

Московский областной медицинский колледж № 2
Реферат на тему «Социальная работа в хосписе»
Студент группы 2Ф Шеломанов Андрей, 2010

План

Введение

1. История социальной работы в хосписе. Проблемы инкурабельных больных

1.1 История вопроса и современное состояние проблемы

1.2 Проблемы инкурабельных больных

2. Социальная работа в хосписе

2.1 Медико-социальный аспект

2.2 Социально-психологический аспект

2.3 Социально-правовой аспект

Заключение

Список литературы

Введение

В современной жизни становится все больше прав и все меньше обязанностей. Из мира уходят любовь, забота о других, искренность в отношениях, честность, достоинство. Жить становится холодно и одиноко. Общество живет по принципу: нужно жить сегодня, не думать ни о чем неприятном, и уж конечно, не допускать мысли о смерти... Инстинктивный страх смерти - не помнить, не думать о ней.

Однако, каждый год раком заболевает более 400 тысяч человек. Ежегодно на земном шаре от злокачественных опухолей умирает 7 млн. человек, из них более 0,3 млн. - в России. По сложности и важности для человечества проблема рака не знает аналогов.

Развитие движения хосписа - это результат раздумий о духовном, стремления изменить мир, покаяться. Хосписы нацелены на помощь безнадежным больным, тем, кто часто становится ненужным "балластом" в обычных учреждениях здравоохранения. Так уж устроена система медицинской помощи во всех странах: основные ресурсы направляются на излечение и выздоровление пациента. Если излечить не удастся, то человек оказывается, фактически, вне интересов системы медицинской помощи. Хоспис же обеспечивает смертельно больного человека не только профессиональной помощью в лечении симптомов болезни, квалифицированной сестринской помощью, но и оказывает психологическую и духовную поддержку больным, их родственникам и близким.

Цель работы: раскрыть сущность социальной работы в хосписе.

Исходя из данной цели, были поставлены следующие задачи:

- провести анализ медико-социальной, социально-психологической и социально-правовой литературы по проблемам социальной работы в хосписе в России;

- осветить существующие проблемы инкурабельных больных;

- описать основные аспекты социальной работы в хосписе в медико-социальном, социально-психологическом и социально-правовом планах.

1. История социальной работы в хосписе. Проблемы инкурабельных больных

1.1 История вопроса и современное состояние проблемы

Само слово "хоспис" этимологически не связано со смертью, имеет латинское происхождение и означает - "странноприимный дом", лишь позднее оно получило ряд неожиданных значений, перекликающихся с целями и задачами сегодняшнего хосписа.

В настоящее время хосписы - это учреждения, где осуществляется комплексная помощь умирающим онкологическим больным, а иногда и больным СПИДом. Хосписы бывают независимыми, но большинство из них входят в состав медицинских учреждений, оказывающих полный спектр услуг. Среди независимых хосписов следует особенно отметить единственный на сегодняшний день хоспис на дому для детей созданный Е. И. Моисеенко в 1993 году в Санкт-Петербурге.

Комплексная программа работы хосписа обычно включает госпитализацию лежачих

больных, уход за пациентом на дому с предоставлением широкого спектра услуг, медицинское и психологическое консультирование и постоянную врачебную и сестринскую помощь, цель которой - снятие болей и контроль за состоянием пациента.

Сегодняшние принципы работы хосписов, берут свое начало еще в раннехристианской эре. Зародившись в Восточном Средиземноморье, идея хосписов достигла Латинского мира во второй половине четвертого века нашей эры, когда Фабиола, римская матрона и ученица святого Джерома открыла хоспис для паломников и больных. С этого времени множество монашеских орденов прилагали значительные усилия, чтобы выполнить заповедь из притчи об овцах и козлах - накормить алчущего, напоить жаждущего, принять странника, одеть нагого, посетить больного или узника. Эти принципы наряду с заповедью "так как вы сделали это одному из сих братьев Моих меньших, то сделали мне" были основой благотворительной деятельности, распространившейся по всей Европе.

