

Реабилитация детей-инвалидов с онкологическими заболеваниями

Лекция 15

План лекции

- 1. Медико-социальная структура онкологической службы
 - 1.1 Онкологические диспансеры
 - 1.2 Паллиативная помощь. Хоспис
 - 1.3 Организации паллиативной терапии детей с онкологическими заболеваниями
- 2. Качество жизни — основная задача медико-социальной помощи онкологическим больным
- 3. Проблемы социальной реабилитации онкологических больных
- 4. Медико-социальная экспертиза онкологических больных

ВВЕДЕНИЕ

- 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.
- Одной из актуальных социальных проблем наших дней стали онкологические заболевания.

ВВЕДЕНИЕ

- Возникла необходимость создания новых механизмов, форм и методов медико-социальной помощи населению как новых социальных технологий, которые обеспечат гражданам комплексные социальные услуги в случае заболевания, утраты трудоспособности и т. д. и будут способствовать решению связанных со здоровьем социальных проблем.

1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

- 1.1 Онкологические диспансеры
- Борьба с онкологическими заболеваниями предполагает прежде всего раннее их выявление.
- Поэтому профилактические осмотры с целью выявления злокачественных новообразований и предопухлевых заболеваний являются наиболее возможными в работе всех лечебно-профилактических учреждений.

Онкологические диспансеры

- Научно-исследовательские и лечебно-профилактические учреждения, занимающиеся изучением, лечением и профилактикой злокачественных опухолей, называются **онкологическими**, от греческого слова **онкос - опухоль**.
- Научные работники и врачи этих учреждений называются **онкологами**.

Онкологические диспансеры

- Онкологическая служба начала создаваться с 1945 г. До этого в Москве, Ленинграде, Киеве, Харькове, Баку и других крупных городах имелись научно-исследовательские институты, но стройной сети онкологических учреждений не было.
- Онкологическую службу в стране обеспечивают онкологические диспансеры, онкологические отделения и кабинеты.

Онкологические диспансеры

- В основу организации практической онкологической службы легли принципы профилактического здравоохранения, предусматривающие :
- единый, плановый характер работы онкологической службы,
- квалифицированную бесплатную помощь,
- профилактическую направленность (обслуживание по диспансерному типу),
- социальное обеспечение в случае полной или частичной утраты трудоспособности.

Онкологический диспансер

- является основным звеном в системе противораковой борьбы, обеспечения квалифицированной, специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощи населению,
- осуществляет организационно-методическое руководство и координирование деятельности всех онкологических учреждений, находящихся в его подчинении.

Онкологические кабинеты (отделения) при поликлиниках

- Первичное звено в организации онкологической помощи населению.
- Являются массовыми проводниками онкологических идей в лечебную сеть страны, первыми консультантами поликлинических врачей по вопросам лечения и диагностики онкологических больных, организаторами профилактических осмотров населения на выявление онкологических заболеваний.

1.2 Паллиативная помощь. Хоспис

- **Паллиативная помощь** – активная общая помощь пациентам и их семьям, осуществляемая мультипрофессиональной командой специалистов в период, когда болезнь пациента не может быть излечена.
- Направлена на удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациента и на поддержку близких.
- **Цель** – улучшение качества жизни больного и членов его семьи.

Паллиативная помощь

- ЭТО комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни безнадежно больных людей и их близких.
- Главная задача такого ухода – это избавление пациента от боли и других тягостных проявлений болезни, а так же психологическая, социальная и духовная поддержка.

Паллиативная помощь

- Цель паллиативной помощи – улучшить качество жизни пациентов и их близких.

Хоспис

- В мировой практике эта модель получила название "хоспис" (лат. Hospice - странноприемный дом).
- Хосписы организовываются, в первую очередь для онкологических больных в терминальной стадии болезни и решают комплекс проблем - медицинских, психологических, социальных и духовных

Хоспис. Медицинские проблемы.

- Невозможность излечить болезнь не означает, что дело врача уже закончено.
- Необходимо максимально облегчить страдания пациента и в первую очередь - снятие боли.
- Решить эту проблему в условиях амбулаторного обслуживания не удаётся по двум объективным причинам: ограниченность обезболивающих препаратов и лимит дачи наркотиков.

Хоспис. Психологические проблемы.

