



ROLE AND PLACE OF SOCIAL WORK IN THE TREATMENT OF PERSONS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

Abstract: The article presents an overview of the current state of social work with people with cancer in the Republic of Bulgaria. The fact that this is an underdeveloped activity in our country against the background of growing morbidity is emphasized. An analysis of good practices and models of oncological social work in the countries of the American continent and Western European countries, which can be tested in our country, is presented. The role and place of social work in each of the stages of inpatient and outpatient medical care for people with cancer are analyzed. Applicable methods of social work at each stage are indicated. The role of social work in oncological medical care for improving the quality of life of sick people is substantiated.

Author information:

Evgenya Bratoeva-Vasileva

PhD of Social Work

University of Ruse "Angel Kanchev"

Faculty of Public Health and Health Care

Department of Public Health and Social Activities

Professional field "Social activities"

✉ jeni_bratoeva1999@abv.bg

🌐 Bulgaria

Keywords:

oncological diseases, social work, quality of life

Увод

Иntenзивността в развитието на онкологичните заболявания през последните десетилетия ги поставя на едно от водещите места по разпространение в глобален план. Проучвания разкриват тревожната тенденция, че не само се увеличава броя на хората, заболели от злокачествени новообразувания, но и се понижава възрастта на отключване на заболяването и при двата пола. Двадесет милиона души по света живеят с онкологична диагноза и тя е причина за 12% от всички смъртни случаи. По данни на Националния здравен регистър през 2019 г. в България новорегистрираните лица с онкологични заболявания са 37 000, а починалите – над 18 000. Хората, живеещи с онкологично заболяване у нас са над 290 000. За всички тях се грижат 182-ма лекари със специалност „Онкология“ или „Медицинска онкология“, което означава че всеки специалист се среща средно с по един новодиагностициран пациент на ден.

На фона на причините за смъртност в страните от Европейския съюз, в България от рак умира по-малък процент от населението. Причината за това не е високото качество на профилактика и лечение на онкологичните заболявания, а още по-ниското ниво на превенция на други социално-значими заболявания, които убиват българите по-често от рака – каквито са сърдечно-съдовите например. У нас 16% от леталните заболявания, които е можело да бъдат предотвратени, се падат на рака на белия дроб. Сред заболяванията, които в други страни се лекуват успешно, а у нас все още са с висока смъртност, се откроява ракът на гърдата.

Междувременно Световният ден за борба с рака вече втора година преминава под знака на глобална кампания с мотото „Аз съм и ще бъда“. Кампанията фокусира вниманието на хората, обществата и правителствата именно в създаването на системи. Анализите на Международния съюз за контрол на рака (UICC) показват, че успешната борба с това

заболяване не се състои в здравословен живот, ранна диагностика, модерни лекарствени терапии, модерни технологии или лечение, провеждано от топ специалисти. За ефективна борба с рака всички тези компоненти трябва да функционират добре заедно. Наблюденията показват, че в нашата страна това не е така, а общественият саботаж на отношенията лекар-пациент е само една от недобре функциониращите взаимовръзки. Кампанията „Аз съм и ще бъда“ си поставя за цел да спаси хората, загиващи от предотвратима смъртност. Този показател отчита два основни фактора – първо, хората, които с добра превенция и политики в общественото здраве не биха се разболели и второ, хората, които при по-ранно откриване или по-ефективно лечение биха живели по-дълго.

Социалната работа с лица с онкологични заболявания в България е слабо развита или несъществуваща в много региони дейност. През последните години мултидисциплинарни екипи, в състава на които участва социален работник функционират в единици онкологични клиники в страната. Идеята за социална помощ на онкоболните и техните близки не трябва да остане в рамките на няколко лечебни заведения, защото всички заболели имат правото на социална (психосоциална) помощ, която в максимална степен да съхрани тяхното качество на живот. Необходимо е с всички лица с онкологични заболявания да работи екип от специалисти, в който задължително да участва клиничен социален работник. Повишаващата се заболеваемост от онкологични заболявания сред хора в трудоспособна възраст и неразвитата у нас като практика социална работа с конкретната категория лица породи изследователския ми интерес. В статията са представени ролята, функциите и задачите на клиничния социален работник в различните етапи на лечение на онкологичната болест. Обоснована е необходимостта от апробиране на опита на страни с дългогодишна и богата практика в онкологичната социална работа и адаптирането му към местните условия. Представено е виждането на автора за приложими методи на социална работа през различните етапи на лечение на онкологичната болест, както в болнични, така и в извънболнични условия.