Первый хоспис создала в 1842 году мадам Жиан Гарнье во французском городе Лионе. В хосписе ухаживали за людьми, умирающими от рака. Первый современный хоспис (он носил имя Святого Кристофера) был открыт в Лондоне в 1967 году Сесилией Сандерс. В начале 70-х, благодаря Элизабет Коблер-Росс, хосписное движение начало развиваться и в США. На сегодняшний день хосписы являются неотъемлемой частью системы здравоохранения многих стран. Многим тысячам людей они дают поддержку в конце их жизни, давая им возможность умереть с достоинством в безопасной, благожелательной обстановке.

Возникновению хосписов в России способствовал английский журналист Виктор Зорза. Основателем хосписного движения в России является врач-психиатр, доктор медицинских наук, профессор НИПНИ имени В. М. Бехтерева и кафедры психиатрии МАПО, почетный доктор Эссекского университета в Англии А. В. Гнездилов, получивший недавно сан священника. Эти люди посвятили себя проблеме помощи умирающим людям.

Первоначально возникновение хосписа в России вызвало резко негативную реакцию среди населения, видевшего в хосписах очаги онкологической "заразы". Однако через короткое время репутация "оазиса милосердия", где "не ждут денег", "не просто работают, но служат больным", где "снимают боль как физическую, так и психологическую", произвела огромное впечатление. В дальнейшем такие учреждения появились в Тульской области, Иваново, Архангельске, Астрахани, Москве и других городах.

Сегодня в России хосписы и отделения паллиативной помощи прочно утвердились в системе здравоохранения как учреждения, призванные оказывать многостороннюю квалифицированную помощь онкологическим пациентам и членам их семей. Признание необходимости и эффективности такого вида помощи подтверждается открытием новых хосписов и отделений паллиативной помощи. Проблемы паллиативной медицины как научного направления еще достаточно новы для России. Однако исследования и литература по этим вопросам, особенно на Западе, имеют уже достаточный потенциал.

В настоящее время в различных городах России открыто 25 хосписов, существующих на деньги благотворителей. Для сравнения: в США, в штате Кентукки на 3.600.000 жителей - 26 хосписов.

Важную роль в деятельности хосписов играют добровольцы. На Западе - это зрелые люди или пенсионеры, а у нас, в России - студенты, сестры из церковных общин, молодые люди, проходящие службу в армии. Работу в хосписах, как и их создание, можно считать миссионерской деятельностью. Миссия этих людей не только в том, чтобы поддержать безнадежно больного, но и в том, чтобы общество в целом стало гуманнее.

Социальная помощь в повышении качества жизни ни в ком не вызывает сомнений. Решение проблем семьи, быта, работы, финансовых вопросов, завещания - все это долг общества пациенту и обратная с ним взаимосвязь.

Однако на практике складывается сложная ситуация при оказании социальной помощи пациентам и членам их семей. Так, согласно приложению к приказу Минздрава России от 08.09.92 № 247 "О включении в номенклатуру учреждений здравоохранения хосписов" хосписы и отделения паллиативной помощи являются медико-социальными учреждениями. При этом причиной госпитализации в стационары хосписов и отделения паллиативной помощи у более чем 30% пациентов являются социальные или медико-социальные показания. Тем не менее, в

ходе исследования, проведенного на базе хосписов Санкт-Петербурга, было выявлено, что главные врачи большинства хосписов считают, что острой необходимости в создании социальной службы нет. Такую позицию отчасти можно объяснить непониманием объема и задач социальной службы хосписов и отделений паллиативной помощи, сведением функций социальных работников к помощи пациентам при получении пенсий, инвалидности.

Особенностью российских хосписов является то, что две трети больных умирают в стационаре. Это свидетельствует о низком социальном уровне населения. Наличие убогих бытовых условий, трудности во взаимоотношениях с родными вынуждают больных искать именно здесь, в хосписе, свое последнее прибежище. Хоспис же не является домом смерти, он служит качественной жизни до конца.

