

Список литературы

1. *Абаскалова, Н.П.* Системный подход к формированию здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа-ВУЗ»: Монография./ Абаскалова, Н.П.- Ноосибирск: НГПУ, 2001.- 325с.
2. *Абаскалова, Н.П.* Проблема сохранения и укрепления здоровья педагогов/ Абаскалова, Н.П. //Матер. Республиканской с международным участием научно-практической конф. «Мониторинг здоровья и физической подготовленности молодежи».- Новосибирск, 2009. С.6-9.
3. *Казин, Э.М.* Образование и здоровье: медико-биологические и психолого-педагогические аспекты: Монография./ Казин, Э.М. - Кемерово, 2010.- 214с.

М.К. Абдакимова

Карагандинский экономический
университет Казпотребсоза,
г. Караганда, Казахстан

СОЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ СЛУЧАЕМ В ПРИЗМЕ РИСК-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Согласно Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) предусматривает углубление мер, направленных на развитие универсальной, интегрированной, социально ориентированной, доступной и качественной медицинской помощи на первичном звене.

Универсальность первичной медицинской помощи будет обеспечиваться за счет дальнейшего перехода к семейному принципу обслуживания, который будет предусматривать наблюдение за здоровьем человека в течение всей его жизни с учетом особенностей организма в каждом возрастном периоде с акцентом на профилактику.

Семейный принцип предполагает проведение профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, паллиативной помощи и ухода на дому, исходя из потребности каждой семьи.

В Казахстане активно внедряется опыт зарубежных стран по внедрению технологии социального патронажа, кейс-менеджмента (управление случаем), которые предполагают постоянное социальное сопровождение семьи и детей, попавших в особо трудную, кризисную ситуацию, с диагностическими, контрольными, адаптационно-реабилитационными целями, а также позволяют устанавливать и поддерживать длительные связи с семьей, своевременно выявляя ее проблемные ситуации и оказывая незамедлительную помощь.

В целом, социальный патронаж - форма социального обслуживания на дому, представляющая собой посещение клиентов с диагностическими, социально-реабилитационными целями. Социальный патронаж раскрывает ресурсы семьи, способствующие выходу из трудной жизненной ситуации. Социальный патронаж в зависимости от цели проведения подразделяется на три вида: первичный, плановый, комплексный.

Первичный социальный патронаж осуществляется для выявления, постановки на учет и оказания экстренной помощи клиенту.

Плановый социальный патронаж организуется с целью контроля в отношении неблагополучных семей. Плановое посещение клиента позволяет выявить возможные изменения, которые произошли в его семье со времени последнего посещения.

Комплексный социальный патронаж проводится одновременно несколькими сотрудниками учреждения социального обслуживания (например: специалист по социальной работе и медицинский работник) с целью комплексного подхода к разрешению трудной жизненной ситуации клиента. Во время данного вида патронажа специалист по социальной работе наблюдает за клиентом в домашних условиях, изучает быт, взаимоотношения в семье, знакомится с режимом, питанием, особенностями и традициями семьи, узнает о самочувствии клиента в момент проведения патронажа. В случае если требования к социально-гигиеническим, социально-бытовым условиям проживания клиента не выполняются им самим или его членами семьи, специалист по социальной работе и медицинский работник в ненавязчивой форме дают советы-рекомендации, организуют режим сна и бодрствования, адекватный возрастным

особенностям клиента. Важно объективно определять общее состояние клиента. Необходимо выяснить, какими навыками самообслуживания он обладает.

К сожалению, на настоящий момент, в услугах патронажа первичной помощи (ПМСП) для детей в Казахстане преобладает фокус медицинских индикаторов здоровья ребенка без учета социально-бытовых условий семьи, эмоциональной среды, взаимоотношений родителей, вовлеченности обоих родителей в развитие ребенка. Все перечисленные факторы играют важную роль в жизни ребенка, его физического роста и развития, когнитивной функции мозга, психического здоровья, способности выживания.

Детская смертность - это смертность детей в возрасте до 5 лет. По данным ВОЗ, «большинство случаев смерти детей в возрасте от одного до пяти лет происходит в результате болезней, которые можно предотвращать, а также легко лечить дома или в медицинских учреждениях».

