации и другие выплаты
- Дополнительные социальные выплаты, предоставляемые местными исполнительными органами.

Логопедия и коррекция слуха помогают тренировать (улучшить) речь пациента. Корсет и другие ортопедические приспособления облегчают ходьбу и помогают сохранять равновесие.

Умственно отсталые дети должны учиться в соответствии со своими способностями. Обучение по специальной программе длительного лечения, психологическое консультирование, развитие отношений, гибкая система профессиональной подготовки, организация отдыха и развлечений. Больной, страдающий параличом, нуждается в комплексной помощи.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		40 стр из 41

Протезно-ортопедическая помощь инвалидам и членам их семей представляет собой специализированный вид медико-технической помощи по обеспечению инвалидов протезно-ортопедическими изделиями и обучению их пользованию. Протезно-ортопедические изделия – изделия, заменяющие отсутствующие конечности или другие части тела, компенсирующие поврежденные или утраченные функции организма вследствие болезни или повреждения здоровья;

сурдоперевод – дактилический перевод с любого языка с использованием алфавита и (или) языка жестов;

сурдотехнические средства – предназначенные для коррекции и компенсации дефектов слуха, в том числе средства связи и технические средства усиления передачи информации;

инструмент технического помощника (заменителя), протезно-ортопедический и сурдотифотехнический инструмент и средства обязательной гигиены;

В качестве помощи предоставляются тифлотехнологические средства – средства, направленные на коррекцию и компенсацию возможностей, утраченных вследствие нарушения зрения.

Медицинская реабилитация инвалидов:

- 1) восстановительная терапия (медикаментозное, физиотерапевтическое, санаторно-курортное лечение и другие методы лечения, направленные на восстановление нарушенных или утраченных функций и здоровья организма);
- 2) реконструктивная хирургия;
- 3) включает протезно-ортопедическую помощь.

Социальная реабилитация инвалидов:

- 1) обучать инвалидов основным социальным навыкам личной гигиены, ухода за собой, ходьбы и общения;
- 2) обеспечение инвалидов техническими помощниками (заместителями) и специальными транспортными средствами;
- 3) оказание специальных социальных услуг на дому инвалидам, в том числе детям-инвалидам, нуждающимся в уходе и помощи другого лица;
- 4) по программе личной реабилитации предоставляются следующие социальные услуги: инвалидам первой группы с затруднением ходьбы - личный помощник.

Социальную реабилитацию инвалидов осуществляют: медицинские и социальные учреждения (организации), отделения социальной помощи на дому, специальные образовательные организации (психолого-медико-педагогические консультации, реабилитационные центры, кабинеты психолого-педагогической коррекции), организации здравоохранения и другие. специализированные организации.

Инвалид имеет следующие права: социальная защита, включая реабилитацию, адаптацию к обществу, доступ к объектам социальной инфраструктуры, доступ к информации, образованию, свободный выбор услуг, в том числе связанную с работой бесплатную медицинскую помощь, предоставляемую в порядке, определенном законодательством. пребывания, профессиональной подготовки и переподготовки, восстановления трудоспособности и трудоустройства, получения жилья в соответствии с жилищным законодательством Республики Казахстан, услуги преимущественно предоставляются в сфере здравоохранения, культуры, связи, транспорт, услуги в государственных и других организациях.

4. 4. Иллюстративный материал: 15-20 слайдов.

4. 5. Литература:

- Морозова, Г. Я. Основы сестринского дела М. : ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 256 с.
- Адилова, Л. М. Алгоритмы манипулятивных действий медицинской сестры: учебник = Алгоритмы сестринских манипулий: учебное пособие. -М. «Литерра», 2016. – 248 с.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Сестринское дело-2»		044-80/11 ()
Лекционный комплекс		41 стр из 41

- Ватс, Н. Основы сестринского дела (сестринского ухода за больными отдельных социальных групп) = Основы сестринского дела (сестринского ухода за отдельными социальными группами людей): учебник / Н. Ватс, А. Сабырханова, К. Касенова. - ; Астана: Фолиант, 2011. - 280 с. с. –

Дополнительная литература

- Мухина, С. А. Практическое пособие по предмету «Основы сестринского дела». -М. : ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 512 с.
- Нурманова М. Ш. Сборник стандартов сестринских технологий по предмету «Основы сестринского дела»: сборник / М. Ш. Нурманова, Ж. Т. Матакова, Е. Т. Бейскулова; Караганда: ЖК «Акнур», 2012. – 250 с. с.
- Актуальные проблемы экономической науки Казахстана и Академии творческого наследия Национальной академии наук РК С.Е. Толыбекова: Материалы международной научно-практической конференции. - Алматы: КазНПУ им. Абая, 2007. – 328 с.
- Аманжол М. Практические и методологические вопросы государственного регулирования экономического кризиса. // Общество и эпоха. - 2010.- № 2. - Б. 118-119.
- Баймагамбетов С. Современная социальная и культурная политика.- Астана: Элорда, 2001.- 304.

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Виды медицинской помощи, оказываемой инвалидам;
2. Виды психолого-педагогической помощи семье, где есть ребенок-инвалид;
3. Социальная реабилитация инвалидов.