1.2 Проблемы инкурабельных больных

Под проблемами больных на поздних, инкурабельных стадиях заболевания мы понимаем такие проблемы больного, которые им не разрешены и являются факторами, травмирующими его психику. Проблемы умирающих больных имеют три аспекта: медицинский, психологический и социальный. Однако такое деление проблем весьма условно: все они взаимопереплетены.

Среди медицинских проблем наиболее значимая - проблема смерти и умирания. Однако самой главной проблемой для умирающего является боль. В нашей стране проблема боли стоит особенно остро, поскольку никто не гарантирует снятие боли у умирающего пациента. Имеются лимиты на применение обезболивающих средств, а довод, выставляемый в ответ на жалобы больных, их родственников и врачей-практиков - развитие наркомании.

Исследования специалистов показывают, что опухолевый процесс распространяется по всему организму, вовлекая все новые участки поражения, и больной неминуемо приближается к смерти. Кроме того, эффект воздействия наркотиков на онкологического больного в корне отличен от воздействия их на наркомана, получающего от приема дозы "кайф". Для онкобольного наркотик является единственно возможным спасением от нестерпимой боли. Здесь же следует отметить, что помимо боли у пациентов достаточно других тяжелых физических симптомов и связанных с ними проблем: тошнота, рвота, запоры, анорексия, дегидратация, расстройства сознания и т. д. и т. п. Все это требует лекарств, которые зачастую либо слишком дороги, либо отсутствуют в аптеках, не говоря о том, что трудность подбора адаптивных средств, индивидуальная непереносимость отдельных препаратов требуют постоянных усилий и знаний, чтобы держать эти симптомы под контролем.

Серьезность этих проблем подтверждает то, что многие пациенты, в преддверии ожидаемых страданий или столкнувшись с ними, кончают жизнь самоубийством. К медицинским проблемам следует отнести и проблемы ухода за больными. Лучшего оставляет желать уровень осведомленности населения в вопросах ухода за больным человеком, отсутствуют также и элементарные предметы ухода за больными. Следует сказать и о проблеме помощи родственникам больных, психика которых испытывает непомерную перегрузку. Однако куда обратиться им с их душевной болью - они не знают.

Проблемы зачастую необходимой радиологической и химиотерапевтической помощи больным тесно переплетаются с социальными возможностями, например, транспортировки, а последние упираются в непригодные лифты и архитектуру, "забывающую" об инвалиде.

Среди психологических проблем терминальных больных на первый план выступает приближающаяся смерть, весь комплекс мыслей и чувств больного вращается вокруг нее. Ужас небытия, уничтожения личности представляется конечной точкой. Проблема смерти отягощается проблемами лжи. Больные ощущают ложь скорее, чем кто-либо другой, ибо в период умирания невероятно обостряются все чувства. И вряд ли способствует большей любви, близости и взаимопониманию обнаруженный, хоть и последнюю минуту жизни, обман близких.

По мнению больных, уходить с чувством одиночества в окружении родных тяжелее, чем остаться один на один со смертью. Приближение смерти часто рождает проблему смысла жизни.

Психологические проблемы, с которыми сталкивается уходящий больной - на поверхности: проблемы любви, надежды, долга, вины, благодарности; сохранение своей жизни в детях, идей - в учениках и т. д. Говоря о социальных проблемах, нужно подчеркнуть, что рак -

это особое заболевание, которое зачастую помимо смерти несет в себе бремя представления о “заразе”. Эта навязчивая мысль о “заразе” порождена неясностью этиологии заболевания. Тяжесть этого двойного гнета - смерти и “заразы” - порождает социальную изоляцию больного. Он сам начинает сторониться окружающих, и окружающие избегают слишком близкого общения с ним.

Беспомощность медицины перед грозным заболеванием и в ряде случаев возникающее у больного ощущение некой “постыдности” этой болезни заставляют скрывать диагноз. Социальные проблемы связаны с инвалидностью больного, которая оформлена или должна быть оформлена до его смерти, что в свой черед связано с деньгами на похороны. Эта проблема в настоящее время актуальна, как никогда.

