Федеральное агентство по образованию

Омский Государственный Технический университет

Кафедра социологии, социальной работы и политологии

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

по дисциплине:

Содержание и методика социально–медицинской работы

Тема:

**Социально–медицинская работа с лицами, страдающими онкологическими заболеваниями**

Выполнила: студентка гр. ЗСР - 514

Царегородцева О.А.

Проверила: Доцент, кандидат

медицинских наук

Фоменко В.В.

Омск – 2009

**Содержание**

Введение

**1.** Реабилитация онкологических больных

**2.** Паллиативная помощь онкологическим больным

**3.** Взаимодействие с членами семьи онкобольного

Заключение

Список литературы

**Введение**

В последние столетия общество стремительно развивалось во всех направлениях. Разумная деятельность человека дала огромные возможности для изменения среды его обитания с целью создания условий, наиболее комфортных для жизни и способствующих продуктивному удовлетворению своих физиологических потребностей. В результате жизнедеятельности человека значительно изменился химический состав воды, воздуха, продуктов питания.

Существование в новой, неестественной, а зачастую достаточно агрессивной для человека среде, функционирование, отличающееся от естественного, приводит к всевозможным нарушениям тех или иных его систем. Ухудшается как физическое, так и психическое и духовное здоровье индивида.

Одной из актуальных социальных проблем наших дней стали онкологические заболевания. Изучая качество жизни больных, недостаточно оценивать только степень сохранности физических функций и способность к активности. Социально-психологические аспекты качества жизни не менее важны, но нередко остаются на втором плане.

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 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.

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.

Цель работы: анализ социально – медицинской работы с лицами, страдающими онкологическими заболеваниями.

**1. Реабилитация онкологических больных**

Медицинская помощь в индустриальных странах с высокоразвитыми системами здравоохранения подразделяется на профилактические, лечебные и реабилитационные услуги. Всемирной организацией здравоохранения в 1990 г. была разработана и провозглашена концепция охраны и укрепления здоровья. Принципы, содержащиеся в концепции, имеют значение и для профилактики, и для реабилитации в системе профессиональных, государственных, психологических, социально-экономических, медицинских и других мероприятий направленных на эффективное и раннее возвращении больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

Современная организация выявления, диагностики и лечения больных со злокачественными новообразованиями выявила четкие тенденции в динамике онкологической заболеваемости в сторону ее неуклонного роста. Происходит увеличение числа больных с I - II стадией опухолевого процесса, когда значительному числу больных можно отказаться от применения агрессивных и травматичных методов лечения в пользу функционально-щадящего лечения, имеющего высокий социальный и экономический эффект. Неуклонно растет число онкологических больных III клинической группы, состоящих на учете онкологических диспансеров и кабинетов, причем подавляющее большинство из них лица трудоспособного возраста, которые нуждаются в определении своего статуса. Немалое число составляют больные с впервые выявленной IV стадией онкозаболевания или его прогрессирование после лечения. Таким образом, вопрос реабилитации онкологических больных является чрезвычайно актуальным и сложным.

Возможность реабилитации конкретного больного рассматривается индивидуально с учетом комплекса прогностических факторов: локализация и стадия опухоли, ее морфологическое строение, характер проведенного лечения, степень анатомо-функциональных нарушений, общебиологические и социальные характеристики (возраст, пол, профессия). Все вероятные варианты клинического течения злокачественного заболевания возможно объединить в три группы.

1) Группа с благоприятным прогнозом включает в себя наблюдения с I - II стадией опухоли, которые имеют реальный шанс излечения от заболевания. Большинству пациентов возможно проведение щадящего и органосохранного лечения с применением методик хирургической резекции пораженного органа с сохранением функциональной части. А также методик точного лучевого воздействия на очаг опухоли.

2) Прогноз заболевания приобретает более серьезный характер в группе пациентов с III стадией опухоли. Возможность проведения функционально щадящего лечения при подобной распространенности процесса весьма сужена. Чаще всего требуется выполнение инвалидизирующей операции в комбинации с лучевой терапией и химиотерапией.