Материал и методи

1. Развитие и актуално състояние на социалната работа с лица с онкологични заболявания в Република България

На теория и практика клиничната социална работа в България има почти вековна история. Професията клинична социална работа съществува като „...обособена, самостоятелна дейност, извършвана от квалифицирани специалисти и целяща задоволяването на специфични психо-социални потребности на определени категории български деца и лица ... някъде от 60-те години на XX век“ [1]. Въпреки дългогодишната традиция, у нас липсват ясно обособени стандарти и критерии за упражняване на професията, което затруднява разграничаването на професионалната роля на клиничния социален работник от общопрактикуващия социален работник. Клиничната социална работа (в частност –онкологичната) в страните с добре развита социална практика е самостоятелно обособена професионална дейност, която се извършва от специално обучени и квалифицирани специалисти по клинична социална работа, които имат медико-социална и психо- социална подготовка, целяща задоволяването на специфичните медико-социални и психо-социални потребности на определени индивиди, групи и общности. В България социалните работници с клинична подготовка и компетенции за работа с лица с онкологични заболявания на този етап са единици. Малък е дялът на социалните работници, реализиращи своята професионална дейност в лечебни заведения, центрове за продължаващо лечение, рехабилитационни и възстановителни центрове, хосписи и отделения за палиативни грижи. В България една възможна стъпка за придобиване на професионализма в полето на социална работа е психотерапевтичното формиране. Социалният работник, професионално ангажиран с оказване на помощ и подкрепа на лица с онкологични заболявания трябва да притежава професионална подготовка в областта на множество клинични дисциплини, вкл. и

да владее психотерапевтичните подходи на работа.

В България едва от 2010 г., в няколко клиники за лечение на онкологични заболявания, работят психолози, а до 2019 г. социалните работници в същите лечебни заведения са в пъти по-малко от броя им. Назначаването на психолози и социални работници в лечебните заведения за пациенти с онкологични заболявания, все още е въпрос на добра воля, защото по действащата нормативна уредба това не е задължително. Едва тогава, когато нормативно се уреди този въпрос, бихме могли да говорим, че предоставяните у нас здравни и социални грижи са в синхрон със световната практика. Според Елена Атанасова, зам.- председател на Българската асоциация на психоонколозите, един от способите би могъл да бъде условието, при предоставяне на акредитация на лечебно заведение за онкологични заболявания, психосоциалните грижи да са задължителна част от неговата структура.

Психосоциалната работа в лечебните заведения и в частност тези за лечение на онкологични заболявания в България тепърва прохода. Малко на брой са клиниките за лечение на онкологични заболявания, в които се осъществяват социално, психологично консултиране и терапия на болните; консултация с близките на заболелите; работа с медицинския и немедицински персонал, ангажиран с лечението, за превенция и преодоляване на стреса. Познаването на закономерностите и специфичните особености на социалните дефицити и психичните нарушения при пациенти с онкологични заболявания, дава възможност за формирането на ефективна рехабилитация на тази категория пациенти. Това от своя страна повлиява хода на основното лечение и повишава параметрите на качество на живот на заболелите. Проблемът за оцеляване, преодоляване или справяне с трудни обстоятелства и в същото време запазване на основните ценности в живота се превръща в един от централните проблеми в психологията на личността, която преминава през период на лечение на онкологична болест. Начинът, по който се съобщава диагнозата, влияе както на по-нататъшния живот на пациента, така и на връзката, която се изгражда между него и лекуващия го лекар. Недооценяването на важността на вътрешния мир на пациента, на личностните му особености, отношението му към заболяването и лечението, на следващ етап не позволява да се използват психологическите ресурси на личността за приспособяване към болестта и преодоляване на нейните последици. Липсата на психосоциална помощ, води до дълбоки деформации на личността през отделните етапи на лечение на пациента, което от своя страна снижава качеството на живот и възпрепятства достигане до най-добър и пълен ефект от провежданото лечение. В интервю пред списание „Здравен навигатор Онкология“ г-жа Атанасова подчертава, че осъзнатата от пациентите потребност от социална подкрепа и рехабилитация и тяхната инициатива е създала предпоставките за формиране на социални услуги в някои от здравните заведения в страната. А благодарение на разработени от специалисти, по поръчка на Асоциацията на пациентите с онкологични заболявания (АПОЗ) и приятели, Проект финансиран от Европейското икономическо пространство (2009г.) и Стандарт за немедицинска помощ (2012г.), от 2010 г. става възможно назначаването на психолози и социални работници в бившите онкологични диспансери в София, Пловдив и Варна. През следващите години броят на лечебните заведения в онкологията, предоставящи психосоциално консултиране и терапия постепенно се увеличава.