Социальной проблемой является в настоящее время и написание завещания, и контакт с нотариусом, стоимость услуг которого непомерна, как сложен и его вызов в больницу. Подводя итог всему вышесказанному, мы видим, что боль, смерть и отсутствие гарантированной социальной помощи, - основные проблемы, которые ждут своего разрешения. Те внимание и помощь, которое мы оказываем проходящим в мир, должно оказываться и тем, кто его покидает.

2. Социальная работа в хосписе

2.1 Медико-социальный аспект

Социальная работа в хосписе включает в себя совокупность социальных услуг: уход; организация питания; содействие в получении медицинской, правовой, социально-психологической и натуральных видов помощи; организации досуга; содействие в организации ритуальных услуг и других услуг, которые предоставляются гражданам независимо от формы собственности.

В хоспис может определиться любой ребенок, подросток или взрослый с неизлечимым заболеванием, которому осталось жить менее 6 месяцев. Для этого они должны лично войти в контакт с хосписом и предоставить направление от участкового врача с указанием предпочтительного метода лечения. Акцент переносится с целительного на паллиативное лечение. Дома должен быть круглосуточный координатор по обслуживанию. Больной или члены семьи подписывают заявление о согласии лечения по поводу неизлечимого заболевания и предписание DNR (отказ от реанимации).

На основании приказа Министерства здравоохранения РСФСР от 1 февраля 1991 года № 19 “Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода, многопрофильных и специализированных больниц”, противопоказаниями для направления в хоспис являются:

- активные формы туберкулеза;
- венерические заболевания;
- острые инфекционные заболевания;
- психические заболевания.

В недавнем прошлом считалось обязательным скрывать от пациента наличие у него злокачественной опухоли. Подобное сообщение часто создает для пациента так называемую экстремальную ситуацию, ответной реакцией на которую является эмоциональный стресс пациента.

Однако обман, по мнению А. В. Гнездилова служит не на пользу больному, он, узнав различными путями об истинном положении дел, теряет доверие к врачу и близким. Ложь о диагнозе и прогнозе - это то, что отягощает умирание. Издревле в книгах о смерти подчеркивалось, что больной должен уходить из мира в ясном сознании и понимании того, что с ним происходит.

С 1993 года Законодательством РФ статьей № 31 закреплено право больного на получение в доступной для него форме имеющейся информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Для врача высшим приоритетом является благо больного, а интересы его родственников, сотрудников и друзей должны стоять на втором месте. Что же касается прав человека, то в

“Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан” записано, что гражданин имеет право “на отказ от медицинского вмешательства или на требование прекратить его” (статья 33). Это явно противоречит статье 45 тех же Основ, где четко указано: “Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни”. В Конвенции о правах человека и биомедицине (1996) сказано: “В случаях, когда в момент проведения по отношению к нему медицинского вмешательства пациент не в состоянии выразить свою волю, необходимо учитывать пожелания по этому поводу, выраженные им заранее” (статья 9)

Можно сказать, что хоспис, в определенном отношении, является альтернативой эвтаназии. А. В. Гнездилов считает, что обрывать жизнь больного, даже по его просьбе, не только не гуманно, но и противоестественно и мы полностью согласны с его точкой зрения. Просьба ускорить наступление смерти - это зов отчаяния, момент слабости, депрессии, беспомощности и одиночества. Этот момент проходит и сменяется другим, и задача персонала хосписа - вовремя снять боль и купировать то психическое состояние, в котором человек решился на ускорение прихода смерти. С точки зрения природы, в которой большинство процессов целесообразно, каждый организм обладает своими биоритмами, и акушеры, исходя из этих позиций, считают, что лучшие роды происходят без постороннего вмешательства. С этих же позиций можно попытаться оценить и смерть.

С позиций философии, науки - никто еще не знает определенно, является ли смерть концом жизни, или мы можем надеяться на ее продолжение. Если принять во внимание последнее, то вхождение в мир, откуда человек пришел, также должно быть естественным, ненасильственным. Но даже если следовать привычной точки зрения о смерти “всего” человека, то медицинские исследования последнего времени показывают, что момент фиксации смерти отдалается и отдалается: прежде это была остановка сердца, теперь фиксируется остановка деятельности мозга, а завтра может оказаться, что и наше физическое тело полностью прекращает свою деятельность в гораздо более поздние сроки.

