

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования**

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет
педагогики, психологии и
социальных наук

Кафедра
«Теория и практика
социальной работы»

Направление подготовки: 39.03.02 «Социальная работа»
Профиль: «Социальная работа в системе социальных служб»
Форма обучения: очная

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА
на тему

«Технологии социального сопровождения клиентов,
получающих паллиативную медицинскую помощь»

Студент _____
подпись, дата

Новичкова Алёна Владимировна
ФИО полностью

Руководитель _____
подпись, дата

Скороходова Т. Г.
фамилия, инициалы

Нормоконтролер _____
подпись, дата

Скороходова Т. Г.
фамилия, инициалы

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от

№ _____)

Заведующий кафедрой _____
подпись, дата

Лавренова Т. И.

Работа защищена с отметкой (протокол заседания ГЭК от

№ _____)

Секретарь ГЭК _____
подпись

Нестеренко О. Ю.

Пенза, 2021

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Основное содержание социального сопровождения в паллиативной помощи.....	6
§ 1. Сущность социальной работы в организации паллиативной медицинской помощи.....	6
§ 2. Технологии социального сопровождения клиентов в паллиативной помощи.....	19
Глава 2. Практика социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь.....	29
§ 1. Опыт применения технологий социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь (на примере Краевого центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов г. Ставрополь).....	29
§ 2. Технологии социального сопровождения клиентов в Центре социальной помощи семье и детям Железнодорожного района г. Пензы.....	34
Заключение.....	44
Список используемых источников.....	46
Приложение	

Введение

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что в Российской Федерации проблемы организации паллиативной помощи инкурабельным больным как в многопрофильных стационарах, так и в амбулаторно-поликлинических условиях остаются нерешенными [14]. В нашей стране в такой помощи нуждаются 1,3 млн граждан, но получают ее около 200 тысяч человек. Отсюда следует, что не все тяжелобольные люди имеют доступ к паллиативному уходу, и связано это с проблемами в инфраструктуре оказания паллиативной медицинской помощи. Среднее количество коек для взрослых в 29 регионах — менее 30, в половине из этих регионов не осуществляется выездной патронаж, а еще в 15 не оказывается паллиативная помощь в амбулаторных условиях. Количество детских паллиативных коек в 39 регионах не превышает 5, в других регионах они отсутствуют [20].

В паллиативной медицинской помощи, кроме решения проблем в организации инфраструктуры, очень важно решать индивидуальные проблемы пациентов, тем более, что проблемы клиента и его семьи находятся в ведении не только медицины, но и социальной работы. Низкий уровень информированности о субъектах и формах оказания помощи, наличие социальных и психологических проблем как у пациентов, так и у их семьи — все это обуславливает необходимость социальной работы в системе паллиативной помощи [21].

В статьях и монографиях авторы отмечают, что социальный работник играет важную роль в оказании помощи клиентам на терминальной стадии заболевания, но его функции и деятельность описаны мало, а о технологиях социального сопровождения инкурабельных клиентов речь не идет. Отсюда следует проблема нашего исследования — недостаточно развита теоретическая база социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь. Для оказания такой помощи обычно требуется комплекс

технологий социального сопровождения, но на практике они либо не применяются, либо применяются ограниченно.

Степень разработанности темы. В изучении технологий социальной работы в учреждениях хосписного типа, в развитии паллиативной помощи в России важную роль сыграли следующие ученые. В. В. Миллионщикова — одна из основателей паллиативной медицины в России, основатель Первого московского хосписа [15].

Одним из инициаторов организации системы паллиативной помощи онкологическим больным в России является Г. А. Новиков. Он впервые в России выполнил приоритетные исследования по проблемам терапии хронической боли, психологической поддержки, коррекции нарушений гомеостаза и внедрил разработанные методы в клинику паллиативной медицины [19]. Е. С. Воробцова, А. В. Мартыненко, С. В. Овчинникова описывали деятельность профессиональных социальных работников в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь [3]. А. В. Гнездилов обращал внимание на психические расстройства умирающих больных, психиатрическую помощь в условиях работы хосписа [5]. Е. И. Моисеенко впервые в истории отечественной онкопедиатрии разработала и успешно внедрила в практику модели медико-социальной службы и хосписа для детей с онкопатологией [16]. К. Ф. Лях рассматривал философские проблемы паллиативной медицины, помощь умирающим в современном обществе [13]. В. О. Щепин, Е. А. Тельнова, О. Б. Карпова, Т. Н. Проклова писали о проблемах и перспективах паллиативной помощи [30]. М. Е. Липтуга является автором методических рекомендаций «Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и со-зависимым» и координатором программы ВИЧ/СПИД Ассоциации ХМДС. Ю. А. Ходаревская описывала основы паллиативной деятельности с инкурабельными онкологическими больными, которые утратили надежду на выздоровление [26].

Объект исследования — социальное сопровождение клиентов, получающих паллиативную помощь; предмет — технологии социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь.

Цель исследования — выявить особенности технологий социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, для разработки рекомендаций по совершенствованию их применения.

Для достижения цели решаются следующие задачи:

- определить проблемы клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь;
- рассмотреть особенности организации социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную помощь;
- рассмотреть основные функции социальных работников в организации социального сопровождения;
- изучить практику социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную помощь, на примере г. Пензы.

Гипотеза — технологии социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, не применяются в практической деятельности, поскольку у специалистов по социальной работе недостаточно знаний об этих технологиях.

Методы исследования: вторичный анализ данных, анализ документов, интервью с экспертом.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые изучено применение основных технологий социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную помощь, на примере конкретного учреждения социального обслуживания в Пензенской области и предложены рекомендации.

Дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы.

Глава 1. Основное содержание социального сопровождения в паллиативной помощи

§ 1. Сущность социальной работы в организации паллиативной медицинской помощи

В общемировом масштабе паллиативная помощь необходима в 40–60% всех смертельных случаев. В ней нуждаются люди с неизлечимыми заболеваниями. Многие пациенты имеют хронические болезни, такие как сердечно-сосудистые (38,5%), рак (34%), хронические заболевания органов дыхания (10,3%), СПИД (5,7%) и сахарный диабет (4,6%). Паллиативная помощь также требуется людям со многими другими состояниями, включая почечную недостаточность, хронические заболевания печени, неврологические заболевания, деменцию и др. Среди детей широко распространены врожденные пороки развития и наследственные болезни, а самые высокие показатели смертности приходятся на новорожденных. Ежегодно более 20 миллионов человек нуждаются в такой помощи. Из этого числа 78% людей живут в странах с низким и средним уровнем дохода, поэтому в настоящее время одним из важных вопросов в здравоохранении является проблема оказания паллиативной медицинской помощи.

Принятый в 2019 году в России Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи», внес изменения в порядок ее организации, а в рамках межведомственного взаимодействия, кроме медицинских учреждений, оказывать ее могут и учреждения социального обслуживания [2, с. 27]. В паллиативной медицинской помощи речь идет не только о симптоматическом лечении и об обезболивании, она включает в себя уход за человеком в конце его жизни. Недостаточно обеспечить клиента только лекарственными препаратами,

облегчающими боль, важно также обеспечить ему достойную, комфортную жизнь, удовлетворяя его потребности в различных сферах. Помощь оказывают не только пациентам, но и их близким, потому что когда болеет один член семьи, то это переживает вся семья в целом. Отсюда и необходимость работы с родственниками. Субъектами паллиативной помощи являются различные специалисты, в том числе и социальные работники, так как клиент социальной работы — это человек, попавший в трудную жизненную ситуацию, и инкурабельный пациент является таким человеком. Трудная жизненная ситуация представляет собой обстоятельства, которые объективно нарушают жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию, малообеспеченность и т.д.), которую он не может преодолеть самостоятельно и ему нужна помощь специалиста. Поэтому в паллиативную помощь должна включаться деятельность социального работника.

Согласно Всемирной организации здравоохранения, паллиативная помощь представляет собой помощь пациентам с активным, прогрессирующим заболеванием или заболеванием на поздней стадии, целью которой является предотвращение и облегчение страданий и повышение качества жизни.

Качество жизни в контексте такой помощи — это восприятие пациентом своего физического, психологического состояния, уровня автономности и взаимоотношений с окружающими. Основой качества жизни в медицине является обезболивание, потому что боль является показателем, который характеризует состояние пациента, и он должен измеряться наравне с температурой, пульсом, дыханием, давлением и др. После обезболивания клиенту обязательно должен быть оказан уход, обеспечивающий комфорт [10, с. 10]. Отсюда следует цель паллиативной помощи — обеспечить максимально высокое качество жизни пациенту и его семье.

Чтобы понять, как организована работа по оказанию паллиативной помощи и какую роль в ней играют социальные работники, рассмотрим основные проблемы клиентов, возникающие в различных сферах их жизни.