В българската научна литература не откриваме публикации относно онкологичната социална работа, поради факта, че това е много слабо развита дейност у нас. Резултати от изследвания на психологическите последици от болестта върху личността на пациентки с рак на гърдата представя Зорница Ганева. В най-близък план се доближават концептуалните виждания на изследователя Гинка Механджийска, която има научни публикации в областта на клиничната социална работа, част от която е и онкологичната.

1. Концепции за социална работа с лица с онкологични заболявания в световен мащаб.

С цел по-доброто и точно диференциране на полето на социална работа с лица с

онкологични заболявания и спецификата на работа с тази категория клиенти е направено авторово проучване на литературни източници на съществуващи в световен мащаб концепции на социална работа с лица с онкологични заболявания. Като добри практики могат да бъдат посочени: концепцията на Нюйоркското щатско дружество по социална работа (New York State Society for Clinical Social Work); концепцията на Асоциацията по онкологична социална работа в САЩ (AOSW); концепциите за онкологична социална практика във Великобритания, Германия, Дания и Швеция.

2. Използвани методи.

При разработката на публикацията са използвани следните методи: проучване и анализ на научна литература, анализ на нормативни документи, наблюдение.

Резултати

Ролята и мястото на социалната работа в онкологичната медицинска помощ и функциите и задачите на клиничния социален работник при реализирането ѝ ще бъдат представени отделно за болничната и извънболнична медицинска помощ.

1. Социална работа с лица с онкологични заболявания в болнични условия.

1.1 Болница за активно лечение.

Според Закона за здравето болницата е медицинско лечебно заведение, в което се предоставят специализирани медицински услуги с настаняване на пациентите. Лицата са насочени най-често от общопрактикуващите лекари или специалисти от извънболнична медицинска помощ, за да може в болнични условия да се извършват диагностични процедури, доказващи (или не) онкологично заболяване. В успешно реализираните модели на социална работа с лица с онкологични заболявания в западноевропейските страни и тези на американския континент, първата среща на пациента със социалния работник обичайно се осъществява в болницата за активно лечение. При съществуваща вероятност за потвърждаване на онкологичната диагноза след извършване на диагностичните процедури, това е необходимо да стане още след приемането на болния в лечебното заведение. Първата среща е уместно да бъде осъществена съвместно от социален работник и психолог. Целта е да се установи моментното психоемоционално състояние на пациента и вътрешните му нагласи и ресурси за справяне и емоционално приемане на диагнозата.

1.2 Медицинска онкология.

При онкологичните специалисти с особена значимост се определя работата в екип. Онкологичната диагноза не може да се постави само от един специалист. Пациенти със злокачествени солидни тумори се насочват към клинична онкологична комисия за определяне на окончателна диагноза, стадий и модел на терапевтично поведение към болния. При най-малкото съмнение за влошаване на здравословно състояние на пациента, същият се насочва към планова или спешна хоспитализация, при която се прилага стационарно лечение, с придружаващи изследвания. При нужда онкологично болния се консултира със специалисти от други медицински специалности. Онколозите от специализираното лечебното заведение, където е регистриран болния проследяват състоянието му и поддържат неговата медицинска документация съгласно нормативната уредба. В Наредба № 30 от 15 юли 2010 г. е утвърден медицинският стандарт „Медицинска онкология“. В Раздел I се определят основните характеристики на специалността „Медицинска онкология“, в ал. 1.1 е посочено: „Медицинската онкология е самостоятелна медицинска специалност и научна дисциплина, която изучава и третира злокачествените солидни тумори с химични и биологични продукти или с имунотерапия и е свързана с терапевтичното поведение при злокачествени солидни тумори от всички органи и системи. Специалността включва различни интердисциплинарни области и аспекти за цялостно третиране на пациентите, но главната задача е да осъществява системна лекарствена терапия с противотуморни медикаменти.“ Основната цел на

специалността „Медицинска онкология“ е осигуряване на висококвалифицирана ранна оценка, прогноза за хода на онкологичната болест, адекватна специфична лекарствена терапия, проследяване, медицинска експертиза на работоспособността на пациента и проследяване на болните със злокачествени солидни тумори [3].

