

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ В РАМКАХ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РАБОТЫ В ОНКОЛОГИИ

Хисматуллина З.Н.

Казанский государственный технологический университет

Подробная информация об авторах размещена на сайте

«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

Статья посвящена одной из актуальных и сложных проблем современного общества – онкологии, а именно – социально-медицинской работе с онкологическими больными. Автором акцентируется внимание на паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным, организация которой занимает особое место в социально-медицинской работе с такими больными.

Паллиативная помощь представляет собой активную помощь клиентам с длительно текущими заболеваниями в то время, когда заболевание не поддается лечению и когда управление болью и другими симптомами является важнейшей социальной, психологической и духовной проблемой, оказание помощи клиентам до самой смерти.

Особое внимание уделяется в статье хосписам, организация работы которых, является наиболее эффективной формой разрешения проблем оказания паллиативной помощи инкурабельным больным, а также вопросам необходимости введения в штат паллиативной медицины социального работника, что позволит качественно улучшить жизнь инкурабельных больных и их семей.

Проблема злокачественных новообразований является общемировой. Ежегодно во всем мире диагностируется 10 млн. случаев злокачественных опухолей. При этом около 8 млн. больных умирает от рака. В России в 2006 рак был диагностирован почти у 450 тысяч человек.

Актуальность развития социально-медицинской работы с онкологическими больными во многом обусловлена необходимостью расширения мер социальной защищенности. Неуклонный рост онкозаболеваемости вызывает необходимость реформированности системы организации онкологической помощи. Это позволит решать прежние задачи на новом качественном уровне и обеспечить выполнение вновь появившихся стандартов социально-медицинской работы в онкологии.

Важнейшую роль играет организация восстановления больного не только в рамках учреждения онкологического профиля, в амбулаторных условиях, но и по месту жительства – оказание помощи

семьям, в которых живут онкологические больные. В таких семьях возникает множество сложных проблем, в том числе медицинских, экономических, проблем ухода, психологических проблем, связанных с тяжелым заболеванием и с трудностями в установлении контакта с ними, проблемы приобретения специального оборудования, социальные проблемы, связанные с формированием специального уклада жизни семьи.

Концепция социально-медицинской работы в онкологии построена на принципе междисциплинарного подхода к осуществлению помощи больным со злокачественными новообразованиями. Такой принцип предполагает с целью повышения эффективности терапии и качества жизни пациентов и их семей, одновременно с комплексным специальным лечением, оказание им и их семьям различных видов социальной и психологической поддержки на всех этапах специализированной помощи, от момента установления диагноза до

выздоровления и возвращения этой категории лиц к прежнему социальному положению посредством участия в процессе лечения и диспансерного наблюдения помимо профессиональных онкологов и врачей различных специальностей, психолога и специалиста по социальной работе. Концепция строится на выделении обобщенных групп и работе с ними по дифференцированным, но соответствующим общим принципам социально-медицинской работы в онкологии программам помощи. [3, с. 12-15]. Больные с онкопатологией – главный объект внимания социально-медицинской работы в онкологии. Главный, но не единственный, так как семья больного, занимая определенное место в команде, борющейся за его жизнь, принимает на себя часть проблем и тем самым сама превращается в объект заботы социальной службы.

Организация медицинской помощи больным с далеко зашедшими формами злокачественных опухолей представляет собой одну из сложных и нерешенных до сих пор проблем. Однако не менее важной проблемой является оказание таким больным социальной помощи, в которой они нуждаются не меньше, а может быть и гораздо больше. У половины больных рак диагностируется в запущенных стадиях, когда полное излечение уже невозможно. Большинство онкобольных получают симптоматическое лечение в домашних условиях. Средняя продолжительность жизни таких больных колеблется от нескольких месяцев до 1,5 – 2 лет, при этом последние месяцы жизни больного, как правило, сопровождаются тяжелыми болями, связанными с прогрессированием основного заболевания и нарастающей кахексией. Несомненно, что многие из этих больных нуждаются в госпитализации. Однако специализированные онкологические стационары не могут взять на себя заботу об этих пациентах, поскольку, в виду запущенности опухолевого процесса они не подлежат радикальному лечению. Такие люди нуждаются в паллиативной помощи. [4, с. 35-37].