Наиболее частой причиной, которая вызывает дискомфорт у человека является боль. Большинство пациентов с неизлечимыми заболеваниями испытывают умеренные и сильные болезненные ощущения. По данным опроса онкологических пациентов, получающих паллиативную помощь, распространенность боли составляет от 50% до 90%, учитывая, что 40–50% говорят о сильной и 25–30% – очень сильной боли. В таких случаях важно оценивать интенсивность болевого синдрома, чтобы оказать адекватную помощь. У пациентов в коме, пациентов с деменцией и другими когнитивными нарушениями сделать это сложно, поэтому используют специальную шкалу оценки боли. Показателями в данной шкале являются выражение лица, стоны, телесные признаки, дыхание [19, с. 6]. Очень важно правильно организовывать противоболевую помощь, и для этого должны быть доступны необходимые лекарственные средства, содержащие наркотические вещества. На такие препараты в России введены лимиты в целях противодействия наркомании. В данный момент происходят частые изменения в нормативной базе: принимаются меры и поправки, направленные на повышение уровня доступности лекарств для пациентов. Кроме боли, человек с неизлечимым заболеванием имеет и такие физические симптомы, как тошнота, рвота, запоры, жар, усталость, анорексия, расстройства сознания и др [23, с. 3].

Боль имеет не только физический, но и психологический аспект. Так, человек испытывает социальную боль, когда он теряет контакты со многими окружающими, прекращает трудовую деятельность; ощущает эмоциональную боль — переживания из-за потери своей внешней привлекательности, перспектив на будущее; а душевная боль заключается в том, что человек теряет веру в справедливость мира.

У клиентов, получающих паллиативную помощь, наблюдаются различные синдромы, чаще всего возникает тревожно-депрессивный синдром. Проявляется он в общем беспокойстве, страхе перед заболеванием и близкой смертью, угнетенности и т.п. При поступлении в хоспис человек меняет привычный образ жизни и обретает новые контакты с людьми, находящимися на терминальной стадии заболевания. Происходит обмен информацией, чаще негативной, что только усиливает тревожное и депрессивное состояние пациента. В предоперационные периоды страхи человека усиливаются: страх летального исхода, страх последствий наркоза и т.п. Каждый последующий этап болезни переживается человеком как экстремальная ситуация, поэтому первыми при угрозе жизни выступают страх, тревога и депрессия, что и обуславливает появление тревожно-депрессивного синдрома.

На второе место исследователи ставят дисфорический синдром с тоскливо-злобно-мрачной окраской переживаний. Сопровождается он раздражительностью, недовольством окружающими, поисками причин, которые привели к заболеванию. Человек в таком состоянии часто обвиняет медицинских работников или своих родственников в сложившейся ситуации. Стоит отметить, что за внешним проявлением агрессии скрывается страх и тревога.

На третьем месте выделяют тревожно-ипохондрический синдром, характеризующийся снижением напряженности, по сравнению с предыдущими синдромами. В отличие от дисфорической реакции в нем больше выражена замкнутость и обращенность на себя. Выявляется эмоциональная напряженность с переносом фокуса внимания на свое здоровье, на операцию и связанными с ней опасениями.

Обсессивно-фобический синдром имеет свое проявление в форме страхов и навязчивых мыслей, и наблюдается он у людей с преобладанием в характере тревожно-мнительных, психастенических черт. Пациенты испытывают

брезгливость в отношении соседей по палате, навязчивый страх загрязнения и заражения, представляют наступление смерти в процессе операции или после нее и т.п.

У пациентов с апатическим синдромом наблюдается вялость и заторможенность, безучастность, отсутствие каких-либо интересов в жизни и в отношении дальнейших перспектив лечения. Каждый организм обладает своим резервом времени и своим жизненным ритмом, поэтому апатический синдром — это этап, который адаптирует пациента к меняющимся условиям. Здесь важно дать организму набрать силу и восстановиться.

На послеоперационном этапе и в период выписки может проявиться эйфорический синдром. Он характеризуется повышенным настроением, переоценкой своего состояния и возможностей.

Таким образом, рассмотренные выше синдромы доставляют пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь, не только физический, но и психологический дискомфорт [5, с. 34-47].

Потеря связей с привычным окружением, изменение социального статуса, наличие неизлечимого заболевания, ведущего к инвалидности, угроза смерти и другие факторы меняют образ жизни и систему ценностей человека, ставят личность перед проблемой адаптации к новым условиям жизни. Все это относится к социальным проблемам клиента. Они также характеризуются снижением материального уровня жизни семьи больного, потому что значительная часть денежных средств распределяется на покупку лекарств, средств ухода, оплату сиделок. Семейный бюджет сокращается также и в результате потери заработка самого больного, а нередко и члена семьи, осуществляющего уход [3, с. 15]. Говоря о социальных проблемах, также стоит отметить, что многие неизлечимые заболевания воспринимаются людьми как «заразные», что порождает социальную изоляцию больного. Он начинает

сторониться окружающих, и окружающие избегают слишком близкого общения с ним [5, с. 49].

Присутствие священнослужителей и возможность получить от них поддержку входит в систему духовной помощи больным. До сих пор религия является эффективной психотерапией смерти, присутствие в момент умирания священника как посредника между землей и небом для многих людей очень значима. Некоторые люди с атеистическим взглядом на мир также положительно оценивают приход священника в хоспис, потому что это оказывает умиротворяющее воздействие [5, с. 105].

Цель медицинских учреждений в целом — лечить и спасать людей от смерти, поэтому у медицинского персонала нет навыков работы с людьми, которых невозможно вылечить. Отсюда возникает нехватка квалифицированного персонала, и, к сожалению, во многих хосписах и других учреждениях, оказывающих паллиативную помощь, возникают неблагоприятные условия для пациентов. Сюда же отнесем и вопросы ухода за больными. Во многих учреждениях наблюдается недостаток элементарных предметов ухода — ваты, перевязочного материала, подкладных суден, калоприемников, катетеров, кресел-каталок, и т.д. [5, с. 47].

Все эти проблемы ставят перед специалистами следующие задачи:

- утвердить жизнь и относиться к смерти как к естественному процессу;
- обеспечить облегчение боли и других симптомов, которые причиняют страдания;
- обеспечить сохранение привычного эмоционального фона клиента;
- обеспечить сохранение привычного ритма жизни и комфорта пациента;
- включить в помощь пациентам психологические и духовные аспекты;
- включить систему поддержки близкого окружения пациента во время его болезни, а также в период тяжелой утраты [10, с. 19-20].

Таким образом, все вышеперечисленные проблемы позволяют рассматривать пациента, получающего паллиативную медицинскую помощь, как человека, находящегося в трудной жизненной ситуации, что доказывает необходимость социальной работы с ним. Оказывая поддержку этой категории клиентов, социальные работники используют технологии социального сопровождения.

Социальное сопровождение — термин, закрепленный в Федеральном законе от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». Социальное сопровождение означает предоставление услуг в дополнение к социальным услугам. Это касается случаев, когда медицинская, психологическая, педагогическая, юридическая и социальная помощь пересекаются между собой. Здесь также идет речь о межведомственном взаимодействии различных организаций [24, с. 324].

Координация служб, организующих оказание паллиативной помощи, в каждой стране происходит по-разному. Это зависит от традиций, национальной политики, условий финансирования. В большинстве стран паллиативная помощь осуществляется в больницах медицинскими работниками первичного звена. В одних странах развивают хосписы и стационарные службы, в других — опираются на оказание помощи на дому, взаимодействуя с различными учреждениями. В России паллиативную помощь в основном оказывают в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в хосписах [6, с. 18-19].

Хоспис является бесплатным медико-социальным учреждением, которое финансируется из средств бюджета субъекта Российской Федерации; оно имеет лицензию на медицинскую деятельность и работу с опиоидными анальгетиками; это учреждение, где обеспечивают уход и оказывают медицинскую, в том числе обезболивающую, социальную, психологическую, духовную и юридическую помощь неизлечимым больным, а также их семьям как в период болезни, так и после утраты близкого человека [28].

В основе хосписной помощи лежит комплексный подход: помощь в удовлетворении индивидуальных потребностей пациентов оказывают медицинские работники, психологи, юристы, социальные работники.

Цель хосписа — осуществить заботу о клиенте, оказать ему помощь в решении проблем, возникающих в различных сферах его жизни [7, с. 7–8].

Основатели первых хосписов в Москве и Санкт-Петербурге А. В. Гнездилов и В. В. Миллионщикова считают, что в хосписе должна быть сформирована атмосфера дома, где пациент имеет право выбора: пригласить родственников, если ему это нужно, разместить в палате свои любимые вещи и т.п. В хосписе клиент может получить не только медицинскую, психологическую помощь, но и социальную (например, помощь в решении юридических вопросов) и духовную (отправление религиозных обрядов с помощью священнослужителей религии, которую исповедует пациент) [29, с. 312].

