

УДК 611

Вологина К.Ю.

Студентка 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. профессор, доктор медицинских наук

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» [1].

Уровень здоровья населения – отражает степень адаптированности конкретной общности людей к определенным жизненным условиям: социальным, материальным, духовным и другим сферам жизни[1].

Ключевые слова: междисциплинарное взаимодействие, интегративная помощь, медицинализация, реабилитация.

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. Professor, Doctor of Medical Sciences

PROBLEMS OF INTERDISCIPLINARY COOPERATION IN PROVIDING COMPREHENSIVE CARE TO CANCER PATIENTS

Abstract: *It is obvious that health preservation 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 absence of disease and disability".

Public health - reflects the degree to which a particular community of people is adapted to certain living conditions: social, material, spiritual and other spheres of life[1].

Keywords: *interdisciplinary interaction, integrative help, medicalization, rehabilitation.*

Учитывая совокупность базовых признаков здоровья, особенно актуальным является необходимость междисциплинарного

взаимодействия врачей, социальных работников, медицинских психологов и других специалистов [2].

В настоящее время чрезвычайно важным является необходимость междисциплинарного взаимодействия врачей, социальных работников, медицинских психологов [3].

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 [1,2].

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 [3].

«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 [3].

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 [1].

Медицинская модель понимания проблемы пациента/клиента состоит в том, что клиент рассматривается, как пациент, его трудности соотносятся исключительно с особенностями его болезни. Пациенты при таком подходе являются пассивными реципиентами лечения и заботы. Существующая медицинская модель исключает необходимость эффективного сотрудничества медицинских и социальных работников [1].

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 [1].

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 ещё сохраняются между двумя моделями, в первую очередь ущемляют права и возможности людей, нуждающихся в медицинской, социально-психологической помощи и реабилитации [2].

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 [2].

По мнению большинства зарубежных и отечественных реабилитологов, онкологическое заболевание является крайне стрессовой по своей природе и последствиям ситуацией [1].

Состояние, порождаемое обнаружением онкологического заболевания – это, в подавляющем большинстве случаев, близкое к предельному, нервное психическое напряжение с бесчисленными психоэмоциональными 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 [3].

С определенной долей условности реабилитацию принято разделять на медицинские меры реабилитации, социальные меры реабилитации и профессиональную реабилитацию [1].

О мерах профессиональной и медицинской реабилитации сформировалось четкое представление, имеется значительный практический опыт [1].

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 [1].

Программа реабилитации онкологических больных строится с учетом возможностей и условий 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 [2].

Сохранение жизни и/или улучшение ее качества – наиболее важное и первостепенное направление реабилитации больного, которое во многом определяется эффективностью междисциплинарного взаимодействия специалистов, адекватной и целенаправленной противометастатической терапии, предупреждающей и/или тормозящей прогрессирование опухолевого процесса и социальной, психосоциальной помощи и поддержки [2].

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 [2].

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.

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 [3].

Такой позитивный опыт уже есть во всех развитых странах мира [3].

Список литературы

1. Blakemore K. Are Professionals Good for yor Health Policy and Health Professionals //Blakemore K. Social Policy: Au Introduction. Philadelphia: Open University Press, 2012.
2. Кабисов Р.К. Философия и методологические основы реабилитации в современной онкологии //В кн.: Реабилитация онкологических больных при функционально-щадящем лечении. Под ред. В.И. Чиссова, Москва, 2010. – С. 6-19.
3. Солодков А.С. Динамика адаптации и ее физиологические критерии // Физиологическое нормирование труда. – Донецк. 1989. – С. 33 – 34.