3) Группа неблагоприятного прогноза с прогрессированием опухолевого процесса после неэффективного лечения II - III стадии и с впервые выявленной IV стадией заболевания. Задачей лечения данных больных заключается в замедлении по возможности прогрессирования заболевания путем применения лучевой и химиотерапии, коррекции возникших нарушений функции органов, купирование хронического болевого синдрома.

В соответствии с групповым прогнозом определяют цель реабилитации:

1. Восстановительная, преследующая полное или частичное восстановление трудоспособности, как правило, для больных с благоприятным прогнозом.

2. Поддерживающая, связана с потерей трудоспособности, инвалидизацией. Направлена на адаптацию пациента к новому психофизическому состоянию, положению в семье и обществе. Касается группы больных с II - III стадией заболевания.

3. Паллиативная, направлена на создание комфортных условий существования в условиях прогрессирования и генерализации злокачественной опухоли.

Вообще не существует четких границ в определении целей реабилитации т. к. очевидно, что особенности течения опухолевого процесса имеют индивидуальные особенности. Например, прогрессирование опухоли после радикального лечения меняет цель реабилитации с восстановительной на паллиативную. Это касается и определения статуса трудоспособности. В ряде развитых стран, например в Германии, больничные кассы и страховые общества не отказывают онкологическому пациенту в сохранении рабочего места, даже после паллиативного лечения.

Для достижения целей реабилитации онкобольного применяются специальные методы или компоненты реабилитации. В современной клинической онкологии понятие лечение и реабилитация неразрывны, обеспечивая преемственность и последовательность этапов общего лечения.

Приоритетным направлением современной клинической онкологии является функционально щадящее и органосохранное лечение злокачественных опухолей. Одним из основных принципов функционально-щадящего лечения является совмещение этапов хирургического удаления опухоли и хирургической реабилитации. Хирургическая реабилитация онкологических больных включает в себя комплекс методов современной реконструктивно-пластической хирургии, позволяющих в кратчайшие сроки и с максимальной эффективностью восстановить функцию и внешний вид органа, его эстетические параметры, что особенно важно для лица, молочных желез, конечностей.

Существует также социально-трудовой компонент реабилитации. Он заключается в проведении комплекса упражнений лечебной физкультуры, адаптирующей и заместительной лекарственной терапии для восстановления функции оперированного органа, обучению или переквалификации для получения новой профессии.

Перечисленные компоненты применяются на последовательных этапах реабилитации.

1. Подготовительный (предлечебный).

На этом этапе основное внимание следует уделять психике больного. Под воздействием мощной стрессовой ситуации у пациента, направленного в онкологическую клинику, возникают острые психогенные реакции, среди которых преобладает депрессивный синдром. Необходимо информировать больного об успехах лечения и о возможностях органосохранного подхода.

2. Лечебный (основной).

Он включает в себя операцию по удалению опухоли и сохранению или пластическому восстановлению анатомических основ функции оперированного органа. Это также может быть курс специальной лучевой терапии на опухоль с сохранением соседних тканей.

3. Ранний восстановительный (послеоперационный).

Важной задачей этого этапа является его проведение в естественные биологические сроки до 2-3 недель, без срывов. Целесообразно применять апробированные в онкологии методы улучшения регенерации. В конце этапа необходимо начинать специальную лечебную физическую культуру (ЛФК).

4. Поздний восстановительный.

Продолжение предыдущего этапа. Продолжается ЛФК, терапия по регуляции функции оперированного органа. Параллельно начинают проведение специальной противоопухолевой химио- и лучевой терапии. В связи этим реабилитационные мероприятия планируются с учетом лечебных, чтобы исключить их взаимное подавление. Этап занимает от 1 до 6 мес., который определяется индивидуальным планом лечения.

5. Социальный.