Помощь в хосписе осуществляется семь дней в неделю, круглосуточно. Даже если родственник пациента не обращается за помощью ночью, он должен быть уверен, что если такая необходимость возникнет, он всегда может получить поддержку от медсестры или социального работника в любое время суток [8, с. 98–106].

Возможные направления профессиональной деятельности социального работника в хосписе делятся на несколько блоков: работа с клиентами и его семьёй; работа с персоналом; информационная работа; развитие хосписного движения.

При работе с клиентом и его семьёй специалист прежде всего выявляет неизлечимо больных, занимается сбором первичной информации о человеке. На первых этапах важно определить объем необходимой помощи согласно запросам клиента, для этого социальный работник должен посетить его на дому. Посещение клиента на дому также должно включать оказание для него

необходимых услуг, проведение оценки состояния клиента и его семьи, которая определяет социальные, духовные, материальные, психологические, юридические, бытовые ресурсы и потребности пациента и его близких, а также степень безопасности и комфортабельности его жизнедеятельности. Специалист составляет план по уходу за больным как части командного плана хосписного обслуживания и реализует его. Социальный работник участвует в координации действий по обслуживанию семьи клиента, оказывает помощь в организации социальной, психологической адаптации, реабилитации, консультирует клиента и его близких об имеющихся ресурсах помощи для удовлетворения различных потребностей.

В хосписе социальный работник координирует деятельность волонтеров, составляет обучающие программы для них, занимается отбором и обучением, содействует в профессиональной подготовке и переподготовке, повышении квалификации специалистов хосписа. Социальный работник планирует и организует проведение занятий (групповых и индивидуальных) с персоналом хосписа, волонтерами по вопросам социальной, психологической помощи клиентам и их семьям.

В информационной работе специалист занимается поиском возможностей для продвижения идей и услуг хосписа, участвует в презентациях для хосписной команды и публичных выступлениях, занимается налаживанием общественных связей и сотрудничает с религиозными конфессиями для содействия развитию духовной помощи клиентам и их близкому окружению. Его деятельность также должна быть направлена на привлечение внимания благотворительных фондов, общественных организаций, спонсоров к проблемам хосписа, пациентов и членов их семей.

В развитии хосписного движения специалист разрабатывает социальные проекты и программы, участвует в различных конкурсах и конференциях. Важное значение здесь имеет разработка и внедрение в практику

инновационных методов социальной помощи и поддержки клиентов, разработка для родственников и волонтеров памяток и брошюр по уходу, помощи и поддержки инкурабельных пациентов. Специалист участвует в пополнении электронной базы данных информацией обо всех действующих законах, инструкциях и т.д., изучает материалы отечественной и зарубежной литературы, научных публикаций по вопросам организации социальной работы в хосписе, социальной помощи неизлечимо больным и их семьям.

Помощь семье пациента оказывается и после его смерти. Социальный работник должен помочь, если это требуется, в оформлении документов, в организации похорон, в оказании психологической помощи в связи с утратой близкого человека. Пациенты часто сами переживают за свою семью, поэтому уверенность в том, что после их смерти позаботятся о семье, снижает уровень тревожности [11, с. 72–74].

Таким образом, хоспис является не просто медицинским учреждением, но и учреждением, в котором решаются психологические, социальные, духовные проблемы пациентов и их близких людей

Во многих случаях паллиативная помощь оказывается на дому. Помощь инкурабельным пациентам на дому организуют территориальные центры социального обслуживания. В состав персонала паллиативной помощи входят медицинские работники, социальные работники, представители духовенства, волонтеры, при необходимости специалисты других областей.

Такая помощь имеет свои преимущества. Например, клиенты чувствуют себя дома комфортнее, чем в стационарном учреждении. Оказание услуг на дому повышает вовлеченность членов семьи в этот процесс, что означает облегчение доступа пациента к уходу со стороны близких. Уход за инкурабельными пациентами должен в максимально возможной степени осуществляться кем-либо из членов семьи. Домашняя обстановка должна быть безопасной для посещения бригады, должно быть обеспечено доступное место,

где бригада будет хранить лекарственные средства и оборудование, а также обсуждать состояние пациента и составлять план посещений.

Социальный работник обязан выявлять на территории обслуживания семьи и отдельных граждан, которые нуждаются в паллиативной помощи, определять ее характер и объем, помогать в оформлении документов для принятия на обслуживание. Специалист предоставляет такие услуги, как покупка и доставка на дом продуктов питания, товаров первой необходимости; помощь в кормлении и приготовлении пищи; содействие в уборке жилых помещений, оплате за коммунальные услуги и т.д. Он организует социально-психологические услуги, привлекая в случае необходимости психолога, священнослужителя; оказывает социально-правовые услуги (помощь в оформлении документов, в получении пенсии и других социальных выплат); содействует семье в получении ритуальных услуг [8, с. 98–106].

Социальные работники выполняют свою работу в условиях, когда время оказания помощи ограничено, потому что дни инкурабельного клиента сочтены, а нерешенных вопросов при этом много. Например, нужно решить вопрос наследования, социальный работник в этом случае выясняет волю клиента, организует встречу с нотариусом, при необходимости обеспечивает автотранспорт для приезда нотариуса к клиенту и т.п.

Есть определенная категория клиентов, — чаще всего это одинокие мужчины, — у которых давно распалась семья и в дальнейшем их отношения не поддерживались. Здесь важен вопрос, кто проводит их в последний путь. Социальный работник пытается найти родственников, объяснить положение больного, все это он делает для того, чтобы найти приемлемый выход из возникшей ситуации.

Уделяется внимание и материальной поддержке клиентов. Если они вынуждены платить за лечение, но при этом у них низкий размер пенсии, то социальные работники следят за своевременным оформлением адресной

материальной помощи или получением помощи в виде продуктовых наборов, одежды и т.д. Оформление пенсий по инвалидности и различных пособий, обеспечение техническими средствами (трости, коляски и т.п.), организация по просьбе больного визитов священнослужителей, обращение при необходимости в организацию, где работал пациент, — все эти вопросы приходится решать социальным работникам.

В работе с клиентом важную роль играет общение. От специалиста требуется умение слушать человека, сопереживать ему, давать эмпатийные ответы. Установить контакт с больным сложно, поэтому социальный работник должен обладать профессиональной выдержкой, чтобы выслушать человека и разобраться в вопросах, которые его волнуют.

Взаимодействуя с близким окружением клиента, социальный работник не может решить все внутрисемейные проблемы, но он может облегчить некоторые из них. Например, родственники пациента могут сохранять свои рабочие места: не брать длительные административные отпуска и не увольняться с работы, потому что специалист берет часть заботы о пациенте на себя. Пациентов могут принять на обслуживание в хоспис временно, в целях предоставления родственникам небольшой передышки, возможности отдохнуть.

Родственников обязательно обучают основным приемам ухода за больным, дают устные и письменные рекомендации. Используют различные памятки: памятка по уходу за тяжело больным человеком; памятка о питании больных; памятка по уходу за больным в последние часы жизни; советы родственникам умирающего; материалы на тему «Дети и смерть».

Эти материалы помогают родственникам пациентов получить в любой момент информацию, ответ на свой вопрос [27, с. 627-639].

Таким образом, паллиативная помощь включает не только медицинский аспект, но и социальный. Основные проблемы клиентов, возникающие в

различных сферах его жизни, позволяют рассматривать их как людей, находящихся в трудной жизненной ситуации, что доказывает важность социальной работы с ними. Социальные работники оказывают помощь пациентам как в хосписе, так и на дому, а их деятельность направлена на повышение качества жизни больного, на сохранение его привычного и комфортного образа жизни, на удовлетворение необходимых потребностей клиента и его семьи.

§ 2. Технологии социального сопровождения клиентов в паллиативной помощи

Социальное сопровождение представляет собой комплекс мер, которые направлены на поддержание процессов активной жизнедеятельности, на развитие естественных способностей клиента, а также на создание условий для предупреждения развития негативных последствий, мобилизацию ресурсов человека, обучение способности самостоятельно справляться с возникшими проблемами.

Цель социального сопровождения – помочь клиенту преодолеть его жизненные трудности, минимизировать негативные последствия и сформировать социально-положительные ориентации посредством предоставления медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи в соответствии с потребностями личности и характера самих проблем.

В задачи социального сопровождения входит адаптация клиента к реальным условиям его жизнедеятельности; реабилитация и выведение клиента из сложных ситуаций; повышение его социального статуса; нормализация его отношений с окружающими и создание условий для его самореализации в семье и обществе; восстановление здоровья и избавление от вредных привычек.