2.2 Социально-психологический аспект

Хосписам чуждо представление о смерти как о проигрыше человека в борьбе за жизнь. Сама идея хосписа предполагает отношение к смерти как к нормальной естественной стадии жизни, приближение которой нужно встречать с достоинством. Смерть так же естественна, как рождение и, подобно ему, иногда является тяжелым трудом, требующим посторонней помощи. В хосписе не видно белых халатов, потому что иной раз они могут вызвать у пациентов страх или стресс. В хосписе нет строгого распорядка дня, больным позволено есть, когда захочется и делать, что душе угодно. На первом месте здесь всегда интересы пациента, поскольку назначение хосписов в том, чтобы оказывать помощь и давать утешение.

Социальные-психологические заповеди хосписа:

* Хоспис - не дом смерти. Это достойная жизнь до конца. Мы работаем с живыми людьми. Только они умирают раньше нас.

* Основная идея хосписа - облегчить боль и страдания как физические, так и душевные. Мы мало можем сами по себе и только вместе с пациентом и его близкими мы находим огромные силы и возможности.

* Нельзя торопить смерть и нельзя тормозить смерть. Каждый человек проживает свою жизнь. Время её окончания не знает никто. Мы лишь попутчики на этом этапе жизни пациента.

* За смерть нельзя платить, как и за рождение.

* Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека - для пациента имеет огромный смысл.

* Пациент и его близкие - единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.

* Пациент ближе к смерти, поэтому он мудр, узри его мудрость.

* Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.

* Репутация хосписа - это твоя репутация.

* Не спеши, приходя к пациенту. Не стой над пациентом - посиди рядом. Как бы мало времени не было, его достаточно, чтобы сделать всё возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.

* Ты должен принять от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать - пойми человека, прежде чем понять - прими его.

* Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому. Будь всегда готов к правде и искренности, но не спеши.

* “Незапланированный” визит - не менее ценен, чем визит “по графику”. Чаще заходи к пациенту. Не можешь зайти - позвони; не можешь позвонить - вспомни и все-таки ... позвони.

* Не оставляй свою доброту, честность и искренность у пациента - всегда носи их с собой.

* Главное, что ты должен знать: ты знаешь очень мало.

Онкологический больной находится в состоянии постоянного стресса, что разрушает привычные стереотипы поведения, изменяет систему ценностей, перестраивает его личность и заставляет его адаптироваться к новым условиям жизни. У таких пациентов резко выражены чувства страха, обреченности, изолированности от общества. Поэтому, осуществляя уход за такими пациентами, решая в определенной степени вопросы врачевания, социальный работник воздействует на образ жизни пациента, способствует его психической реабилитации. Вследствие этого необходимо тесное взаимодействие и координация усилий специалистов смежных профессий - врачей и психологов.

В рамках социально-психологической помощи онкобольным социальные работники хосписа обеспечивают физический уход, моральную поддержку пациента, одобряют приглашение священнослужителя по его просьбе.

Депрессия, возникающая у умирающего человека, часто сопровождается идеями вины, греховности, неправильности жизни, собственной никчемности. Это естественные проявления депрессии. Исповедь священнику, который не просто выслушает, но способен и отпустить грехи, очистить человека, дает мощнейшую психологическую, духовную поддержку.

Онкологические больные часто обращаются к нетрадиционным методам лечения - в этом случае социальные работники хосписа обязаны дать характеристику этим методам, уметь отличить их от шарлатанства.

Одна из важнейших задач социальной работы в хосписе - помощь родственникам больных. Родственники за период болезни близкого человека проходят все те же стадии, что и больной, - начиная от отрицания, нежелания принять информацию о диагнозе и прогнозе, через агрессию и депрессивный период - до принятия своего положения и смирения с судьбой. Интенсивность их переживаний может быть невероятно сильной. Статистика впечатляет: в первые год-два после потери близких заболеваемость и смертность их родственников возрастает, по одним источникам, на 40%, по другим - в два-три раза.

