

УДК 614.2

*Вологина К.Ю.*

*студент 4 курса лечебного факультета*

*Северный государственный медицинский университет*

*Россия, Архангельск*

*Вайгачев И.В.*

*студент 4 курса лечебного факультета*

*Северный государственный медицинский университет*

*Россия, Архангельск*

*Научный руководитель: Лупачев В.В., доктор медицинских наук  
профессор*

## **ПРОБЛЕМЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ОКАЗАНИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ**

*Аннотация. Очевидным является тот факт, что сохранение здоровья не является только медицинской проблемой.*

*Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и инвалидности».*

*Уровень здоровья населения- отражает степень адаптированности конкретной общности людей к определенным жизненным условиям: социальным, материальным, духовным и другим сферам жизни.*

*Учитывая совокупность базовых признаков здоровья, особенно актуальным является необходимость междисциплинарного взаимодействия врачей, социальных работников, медицинских психологов и других специалистов.*

*Ключевые слова: комплексная помощь, онкология, здравоохранение, ВОЗ, проблемы, больные.*

***Vologina K.Y.***

***4th year student medical faculty***

***Northern State Medical University***

***Russia, Arkhangelsk***

***Vaigachev I.V.***

***student of the 4th year Faculty of Medicine***

***Northern State Medical University***

***Russia, Arkhangelsk***

***Scientific Director: Lupachev V.V., Doctor of Medical Sciences***

***Professor***

## **PROBLEMS OF INTERDISCIPLINARY INTERACTION IN PROVIDING COMPREHENSIVE CARE TO CANCER PATIENTS**

*Annotation. It is obvious that the preservation of health is not only a medical problem. The Constitution of the World Health Organization (WHO) defines health as "a state of complete physical, spiritual and social well-being, and not only as the absence of disease and disability". The level of health of the population - reflects the degree of adaptation of a particular community of people to certain living conditions: social, material, spiritual, and other spheres of life. Given the totality of the basic signs of health, the need for interdisciplinary interaction of doctors, social workers, medical psychologists and other specialists is particularly relevant.*

*Key words: comprehensive care, oncology, healthcare, WHO, problems, patients.*

В настоящее время чрезвычайно важным является необходимость междисциплинарного взаимодействия врачей, социальных работников, медицинских психологов.

Несмотря на то, что есть позитивные сдвиги для решения данной проблемы, все же наблюдается рассогласованность медицинской и социальной моделей в выработке концепции помощи людям, нуждающихся в комплексной, интегративной помощи.

Анализ зарубежного опыта постановки и решения проблем здравоохранения, социальной защиты населения является актуальным для современной российской действительности. Известный американский ученый К. Блейкмор, рассматривая важные для обсуждения проблемы, связанные с приоритетными направлениями политики в сфере здравоохранения, вводит термин «медикализация», пытается определить место и роль профессионалов (врачей, медицинских сестер, социальных работников, психологов) в решении проблем здоровья населения.

«Медикализация», согласно К. Блейкмору, это процесс изменения восприятия социальных вопросов, выражающихся в интерпретации их как недуга или болезни, с которыми необходимо справляться посредством медицинского вмешательства.

Другими словами, «медикализация» представляет собой тенденцию решения социальных проблем исключительно медицинскими методами, т.е. доминирование медицинского подхода в решении социальных проблем (2).

Рассогласованность медицинской и социальной модели приобретает особую остроту в выработке концепции междисциплинарной помощи людям, нуждающимся в комплексной помощи.

Медицинская модель понимания проблемы пациента/клиента состоит в том, что клиент рассматривается как пациент, его трудности соотносятся исключительно с особенностями его болезни. Пациенты при

таким подходе являются пассивными реципиентами лечения и заботы. Существующая медицинская модель исключает необходимость эффективного сотрудничества медицинских и социальных работников.

Социальная модель возникла и формировалась как ответ на медицинскую модель. Цель социальной модели поддержка и активизация позитивного потенциала клиентов к переходу на более высокий качественный уровень самостоятельности.

Узкопрофильные модели оказания помощи людям с особыми потребностями, как медицинская, так и социальная, обладают рядом недостатков. Во-первых, вместо задачи развития здоровья как ресурса пациента/клиента ставится цель медицинской или социальной помощи и поддержки. Во-вторых, как медицинская, так и социальная модель претендуют на самостоятельность и самодостаточность в помощи людям с физическими и психическими ограничениями, серьезно не учитывая важности эффективного междисциплинарного взаимодействия специалистов разных профилей. Эти противоречия, которые все еще сохраняются между двумя моделями, в первую очередь ущемляют права и возможности людей, нуждающихся в медицинской, социально – психологической помощи и реабилитации.

Под реабилитацией понимается направление современной медицины, которое в своих разнообразных методах опирается прежде всего на личность больного, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи. Не существует истинной реабилитации без обращения к личности больного, без восприятия человека в неразрывной связи с окружающей средой. Успех реабилитационных мероприятий может быть продолжительным лишь тогда, когда установлена гармония между телом и окружающей средой.

По мнению большинства зарубежных и отечественных реабилитологов, онкологическое заболевание является крайне стрессовой по своей природе и последствиям ситуацией.

Состояние, порождаемое обнаружением онкологического заболевания - это, в подавляющем большинстве случаев, близкое к предельному, нервное психическое напряжение с бесчисленными психо-эмоциональными проявлениями. У больных развивается боязнь тяжелых страданий, рецидива заболевания и предопределенности скорого смертельного исхода, опасение инвалидности, состояния острого, хронического или обострившегося одиночества как проявления хронического психосоматического стресса.

С определенной долей условности реабилитацию принято подразделять на медицинские меры реабилитации, социальные меры реабилитации, профессиональную реабилитацию.