1.3 Хосписни грижи.

Ролите и функциите, изпълнявани от социалния работник при оказване на подкрепа и помощ на лице с онкологично заболяване, настанено за лечение в отделение за хосписни грижи, се различават от тези, предоставени на пациенти в клиника по онкология по това, че се предоставят индивидуално на всеки пациент (поради спецификата на състоянието). Считам, че е неуместна работата в група при пациенти, потребители на хосписна грижа. Задължително условие тук е да се работи със семейството на пациентите и болничния персонал под формата на групова работа.

Добра практика в страните с развита клинична социална работа при работата с лица с онкологични заболявания е функционирането на територията на онкологичните клиники на екип от клинични социални работници, психолози и духовни лица, който да оказва психосоциална и духовна грижа. Броят на членовете на екипа варира според капацитета на болницата. Внимателното и усърдно изследване на онкоболния още при първата среща е от решаващо значение за неговото адаптиране към тежкото заболяване. Наблюдението, настойчивостта, критичния поглед в разсъждението при диагностиката и лечението на болния е водещо в онкологията. Работата на лекаря - онколог не бива се акцентира само върху медицинските изследвания, комплексното лечение, рехабилитация и последвалото диспансерно наблюдение, а да е фокусирана и върху психологическата реакция на болния. По този начин, ранно забелязани прояви на симптоми от страна на пациента, ще бъдат съобщени на член от екипа за немедицинска грижа. Поставяйки медицинските и немедицински специалисти, работещи в онкологична клиника, под един общ знаменател, се утвърждава тезата, че всички са всеотдайни, решителни и спазващи принципите на общуване: за достъпен, т. е. разбираем език с клиента; злоупотреба с медицинската терминология; за недопускане на двусмислени изрази; за обещаващи възможни резултати от лечението; за мотивиране на онкоболния за осмислено и самостоятелно вземане на решение за лечение.

Зорница Ганева в монографията си „Още нещо за рака на гърдата“ пише, че болниците са шумни места, в които персоналът е активен и забързан, обикаля между различни звена, звънят мобилни телефони, аларми, непрекъснато има пристигащи и заминаващи пациенти. Социалните работници рядко могат да се открият в тих и спокоен офис. Те прекарват повече време с пациентите и са част от дежурния екип. Във въздуха около тях често витае усещането за неотложност и въодушевление. Те изпълняват разнообразна дейност на различни нива. Пациентите и медицинския персонал имат многобройни изисквания към тях. От тях се изисква да работят бързо, ефективно и самостоятелно [4].

Основните функции на клиничния социален работник в болницата включват:

- Оценка на социалните потребности на семейството на пациента, динамиката на взаимоотношенията в него и способността за справяне с болестта, лечението и хоспитализацията.
- Консултиране в екипа от специалисти на лечебния процес как най- ефективно да е взаимодействието между пациента и семейната система.
- Диагностициране на психологични, емоционални и социални бариери, които пречат на лечебния процес, позитивни резултати или изписване от болницата.
- Установяване и изясняване на конфликти, които могат да възникнат между обгрижващите и пациента.
- Оказване на посредничество между пациента, членовете на неговото семейство и екипа от специалисти.

- Осигуряване на медицинска консултация в кризисни ситуации и емоционална подкрепа на пациента и семейството му.
- Консултиране в края на живота и траура.
- Оценка на психичното здраве и програми за кризисни ситуации.
- Преподаване на научно-изследователска дейност в медицински научни центрове.

Предоставените помощ и подкрепа на пациентите от клиниките по онкология могат да бъдат индивидуални и групови. При индивидуалната социална работа социалния работник извършва личен, пряк и самостоятелно с конкретния пациент контакт с цел оказване на помощ и подкрепа. Считаю, че следните дейности трябва да бъдат предоставени от клиничния социален работник индивидуално на всеки пациент с онкологично заболяване:

- съобщаване на онкологична диагноза;
- оценка на психоемоционален стрес;
- овладяване на болка и странични ефекти от лечението;
- освидетелстване от Териториална експертна лекарска комисия;
- осигуряване на помощни технически средства;
- консултативни услуги;
- емоционална подкрепа;
- грижа за финансите;
- съдействие при получаване на духовни грижи;
- подкрепа през периода на палиативни грижи;
- подкрепа и съдействие за завръщане на работа след оздравяване.