На этом этапе первостепенное значение приобретает психический статус онкобольного, его социально-трудовая ориентация. Многие пациенты, после радикального лечения, даже на начальных стадиях заболевания убеждены, что являются инвалидами и выброшены за пределы современного общества, что работу найти будет сложно. Любой человек должен чувствовать себя нужным для общества. Более того, данная группа людей может приносить ощутимую пользу обществу не только социальную, но и экономическую, если обретет рабочее место. Для того чтобы это произошло необходимо разработать четкие меры по реабилитации, что будет способствовать не только восстановлению работоспособности, но и вернет заинтересованность к жизни. Как показывает практика, на этом этапе жизни пациенты очень нуждаются в моральной и терапевтической поддержке по нормализации психического статуса и гомеостаза.

Так как процесс лечения и реабилитации онкологических больных занимает в среднем от 3 до 6 мес. очень важной становится функция врачебно-трудовой экспертизы, особенно на последних этапах лечения. Основными задачами является установлении степени утраты трудоспособности онкологического больного, причин и времени наступления инвалидности, определении для инвалидов условий и видов труда, а также мероприятия по восстановлению их трудоспособности (переквалификация, восстановительное лечение, обеспечение средствами передвижения).

В профилактике, лечении и реабилитации различных заболеваний основное значение имеют факторы физические. Раньше считалось, что физиотерапия абсолютно противопоказана для онкологических больных. Было выявлено отсутствие отрицательного влияния некоторых физических факторов на течение основного процесса у радикально пролеченных онкологических больных. В отделении реабилитации онкологических пациентов физические методы, массаж и лечебная физкультура используются на всех этапах противоопухолевого лечения больных с целью профилактики послеоперационных осложнений, ликвидации негативных последствий химио- и гормонотерапии, лечения сопутствующих заболеваний.

Индивидуальные реабилитационные программы составляются с учетом особенности заболевания, радикальности его лечения, безопасности используемых средств и выполняется высоко квалифицированными специалистами на новейшем медицинском оборудовании. Главными условиями для назначения полной программы реабилитации онкологических пациентов являются радикальность проведенного противоопухолевого лечения, отсутствие рецидивов и метастазов, правильный выбор физического фактора, который не нанесет вреда данному онкологическому пациенту, с четким соблюдением показаний и противопоказаний для его использования

И до, и после операции пациенты непременно занимаются с инструктором по лечебной физкультуре, который учит их правильно дышать. Им проводят курсы лечебного массажа, кислородной терапии. Послеоперационный спектр физических воздействий велик. Помимо врача ЛФК с каждым больным проводит индивидуальные занятия психотерапевт.

Не вызывает сомнения целесообразность и высокая эффективность санаторно-курортного лечения в онкологии. Правильный отбор больных на санаторно-курортное лечение следует считать одной из важных задач онкологической и экспертной службы. Однако до сих пор бытует представление об опасности этого вида реабилитации для больных, перенесших радикальную терапию по поводу злокачественных опухолей.

В таких странах как Австрия, Германия, Франция созданы специальные санатории при онкологических институтах т. к. онкологические больные после окончания противоопухолевого лечения нуждаются не только в терапии имеющихся осложнений, связанных с заболеванием и проведенным лечением, но и в дополнительном общеукрепляющем лечении сопутствующих заболеваний в условиях санатория.

Неоправданное запрещение санаторно-курортного лечения всем онкологическим больным, несмотря на то, что они после радикального противоопухолевого лечения достаточно часто возвращаются к труду, в свой коллектив, приводит к снижению трудоспособности, и излеченные больные не ощущают себя полноценными членами общества. Это затрудняет их социальную реадаптацию.

Противопоказания для санаторно-курортного лечения онкологических больных определяются спецификой санаторно-курортных факторов, особенностями онкологического заболевания, характером осложнений противоопухолевого лечения и тяжестью сопутствующих заболеваний.

Многие физические факторы курортов (грязи, горячие ванны, радоновые сульфидные воды) абсолютно противопоказаны онкологическим больным независимо от срока окончания радикального лечения. В то же время, санаторно-курортные факторы, такие как климато-ландшафтотерапия, питьевое лечение минеральными водами, индифферентные изотермические ванны, занятия в водоемах и бассейнах, диетотерапия в комплексе с необходимым медикаментозном лечением способствуют улучшению общего состояния больных, восстановлению нарушенных функциональных показателей, повышению работоспособности. Кроме того, попадая в санаторно-курортное учреждение, онкологический больной перестает фиксировать свои соматические ощущения и, вовлекаясь в ритм курортного распорядка, выходит из тяжелой стрессовой ситуации, связанной с его заболеванием и последствиями лечения.