О мерах профессиональной и медицинской реабилитации сформировалось четкое представление, имеется значительный практический опыт.

Целесообразно остановиться на социальных мерах реабилитации. Ученые отмечают, что социальная реабилитация имеет неограниченно широкий набор путей, методов, технологий, которые облегчают жизнь больного человека и позволяют ему как можно дольше быть активным.

Для того, чтобы иметь системное представление о социальной реабилитации, важно выделить такие направления как: социально-бытовые меры реабилитации, социально-правовые, социально-психологические, социально-педагогические меры и другие.

Реабилитация -завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса больного.

В соответствии с концепцией многопрофильного подхода целью реабилитации является интеграция больного в общество. Выделяются следующие основные направления, по которым должны реализовываться многоаспектные реабилитационные мероприятия:

- предупреждение прогрессирования патологического процесса и восстановление здоровья пациентов;

- социальное и психосоциальное восстановление личности;

- раннее возвращение индивида к трудовой деятельности;

- создание необходимых условий для успешной интеграции больных и инвалидов в общество с учетом уровня качества жизни, которое определяется, по мнению Р.К. Кабисова, как свойства, характеристики, процессы и способы существования больного:

- потребление, переработка пищи;

- производство потомства, забота о нем;

- производство предметов, других условий жизнеобеспечения;

- социокультурологическая деятельность;

- масса, размеры, химический состав, анатомическое строение;

- сознание, мышление, свойство познания;

- чувства, способности, потребности, влечения;

- функционирование органов и систем, психическая деятельность;

- принадлежность к нации, классу, иной социальной общности, выполнение определенной социальной роли;

- направленность, относительная устойчивость, избирательность.

Таким образом, при планировании индивидуальной программы реабилитации, прогнозировании качества предстоящей жизни важно исходить из потребностей количественной и качественной реабилитации.

Расширение определения и понятия реабилитации в корне изменяет отношение к процессу и реабилитации в целом. Это непосредственно касается инновационных междисциплинарных подходов, использования

современных технологий и увеличивает потребность в различных реабилитационных службах, которые соответствовали бы потребностям наибольшей части пациентов.

Программа реабилитации онкологических больных строится с учетом возможностей и условия для реализации оптимальной жизнедеятельности, гармоничного содержания процессов, свойств, желаний, влечений, интересов и других медицинских, социально-психологических качеств жизни личности данного больного, составляющих качественную определенность личности пациента.

Сохранение жизни и/или улучшение ее качества- наиболее важное и первостепенное направление реабилитации больного, которое во многом определяется эффективностью междисциплинарного воздействия специалистов, адекватной и целенаправленной противометастатической терапии, предупреждающей и/или тормозящей прогрессирование опухолевого процесса и социальной, психосоциальной помощи и поддержки.

Организация междисциплинарного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи людям с особыми потребностями должна основываться на моделировании совместной практики медицинских и социальных работников. Модель междисциплинарного участия специалистов должна быть системно распространена на все этапы их деятельности: от формирования профессиональной помощи до подготовки и переподготовки новой категории специалистов.

В странах, имеющих данную давнюю историю развития социальных служб, для разрешения противоречий между медицинской и социальной моделями была разработана концепция специальной системы совместного обучения (joint training), в которой наравне участвуют две профессиональные культуры.

В настоящее время наши коллеги за рубежом выделяют несколько направлений подготовки специалистов, среди них наиболее значимые две междисциплинарные модели:

- обучение будущего специалиста по социальной работе навыкам медицинского ухода и приемам психосоциальной поддержки, т.е. формирование эффективного междисциплинарного специалиста;

- обучение специалистов-медиков теории и практике социальной работы, решению социальных проблем, навыкам и приемам социальной работы с клиентом/пациентом.

В Северном государственном медицинском университете в 2002 году на факультете социальной работы разработана программа обучения в резидентуре (первичная специализация специалиста социальной работы) по специальности «Социальная работа с населением».

В настоящее время на Европейском Севере России не существует последипломной подготовки в резидентуре, предназначенной специалистов по социальной работе, осуществляющих свою деятельность в системе здравоохранения.

В программе социально-медицинская работа обозначена как новый вид мультидисциплинарной деятельности, и особый акцент делается на медицинскую, медико-профилактическую подготовку специалиста по социальной работе, направленную на восстановление, сохранение и укрепление здоровья различных категорий населения.

Основной принцип программы - обучение и практическая работа в режиме междисциплинарного взаимодействия.

Содержание программы представлено в модулях, один из которых посвящен социально-медицинской работе в онкологии и паллиативной

По окончании курса обучения в резидентуре специалисты по социальной работе, получившие углубленные медицинские,

психологические знания, смогут эффективно использовать методы, технологии мультидисциплинарного характера для решения взаимосвязанных проблем клиента/пациента социального и медицинского характера на качественно новом уровне.

Практический опыт показывает необходимость разработки междисциплинарной модели обучения специалистов-медиков, организаторов здравоохранения по теории и практике социальной работы с населением, что позволит успешно реализовать реформы как в системе здравоохранения, так и в системе социальной защиты населения.

Такой позитивный опыт уже есть во всех развитых странах мира.

#### **Использованные источники:**

1. Кабисов РК. Философия и методологические основы реабилитации в современной онкологии /В кн.: Реабилитация онкологических больных при функционально-ощущающем лечении. Под ред. В.И. Чиссова, Москва, 1995.-С 6-19.

2. Blakemore K. Age Professionals Good for yor Health Policy and Health Professionals/Blakemore K. Social Policy: Au Introduction. Philadelphia: Орсп University Press, 1998.