Социалният работник оказва помощ и подкрепа на лица с онкологични заболявания и под формата на групова работа. Задължително условие при реализирането е групата да е сформирана от пациенти с еднакви проблеми. Предложенията ми за грижи, които могат да се предоставят в група са:

- овладяване на болка и странични ефекти от лечението;
- консултативни услуги;
- духовни грижи (според вероизповеданието).

Моето мнение е, че при лица с онкологични заболявания много добър терапевтичен ефект имат групите за самопомощ, защото помощта, която се оказва в групата се базира на взаимната поддръжка на членовете. Социалният работник, чрез организиран и контролиран процес предава функциите си на групата. В тази група са заложени принципите на самоусъвършенстване, чрез развитие на самосъзнанието, което е необходимо да подобри социалното функциониране. Идеологията на групата за самопомощ се формира на следните основания:

- Потребителите с еднакви проблеми могат най-добре да се разберат един друг и да си помогнат.
- Групата е ефективна среда за оказване на помощ, чрез самостоятелни решения на проблемите, вследствие на което се формира чувство на удовлетвореност.
- Съвместното решаване на проблеми формира чувство на увереност.
- Членовете на групата в процеса на проиграване на проблемите усвояват роли, помагачи им за по добро социално функциониране.
- Общуването в групата подпомага самопомощта.
- Подпомагане на приемане към групова принадлежност.
- Обезпечение на адекватно разбиране на всички проблеми или състояния.

- Обезпечение на възможности за поемане на отговорност в групата.

Терапевтичните групи, предназначени за лица с онкологични заболявания по мое мнение имат много голям успех за запазване в максимална степен на качеството на живот на болелите. Основната им цел е на база на груповото общуване да се придобият навици за разбиране на окръжаващата ги среда. Груповата терапия има следните цели:

- Помага за развитието на междуличностни отношения.
- Способства за развитие на личността.
- Помага за справянето с проблеми със здравето.
- Засилва самосъзнанието на отделната личност.

Социалната работа в група се определя като обучаваща дейност за придобиване на социално необходими навици и умения. Индивидуалните и груповите цели се постигат в процеса на дейност в групата. В групата се извършва обсъждане на функциите и се дискутират проблеми, поощрява се взаимопомощта, осъществява се съдействие в решението на индивидуалните проблеми. В процеса на работа се проектират модели за оптимално социално функциониране и стабилизиране на емоционалното напрежение.

В клиниките за лечение на онкологични болести социалния работник оказва подкрепа и на семействата на пациентите. Считам, че следните услуги могат да бъдат предоставени на семейството:

- съобщаване на онкологична диагноза;
- оценка на психоемоционален стрес;
- освидетелстване от Териториална експертна лекарска комисия;
- осигуряване на помощни технически средства;
- консултативни услуги;
- емоционална подкрепа;
- грижа за финансите;
- подкрепа през периода на палиативни грижи;
- подкрепа след онкологична смърт.

2. Социална работа с лица с онкологични заболявания в извънболнични условия.

При благоприятно развитие на терапевтичния процес, през преобладаващата част от лечението, лицата с онкологични заболявания са в извънболнични условия. Това налага необходимостта да се създаде програма за социална (психосоциална) работа с тях в извънболнични условия. Общопрактикуващият (личен) лекар е централна фигура в лечението, проследяването, насочването към високоспециализирани процедури и т.н. на лицето с онкологично заболяване. В Закона за лечебните заведения, глава втора: Видове лечебни заведения Чл. 8 ал. 1. регламентира дейността на общопрактикуващия лекар като: индивидуална практика за първична медицинска помощ. В глава трета: Лечебни заведения за извънболнична помощ, чл. 11., се уточнява спецификата на медицинската дейност на личните лекари. Социално очакване към медика – общопрактикуващ лекар е да бъде доверено лице за индивида и семейството, да интегрира цялостния процес на профилактика и лечение [2]. Поради факта, че общопрактикуващите лекари имат индивидуални практики и те са многобройни, след установяване на онкологично заболяване (или съмнение за наличието на такова) общопрактикуващите лекари възможно най-скоро насочват лицето към специалист, социалната работа на ниво амбулаторна първична медицинска помощ е невъзможна или много трудно приложима и неефективна.