Поддержка родственников в хосписе начинается с того, что им предоставляется возможность в любое время дня и ночи находиться рядом со своим близким. Забота о состоянии родственников, участливое отношение к их переживаниям крайне значимо и для них необходимо. Поэтому после встречи с больным необходимо побеседовать и с ними, причем разговор должен носить тот же, что с больным, психотерапевтический характер. В период растерянности, депрессивных переживаний и самого больного, и его близких социальный работник хосписа в этих взаимоотношениях выступает не только как партнер, но и как лидер, советчик, предлагающий лучшие варианты подхода к больному, умелое удовлетворение его сокровенных желаний и нужд.

Нередко социальный работник хосписа может выступать и как посредник между пациентом и его близкими. Не только разрешение психологических конфликтов между родственниками, но и щекотливые, а иногда и болезненные темы завещания ложатся на его плечи. Объективность, порядочность и бескорыстие помогают социальным работникам хосписа в этом вынужденном посредничестве.

Крайне трудна ситуация смерти больного. Здесь от социальных работников хосписа требуется особая тактичность, ведь порой, когда родственники “держат” больного, не давая ему

умереть спокойно, персоналу приходится просить их оставить пациента, чтобы он мог уйти без лишних душевных травм. Существует представление о том, что именно близкие должны увидеть последний взгляд или услышать последние слова умирающего. И когда этого не происходит, у родственников нередко возникает негативная реакция. Лишь позднее приходит понимание необходимости избранной социальным работником тактики. Связь с семьей больного поддерживается и после его смерти, на протяжении всего периода горевания по умершему. В связи с этим очень важны способность и умение социальных работников хосписа не быть “чужим” в присутствии чужого горя. Сопереживать с родственниками их утрату, поддерживать морально, направив при этом их действия в текущее русло забот, связанных с похоронами, - необходимое звено социальной работы в хосписе.

2.3 Социально-правовой аспект

Все пациенты хосписа имеют социально-правовую защиту на основании Закона РФ “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации” от 24 ноября 1995 года. Инвалид - это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты (ст. 1 Закона). Под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп.

Лицу в возрасте до 16 лет устанавливается категория ребенок-инвалид. Медицинские показания, при которых ребенок в возрасте до 16 лет признается инвалидом, утверждены приказом Министерства здравоохранения РСФСР от 4 июля 1991 года № 177. В последнее время число онкологически больных детей быстро увеличивается. Только в Москве ежегодно в среднем умирает от рака 60-65 детей. Как и все другие дети, такой ребенок имеет право жить и воспитываться в семье, которое закрепляется “Кодексом о браке и семье”. Родители, соответственно, должны принять на себя обязанности по содержанию своего ребенка до 16 лет и далее, если ребенок в этом нуждается.

Разработана система льгот и дотаций семьям, имеющим детей-инвалидов: государством выплачивается пособие по уходу за такими детьми, независимые от дохода семьи; время ухода за ребенком-инвалидом с диагнозом “онко” зачисляется одному из родителей (который осуществляет уход) в стаж работы для получения трудовой пенсии; матери, воспитывающие ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет, ежемесячно получают оплачиваемый свободный день (Постановление Совета Министров РБ № 533 от 27.05.1997 г.).

Общие права инвалидов сформулированы в Декларации ООН “О правах инвалидов”. Приведем несколько выдержек из этого правового международного документа: “Инвалиды имеют право на уважение их человеческого достоинства”; “Инвалиды имеют те же гражданские и политические права, что и другие лица”; “Инвалиды имеют право на меры, предназначенные для того, чтобы дать возможность приобрести как можно большую самостоятельность”; “Инвалиды имеют право на медицинское, техническое или функциональное лечение, включая протезные и ортопедические аппараты, на восстановление здоровья и положения в обществе, на образование, ремесленную и профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на помощь, консультации и другие виды обслуживания”; “Инвалиды должны быть защищены от какой бы то ни было эксплуатации”.