На сегодняшний момент в России умирают на дому свыше 90 % онкологических больных. К сожалению, печальная

реальность современного российского здравоохранения состоит в том, что больные с четвертой стадией онкологического процесса «неперспективны» в плане радикальных методов лечения. Согласно Приказу МЗ РФ № 590 от 1986 г. онкологические больные получают помощь либо участкового терапевта в виде назначения наркотиков, либо в терапевтическом отделении по месту жительства. Отсутствие гарантий обезболивания, страх боли, превышающий страх смерти, социальная и экономическая незащищенность и беспомощность вызывает целую гамму реактивных состояний, что приводит порой к очень трагическому финалу – суициду среди больных и их родственников.

Все это свидетельствует о необходимости создания хосписов и использования дифференцированного подхода при составлении мероприятий, выполняемых по социально-медицинской работе, о потребности в социальной защищенности, в медицинском наблюдении, в проведении паллиативной Помощи. В связи с этим остро стоит вопрос о подготовке специалистов, способных осуществлять социально-медицинскую работу в отношении онкологических больных. [2, с. 21-24].

В настоящее время в России функционируют 45 хосписов, еще около 20 находятся в стадии формирования. Нужно отметить, что медсестры незнакомы в полной мере со спецификой паллиативного ухода, а также с основами психологической поддержки неизлечимых больных. Поскольку за небольшой срок существования в России хосписов стали очевидными преимущества паллиативной помощи для группы неизлечимых больных и необходимость дальнейшего развития хосписного движения, то совершенно очевидна роль в этом специалистов по социальной работе.

Именно специалисты по социальной работе в сотрудничестве с врачами, психологами, способны успешно решать стоящие перед ними задачи: оказывать помощь и достигать эффективного взаимопонимания с учетом психологических и духовных потребностей тяжелобольных и умирающих пациентов, а также психологических

проблем семьи и других лиц, играющих важную роль в жизни больного.

Хоспис – это не обычное лечебно-профилактическое учреждение, а медико-социальное, призванное оказать не только медицинскую помощь incurable больным, но и оказывать помощь в решении социальных, психологических, духовных проблем, стоящих перед пациентом и его близкими. Хоспис – это учреждение, где умирающему человеку помогают прожить оставшуюся жизнь без чувства страха, по возможности полноценно. Центры паллиативного лечения (хосписы) представляют собой стационары, предусматривающие помещение больных на 2-3 недели для оказания того или иного вида симптоматического лечения, в том числе обезболивания, когда это невозможно осуществить в домашних условиях или в дневном стационаре. Хоспис является государственным учреждением, предназначенным для incurable онкологических больных с целью обеспечения паллиативного лечения, подбора необходимой обезболивающей терапии, оказания медико-социальной помощи, ухода, психосоциальной реабилитации, а также психологической поддержки родственников на период болезни и утраты близкого.

Согласно приложению к Приказу Минздрава РФ от 08.09.1992 г. № 247 «О включении в номенклатуру учреждений здравоохранения хосписов», хосписы и отделения паллиативной помощи являются медико-социальными учреждениями. При этом причиной госпитализации в стационары хосписов и отделения паллиативной помощи более 30 % пациентов являются социальные или социально-медицинские показания, поэтому медицинский аспект помощи incurable больным неразрывно связан с деятельностью социального работника в хосписе. Социального работника и медицинский персонал хосписа объединяет главная задача – облегчить боль и страдание, создание для пациента и его семьи лучшего качества жизни, а при состояниях, не совместимых с жизнью, – помочь больному достойно и без мучений встретить свой конец. В организации работы хосписов состоит полноценная паллиативная помощь. Речь идет о том, чтобы па-

циенту была дана возможность последние месяцы и дни вести содержательную, наполненную жизнь. Т.е. цель паллиативной помощи – обеспечить максимально возможное высокое качество жизни для больного и его семьи, обеспечить достойное человека умирание. Паллиативная помощь – это активная всеобъемлющая забота о больных, болезнь которых не поддается излечению, а также контролирование боли и других симптомов. Так как паллиативная помощь располагает богатым арсеналом средств, направленных на облегчение тягостных симптомов и создание комфорта для пациента, многие ее возможности могут и должны использоваться на ранних стадиях болезни как компонент комплексного лечения злокачественных опухолей. Таким образом, паллиативная помощь должна всегда дополнять противоопухолевое лечение.