Уместна форма на социална работа с лица с онкологични заболявания в извънболнични условия е груповата работа под формата на тератевтични групи, организирани от клиничния социален работник и групи за самопомощ (в тях социалният работник може да вземе участие само при желание от страна на участниците и то като ко-водител).

2.1 Предоставяне на обучение и информация (устно и чрез информационни материали) на лица с онкологични заболявания и техните близки.

Включва обучение относно: нормалност на стреса и тревожността в контекста на онкологична болест; конкретни стратегии за понижаване на стреса (напр. прогресивна релаксация на мускулите); източници на информационна подкрепа/ресурси (пациентска библиотека, надеждни уебсайтове); наличие на услуги, свързани с поддържащи грижи (напр. групи с професионален ръководител, информационни лекции, доброволчески организации) за пациента и близките му в здравното заведение или в общността; наличие на финансова помощ (напр. настаняване, транспорт, здравни осигуровки/платени лекарства); информация за знаците и симптоми на тревожни разстройства и лечението им; информация за хигиена на съня и индивидуално овладяване на преумората; информация за други нелекарствени интервенции (физическа активност, хранене) [5].

2.2 Психосоциални интервенции.

Няколко мета-анализа, систематични обзори и рандомизирани изпитвания доказват, че когнитивно-поведенческата терапия може да намали отпадналостта при онкологични пациенти. Например когнитивно-поведенческа интервенция, която е съсредоточена върху дисфункционални мисли за отпадналост, лоши стратегии за справяне и нерегулирани модели на сън и активност, води до значителни подобрения в отпадналостта, които се запазват при дългосрочно проследяване [5].

А) Психологически (индивидуални) интервенции.

Осъществяват се от квалифицирани професионалисти в областта на психичното здраве с помощта на съответни ръководства за лечение, включващи някои от следните теми: когнитивни промени, активиране на поведение, биоповеденчески стратегии, стратегии за образование и/или развлечение. Добавят се допълнителните стратегии за превенция на рецидив и следене на ефикасността.

Б) Психосоциални (групови) интервенции.

Те са структурирани и ръководени от квалифициран специалист по психично здраве по теми като: понижаване на стреса, положителен копинг (търсене на информация, решаване на проблеми, позитивно взаимодействие), укрепване на социалната подкрепа от приятели и близки, справяне с физически симптоми (напр. преумора, сексуална дисфункция), с промени в тялото и промяна на поведението, свързано със здравето (диета, ниво на активност, тютюнопушене).

Критики към приложението на когнитивно-поведенческата терапия при онкологични пациенти: Една от най-разпространените критики твърди, че симптомите след време отново се възобновяват или се заместват от други. Проучвания, включващи следтерапевтично проследяване на състояние на пациенти, показват, че в по-голяма част от случаите това явление не се наблюдава. Възобновяване на симптомите се получава при разстройства, при които никоя психологическа стратегия не се е оказала достатъчно ефикасна, напр. при шизофрения и диссоциално личностово разстройство. От друга страна, прилагане на когнитивно-поведенческата терапия при други групи синдроми, напр. при тревожни разстройства, е много ефикасно: при около 90% от случаите се наблюдава пълно възстановяване или значително подобрение при следтерапевтично проследяване с продължителност над две години. Може би споменатите критики се коренят убеждението, че успешното лечение трябва задължително да включва идентифициране на причините за симптомите. Всъщност когнитивно-поведенческата терапия не пренебрегва тези причини, а напротив – те играят важна роля при избор на

терапевтични стратегии, но акцентът се поставя не върху причините, свързани с индивидуалната история, а върху причините, проучени и предоставени на КППТ от теориите, обясняващи човешкото поведение [5].

2.3 Семейна терапия и терапия по двойки.

