

**ИНТЕГРИРАНЕ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА ПРИ ЛИЦА С ОНКОЛОГИЧНИ  
ЗАБОЛЯВАНИЯ В ПАЛИАТИВНАТА ГРИЖА**

**Евгения Братоева**

*Русенски университет „Ангел Кънчев“  
Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“  
7017, гр. Русе, Република България  
Email: [jeni\\_bratoeva1999@abv.bg](mailto:jeni_bratoeva1999@abv.bg)*

**INTEGRATING SOCIAL WORK FOR PEOPLE WITH CANCER IN PALLIATIVE CARE**

**Evgeniya Bratoeva**

*Department of Public Health and Social Work  
University of Ruse “Angel Kanchev”  
7017, Rousse, Republic of Bulgaria  
Tel.: +359887243807  
Email: [jeni\\_bratoeva1999@abv.bg](mailto:jeni_bratoeva1999@abv.bg)*

**Abstract:**

Despite significant advances in modern medicine, a number of illnesses lead the patient to the terminal stage of the disease. For such persons palliative care is taken to relieve the condition and ensure a decent end to the life. In this period of life, ill persons need competent care, attention, understanding and patience to support their physical, mental, social and spiritual welfare in order to ensure the highest possible quality of life. A social worker must be present in the team of specialists providing treatment, help and support to people with cancer. The report analyzes the need to include a social worker in the palliative care team for people with cancer. The roles, skills and competences of the social worker are presented as a member of the multidisciplinary team for the care of persons with endocrine-related oncology diseases. Specific interactions and relationships with other palliative care team specialists have been explored.

**Key words:** social work, oncology, palliative care

**ВЪВЕДЕНИЕ**

Независимо от множеството постижения в областта на съвременната медицина, често редица заболявания водят пациента до терминален стадий и преждевременна смърт. За лицата, намиращи се в това състояние се полагат палиативни грижи, целта на които е осигуряване на максимално ниво на качество на живот. Основен принцип в медицината е хуманизма, според който всяка положена грижа трябва да води до подобряване на състоянието или до оздравяване. Но не винаги в действителност това се случва по този начин. Болестта може неумолимо да води към приближаващата смърт. Така е често при злокачествените новообразувания. Лицето в това състояние се нуждае от особено внимание, разбиране и търпение. Изисква се полагане на духовни и физически грижи, понякога продължително време. Грижите за лице в терминален стадий на болестта, неговото съпровождане през различните етапи, са трудно изпитание за всички, които участват в тях. Клиничният социален работник, работещ с онкологични клиенти е сред обгрижващите специалисти. Той трябва задължително да участва в мултидисциплинарния екип за палиативни грижи. В настоящият доклад ще бъдат представени специфичните роли, умения и компетенции на клиничния социален работник в мултидисциплинарния екип за обгрижване на лица с онкологични заболявания в палиативен стадий и специфичните взаимодействия и взаимоотношения с всеки един член от него.

## ИЗЛОЖЕНИЕ

Темата за грижата в края на живота неизменно повдига множество сериозни въпроси от етичен и правен характер. Тези въпроси добиват допълнителна сложност, когато се вземе предвид непрекъснатото развитие и утвърждаване на нови научни и медицински методи, имащи за цел подобряване на качеството на човешкия живот, оптималното му удължаване и поддържане. Ставащата все по-устойчива обществена нагласа, че технологиите са в състояние да надмогнат крайната природа на човека, рисува около тях ореол на омnipotentност и внушава идеята за пълния им контрол над живота, смъртта и случващото се между тях. Появата на нови медицински методи повдига редица въпроси от морален характер и налага необходимост от ревизия на етичните принципи и норми в областта на медицинските интервенции и тяхната граница, така че последните да бъдат адекватни на развиващото се научно поле [1, 15].