Лечащий врач санатория для каждого пациента составляет индивидуальную программу лечения. Программа включает питьевое лечение минеральными водами, фитотерапию и прием иммуномодуляторов, диетотерапию и энотерапию (винолечение), ЛФК по индивидуальной программе. По показаниям программа может включать: йодобромные, морские, фитованны, ароматерапию, терапию в спелеоклиматической камере; микроклизмы с минеральной водой или мониторную очистку кишечника, психокоррекцию и психотренинг.

Реабилитация онкологических больных при функционально-щадящем и комплексном лечении - многоэтапный восстановительный процесс. Процесс реабилитации должен носить непрерывный характер. Только так можно добиться успеха в восстановлении участия онкологического больного в активной жизни.

**2. Паллиативная помощь онкологическим больным**

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. В комплекс мероприятий паллиативной помощи входят управление симптомами, в первую очередь болью, одышкой, расстройством сна, тошнотой и рвотой, кишечной непроходимостью, мочеполовыми нарушениями, беспокойством, тревогой, депрессией и др. Вопросы психосоциального характера предусматривают умение общения с пациентом и семьей после известия о смертельно опасном заболевании, уважать мнение пациента и семьи даже в случае, когда оно расходится с профессиональным решением.

Онкологические больные часто выбирают альтернативную терапию. Уважая такой выбор, специалисты обязаны дать классическую характеристику нетрадиционным методам лечения, уметь отличить шарлатанство от немедицинских методов лечения.

Разрешение перечисленных проблем оказания паллиативной помощи состоит в организации работы хосписов.

Хоспис нельзя рассматривать как учреждение, где люди умирают. Это система гуманистических мировоззрений, помогающая умирающему человеку прожить оставшуюся жизнь без чувства страха, по возможности полноценно.

Хоспис – это не обычное лечебно-профилактическое учреждение, а медико-социальное, призванное оказать не только медицинскую помощь инкурабельным больным, но и оказывать помощь в решении социальных, психологических, духовных проблем, стоящих перед пациентом и его близкими. 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 инкурабельных 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.

Причиной госпитализации в стационары хосписов и отделения паллиативной помощи более 30 % пациентов являются социальные или социально-медицинские показания, поэтому медицинский аспект помощи инкурабельным 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 пациенту 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. 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. 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 программе 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.

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.

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 «обреченным» больным и их ближайшему окружению 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.

**3. Взаимодействие с членами семьи онкобольного**

Очень часто члены семьи чересчур заняты вниманием, которое оказывается онкологическому больному. Необходимо понять, что родственники так же тяжело страдают. Рак бьет по всей семье.

Родственники могут испытывать трудно скрываемый гнев от чувства бессилия и отсутствия контроля над ситуацией. Как правило, под этим лежит чувство вины и ощущение, что они сделали в жизни что-то неправильно. В таких случаях сами родственники нуждаются в индивидуальной помощи психотерапевта или психолога.

Поэтому важнейшее место в социальной работе с онкологическими больными занимает взаимодействие с членами семьи пациента и его ближайшим окружением. Первоочередными мерами в этой группе можно назвать решение психологических проблем.

Психологическая дезадаптация пациентов и членов их семей неблагоприятно влияет как на лечение, так и на качество их жизни. Психологические проблемы таких семей усугубляются материальными трудностями, связанными с расходами на лечение и уход за больными, ухудшением трудовой занятости родственников больных. Часто семья, борющаяся за жизнь близкого человека, не в состоянии сама справиться с обрушившимися на нее проблемами и становится объектом социальной работы.