Диагнозата тумор, освен у пациента, причинява стрес и у партньора и членовете на семейството. Проучванията традиционно се фокусират върху въздействието на болестта върху лица с онкологични заболявания и едва наскоро вниманието се обърна към въздействието на диагнозата върху партньорите им. Пациенти и партньори често описват подобни реакции към диагнозата тумор, включително шок, дистрес, тревожност, депресия, страх и несигурност и отричане. Страхове на съпрузите на пациентите са по правило най-силно изразени по време на поставяне на диагнозата и хоспитализация за операция и лечение, но тревожността и дистресът продължават да се наблюдават след като те са приключили лечението. Отворената комуникация между пациенти и партньори по въпроси, свързани с тумора, е важен ресурс, когато трябва двойката да се справи с предизвикателствата и изискванията, свързани с лечението и страничните му ефекти. Откритата комуникация е свързана с по-голяма взаимна подкрепа, по-високо качество на живот, по-добро психосоциално функциониране, както и по-хармонични отношения между двамата партньори. Взаимното споделяне и обсъждане между партньори на свързаните с тумора чувства, възгледи и проблеми има силни ефекти върху психологическото благосъстояние при онкологични пациенти, особено при претърпели по-голямо физическо увреждане. Обратно, липсата на обмен на свързаните с тумора опасения компрометира пациент-партньорските отношения и техните психологически корекции. Тези негативни ефекти могат да се изострят, когато двойките имат противоречиви модели за комуникация (т.е. ограничено разкриване от единия и по-отворени за другия съпруг). Липса на откритата комуникация по въпроси, свързани с тумора, вреди на интимните отношения и психосоциалното благополучие, дори когато единият или и двамата партньори крият проблемите и чувствата в опит да предпазят себе си и/или техния любим човек. Семейната терапия и терапията по двойки е емоционално-фокусирана, работеща по посока на осъществяване и улесняване на открита комуникация в партньорските взаимоотношения. По правило процесът отнема 6-12 сесии в рамките на 6-18 месеца. Продължителността и редовността на терапиите зависи от степента на дисфункционалност на семейството. Терапия при скръб, фокусирана към семейството, може да намали патологичните последици от скръбта в семейства с болни в терминален стадий [6].

Обсъждане

Оказваната социална помощ на лица с онкологични заболявания в нашата страна все още е в много малко на брой лечебни заведения и не е с необходимия обхват на нуждаещи се от подкрепа. Необходимо е:

- да се разработят програми и проекти, свързани с институционалните и индивидуални психосоциални потребности за онкоболните пациенти, техните семейства и медицинските специалисти;
- да се популяризира психосоциалната помощ при онкологични заболявания и да се улесни достъпа до нея;
- да се съдейства за облекчаване на работата на медицинските специалисти и подпомагането им във взаимоотношенията с пациента;
- да се подпомага работата на специалистите, работещи в сферата на онкологичните заболявания чрез осигуряване на условия за професионален обмен и сътрудничество;
- да се информира общността по въпросите за психосоциалната проблематика, съпътстваща онкологичните заболявания [7].

Заклучение

Представените резултати от проучване на научната литература в областта на онкологичната социална работа ясно показват, че в страните от американския континент и много европейски страни това е добре развита практика с доказани резултати по отношение на качеството на живот на болните лица. Не по същия начин и в нужния обхват се реализира тази дейност в нашата страна. В статията са представени задълбочени проучвания на чуждестранен опит и анализ на законовата и нормативна уредба в нашата страна. На тази основа е предложен алгоритъм за реализиране на социална работа с лицата с онкологични заболявания в болнични и извънболнични условия. Предложени са подходящи методи на социална работа при всеки един от етапите. Задълбочени проучвания през последните години, лични наблюдения и впечатления, убедително доказват необходимостта с всички лица с онкологични заболявания да работи мултифункционален екип, в състава на който задължително да присъства клиничен социален работник.

References:

1. Hadjiiski, G., Is there a need for clinical social work in our country? - Pedagogy, 2011, issue 2
2. Law on Medical Establishments, Promulgated, SG, iss. 62 of 9 July 1999, amended and add., no. 72 dated 18 September 2015
3. Ordinance № 30 of 15 July 2010 approving the medical standard 'medical oncology'. Issued by the Ministry of Health
4. Ganeva, Z., Another thing about breast cancer, Ed. Electra, 2013
5. Grigorova, D., Dacheva I., Psychological and psychiatric therapeutic approaches. Cognitive-behavioral techniques, SEA, 2015, p. 29
6. Ivanova G., Iliev I., Psychosocial support and rehabilitation in oncology, SEA 2015, Family therapy and therapy in pairs, p. 33
7. Bratoeva, E., Development of social work with clients with oncological diseases to improve the quality of life, Dissertation for the award of ONS "Doctor", Varna, 2020