Специалист, осуществляющий социальное сопровождение, должен руководствоваться следующими принципами. Первый – принцип личностного центрирования, рассматривающий каждого клиента как уникального человека, способного самостоятельно осуществлять социальный и экзистенциальный выбор, и для которого социальное сопровождение выступает в качестве средства осмысления своей жизненной ситуации. Второй – принцип персонификации, предполагающий выбор задач и средств сопровождения, соответствующих социальной ситуации каждого клиента. Третий – принцип конвенциональности, включающий в себя реализацию задач сопровождения, но

ограниченную соглашением на его осуществление, основой которого являются потребности самого клиента. Четвертый – принцип оптимистической стратегии, предполагающий, что сопровождающий рассматривает социализацию, адаптацию и интеграцию клиента с учетом позитивного социального опыта, которым он владеет. Пятый – принцип социального побуждения, формирующий социальный иммунитет человека, стрессоустойчивость, помощь клиенту в овладении определенными способами преодоления негативных последствий проблем [22].

Социальное сопровождение можно разделить на несколько этапов: подготовительный, осуществление социального сопровождения, завершение социального сопровождения.

Подготовительный этап — оценка потребностей клиента. Важными составляющими первого этапа являются знакомство социального работника с клиентом и его социальным окружением, налаживание доверительных и партнерских отношений; изучение социальной ситуации; формулировка проблемы и определение приоритетных потребностей на основе анализа собранной информации; разработка плана действий.

Во время первых встреч происходит выяснение и согласование взаимных ожиданий. Некоторые люди надеются, что специалист быстро решит ситуацию и удовлетворит все потребности, а некоторые не уверены в возможностях социального работника. В таких случаях важно обсудить перспективы сотрудничества, ориентировать человека на позитивное будущее, определить возможные цели, пути и механизмы работы, чтобы клиент активно вовлекся в процесс принятия решений.

Второй этап — осуществление социального сопровождения. Он предполагает реализацию действий и мероприятий, предусмотренных планом. На этом этапе производят непосредственные действия для решения задач; используют методы и средства для оказания помощи, а также оценивают их

эффективность. При необходимости деятельность корректируется; могут быть выбраны другие методы, соответствующие ситуации. На данном этапе и применяются различные технологии, которые мы рассмотрим далее.

Третий этап — завершение социального сопровождения и оценка результатов. Человек должен быть подготовлен к прекращению активного вмешательства, которое должно проходить по мере сокращения объемов помощи. Это происходит, когда специалист по результатам итоговой оценки имеет основания судить, что положительные изменения приобрели стабильность. У клиента сохраняется возможность обращаться к социальному работнику и после прекращения совместной деятельности. Для поддержания положительных изменений клиента и его окружения целесообразно некоторое время привлекать их к мероприятиям, организованным социальными службами [1].

Социальный работник удовлетворяет основные потребности клиента, получающего паллиативную помощь, как в его доме, так и вне дома (в хосписе), в том числе помогая делать покупки, сопровождая в социальные и медицинские учреждения и т.д. При этом специалист применяет различные технологии. Одной из технологий социального сопровождения является обучение и развитие способностей клиента и его родственников к самостоятельному уходу за больным.

Обучение важно начинать с оценки возможностей и ограничений пациента и составления плана основных мероприятий, которые могут улучшить его состояние. Оценивают моторные, сенсорные, познавательные функции и их влияние на самообслуживание, поэтому при оказании помощи пациенту важно обучить его компенсаторным приемам. После оценки возможностей и составления плана действий, проводят занятия (инструктаж). Занятия могут проводиться с одним клиентом или группой в соответствии с планом и с внесением в него по мере необходимости дополнений и изменений. Во время

обучения компенсаторным приемам пациенты выполняют практические задания, способствующие закреплению усвоенного материала. Важно, чтобы клиент был готов к восприятию новой информации и освоению новых навыков, осознавал необходимость получения этих знаний и умений и был заинтересован в повышении уровня своей подготовки. Если человек не достиг такого уровня, то он извлекает мало пользы от обучения и не готов к использованию новых умений в повседневной жизни. В таком случае специалист должен уметь определять степень овладения клиентом компенсаторными навыками, потому что постоянная оценка уровня подготовленности пациента позволит определить тактику для облегчения обучения. Когда человек получил новую информацию, он должен продемонстрировать сопровождающему, что бы тот оценил уровень его подготовки. Например, пациент с нарушением движений показывает свое умение перемещаться из инвалидного кресла на сиденье автомобиля, а человек с проблемой социальной адаптации во время занятий — свое умение общаться при совершении покупок [22].

Обучение должно проводиться не только с пациентами, но и с их родственниками, которые за ним ухаживают. Специалист должен дать исчерпывающую информацию о том, как организовать безопасное пространство дома для больного: оптимальная температура воздуха, расположение необходимых предметов на доступном расстоянии, устойчивая мебель и т.п.; как предотвратить появление пролежней и что делать, если они появились; как можно помыть человека, если он обездвижен, как ухаживать за кожей тяжелобольного и как обезопасить его от новых заболеваний; как правильно осуществлять интимную гигиену, чтобы сохранить физический, эмоциональный и психологический комфорт человека и ухаживать деликатно; как правильно кормить тяжелобольного человека и т.д. Для этого разрабатывают специальные памятки, проводят вебинары и курсы по уходу за тяжелобольными людьми. Так в 2015 году Благотворительным фондом помощи хосписам «Вера» был создан

проект «Мастерская заботы» для поддержки и обучения лиц, ухаживающих за неизлечимо больными людьми с прогрессирующими заболеваниями. А в настоящее время в «Мастерской заботы» разрабатываются программы повышения квалификации для врачей, медицинских сестер, младших медицинских сестер и сиделок.

Следующая технология социального сопровождения клиента, получающего паллиативную медицинскую помощь, — консультирование. В зависимости от характера проблем пациента оно может быть социально-психологическим, социально-правовым, социально-медицинским, есть и другие виды консультирования. В рамках этой технологии сопровождающий помогает клиенту осознать наличие проблемы социально-бытового, социально-медицинского, социально-психологического, социально-правового и иного характера и совместно выработать план ее решения. А так как у человека возникают проблемы в различных сферах, то социальный работник устанавливает взаимодействие и с другими специалистами, учреждениями для информационного обмена, что обеспечивает эффективность консультирования. Пациенты часто обращаются за социально-правовой консультацией: уточнение законных прав пациента для получения различных видов препаратов; получение информации о необходимом пакете документов для оформления различных льгот, пособий и др. Если пациент нуждается в протезировании конечностей, то он должен получить разъяснения от социального работника, какие документы и куда он должен предоставить, чтобы получить бесплатный протез, но прежде чем направить пациента в необходимое учреждение, специалист должен выяснить расписание приема граждан и точный адрес, имя и отчество официального лица, принимающего документы.

Социальный работник должен обладать основными личностными характеристиками консультанта: проявление глубокого интереса к людям и терпения в общении с ними; чувствительность к установкам и поведению

других людей; эмоциональная объективность и стабильность; проявление доверия к людям; уважение ценностей и прав клиентов; отсутствие предубеждений по отношению к пациенту; проявление эмпатии; знание и применение приемов активного слушания в процессе консультирования.

В процессе социального сопровождения важно применять технологию содействия. Специалист по социальной работе оказывает содействие в разработке и реализации Индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА). Участие социального работника важно не только в разработке блока «социальная реабилитация», но и в реализации других мероприятий, предусмотренных ИПРА. С этой целью специалисту необходимо выявлять и оценивать социальные факторы, способствующие или препятствующие реализации всех мероприятий, планируемых данной программой.

Родственники больных из-за отсутствия необходимых знаний и опыта в осуществлении помощи обращаются к социальному работнику, который организует уход на дому или содействует в размещении клиентов в стационарные учреждения социального обслуживания, в медицинские учреждения, в хоспис. Для этого сопровождающий собирает необходимые документы, справки из медицинских учреждений для оформления клиента в стационар. Социальный работник также содействует в оформлении необходимых документов, получении пенсии, льгот и других денежных выплат и пособий [4, с. 17-18].

Осуществление всесторонней помощи и поддержки человеку возможно при условии знания внешних и внутренних особенностей его жизнедеятельности. Поэтому частью социального сопровождения инкурабельных клиентов выступает психосоциальная работа. Отметим, что социальный работник, если у него нет психологического образования, не может

самостоятельно применять психотерапевтические методы. В этом случае он работает совместно с психологом.