По оперативным данным МЗСР РК, за 2016 года показатель детской смертности составил 10,5 на 1000 родившихся, что меньше за аналогичный период времени 2015 года на 12,4% (за 9 месяцев 2015 года 11,8 на 1000 родившихся) [1].

По оперативным данным МЗСР РК, самая неблагоприятная ситуация по данному показателю наблюдается в Кызылординской области, где коэффициент детской смертности до 5 лет самый высокий в республике, составляет 15,21 на 1 000 родившихся живых. И в этом немаловажную роль сыграли недостаточно качественные социально-бытовые условия жизни семьи. [2]

Медико-социальная модель патронажа матери и ребенка основана на принципах Европейской стратегии охраны здоровья детей и подростков на 2015-2020 годы. Это:

- подход, учитывающий все этапы жизни человека. То есть усилия направлены на прекращение передачи между поколениями негативного опыта, вызывающего болезни. Формируется здоровое и социально компетентное поколение, способное создать условия для здоровья будущих поколений;

- подход, основанный на доказательных данных об особом значении родительской заботы и отсутствия негативных впечатлений в раннем детстве для формирования крепкого фундамента физического и психо-социального здоровья;

- подход, основанный на партнерстве семьи, местного сообщества, здравоохранения и межсекторальном сотрудничестве в решении проблем здоровья;

- подход, основанный на правах человека, на уважении к личности и соблюдении прав человека.

Министерством здравоохранения РК было принято решение о начале проведения со второй половины 2015 г. в пилотном режиме реформы универсальной модели патронажного посещения. Учитывая возможность повышения эффективности и объема предоставления услуг семьям, ЮНИСЕФ поддержал Министерство здравоохранения РК в определении сильных и слабых сторон существующей патронажной системы и оценке возможности предоставления смешанной, «универсальной/прогрессивной», модели системы патронажных посещений в стране. На основе этой оценки был разработан План действий для поэтапного внедрения новой модели, первоначальной целью которой является преобразование существующей универсальной модели путем оптимизации ресурсов, определения эффективного пакета услуг патронажных посещений, оптимизации организационной структуры и практик управления услугами патронажного посещения в учреждениях ПМСП, проектирования рекомендованных методов и подготовки пакета ресурсов для внедрения универсально-прогрессивной модели.

С 2016 года пилотная фаза универсальной прогрессивной модели была запущена в двух городских поликлиниках (ГП №1 и ГП №6) и поликлинике села Жанакорган. В течение 2016 года эксперты ЮНИСЕФ провели серию обучающих тренингов для патронажных медсестер, руководителей поликлиники, социальных работников по 14 модулям универсальной прогрессивной модели патронажного обслуживания беременных и семей с детьми от 0 до 5 лет, провели три внешние поддерживающие курации/супервизии, обучили менеджеров поликлиник методологии проведения внутренней курации/супервизии, разработали инструмент оценки и мониторинга качества услуг патронажных медсестер и социальных работников.

Цель пилотного проекта:

Разработка усовершенствованной универсальной модели патронажного сестринского обслуживания (посещений на дому) беременных женщин и детей до 5 лет в трех поликлиник Кызылординской области.

Непосредственные участники: по 7 медсестер и старшая патронажная медсестра в каждом учреждении. Другие участники: руководство поликлиник, заведующие функциональными подразделениями, ВОПы, социальные работники, психологи, медсестры кабинетов здорового ребенка, акушерки, персонал кабинета планирования семьи и другие.

Пилотный проект был направлен на усовершенствование существующего сестринского обслуживания беременных женщин и детей на дому. Он был призван создать благоприятные условия для перехода к новой, отвечающей современным требованиям, универсально-прогрессивной системе патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста по всей стране. Беременные женщины будут посещены 2 раза, новорожденные и дети до 3 лет - 9 раз.

За счет снижения количества посещений высвобождаются ресурсы для индивидуальной работы с детьми и семьями, более нуждающимися в поддержке. Изменится характер самого посещения, включающего в себя не только медицинскую оценку здоровья ребенка, но и оценку социального окружения, влияющие на здоровье и благополучие матери и ребенка.