Приняты и законодательные акты об инвалидах и в России. Особое значение для определения прав и обязанностей инвалидов, ответственности государства, благотворительных организаций, частных лиц имеют законы “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” (1995 г), “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации” (1995 г). Еще раньше, в 1992 году издан Указы “О научном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов”, “О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов”, “О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности”.

Поскольку социальный работник хосписа должен быть готов оказать пациенту и его

близким помощь по целому ряду вопросов ему необходимо знать правовые, ведомственные документы, определяющие статус инвалида. Этими нормотворческими актами определяются отношения общества, государства к инкурабельным больным и их отношения с обществом, государством. На основании статьи 3 Закона РФ “О государственных пенсиях Российской Федерации” пациентам хосписа осуществляется выплата пенсий.

Появление человека на свет и уход из этого мира в обыденном смысле не связаны с его желанием и волей. Учитывая и беспомощность личности перед лицом судьбы, общество не должно заставлять его расплачиваться за это. Поэтому в основу помощи умирающим заложен социально-правовой принцип, избавляющий пациента и его семью от оплаты за заботу, так как зачастую семья больного не в состоянии справиться с обрушившимися на нее проблемами и сама становится объектом социальной работы. Принцип, что за смерть нельзя платить, так же как и за рождение, носит этический, нравственный характер. Это основные краеугольные принципы всего хосписного движения в мире.

В приложении № 1 к приказу Минздрава РСФСР от 1 февраля 1991 года № 19 “Положение о доме сестринского ухода, хосписе и отделении сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц” указано, что источниками финансирования кроме бюджетных средств органов здравоохранения и социального обеспечения могут быть полученные от реализации медицинских и медико-социальных услуг по договорам с предприятиями, учреждениями, кооперативами и частными лицами, от оказания платных услуг населению, от благотворительных фондов, добровольных общественных пожертвований общественных, благотворительных, религиозных организаций.

Пособия хосписа покрывают расходы на оснащение, снабжение, медикаменты, лабораторные исследования и траты, зависящие от стоимости консервативного лечения конечной стадии болезни, и также от степени поддержки семьи после тяжелой утраты. Пособие также покрывает редко требующееся больничное пребывание, связанное с болезнью.

На основании этого же закона пребывание в хосписе, медицинская помощь и уход могут предоставляться на условиях хозрасчета. Оплата может осуществляться больными или их родственниками, органами социального обеспечения, предприятиями и другими организациями. В счет предстоящей оплаты может быть принято поручение больного о переводе (полностью или частично) его пенсии на указанный счет. При досрочном выбытии из хозрасчетного стационара оставшаяся неиспользованная сумма возвращается больному или его родственникам.

Контакт с социальными работниками должен быть установлен как можно скорее после диагностирования рака для получения права на финансовую помощь от Medicaid или Medicare. Это может снять проблему оплаты и отсрочить конечную стадию болезни, когда больной не может быть переведен в результате утраты источника оплаты.

Таким образом, социально-правовая поддержка больных и их родственников заключается, прежде всего, в бесплатности услуг хосписа. Ни в стационаре, ни при выездах и опеке больных на дому с них не берутся деньги. Гуманистический принцип - за смерть нельзя платить, как и за рождение - свят, и только его соблюдение дает право учреждению, оказывающему помощь умирающим, называться хосписом.

В задачи социальной работы хосписа входит помощь близким больного в организации ритуальных услуг. На основании Федерального Закона от 12 января 1996 года “О погребении и похоронном деле” родственникам пациента выплачивается единовременное социальное пособие.

Заключение

Хосписы - это учреждения, где осуществляется комплексная помощь умирающим онкологическим больным, а иногда и больным СПИДом. Хоспис не является домом смерти, он, в определенном отношении, является альтернативой эвтаназии. Идея хосписа предполагает отношение к смерти как к нормальной естественной стадии жизни, приближение которой нужно встречать с достоинством. Смерть так же естественна, как рождение и, подобно ему, иногда является тяжелым трудом, требующим посторонней помощи.

Социальная работа в хосписе включает в себя совокупность социальных услуг: уход;

организация питания; содействие в получении медицинской, правовой, социально-психологической и натуральных видов помощи; организации досуга; содействие в организации ритуальных услуг и других услуг, которые предоставляются гражданам не независимо от форм собственности.