Психосоциальная работа представляет собой направление социальной работы, которое обращает внимание на психологические аспекты трудной жизненной ситуации клиента. Понятие «психосоциальный», с одной стороны, определяет точку зрения на причины трудной жизненной ситуации, когда социальные и психические проблемы взаимодействуют друг с другом, с другой стороны, указывает на способы решения проблемы, учитывающие как социальные, так и психологические аспекты, с которыми работает специалист. Если паллиативную помощь оказывают в хосписе, то она должна быть ориентирована на создание домашней обстановки и отсутствие жестких запретов. Например, в палатах рядом с больным могут находиться домашние животные, вещи и предметы, которые ему дороги, фотографии близких; в любое время сюда могут прийти родственники и оставаться с больным столько времени, сколько им необходимо. Это называется психотерапия средой, которая также включает в себя эстетотерапию; арт-терапию; звукотерапию; фитотерапию; сказкотерапию; общение со священником; терапию домашними животными.

Эстетотерапия и арт-терапия позволяют сделать окружающую среду комфортной и красивой: цветы, музыка, картины или скульптура. Арт-терапия должна быть направлена на использование творческой активности пациента. Так он будет вовлечен в обустройство палаты теми предметами интерьера, которые он создал сам (например, картины). Психотерапия средой предполагает групповую деятельность, которая осуществляется не одним или двумя людьми, а всем персоналом хосписа, составляющим единую команду. Для психотерапии средой важен не только интерьер хосписа, но территория на которой он находится. Поэтому желательно, если хоспис окружен садом, чтобы пациент не

постоянно находился в помещении, а мог прикоснуться к цветам, деревьям, земле, воде и т. д.

В звукотерапии отмечают особое воздействие на больного звуков колокола, которые помогают человеку справиться со стрессовым состоянием. Помимо звукотерапии особое внимание уделяется запахам, потому что одним из условий хорошего самочувствия пациента является чистый воздух, а также использование ароматерапии. Например, в британской прессе была опубликована история о том, как подросток вышел из комы, почувствовав запах любимого дезодоранта. В течение нескольких месяцев над его состоянием работали специалисты, рядом были родители и друзья — но, похоже, именно знакомый аромат заставил организм проснуться. Запахи пробуждают воспоминания, влияют на настроение, аппетит, сон, а также на восприятие боли.

В помощи incurable больным применяют сказкотерапию. В разные периоды жизни у человека преобладают те или иные Я. Но в период неизлечимого заболевания у человека преобладает его детское Я, зависимое, иногда капризное, которое берет верх над другими аспектами личности. Но оно имеет и позитивную сторону. Например, пациент понимает, что его скорая смерть неизбежна и родительское, взрослое Я не дает ему надежды. Здесь на помощь приходит детское Я, которое допускает возможность веры в чудо, что облегчает переживания человека. На этом этапе важно применять сказкотерапию. Она помогает выявить проблемы, прожить их и найти необходимые ресурсы для решения вопроса наилучшим образом. Клиент вместе со специалистом пишет исцеляющие сказки, анализирует их, проигрывает, рисует.

Отношения больных со священником также носят психотерапевтический характер. В христианской традиции существует таинство исповеди. Во время депрессии человек часто испытывает чувство вины, и в этот момент он нуждается не просто в собеседнике, а в том, кто мог бы даровать прощение.

Исповедь дает надежду человеку, он понимает, что если не исцеляется тело, то исцеляется душа.

Очень важный вид терапии — терапия домашними животными. Эмоциональное тепло, которое дают человеку животные, является значимым источником положительных эмоций. Особенно важно, когда в палате с пациентом находится его домашнее животное [25, с. 152–154].

Еще одной важной технологией в социальном сопровождении является психологическая помощь человеку в ситуации утраты близкого. Смерть может наступить по разным причинам (старость, болезнь, несчастный случай) – это всегда трагедия, которая воздействует на психику людей разного возраста, приводит к расстройствам эмоций, поведения и адаптации. Человек при переживании смерти своего близкого должен проделать большую внутреннюю работу, горюя по ушедшему из жизни. Если этот процесс прошел неудачно или не был завершен, то горе может приобрести патологический характер. Специалисту необходимо создать условия для адекватного переживания клиентом отрицательных эмоций, которые связаны со смертью близкого человека. С этой целью он помогает клиенту сформулировать актуальные для него вопросы, адресованные умершему; найти на них удовлетворяющие ответы; реализовать процедуры взаимного прощения, примирения, прощания [18, с. 39–40].

Отметим и работу с детьми, пережившими утрату. В основном родители пытаются скрыть от детей свои чувства по поводу потери близкого человека, объясняя это тем, что не хотят расстраивать детей. Но часто причина состоит в том, что они сами не готовы к реакции ребенка. Когда дети не видят слез родителя, это накладывает на них запрет на выражение собственных чувств. Если родители избегают разговоров об утрате, дети начинают прятать свои чувства и вопросы. Задача специалиста — научить родителя помогать ребенку. Для этого, прежде всего, нужно помочь ему выразить свои чувства. Это

необходимо и для самого взрослого. Тогда он сможет включить в процесс проживания горя ребенка, разделить с ними свои чувства, ответить с возможной откровенностью на его вопросы, дать выразить ему свое сочувствие и оказать поддержку. При создании соответствующих условий работа с горем у детей происходит так же, как и у взрослых. Благоприятными условиями проживания горя у детей являются хорошие отношения с близким человеком до его смерти; получение адекватной информации, откровенные ответы на вопросы ребенка; участие в процессе оплакивания вместе со всей семьей; хорошие отношения с другими близкими родственниками и уверенность в нерушимости этих отношений [25, с. 159].

Специалист, оказывающий социальное сопровождение, использует различные методы и технологии — обучение, консультирование, содействие, которые направлены на развитие и восстановление способностей клиента, помощь в анализе проблем и их преодолении. Частью социального сопровождения в паллиативной помощи является психосоциальная работа. Основным ее методом является психотерапия средой, которая включает в себя различные виды. Можно сделать вывод, что социальное сопровождение представляет собой совокупность различных технологий. Таким образом, оно представляет собой комплексную технологию в работе с клиентами, получающими паллиативную медицинскую помощь.

Глава 2. Практика социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь

§ 1. Опыт применения технологий социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь (на примере Краевого центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов г. Ставрополь)

Паллиативная помощь в нашей стране только начинает развиваться. Недостаток финансирования, кадрового обеспечения, отсутствие специального обучения — все это порождает проблемы. Не все медицинские и социальные учреждения готовы к организации такой помощи и во многих регионах она почти отсутствует, что затрудняет изучение технологий социального сопровождения неизлечимо больных. Несмотря на это, некоторые социальные учреждения предоставляют услуги паллиативной помощи на дому. Рассмотрим это на примере Краевого центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов г. Ставрополь.

В городе Ставрополе в 2007 году по решению краевого Министерства труда и социальной защиты населения было открыто отделение «Хоспис на дому» на базе Краевого центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов. Опыт организации помощи тяжелобольным клиентам в данном отделении заслуживает рассмотрения, так как здесь такую помощь оказывает междисциплинарная команда, использующая социальные, психологические и медицинские технологии.

В штат входят следующие специалисты: заведующий, психолог, медицинские сестры, социальные работники. Цель отделения — улучшение условий жизнедеятельности клиентов путем обеспечения постоянного ухода на дому. Данная цель реализуется через предоставление социально-бытовой, санитарно-гигиенической, социально-медицинской, социально-

психологической помощи, а также содействие в проведении социально-медицинской реабилитации и содействие в своевременном получении клиентами квалифицированной медицинской помощи.

По данным исследования И.Н. Нечитайло [17, с. 173], с 2007 года услугами «Хосписа на дому» воспользовались более 100 человек. На начальных этапах отделение было рассчитано на 20 клиентов, а в настоящее время уже на 27 человек. Получателями помощи являются инвалиды I степени, 50% из них, это люди, которые полностью обездвижены.

При поступлении больного в учреждение специалисты составляют акт оценки его потребности в услугах отделения. В акте учитывают различные стороны жизнедеятельности клиента: время, когда он просыпается; время приема пищи; любимые занятия; потребность в помощи человеку при осуществлении гигиенических процедур и т.д. Автор статьи пишет, что данный акт облегчает планирование ухода, позволяет избежать дублирования в сборе информации, обеспечивает преемственность в проведении ухода.

В круг деятельности социальных работников входят оказание санитарно-гигиенических процедур, профилактика возникновения пролежней, кормление и приготовление пищи, консультативная помощь клиентам и их родственникам, а также лечебную помощь с привлечением медицинских работников на основе рекомендаций лечащего врача получателя социальных услуг.

В обязанности медицинских сестер входит проведение лечебной гимнастики для клиента, обработка ран, лечение пролежней, а также внутримышечные инъекции. Медицинская сестра отделения является связующим звеном между клиентом хосписа и поликлиникой, фондом социального страхования, органами МСЭ. Например, за время существования отделения медсестрой была проделана работа по получению клиентами групп инвалидности и ее переоформлению. Также всем пациентам было оказано содействие в разработке индивидуальных программ реабилитации, по

рекомендациям которых они имеют возможность бесплатно получать технические средства реабилитации.