Услуги социального работника в пилотных поликлиниках Кызылординской области предоставлялись по алгоритму ведения случая (кейс-менеджмента).

Кейс-менеджмент (англ. «Case-Management» - «управление в конкретном случае», «решение конкретной задачи») - это методический способ соединения индивидуальной потребности клиента в помощи с находящейся в наличии социальной инфраструктурой. На точке пересечения между клиентом и такой инфраструктурой находится кейс-менеджер, призванный обеспечить оптимальное оказание помощи обратившемуся.

Существует множество типов кейс-менеджмента (в зависимости от клиента, продолжительности программы и т.п.), и исходя из этого, стадии процесса могут пополняться или модифицироваться.

Алгоритм предоставления услуг социальным работникам:

1. Посещение семьи, выявление рисков, первичная оценка.
2. Назначение кейс менеджера.
3. Вторичная оценка ситуации семьи и ребенка.

- Углубленная оценка потребностей семьи на основе выявленных рисков патронажной медсестрой.

- Срочные меры по защите ребенка, находящиеся в ситуации высокого риска (риск отказа от ребенка, жестокое обращение, бытовое насилие множественные дисфункции семьи).

4. Составление проекта плана семьи.

5. Утверждение плана семьи.

6. Ведение случая и связь с другими секторами и НПО по оказанию услуг.

7. Пересмотр плана семьи.

8. Мониторинг выполнения плана.

9. Закрытие случая.

В данном случае мы имеем дело с семьями, проблемными, предполагающими реализацию технологий коррекции, терапии - работу с последствиями.

Однако, не менее важен патронаж семей «группы потенциального риска», в которых велика вероятность нарушения семейных ролей, функций семьи, то есть «дисфункциональных семей». Именно данная категория на начальном этапе может являться главным объектом работы. Профилактика способна предупредить негативные тенденции в развитии семей, «выровнять» ситуацию на стадии, когда в семье еще «все нормально».

Таким образом, сравнение опыта и компетенций социального работника прежней и пилотной модели можно увидеть в данной таблице.

<i>Социальный работник в существующей модели услуг ПМСП</i>	<i>Особенности системы патронажа по универсально-прогрессивной модели услуг, ориентированной на семью в целом</i>
Оказание социально-бытовых услуг индивидуально-обслуживающего и гигиенического характера	Специалист, владеющий глубокими профессиональными знаниями, лидерскими качествами, оказывающий услуги глубинной оценки нужд целевых групп населения.
Большое количество посещений ко всем категориям получателей услуг.	Акцент на раннем развитии детей до 5 лет и их семьи, инновация для Казахстана, социальная работа с беременными женщинами, деятельность по предотвращению рисков развития для беременных

	женщин и детей от 0 до 3 лет
Меняют памперсы, введение инъекций и систем, работают в регистратуре и проводят скрининги и другие медицинские функции	Проводят качественное консультирование матерей и семей, оценка рисков, работа с другими секторами, дошкольное образование, НПО, акиматы, бизнес-структуры, ресурсы сообщества.
Семьи – пассивные исполнители рекомендаций здравоохранения, стигматизация семей как например «бедные семьи», «неблагополучная семья» и т.д.	Семьи – равноправные партнеры здравоохранения в создании благополучия детей, сотрудничество семей с социальными работниками стало более доверительное и активное, раньше могли просто не впускать в дом.

Анализ реализации данного пилотного проекта и полученные результаты свидетельствуют о том, что патронажное сопровождение и технологию кейс менеджмента необходимо применять в работе с детьми-инвалидами, инвалидами взрослыми и пожилыми людьми, ВИЧ-инфицированными и др. группами. Особенно эти методики помогут в расширении вариативных форм и видов социального обслуживания, а также в деятельности многопрофильных малых домов социального обслуживания.

Список литературы

1. *Доклад о положении детей в Республике Казахстан*. Астана, 2016. С. 182.

1. *Дети Казахстана*. Статистический сборник. Комитет по статистике министерства национальной экономики РК, ЮНИСЕФ, 2017.

Л. Б. Абдуллина

Стерлитамакский филиал ФГБОУ ВО
«Башкирский государственный университет»,
г. Стерлитамак, Россия