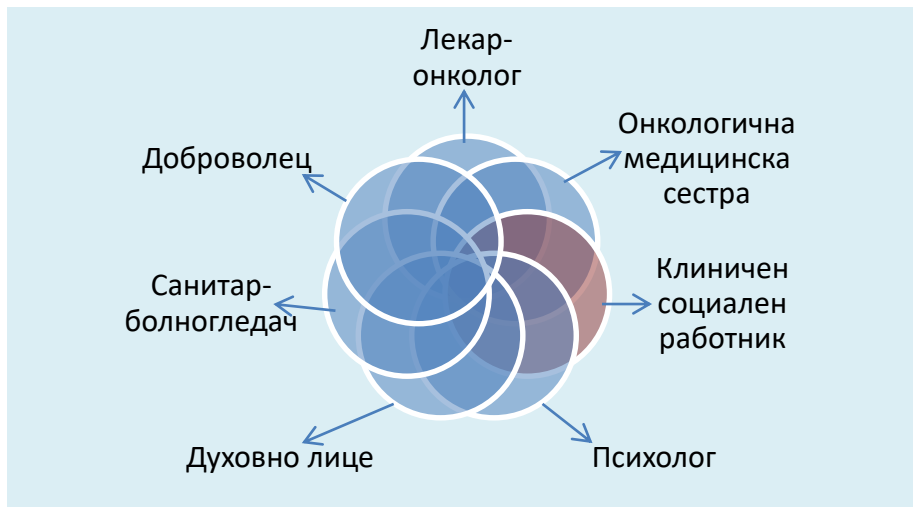
Според определението на Световната здравна организация от 1990 година *„Палиативните грижи представляват активни общи грижи за пациентите в момент, когато заболяването вече не се повлиява от лечение и основни стават контролът на болката и другите симптоми, както и психологическите, социалните и духовните проблеми. Всеобщата цел на палиативните грижи е постигане на възможно най-добро качество на живот за тези пациенти и техните семейства. Палиативните грижи утвърждават живота и разглеждат смъртта като нормален процес. Те поставят ударение върху облекчаването на болката и другите симптоми, интегрират физическите, психологическите и социалните аспекти на грижите за пациента и подпомагане на семейството за справяне със заболяването на пациента и утеха след настъпването на смъртта.“* [13]. Адресирането на всички компоненти на палиативните грижи предполага работа в екип повече, отколкото при която и да е друга форма на грижа за болния. Екипният подход може да облекчи голяма част от стреса, който традиционно съпътства грижата за умиращите пациенти. Всеки член на екипа играе специфична роля по отношение на физическите, емоционалните и духовни нужди на лицата с онкологични заболявания и семействата им.

### **Състав и специфични функции на екипа за палиативни грижи.**

В мултидисциплинарния екип за палиативни грижи освен лекаря- онколог и медицинската сестра се включват: клиничен социален работник, психолог, санитар-болногледач и доброволец, а при необходимост и избраният от пациента лекар от лечебно заведение за първична извънболнична помощ, лекари специалисти и духовно лице. Един ефективно сътруднически екип се характеризира с централна позиция на болния и близките, междупрофилен подход към проблемите на грижите, използване на общ език и средства, допълване и избягване на дублиране, уважаване и ценене на ролята на всеки от екипа и знаене на собствените граници на интервенция [11]. Особеното при подбора и сформирането на хосписния екип, от една страна, са опитът и квалификацията, а от друга, личните качества, поведение, всеотдайност, хуманност, емпатия и т.н. В повечето страни правните и професионалните норми изискват минимални нива на квалификация за всички членове на персонала. На фиг. 1 схематично е представен състава на екипа за палиативна грижа. В България според Националния рамков договор – клинична пътека № 297 за палиативни грижи при онкологично болни, задължително изискване към членовете на основния екип е преминаването на квалификационен курс в областта на палиативната медицина [14]. В съвременните условия в нашата страна в заведенията за оказване на палиативна грижа забелязваме несъответствие с така посочения състав. Обикновено той е редуциран и в него са включени лекар, медицинска сестра и санитар-болногледач. Единици са екипите за хосписна грижа, в чиито състав са включени психолог и социален работник.

Друга особеност при работата на екипа е, че той е поставен в условия на несигурност и необходимост от вземане на решения по сложни въпроси като края на живота и справяне с

процеса на умирање. В такива условия общуването и съвместното вземане на решения е от особена важност.



Фиг. 1: Състав на екипа за палиативна грижа.

### Мотивация за участие в екипа по палиативни грижи.

Работата в хосписи и отделения за палиативни грижи не е много привлекателна и при друга възможност не е предпочитана. Това разкрива проучване на Младенова [7] сред четиридесет студенти от специалност „Здравни грижи” и четиридесет безработни специалисти по здравни грижи. Най-силен мотивационен фактор за българската действителност е по-високото заплащане на труд в тази сфера. Хуманните съображения са по-силна мотивация сред безработните. Основните опасения на анкетираните са от психично претоварване, макар че немалка част смятат, че палиативните грижи са свързани с по-голямо не само психично, но и физическо натоварване. Проучване на Haberman и сътр. [12] показва, че най-чест мотив е „семеен опит”, т.е. наличието на близък, боледувал от онкологично заболяване. Мотивите за желание за работа като доброволец, посочвани от различни автори, са алтруизъм, личен опит със смърт на близък, желание за социални контакти, лично израстване чрез такива грижи, опознаване на живота и смъртта. Лични наблюдения показват, че в голяма част от лечебните заведения в България в екипа за грижи няма назначен социален работник или ако има такъв, той не е на пълен работен щат и съвместява и друга длъжност. Това е недопустимо в тази високо отговорна и специфична за изпълнение дейност.