В отделении ведется психологическая работа с клиентами по трем направлениям: 1) психологическая поддержка, психологическое сопровождение, психологическая помощь пациентам; 2) психологическая помощь родственникам пациентов, которые за период болезни близкого человека проходят все те же стадии, что и больной, – от отрицания, нежелания принять информацию о диагнозе, агрессии и депрессии до принятия своего положения. Психологическое сопровождение родственников больных продолжается и после смерти пациента. В это время они особенно нуждаются в психологической помощи, чтобы справиться с утратой близкого человека; 3) психологическое сопровождение и поддержка сотрудников «Хосписа на дому». Социальные работники отделения проходят обучение в Ставропольском городском отделении Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест», где приобретают навыки ухода за пациентами в домашних условиях. Обучение сотрудников позволило решить многие вопросы: обучить правильному переворачиванию больного, проведению дезинфекции, измерению давления, оказанию доврачебной помощи и т.д.

Персонал отделения может самостоятельно разрабатывать методические рекомендации и программы по уходу за больными, как для сотрудников отделения, так и для родственников клиентов. Так в отделении была разработана специальная программа «Основы ухода за больными на дому», по которой обучают социальных работников, а также на основе программы были разработаны памятки для родственников клиентов по уходу за больным членом семьи. Специалисты по социальной работе совместно с психологами разрабатывают и реализуют новые направления, методики психологического сопровождения, поддержки клиентов, терапевтические методы (сказкотерапия, психотерапия средой, музыкотерапия и т.п.).

В статье автор называет и проблемы «Хосписа на дому». Тяжелый труд, низкая заработная плата приводят к текучести кадров. Для того чтобы разрешить эту ситуацию, администрация учреждения применяет к персоналу меры морального и материального стимулирования.

Еще одна проблема — это очередь на обслуживание в отделение. Автор пишет, что ее причиной является увеличение в городе числа инкурабельных больных. В данной ситуации учреждение налаживает взаимодействие с лицами, которые предоставляют услуги сиделки на коммерческой основе, занимается сбором и анализом информации о деятельности негосударственных организаций, предоставляющих услуги сиделки, и налаживают сотрудничество с ними.

Отделение также привлекает волонтеров, которые сопровождают клиентов в лечебные учреждения, помогают в уборке жилого помещения, оказывают эмоциональную поддержку, читают книги и газеты пациентам и обсуждают различные события из их жизни.

Таким образом, в отделении «Хоспис на дому» Краевого центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов очевидны как преимущества, так и недостатки. К преимуществам можно отнести учет всех потребности клиента; оказание помощи многофункциональной командой в лице социальных работников, медицинских работников, психологов; а также налаженное обучение специалистов. К недостаткам отнесем факт, что в штат отделения не входит врач. Есть медицинская сестра, которая взаимодействует с лечащим врачом пациента. Но этого недостаточно, так как работа с неизлечимо больными специфична. Важно знать не только правила ухода, но и уметь проводить такие процедуры, как смена катетеров, кало- и мочеприемников, кормление через зонд. Технически медицинская сестра может это сделать, но это требует большого опыта работы и специальных знаний. Говоря о технологиях социального сопровождения, то в рассмотренном исследовании

речь идет о консультировании, содействии, обучении, хотя и не описано подробно их функционирование. Теоретические источники, характеризуя технологию обучения, в основном имеют в виду обучение самих пациентов и их родственников, но о том, где обучается сам персонал, речи не идет. Рассматривая опыт «Хосписа на дому» в Ставрополе, отметим, что в данном отделении сначала проводится обучение персонала в специальной организации, где сотрудники получают новые знания и применяют их на практике, а потом уже они проводят обучение самих клиентов и их близкого окружения правилам ухода.

§ 2. Технологии социального сопровождения клиентов в Центре социальной помощи семье и детям Железнодорожного района г. Пензы

Социальное сопровождение инкурабельных пациентов является необходимым компонентом социальной работы в каждом из российских регионов, в т. ч. в Пензенской области. Для выявления особенностей применения технологий социальной работы с тяжелобольными клиентами мы провели исследование в Отделении социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов Центра социальной помощи семье и детям Железнодорожного района г. Пензы. Были изучены документы, которые устанавливают правила оказания помощи тяжелобольным клиентам: заявления о предоставлении социальных услуг; заявления на использование персональных данных; приказы о признании нуждающимся в социальном обслуживании; акты обследования материально-бытовых условий; индивидуальные программы предоставления социальных услуг; договоры о предоставлении социальных услуг.

Чтобы получить социальные услуги в Отделении, нужно подать заявление о предоставлении социального обслуживания. В заявлении клиент указывает, в какой форме для него нужно предоставить социальные услуги (данное отделение осуществляет надомное обслуживание); какие именно услуги ему нужно предоставить; указываются обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить жизнедеятельность гражданина; условия проживания и состав семьи; сведения о доходе. Например, один из клиентов в заявлении указал следующие услуги, в которых он нуждается: предоставление гигиенических услуг (21 раз в месяц), помощь в приеме пищи (21 раз в месяц), содействие в проведении реабилитационных мероприятий (2 раза в месяц), выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья (21 раз в месяц).

К заявлению прикрепляются копии документов, удостоверяющих личность, справка о нуждаемости в социальном обслуживании на дому, которую выдает медицинское учреждение и справка о доходах. Далее клиент заполняет заявление на использование персональных данных.

В связи с заявлением гражданина о предоставлении социальных услуг, социальное управление г. Пензы выдает приказ о признании нуждающимся в социальном обслуживании на основании предоставленных документов и акта оценки условий жизнедеятельности.

Акт оценки условий жизнедеятельности включает следующую информацию: ФИО; адрес регистрации и адрес проживания; контактный телефон (если есть); социальный статус и категория гражданина; семейное положение; сведения о составе семьи; взаимоотношения с членами семьи; сведения о родственниках; сведения о соседях и знакомых, которые оказывают поддержку клиенту; информация о самостоятельности в повседневной жизни; использование индивидуальных технических средств реабилитации; условия проживания; проблемы гражданина; физическое здоровье (наличие медицинских противопоказаний, группы инвалидности); психоэмоциональное состояние (способность к восприятию информации, способность ясно мыслить, ориентация в пространстве и т.п.); обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить жизнедеятельность гражданина; нуждаемость в социальном обслуживании. Клиент должен быть ознакомлен с содержанием акта, после чего подписать его.

Далее в двух экземплярах оформляется индивидуальная программа предоставления социальных услуг, в которой прописываются личные данные гражданина, список услуг, в которых он нуждается, объем, периодичность, срок предоставления услуг.

Отделение осуществляет следующие услуги: социально-бытовые (предоставление гигиенических услуг, помощь в приеме пищи и др.);

социально-медицинские (содействие в предоставлении реабилитационных мероприятий, систематическое наблюдение, выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья клиента и др.); социально-психологические (социально-психологическое консультирование и др.); социально-педагогические (обучение родственников навыкам общего ухода за тяжелобольными получателями социальных услуг, содействие в организации получения образования и др.); социально-трудовые (оказание помощи в трудоустройстве и др.); социально-правовые (содействие в оформлении и восстановлении документов и др.); услуги в целях повышения коммуникативного потенциала (обучение инвалидов пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации и др.). В индивидуальной программе также указывается перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг; отказ от социального обслуживания или услуги; мероприятия по социальному сопровождению. Клиент должен быть ознакомлен с содержанием программы, после чего подписать ее. Если он нуждается в услугах, которые ранее ему не оказывались, то он имеет право на пересмотр индивидуальной программы. На основании этой программы заключают договор, где прописывают предмет договора; права и обязанности сторон; стоимость услуг, сроки и порядок их оплаты; перечень предоставляемых услуг; правила поведения заказчика при обслуживании на дому. Заказчик имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны работников учреждения; на отказ от социального обслуживания; на конфиденциальность; на защиту своих прав и интересов. Заказчик обязан уважительно относиться к социальному работнику; предоставлять достоверную информацию для осуществления обслуживания; создавать условия, не подвергающие опасности жизнь и здоровье лиц, осуществляющих уход и т. д.

Оплата услуг рассчитывается на основе тарифов на социальные услуги, но она не может превышать пятидесяти процентов разницы между величиной

среднедушевого дохода гражданина и предельной величиной среднедушевого дохода, установленной частью 5 статьи 31 Федерального закона от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 13.07.2020) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». И эта сумма является ограничителем, т.е. оплата услуг не может его превышать. Например, оплата одного из клиентов за предоставление гигиенических услуг (21 раз в месяц), помощь в приеме пищи (11 раз в месяц), содействие в проведении реабилитационных мероприятий (40 раз в месяц), систематическое наблюдение (60 раз в месяц), выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья (42 раза в месяц) составила 7 017 рублей, но по ограничителю он заплатил 1 225 рублей. Это касается только тех услуг, которые прописаны в стандарте. Например, помощь в приготовлении пищи по стандарту 21 раз в месяц, но клиенту такая услуга необходима каждый день, то в таком случае он будет доплачивать отдельно.