Существует система мероприятий постоянного психологического сопровождения на всех этапах работы с больными и членами их семей – от начала лечения больного до выздоровления. Создаются различные группы психологической поддержки с обучением саморегуляции и самоподдержке, организации психологических тренингов для переживших утрату; организации встреч семей, имеющих больных со злокачественными новообразованиями, лиц излеченных от них и волонтёрами.

Например, в НИИ детской онкологии и гематологии Онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина организована работа кабинета социальной и психологической реабилитации. Целью работы такого кабинета является организация системы медико-социальной помощи семьям, имеющим больных с онкологической патологией, на всех этапах лечения и диспансерного наблюдения. В задачи кабинета включены:

- учет больных со злокачественными образованиями и их семей;

- патронаж семей, имеющих больного с онкологической патологией в заключительной стадии заболевания;

- анализ и поиск путей решения социальных и психологических проблем семей больных;

- информирование больных злокачественными новообразованиями и родственников больного о социальных льготах;

- контроль за соблюдением гарантированных прав больных со злокачественными новообразованиями и их семей;

- обучение волонтеров и координация их работы;

- организация групп психологической поддержки для данного контингента больных и семей, переживших утрату.

Первый этап работы с пациентом начинается с беседы с родителями или родственниками о характере заболевания, о необходимости длительного, изнурительного лечения, требующего изменения привычного образа жизни.

Необходимо создать психологический комфорт для больного и его родственников от начала лечения, решение организационных вопросов в обеспечении круглосуточного пребывания матери и ребенка в отделении, информация о заболевании.

После начала лечения родственники и больные сознательно воспринимают всю тяжесть состояния и первоначальное эмоциональное возбуждение сменяется депрессией, которая может продолжаться длительное время. В этот период важным является оценка личности больного, поддержка его интересов, возможность физического и психического восстановления, выяснение культурных и иных интересов, эмоциональная поддержка окружающих.

Когда наступает период излечения, появляются новые препятствия в достижении своих жизненных целей в связи с ограниченными способностями заниматься привычной деятельностью.

Больные IV клинической группы выписываются на амбулаторное наблюдение и лечение к участковому педиатру. Если это дети, то они и их родители нуждаются в специальной поддержке, т.к. многие мамы остались без работы, и единственным источником их материального обеспечения осталось их пенсионное пособие на ребёнка.

Особое место в социальной работе в области онкологии занимает организация паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным. Паллиативный уход утверждает жизнь и рассматривает умирание как нормальный естественный процесс, он не ускоряет и не отдаляет смерть, он обеспечивает систему поддержки семьи во время болезни их близких и в период скорби.

**Заключение**

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.[[1]](#footnote-1)

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.

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 онкологических больных 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. 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.[[2]](#footnote-2)

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.

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 реабилитации, в проведении паллиативной помощи. В связи с этим остро стоит вопрос о подготовке специалистов, способных осуществлять социально-медицинскую работу в отношении онкологических больных.

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.

В нашей стране неразвита система социальной, юридической и экономической поддержки данной группы населения. Крайне мало исследований посвящено проблемам качества жизни онкологических больных. В современной системе здравоохранения специальные учреждения, оказывающие помощь онкологическим больным, по ряду причин не способны осуществлять комплексную реабилитацию.

**Список литературы**

1. Научный журнал «Фундаментальные исследования» №4, 2007 год

2. Артюнина Г. П. Основы социальной медицины: Учебное пособие для вузов. – М.: Академический проект, 2005.

3. Вязьмин А. М. Теория медико-социальной работы в онкологии. – М., 2002.

4. Грушина Т. И. Физиотерапия у онкологических больных. — М.: Медицина 2001.

5. Маньшина Н. В. Курортология для всех. За здоровьем на курорт. – М.: Вече, 2007.

6. 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.

7. Новиков Г. А. Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным. – М., 2004. с. 35-37

8. Тен Е. Е. Основы социальной медицины. Уч. Пособие. – М.:ФОРУМ: ИНФРА – М, 2003.

1. Научный журнал "Фундаментальные исследования" №4, 2007 год [↑](#footnote-ref-1)
2. Новиков Г.А. Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным. М., 2004. с. 35-37 [↑](#footnote-ref-2)