- На первый план в терминальном периоде выступает приближающаяся смерть.
- Ужас небытия требует психотерапевтическую коррекцию. Одной из важнейших задач хосписной работы является помощь родственникам больных.
- В первые 1-2 года после смерти близких заболеваемость их родственников возрастает на 40-200%.

Хоспис. Социальные проблемы.

- Корень социальных проблем онкологических больных прежде всего в экономике.
- Если её кризисное состояние тяжело для здоровых людей, то сколь тяжко оно для больных, все средства которых идут на покупку "бесплатных" лекарств, наём сиделок, приобретение элементарных средств ухода и гигиены.
- Создание Хосписов, как модели социальной помощи терминальным больным и их родственникам, включает проблему ухода за пациентом.

Хоспис. Основные концептуальные принципы хосписной деятельности:

- Хоспис - дом жизни, а не смерти;
- Хоспис - система комплексной медицинской, психологической, социальной и духовной помощи больным;
- Хоспис - школа и поддержка родственников и близких пациента;
- Хоспис - это мировоззрение гуманизма.

1.3 Организации паллиативной терапии детей с онкозаболеваниями

- Для эффективного проведения паллиативной терапии оптимальным является формирование бригад профессионалов (психолог, социальный работник, терапевт или педиатр, а при показаниях, и онколог), с включением услуг волонтеров для обслуживания семьи.
- Важная роль в этих бригадах отводится медицинским сестрам особой квалификации, получившим подготовку по социологии, основам социальной работы, психологии, биоэтике, курсу паллиативной терапии.

1.3 Организации паллиативной терапии детей с онкозаболеваниями

- Для реализации основных положений по медико-социальной работе в онкологии в части организации паллиативной помощи больным с онкопатологией, также необходимо:

1.3 Организации паллиативной терапии детей с онкозаболеваниями

- Разработать методические рекомендации по организации паллиативной помощи больным с онкологическими заболеваниями на дому с выделением всех трех направлений этой работы - медицинского, психологического, социального.

1.3 Организации паллиативной терапии детей с онкозаболеваниями

- Совершенствовать специальные программы подготовки и повышения квалификации врачей онкологов и медицинских сестер онкологических отделений клиник и диспансеров с включением в учебные планы разделов психологии, социологии, биоэтики.

1.3 Организации паллиативной терапии детей с онкозаболеваниями

- Организовать постоянно действующие психологические тренинги данной направленности для врачей, медицинских сестер, социальных работников, волонтеров, работающих с больными как в условиях стационара, так и на дому.

1.3 Организации паллиативной терапии детей с онкозаболеваниями

- Организовать обучающие семинары и издание методических пособий для волонтеров по уходу за больными с онкологическими заболеваниями в хосписе.

2. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

- качество жизни — это интегральный показатель всего существующего комплекса
- организационных,
- диагностических и
- лечебных мероприятий, в современной медицине.

2. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

- 1) Физический аспект качества жизни включает:
 - *совокупность симптомов болезни;*
 - *комбинацию побочных эффектов лечения;*
 - *выраженность общего физического благосостояния.*

2. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

- 2) Функциональный аспект качества жизни включает:
- *способность исполнения действий, связанных с индивидуальными потребностями, амбициями или социальной ролью;*
- *активность;*
- *возможность самообслуживания.*

3) Психо-эмоциональный аспект качества жизни включает в себя:

- психологическое равновесие;
- изменения личности;
- потеря своей эстетической цельности, привлекательности, интереса к поддержанию приятной внешности (сексуальности);
- утрата перспектив на счастье;
- неосмысленный подход к смерти;
- духовные проблемы — утрата веры в справедливость мира;

3) Психо-эмоциональный аспект качества жизни включает в себя:

- межперсональные проблемы — семейное благополучие, взаимоотношения в семье, удовлетворение от отношений с друзьями, страх потери любви окружающих, проблема ухода за больным, проблемы родственников, ложь больному со стороны родственников и врачей.

4) Социальный аспект качества жизни для больного включает:

- потерю своего социального статуса;
- нарушение контактов с привычной средой, трудовым ритмом;
- утрата финансовых возможностей и дивидендов;
- затраты на лечение и похороны;
- социальная изоляция;
- инвалидность;
- отсутствие службы волонтеров, сиделок;
- воспринятая социальная поддержка;
- организация досуга.

3. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- В мире прогнозируется увеличение заболеваемости злокачественными опухолями с 10 млн. в год в настоящее время до 15 млн. к 2020 г.

3. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- В связи с развитием и внедрением высокотехнологичных методов лечения онкологических заболеваний, уже сегодня стало возможным радикальное лечение большинства пациентов, выполняя обширные органоуносящие оперативные вмешательства, химиотерапию и лучевую терапию, что в ближайшие годы увеличит количество инвалидизированных людей излеченных от рака.

3. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- Необходимо отметить, что в реабилитации нуждаются не только пациенты, имеющие группу инвалидности, но и больные с I – II стадиями заболевания, прошедшие радикальное лечение, так как диагноз рак – это всегда стресс, а лечение не всегда щадящее.

3. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- Реабилитация не стала составной частью комплекса терапевтических мероприятий в онкологии: так как рак, как фатальное заболевание часто отождествляется с непродолжительностью жизни, а больной со злокачественной опухолью считается бесперспективным с точки зрения реабилитации .

3. ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- Многие пациенты, после радикального лечения, даже на начальных стадиях заболевания, твердо убеждены, что являются инвалидами и выброшены за пределы современного общества.
- Убеждены и в том, что работу найти будет крайне сложно, тем более если требуется профессиональная переориентация.
- Именно поэтому излеченные от рака люди приходят к выводу, что проще сидеть дома, получать пособие.

4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- Вопросы инвалидности онкологических больных решаются комиссиями медико-социальной экспертизы – МСЭ по представлению необходимой документации районными онкологами.
- В названии комиссии отражены основные задачи ее работы: определение социального статуса пациента с учетом имеющегося у него заболевания, возможности продолжать работать, вообще, и по специальности, в частности, а также, в случае потери профессии или невозможности продолжения трудовой деятельности, рассмотрение вопросов переобучения.

4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- Основанием для определения первой группы инвалидности является такое нарушение функций организма больного, при котором больной не может сам себя обслужить и нуждается в длительной постоянной посторонней помощи. Эта группа определяется на два года.

4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- Основанием для определения второй группы инвалидности является значительно выраженные функциональные изменения, но не вызывающие необходимости в постоянном постороннем уходе или надзоре.
- Инвалиды 2-ой группы, как правило, нетрудоспособны, но в исключительных случаях им разрешается работа в специально созданных условиях.
- Вторая группа инвалидности устанавливается сроком на один год.

4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- Основанием для определения третьей группы инвалидности является снижение трудоспособности вследствие нарушений функций организма, обусловленных хроническими заболеваниями или анатомическими дефектами, приведшие к потере профессии или снижению квалификации.

4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- Третья группа инвалидности является также и переходным этапом после снятия второй группы инвалидности для постепенного приобщения больного к труду, так как эта группа инвалидности "рабочая".
- Она предусматривает легкие виды труда, работу с учетом профессиональных знаний и профессиональных навыков, с укороченным рабочим днем, работу без значительной физической нагрузки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Проблема онкологических заболеваний является важнейшей проблемой в социальной медицине.
- Основным звеном в системе противораковой борьбы, обеспечения квалифицированной, специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощи населению является онкологический диспансер.
- В этом учреждении осуществляется организационно-методическое руководство и координирование деятельности всех онкологических учреждений, находящихся в подчинении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Однако в онкологическом диспансере в основном решаются медицинские задачи лечения и изучения раковых опухолей. Комплекс медицинских, психологических и социальных задач призваны решать хосписы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- В связи с развитием и внедрением высокотехнологичных методов лечения онкологических заболеваний, стало возможным радикальное лечение большинства пациентов, выполняя обширные оперативные вмешательства, химиотерапию и лучевую терапию, что в ближайшие годы увеличит количество инвалидизированных людей излеченных от рака.
- Реабилитация, с целью социальной адаптации, недостаточно развита, в связи, с чем больной после радикального лечения остается без внимания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Необходимо отметить, что в реабилитации нуждаются не только пациенты, имеющие группу инвалидности, но и больные с I – II стадиями заболевания, прошедшие радикальное лечение, так как диагноз рак — это всегда стресс, а лечение не всегда щадящее.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Медико-социальная работа также направлена на улучшения качества жизни онкологических больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Вопросы инвалидности онкологических больных решаются комиссиями медико-социальной экспертизы

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- основные задачи работы комиссии:
определение социального статуса пациента с учетом имеющегося у него заболевания, возможности продолжать работать, вообще, и по специальности, в частности, а также, в случае потери профессии или невозможности продолжения трудовой деятельности, рассмотрение вопросов обучения новой профессии, переобучения.