Рассмотрим, какие отчеты о своей деятельности ведут социальные работники. В специальном бланке он указывает количество обслуживаемых, количество посещений и затраченное время конкретно на каждого клиента. Например, у одного социального работника количество обслуживаемых составило 22 человека, количество посещений — 102, а затраченное время — 119 часов 20 минут.

Таким образом, с помощью метода анализа документов мы выяснили, что весь процесс социального сопровождения — с момента поступления тяжелобольного человека в отделение оформлен документально. Перечень услуг и оплаты за предоставленные услуги, а также форма отчетности социальных работников фиксируют необходимые данные, что позволяет накапливать опыт и анализировать его.

Интервью с экспертом позволило выявить, какие технологии используют специалисты в работе с клиентами (см. Приложении). Экспертом выступила

заведующая отделением социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов Ю.В. Калинин.

В ходе интервью она сообщила, что по состоянию на 31.12.2020 на дому в данном отделении обслуживаются 1070 человек.

Основным пакетом документов для того, чтобы оформить гражданина на социальное обслуживание в отделение являются паспорт; страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования; медицинская справка об инвалидности. Документы собирают на каждого члена семьи, который будет обслуживаться на дому.

Причинами для снятия с надомного обслуживания может стать смерть; индивидуальное обслуживание родственниками, которые забирают клиента к себе домой; переезд; оформление в стационарное учреждение социального обслуживания.

В Отделении обслуживаются граждане пожилого возраста и инвалиды, среди которых отдельную категорию составляют тяжелобольные клиенты. Обслуживание последних осуществляют сиделки, но в договоре их должность называется «социальный работник». В отделении есть специалисты по социальной работе, которые оформляют документы, консультируют клиентов, осуществляют рейды — и социальные работники, которые оказывают уход на дому. Их в Отделении и называют сиделками, осуществляющими помощь восемь часов в день пять дней в неделю.

В обязанности сиделки входит оказание услуг, которые прописаны в договоре и в индивидуальной программе предоставления социальных услуг. Например, покупка за счет средств клиента и доставка на дом продуктов питания, промышленных товаров; уборка жилых помещений; оплата за счет средств получателя социальных услуг жилищно-коммунальных услуг, услуг связи и т. д. Если клиент находится в стационаре, то социальный работник также приходит к нему как ухаживающее лицо и оказывает услуги.

Сотрудники отделения при работе с тяжелобольными клиентами часто сталкиваются с различными проблемами. Например, затруднения во взаимоотношениях с клиентом, возникающие из-за различных причин. Клиента может не устраивать цена, качество продуктов, которые доставляет социальный работник. Если он пользуется медикаментами, которые получает бесплатно, то специалист доставляет ему эти лекарственные средства, но из-за недостаточного финансирования в медицинских учреждениях не всегда в наличии есть бесплатные медикаменты, так как существует определенный лимит препаратов, или есть их заменители, которые рекомендует лечащий врач. Такая ситуация клиента может не устраивать, и в этом он обвиняет социального работника. Таким образом, появляется опосредованная проблема из-за недостатка финансирования или недостатков в работе других ведомств.

Также существуют проблемы бытового плана, например неисправное оборудование или плохие условия жилого помещения. Сотрудники отделения в этом случае рекомендуют родственникам или клиентам оформляться в стационарное учреждение или обращаться в городскую администрацию в жилищный отдел по поводу ветхости жилья, потому что в таком жилом помещении опасно даже проживать, не говоря уже об оказании услуг.

В Отделении ведется постоянная работа с родственниками. Прежде всего это консультирование по разным вопросам, например, по поводу организации ухода. Когда близкий родственник находится в тяжелом состоянии и имеет неизлечимое заболевание, люди в таком случае теряются и не знают как действовать на практике, поэтому родственников обучают навыкам ухода за тяжелобольным членом семьи.

Часто граждане просят предоставить сиделку, но если на сегодняшний день такой свободной штатной единицы для этого человека нет, то специалисты рекомендуют обратиться в другое учреждение — предоставленное на выбор из перечня. При этом в Железнодорожном центре ставят человека на очередь,

объясняют, какой пакет документов необходим для того, чтобы получить в муниципальном учреждении социального работника и какие услуги он выполняет.

Специалисты также ведут консультирование по социально-правовым вопросам (оформление выплат, льгот, мер социальной поддержки); по социально-медицинским, социально-бытовым вопросам (правила оказания гигиенических услуг и т.д.).

В ситуациях, когда тяжелобольным гражданам нужно получить инвалидность, их родственники обращаются в центр за информацией о правилах ее оформления. Сотрудники отделения объясняют, в какие организации нужно обратиться, какие документы нужно собрать и т.п., и далее родственники сами занимаются оформлением, хотя некоторые граждане нуждаются в содействии. В этом случае прикрепляют социального работника, который будет заниматься данной процедурой.

Некоторым клиентам необходимо обеспечивать уход круглосуточно: нужна сиделка в выходные, но в эти дни центр не работает и не может принудить социального работника осуществлять услуги в нерабочее время. На разовых основах можно осуществить такую помощь в качестве дополнительной платной услуги из перечня предоставления услуг. Если человеку нужен круглосуточный уход, то специалисты оказывают содействие в оформлении в стационарное учреждение социального обслуживания. В Пензе сотрудники центра могут оформить своих клиентов в отделение паллиативной помощи на базе ГБУЗ «Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн».

В работу с инкурабельными больными сотрудники Центра часто привлекают других специалистов; в первую очередь — медицинских работников, а также психологов, юристов.

Таким образом, в Отделении социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов Центра социальной помощи семье и детям

Железнодорожного района г. Пензы достаточно широко применяют технологии социального сопровождения, такие как консультирование, содействие, обучение родственников клиента правилам ухода. Определить результативность этих технологий трудно, так как социальные работники в отчетах указывают не качественный, а количественный показатель. А из интервью с экспертом мы выяснили, что между клиентом и специалистом нередко возникает недопонимание. Здесь очень была бы важна постоянная психологическая поддержка как клиента, так и самого специалиста. Но психологи не входят в штат отделения.

Анализируя опыт двух регионов, отметим, что о самом понятии «технологии социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь» в исследуемых источниках речь не идет. Инкурабельным больным оказывают социально-бытовую, санитарно-гигиеническую, социально-медицинскую, социально-психологическую, социально-правовую помощь, а социальное сопровождение реализуется в таких технологиях, как консультирование клиентов и их родственников; содействие в проведении социально-медицинской реабилитации, содействие в своевременном получении клиентами квалифицированной медицинской помощи, содействие в оформлении документов; обучение близкого окружения клиентов правилам ухода за больными людьми. Общим в этих учреждениях является применение консультирования, содействия, обучения, а различие заключается в том, что в учреждении г. Ставрополя больше ориентируются на оказание медицинской и психологической помощи, а в учреждении г. Пензы значительная часть работы ориентирована на взаимодействие с родственниками клиентов. Отметим также, что в «Хосписе на дому» включены в штат сотрудников медицинские работники и психологи, а в учреждении г. Пензы только социальные работники, но с привлечением в организацию помощи других специалистов. Таким образом, анализ практики социального

сопровождения клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь показал, что в российских регионах такая помощь организуется, применяются основные технологии социального сопровождения, но объем их мероприятий меньше, чем предполагается в теории.

Учитывая полученные результаты, мы предлагаем для совершенствования оказания паллиативной помощи следующие рекомендации.

1. В организационную структуру Территориального центра социальной помощи семье и детям целесообразно включать Отделения паллиативной помощи.

2. Включить в программы по подготовке социальных работников необходимого количества учебных часов, посвященных вопросам паллиативной медицины и ухода за людьми с неизлечимыми заболеваниями.

3. Все специалисты, оказывающие паллиативную помощь, должны быть подготовлены для выполнения поставленных перед ними задач. На всех уровнях своей подготовки они должны получить конкретные инструкции по паллиативной помощи.

4. Специалисты должны проходить переподготовку в области оказания паллиативной помощи.

5. Повысить грамотность населения по вопросам паллиативной помощи.

6. Для того чтобы помочь близким пациента, необходимо научить их как правильно оказывать эмоциональную и практическую поддержку больному, как адаптироваться к происходящим переменам, как справиться с горем и потерей. Особое внимание должно быть уделено профилактике и лечению депрессии, которая является результатом эмоционального истощения.