Социально-правовая поддержка больных и их родственников заключается, прежде всего, в бесплатности услуг хосписа. Ни в стационаре, ни при выездах и опеке больных на дому с них не берутся деньги. Гуманистический принцип - за смерть нельзя платить, как и за рождение - свят, и только его соблюдение дает право учреждению, оказывающему помощь умирающим, называться хосписом.

Медико-социальный аспект работы в хосписе включает в себя паллиативную помощь инкурабельным больным и подразумевает снижение степени выраженности симптомов, физический уход, учет больных со злокачественными новообразованиями и их семей; патронаж семей, имеющих больного с онкологическим заболеванием в заключительной стадии.

Социально-психологический аспект работы включает в себя психологическую поддержку, помощь и создание психологического комфорта инкурабельным онкологическим больным и их близким, поддерживают и опекают близких после "ухода" больного.

Социальная работа в хосписе носит многоаспектный характер, который предполагает не только разностороннее образование социального работника, осведомленность в законодательстве, но и наличие соответствующих личностных особенностей, позволяющих инкурабельным больным и их родственникам доверительно относиться к этой категории работников.

Список литературы

1. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. - СПб.: Речь, 2002. - 162 с.
2. Гнездилов А. В. Путь на Голгофу: очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. - СПб.: Клинт, 1995. - 136 с.
3. Крайг Г. Психология развития. - СПб.: Питер, 2002. - 992 с.
4. Ляшенко А. И. Организация и управление социальной работой в России. - М.: Наука, 1995. - 221 с.
5. Медико-психологическая служба в онкологических учреждениях. Методические рекомендации. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева - Л., 1987. - 21 с.
6. Основы социальной работы / Под ред. Павленок П. Д. - М.: ИНФРАМ, 2002. - 395 с.
7. Право социального обеспечения. / Под ред. Гусова К. Н. - М.: Проспект, 2001. - 328 с.
8. Приказ Министерства Здравоохранения РСФСР от 1 февраля 1991 года.
9. Принцип активизации в социальной работе / Под ред. Парслоу Ф. - М.: Аспект Пресс, 1997. - 223 с.
9. Савинов А. Н., Зарембро Т. Ф. Организация работы органов социальной защиты. - М.: Высшая школа, 2001. - 192 с.
10. Соколова О. А. Проблемы психологической реабилитации онкобольных. - Хабаровск: ХГПУ, 1999. - 116 с.
11. Социальная работа / Под ред. Курбатова В. И. - Ростов на Дону: Феникс, 2000. - 576 с.
12. Социальная работа: теория и практика / Под ред. Холостовой Е. И., Сорвиной А. С. - М.: ИНФРАМ, 2001. - 427 с.
13. Социальные и психологические аспекты детской онкологии. Материалы Первой Всероссийской конференции с международным участием. - М., 04-06.07.1997.
14. Справочное пособие по социальной работе / Под ред. Панова А.М., Холостовой Е. И. - М.: Юрист, 1997. - 537 с.
15. Теория и методика социальной работы / Под ред. Зайнышева И. Г. Ч. II. - М.: Союз, 1994. - 371 с.
16. Технология социальной работы / Под ред. Холостовой Е. И. - М.: ИНФРАМ, 2001. - 400 с.
17. Тучкова Э. Г. Право социального обеспечения. - М.: Юрист, 1995. - 260 с.
18. Фирсов М. В., Шапиро Б. Ю. Психология социальной работы: Содержание и методы психосоциальной практики. - М.: Академия, 2002. - 192 с.

19. Хоппе Д. Г., Пиндерхьюс Э. Б. Профессия социального работника: современные требования. Энциклопедия социальной работы. Т. 2. - М.: Союз, 1994. - 364 с.

20. Шкуренко Д. А. Общая и медицинская психология. - Ростов на Дону: Феникс, 2002. - 352 с.

https://knowledge.allbest.ru/medicine/2c0b65635a2ac78a4c53b89521306c27_0.html