Главной задачей паллиативной помощи является поддержка состояния благополучия, а иногда и улучшение общего самочувствия больного, находящегося в терминальной стадии заболевания. Поэтому элементы паллиативной помощи должны осуществляться с первых же дней лечения больного. Это повысит качество его жизни на всех этапах болезни и предоставит врачу больше возможностей для проведения противоопухолевой терапии. [5, с. 8-9]. Имея достаточную информацию о течении заболевания, врач и больной совместно могут выбрать рациональные пути борьбы с ним. Выбирая ту или иную тактику лечения онкологического больного, врач должен обязательно включать в нее, наряду с противоопухолевым лечением, элементы паллиативного лечения с учетом биологического и эмоционального состояния больного, его социального и психологического статуса. Только с учетом всех этих факторов можно рассчитывать на успех, на улучшение качества жизни пациента, что и является конечной задачей при решении проблемы оказания паллиативной помощи онкологическим больным в терминальной стадии болезни.

Программа паллиативного лечения включает в себя ряд компонентов: 1) помощь на дому; 2) консультативная помощь; 3) дневные стационары. В програм-

ме паллиативной помощи специалисты обеспечивают как физический уход, так и поддержку эмоциональной и духовной сфер пациента и его семьи. Способность интуитивно понимать каждого пациента как личность, принимать его переживания, проникать в глубины ощущений и чувств, распознавать корни тех или иных форм и способов поведения – составляет сущность антропологического подхода в оказании помощи инкурабельным больным и их семьям, является основополагающим в профессиональной характеристике личности социального работника. Интегративная антропология в паллиативной медицине в определенной мере восполняет существующую разобщенность медицины, социальной работы, психологии, права. Современной целью интегративной антропологии в паллиативной медицине является обеспечение психобиологическим знанием психологов, социальных работников, терапевтов, социологов, юристов, медиков. Интегративный подход – теоретическая основа социальной работы в хосписе. [1, с. 374].

Важными характеристиками социального работника являются гуманистическое, позитивное отношение, высокая положительная самооценка, легкость выражения эмоций, эмоциональная открытость и теплота, эмоциональная устойчивость, отсутствие тревожности как личностной черты, толерантность к фрустрации, неагрессивное, необвинительное поведение в конфликтных ситуациях, эмпатичность, высокая степень личностной социальной ответственности. [1, с. 373]

Личность социального работника в аспекте профессиональной деятельности рассматривается как один из серьезных факторов достижения успеха в решении вопросов организации, управления и внедрения спектра социальных услуг «обремененным» больным и их ближайшему ок-

ружению в системе паллиативной медицины и ухода.

Таким образом, помимо лечения злокачественных новообразований, социально-медицинская работа с онкобольными включает в себя медико-социальное обслуживание инкурабельных больных, а также организацию хосписного обслуживания. Универсальность организации социально-медицинской помощи инкурабельным больным в хосписе является наиболее эффективной формой, которая позволяет более полно удовлетворить их социальные, психологические и медицинские нужды.

Введение в штат паллиативной медицины социального работника позволит реально повысить эффективность работы хосписа, качественно улучшить жизнь инкурабельных больных и их семей и скоординировать деятельность персонала на выполнение своих непосредственных обязанностей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Артюнина Г.П. Основы социальной медицины: Учебное пособие для вузов. М.: Академический проект, 2005. – 576 с.
2. Вязьмин А.М. Теория медико-социальной работы в онкологии. М., 2002. – С. 28.
3. Моисеенко Е.И. Основные положения концепции социально-медицинской работы в онкологии // Социальные и психологические проблемы детской онкологии: Материалы I Всероссийской конференции с международным участием. М., 2000. – С. 12-15.
4. Новиков Г.А. Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным. М., 2004.
5. Паллиативная медицина и реабилитация / Под ред. Г.А.Новикова. М.: Фонд «Паллиативной медицины и реабилитации больных», 2001. - № 3-4.

PALLIATIVE AID FOR INCURABLE PATIENTS WITHIN THE FRAME OF SOCIAL MEDICAL WORK IN CANCEROLOGY

Khismatullina Z.N.

Kazan State University of Technology

The article is dedicated to one of the topical and most difficult problems of modern society – oncology, namely – to the social-medical work with oncological patients. The author emphasizes our attention to the palliative help to the incurable oncological patients, the organization of which takes special place in the social-medical work with such patients.

Palliative help – is active help to patients with long current illnesses, while illnesses can't be cured and the navigation with pain and other symptoms remains one of the most important social, psychological and spiritual problems, providing help to patients until their death.

The special attention in the article is paid to hospices; the organization of their work is the most effective form of solving problems with palliative help to incurable patients, and also to the problems of need to input to the staff of palliative medicine a social worker, this will help to make the quality of incurable patients' and their families' life better.