### Роли на клиничния социален работник в екипа за палиативни грижи.

Всяко звено за всеобхватни палиативни грижи трябва да има или опитен социален работник в своя щат, или такъв на разположение. Оценява се обаче, че в много страни има твърде малко социални работници или те въобще липсват. Тяхната работа обикновено е насочена както към персонала, така и към пациентите и роднините [10]. Социалните потребности на пациента най-често са свързани с променената роля в семейството, работата, социалното положение. Липсата на подкрепящо обкръжение, неуредените финансови и други лични дела, трудният достъп до социални служби, нуждата от подкрепа за семейството относно справянето със собствените му нужди са важна част от плана за грижи [7]. В задачите на социалния работник влизат: подпомагане на членовете на екипа за разбиране на социалните и емоционалните фактори, свързани с терминалното заболяване; – оценка на ресурсите; участие в разработването на плана за грижи; оползотворяване на обществените ресурси; включване на семейството в плана за грижи и др. [9] “По-леките” задачи на социалния работник, като облекчаване на изписването, уреждане на помощ в дома, получаване на финансова подкрепа, извършване на специални ангажименти във връзка с почивката и др.,

могат обикновено да се поемат и от друг добре обучен сътрудник, макар и не акредитиран като социален работник.

Разкриването на функционално-ролевата същност и насоченост на професионалната социална работа се изразява не с механична съвкупност от ценности, знания и умения, а с адекватността и целесъобразността на използването им като система от две основни и относително обособени направления:

- Общи функционално-ролеви конструкции, определящи насочеността на професионалното действие в многобройните ежедневни ситуации с присъщата им динамичност, разнообразие, сложност и обща насоченост. Те могат да се определят като функции и роли на посредничество, помощ, координиране, регулиране и компенсиране.

- Специфични функционално-ролеви конструкции, определящи насочеността на професионалното действие в съответствие с многообразието и различието на елементите в работните полета и ситуации. Специфичните функционално-ролеви конструкции, надграждайки се над общи функционално-ролеви конструкции придават съдържателната, технико-инструментална специфика и функционална прецизност на интервенирането [8].

Клиничният социален работник извършва специфични интервенции, насочени както към самия клиент, така и към семейството му. Представена е класификация на специфичните роли на социалния работник при работа с пациенти с онкологични заболявания, отчитайки факта че те са потребители на хосписните грижи:

1/ Клиничният социален работник в ролята на **консултант** извършва следните дейности спрямо клиента:

- Обсъжда мотивиращи фактори за промяна с цел клиентът да се справи със страха от болестта, от предстоящите интервенции, нагласата към прием на лекарствени вещества.
- Обсъжда поведения, свързани с намаляване на болката и справяне със стреса.
- Предоставя информация по всички въпроси, които интересуват клиента.
- При желание от страна на клиента обсъжда въпроси, свързани с края на живота, желанието на клиента относно различни ритуали.

2/ Клиничният социален работник в ролята на **посредник** извършва следните дейности спрямо клиента:

- Посредничи при разрешаване на конфликтни ситуации между клиента и индивиди от обкръжението му, медицински специалисти или служители от институции;
- Посредничи за осъществяване на връзка между клиента и мрежата за подкрепа, както и екипа.
- При желание от страна на клиента посредничи за осъществяване на контакт с близки или родствени лица, които клиента желае да види.
- При желание от страна на клиента посредничи за осъществяване на контакт с духовно лице, според изповядваната от клиента религия.

3/ Клиничният социален работник в ролята на **брокер** насочва клиентите към съответните институции – здравни центрове, центрове за психологическа подкрепа, банки, финансови и брокерски офиси, нотариални и адвокатски услуги и др.

4/ Клиничният социален работник в ролята на **оценител** извършва следните дейности спрямо клиента:

- Оценява клиента за възможно отключване на психични разстройства, вследствие тревожността, породена от болестта (психоза, тревожност, разстройства на личността);
- Оценява рискови фактори.

5/ Клиничният социален работник в ролята на **обучител** предава на клиента умения, знания за самостоятелно справяне с проблемите, насърчава клиента да говори и да изкаже желанието си.

6/ Клиничният социален работник в ролята на **организатор**:

- Организира и включва пациенти с онкологични заболявания в групи за самопомощ, като задължително участниците трябва да са в сходно състояние с това на клиента

- Ръководи работата на вече съществуващи групи.

7/ Клиничният социален работник **идентифицира лицата, изложени на риск** от попадане в неблагоприятни психологически състояния, риск от самонараняване или самоубийство.

Разбирането на личните реакции към хора, изправени пред животозастрашаващи заболявания, повдига и някои въпроси пред специалистите, полагащи грижи за неизлечимо болни :

- Как да установяват подходящата близост или дистанция с болестта?
- Как да разбират и да се отнасят към силните чувства, които работата им предизвиква у тях?
- Как да разбират и потушават високите нива на стрес и синдрома на прегаряне?
- Как да балансират възникващата тревожност с достатъчна подкрепа на работа и в къщи?