7. Обеспечить финансирование, стимулирование и поддержку социальных служб, необходимых для удовлетворения потребностей клиентов в паллиативной помощи.

Заключение

В нашей стране в паллиативной медицинской помощи нуждаются 1,3 млн граждан, но вопросы ее организации остаются нерешенными. Учитывая, что проблемы клиента и его семьи находятся не только в ведении медицины, но и социальной работы, и то, что теоретическая и практическая база применения технологий социального сопровождения клиентов недостаточно развита, обуславливают исследование данной проблемы.

В первой главе мы рассмотрели потребности, которые существуют у клиентов и их семьи, организацию работы с пациентами в хосписе и на дому, взаимодействие специалистов с семьей неизлечимо больных, содержание деятельности социального работника и технологии социального сопровождения клиентов, которые применяются в этом процессе. Был сделан вывод, что паллиативная помощь имеет не только медицинский аспект, но и социальный, а основные проблемы клиентов, возникающие в различных сферах их жизни, позволяют рассматривать их как людей, находящихся в трудной жизненной ситуации, что доказывает важность социальной работы с ними.

Во второй главе представлено исследование, в ходе которого мы рассмотрели опыт российских регионов в применении технологий социального сопровождения на примере Краевого центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов г. Ставрополь и Центра социальной помощи семье и детям Железнодорожного района г. Пензы. Исследование показало, что технология обучения применяется в основном с близким окружением клиента, а не с ним самим. Консультирование, как и предполагает теория, подразделяется на разные виды, в зависимости от характера проблемы. Например, клиенты могут обращаться по поводу оформления выплат, льгот, мер социальной поддержки (социально-правовое консультирование) или по поводу правильного оказания гигиенических услуг, обустройства жилого

помещения больного (социально-бытовое консультирование) и др. В практической деятельности технология содействия представляет собой помощь в размещении клиентов в стационарные учреждения, в оформлении документов, хотя теория предполагает также оказывать содействие в разработке и реализации Индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида. Отметим, что в рассмотренных учреждениях психотерапевтические технологии не применяются ни в работе с клиентами, ни с их близкими.

Учитывая полученные результаты исследования, были предложены рекомендации, направленные на совершенствование оказания паллиативной помощи путем включения в организационную структуру Территориального центра социальной помощи семье и детям Отделения паллиативной помощи, добавления в программу по подготовке социальных работников необходимого количества учебных часов, посвященных вопросам паллиативной медицины, организации переподготовки специалистов в области оказания паллиативной помощи, обучения близких клиента правилам оказания эмоциональной и практической поддержки больному, обеспечения финансирования, стимулирования и поддержки социальных служб, необходимых для удовлетворения потребностей клиентов в паллиативной помощи.

Таким образом, наша гипотеза подтвердилась лишь частично: в практической деятельности применяются технологии социального сопровождения клиентов, но у специалистов по социальной работе недостаточно знаний об этих технологиях. Цель нашего исследования — изучить особенности организации технологий социального сопровождения клиентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, для разработки рекомендаций по совершенствованию их применения, была достигнута.

Список используемых источников

1. Алгоритм технологии социального сопровождения // studbooks.net URL: https://studbooks.net/78686/sotsiologiya/algoritm_tehnologii_sotsialnogo_soprovozhdeniya (дата обращения: 10.05.21).
2. Воробцова Е.С. Медико-социальная работа в организациях паллиативной медицинской помощи в оценках врачей // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2019. — С. 26-30.
3. Воробцова Е. С., Мартыненко А. В., Овчинникова С. В. Мнение врачей о деятельности профессиональных социальных работников в организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2020.— №28(2) — С. 270—274.
4. Воробцова Е.С, Мартыненко А.В., Овчинникова С.В. Социальная работа в системе паллиативной медицинской помощи // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2016.— С. 14-20.
5. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. — СПб.: Издательство «Речь», 2007. — 162 стр.
6. Дэвис Э., Хиггинсон И. Паллиативная помощь. Убедительные факты. — Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. — 32 с.
7. Европейская ассоциация паллиативной помощи Белая книга: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе: часть 1. Европейский журнал паллиативной помощи, 2010. — 46 с.
8. Ерусланова Р.И. Технологии социального обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов на дому. — М.: Дашков и К, 2010. — 162 с.

9. Ильина Т.Н. Паллиативная помощь как направление медико-социальной работы в России // Перспективы развития Российского государства и общества в современных условиях. — 2015. — С. 9-12.

10. Клеминсон Б. Введение в паллиативную помощь: Пер. с англ. О. Цейтлиной, Е. Бакуниной; под ред. Д.В. Невзоровой. — М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2017. — 276 с.

11. Козина Г. Ю., Тугаров А.Б. Теория и практика социальной работы в здравоохранении: учебное пособие. — Пенза: ПГПУ, 2010. — 128 с.

12. Кольцова О.В. Роль социального работника в оказании паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДЕ. Руководство для специалистов по социальной работе и социальных работников системы здравоохранения». — М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2007. — 98 с.

13. Лях К.Ф. Хоспис: помощь умирающим в современном обществе // Медицинская сестра — 2006.— №6 — С. 33—35.

14. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи [Электронный ресурс] // docs.cntd.ru URL: <http://docs.cntd.ru/document/420258887> (дата обращения: 24.01.21).

15. Миллионщикова В.В., Бойко Ю.П., Кузнецов В.К. Хоспис — перспективы развития // Российский медицинский журнал. — 1998. — № 9 — С. 26-31.

16. Моисеенко Е.И. Основные положения концепции социально-медицинской работы в онкологии // Социально психологические проблемы детской онкологии: Материалы I Всероссийской конференции с международным участием. — 2000. — С. 12-15.

17. Нечитайло И.Н. «Хоспис на дому» как социальная технология // Инновационная наука. — 2016. — №4. — С. 173-176.

18. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психология веры как основа кризисной психологической помощи в совладании с переживанием утраты // Вестник психотерапии. — 2014. — №49(54). — С. 39-58.
19. Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Подкопаев Д.В. Паллиативная медицинская помощь пациентам с хронической болью // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2019. — С. 5-12.
20. Ньюта Федермессер: Паллиативную помощь получают не более 15% нуждающихся в ней [Электронный ресурс] // vademec.ru URL: <https://vademec.ru/news/2018/12/03/nyuta-federmesser-palliativnuyu-pomoshch-poluchayut-ne-bolee-15-nuzhdayushchikhsya-v-ney/> (дата обращения: 06.03.2021).
21. Роль социальной работы в паллиативной помощи [Электронный ресурс] // NovaInfo URL: <https://novainfo.ru/article/6110> (дата обращения: 26.01.21).
22. Социальное сопровождение [Электронный ресурс] // geum.ru URL: http://geum.ru/kurs/sotsialnoe_soprovozhdenie.php (дата обращения: 10.05.21).
23. Торопилкина В.Д. Особенности жизненной ситуации и основные проблемы клиентов хосписа // Аллея науки. — 2018. — С. 566-569.
24. Фирсов М.В., Студёнова Е.Г. Технология социальной работы: учебник. — М.: КНОРУС, 2016. — 344 с.
25. Халанская В.А. Ситникова М.А. Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы: Учебно-методическое пособие. — Белгород: БелГУ, 2009. — 222 с.
26. Ходаревская Ю.А. Духовно-нравственные основы организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным, утратившим надежду на выздоровление, и их семьям // Материалы Всероссийской научно-практической конференции. — М.: Глобус, 2010. — № 9 — С. 90-92.
27. Холостова Е.И. Социальная работа: история, теория и практика. — М.: Юрайт, 2011. — 905 с.

28. Что такое хоспис [Электронный ресурс] // pro-palliativ.ru URL: <https://pro-palliativ.ru/blog/что-такое-хоспис/> (дата обращения: 27.01.21).

29. Шахурова Н. И., Гарганеева Н. П., Счастный Е. Д. Специфика хосписа как места оказания паллиативной помощи // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2006. — С. 311-313.

30. Щепин В.О., Тельнова Е.А., Карпова О.Б., Проклова Т.Н. Паллиативная помощь: история, состояние сегодня, перспективы // Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. — 2018. — С. 98-110.

Приложение

1. Какой пакет документов нужен, чтобы оформить гражданина на социальное обслуживание в Отделение?
2. По каким причинам клиента могут снять с надомного обслуживания?
3. Сколько клиентов в вашем отделении сейчас находится на обслуживании?
4. Сколько раз в неделю социальный работник посещает клиента?
5. Что входит в обязанности сиделки?
6. С какими проблемами сталкиваются сотрудники отделения, при работе с тяжелобольными клиентами?
7. Какая работа ведется с родственниками клиентов?
8. Каких специалистов вы привлекаете в работу с тяжелобольными клиентами?