### ИЗВОДИ

Палиативните грижи са холистични грижи, в центъра на които са поставени пациента и неговото семейство. Предоставят се както на болните с потенциално нелечими състояния, така и на лица в терминален стадий и техните семейства [8]. Целта е постигане на най- доброто възможно качество на живот за засегнатите лица и семействата им в хода на лечението на болестта. По същество има нужда да се преразгледа психологическата цена на медицинската практика със страдащи, безпомощни и умиращи хора. “Модерната медицина печели много битки, но неизменно губи последната – ние всички умираме. – пише Джени Алтшулер - Без значение какво е мястото ни в здравната система, налага се да приемем факта, че каквито и да са усилията на пациента, семейството и нашите собствени, хората умират.” [2]. Оказването на подходяща подкрепа на болния и близките в процеса на умирање е изпитание за личностните и професионални качества на всички специалисти от мултидисциплинарния екип. Недостигът на добре подготвени кадри, специалисти по клинична социална работа, е проблем на съвременния свят в сферата на психологичната грижа за тежко болните, но той е особено явен в България. Професионалната подготовка на специалисти за оказване на активни грижи за тежко болни и умиращи при спазване на етичните принципи е фактор за постигане на необходимото качество на живот на тези болни и техните семейства. Затова подходящо обучение в тази насока би могло да се определи като необходима стъпка по пътя към една по-хуманна, състрадателна, уважаваща личността и нейното достойнство грижа за болните хора.

### Използвана литература:

1. Александрова, С.,(2005), Хосписни грижи- етика и мениджмънт. Издателски център на МУ Плевен, стр. 98-103
2. Александрова, С., Екипът за палиативни грижи – състав и роли, Издателски център на МУ Плевен, стр. 11-15,  
[http://nt-cmb.mu-sofia.bg:8080/jspui/bitstream/10861/230/1/Aleksandrova-S\\_sestrinsko-delo-3-08.pdf](http://nt-cmb.mu-sofia.bg:8080/jspui/bitstream/10861/230/1/Aleksandrova-S_sestrinsko-delo-3-08.pdf)
3. Алтшулер, Дж., Как да работим с хроничната болест, София, Изд. БПА, 1998, стр.155
4. Балканска П., Георгиев Н., „Белите петна“ в професионалната подготовка на медицинските специалисти в областта на палиативните грижи, Управление и образование, том V (3) 2009 г., стр.118 -122

5. Балканска П., Възрастния човек като пациент, Булвест 2000, София, 2003
6. Балканска П., Перспективата на смъртта в геронтологичната практика, Психосоматична медицина, 2005, 21 том XIII, стр. 84-92.
7. Гааг, Е. Общо въведение в палиативните грижи. – В: Палиативни грижи. Под ред. на П. Маринова и Дж. М. Г. Есинк. С., Бълг. писател, 2007, 1-17.
8. Колчакова П., Психосоциални проблеми на палиативните грижи. Ръководство за обучение на медицински сестри и акушерки, Под редакцията на М. Кръстева, Пловдив, Изд. Летера, 2005, стр. 247-257
9. Кръстева М., Палиативни грижи. Ръководство за обучение на медицински сестри и акушерки, Пловдив, Изд. „Летера“, 2005
10. Нунев, С., Антидискриминационна и антипотискаща социална работа. Съвременна теория и практика, София, Изд. „Парадигма“, 2009
11. Нунев, С., Актуални аспекти на антидискриминационната политика на Европейския съюз, Русе, Изд. къща „Ахат“, 2016
12. Спасова, Е., Социалната работа с болните с нелечими заболявания. Семинар „Етични, културални и социални аспекти в края на боледуването и смъртта от нелечимо заболяване в контекста на хоспис-палиативни грижи“ (доклад), Национална образователна програма по палиативни грижи, Фондация „Палиативни грижи“, София, 17 ноември 2001 г.
13. Haberman, M.R. et al. What makes oncology nursing special? Walking the road together. – Oncol. Nurs. Forum, 21, Sep. 1994, 8 Suppl., 41-47.
14. W H O. Definition of palliative care. 1990. – <http://64.85.16.230/educate/content/elements/whodefinition.html>
15. <http://www.nhif.bg>- Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa. Natsionalen ramkov dogovor. Klinichna pateka № 297 – Paliativni grizhi pri onkologichno bolni
16. [https://www.researchgate.net/publication/303100070\\_Etichni\\_aspekti\\_na\\_paliativnite\\_grizi\\_pri\\_terminalno\\_bolni\\_deca](https://www.researchgate.net/publication/303100070_Etichni_aspekti_na_paliativnite_grizi_pri_terminalno_bolni_deca)