

PARTICIPACIJA SOCIALNEGA DELA PRI OBRAVNAVI BOLNICE Z GINEKOLOŠKIM RAKOM

Social work participation in gynaecological cancer patient treatment

mag. Nataša Zlodej, univ. dipl. soc. del.

Onkološki inštitut Ljubljana,
Zdravstveno socialno svetovanje

nzlodej@onko-i.si

IZVLEČEK

Socialna obravnava bolnice z ginekološkim rakom vključuje pomoč pri uresničevanju socialnih potreb bolnice in njene družine. Socialna delavka z bolnico in družino vzpostavi proces pomoči. Sodeluje in raziskuje socialno mrežo, ki bo prispevala k reševanju problemov, ki se pojavijo na različnih področjih – fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih. Ti problemi so medsebojno pogojevani in povezani. Namen socialne obravnave je predvsem pomoč pri reševanju težav in stisk bolnice, ki nastanejo kot posledica maligne bolezni. Tako dosežemo cilj socialne oskrbe, ki sestoji iz konkretne, stvarne pomoči ter psihosocialne podpore in s tem zagotovimo večjo kakovost njenega vsakdanjega življenja.

Ključne besede: socialno delo v zdravstvu, družinski sestanek

ABSTRACT

Social treatment of a gynaecological cancer patient includes meeting the social needs of the patient and her family and assistance with their realization. The social worker cooperates with the patient and her relatives in order to research the patient's social network, which contributes to resolving

problems that might occur in different areas – physical, psychological, social or spiritual. The problems that occur during the cancer treatment are interconnected and mutually dependent. The purpose of social treatment is mostly to assist in resolving problems and to reduce the distress of the patient, which all occur because of the malignant illness. Therefore, social treatment consists of the actual assistance and the psychological support to ensure higher quality of the patient's everyday life.

Key words: social work in health care, family meeting.

UVOD

Za vsako bolnico je diagnoza »rak« travmatična. Sproži lahko umik iz medosebnih in socialnih odnosov ter prekinitvev normalnega socialnega funkcioniranja.

Postavitev diagnoze za žensko večinoma predstavlja šok. V obdobju, ko se misli in čustva zelo hitro menjajo, pa je ženska postavljena pred nalogo, da se odloči za zdravljenje, in da bolezen sporoči svojim bližnjim. Bolnice doživljajo strah, negotovost, žalost, brezup, nemoč. (Škufca & Steblovnik, 2016, p. 352). Uletova (2003, p. 150) pravi, da izkušnja bolezni raka ženski spremeni tako njeno vsakdanje življenje kot tudi doživljanje same sebe. Življenje postane negotovo in polno bojazni ter strahov. Izgubi se občutek za nadzor.

Uletova (2012) opisuje bolezen kot dogodek, ki se ne kaže samo v bioloških znakih, ki prizadenejo telo. Njen pomemben del so socialne manifestacije bolezni, katere prizadenejo tako socialne odnose, socialne vloge kot socialne dejavnosti posameznika. Simptomi bolezni predstavljajo več kot telesni problem, so tudi problem spremembe socialnega statusa, spremembe samopodobe, kakovosti življenja in odnosov.

V bolezni se bolnica sooča s psihološkimi, socialnimi, čustvenimi in duhovnimi stiskami. Bolnice, ki so še zaposlene, so zaradi zdravljenja odsotne z dela, kar lahko sproži začetek skrbi za eksistencialno varnost.

Ob bolnici, ki je zbolela za rakom, trpijo vsi, ki so ji blizu, bolezen prizadene zlasti družinske člane. Družina predstavlja življenjsko najpomembnejšo skupino, naj bo to primarna družina, v kateri smo rojeni, ali družina, ki smo si jo ustvarili sami. Družina ima močan vpliv na potek zdravljenja in na sprejemanje bolezni (Škufca & Steblovnik, 2016, p. 352). Skrb za obolelo ženo, mater, babico ... zahteva organizirano ureditev odnosne mreže pri oskrbi v času bolezni, ki se lahko kasneje nadaljuje tudi v paliativno oskrbo. Pogosta in nujna odločitev za namestitve v institucionalno varstvo lahko za vse skupaj predstavlja veliko finančno breme.

Tako v ožjem kot v širšem socialnem krogu pogosto velja, da se lahko kakovostni odnosi ob bolezni še okrepijo, medtem ko se lahko že prej prisotne težave ob tej stresni situaciji bolezni stopnjujejo ter pripeljejo do oddaljevanja ali prekinitve partnerskih, prijateljskih in drugih odnosov (Škufca & Steblovnik, 2016, p. 352).

Bolnica in njeni bližnji gredo skozi proces spoprijemanja z rakom in njegovim zdravljenjem, ki je dolgotrajen in postopen proces. V tem procesu se prepletajo različna doživljanja – šok, strah, negotovost, brezup in depresivnost. Bolnice se velikokrat sprašujejo o tem, zakaj so ravno one zbolele in kaj sedaj storiti (Škufca Smrdel, 2007, p. 828).

Elisabeth Kübler-Ross je opredelila pet faz sprejemanja bolezni: zanikanje, jeza, pogajanje, žalost in nemoč, sprejemanje (Olip, 2013, pp. 8–10). Faze si ne sledijo v zaporedju, niti ni nujno, da vsakdo doživi vsako izmed njih. Kako se posameznik in njegova družina odzovejo na bolezen, je mnogokrat odvisno od njihovih preteklih načinov obvladovanja kriznih družinskih situacij.

Napredovala neozdravljiva bolezen pred bolnice in svojce postavi zahtevno nalogo, saj se začnejo rušiti obstoječe vloge in vzorci ravnanja. Družina je v času bolezni pomembna, takšen dogodek jo lahko še bolj poveže ali pa oddalji. Pojavi se vprašanje, kako uskladiti potrebi po avtonomiji in povezanosti, ko je potrebno skrbeti za bolnika in mu nuditi kvalitetno

življenje, ob tem pa ne pozabiti nase in na svoje potrebe (Zlodej, 2016, p. 26). Monroe (2010) nas opozori, da ni dovolj, da smo pozorni le na praktično pomoč, ki jo bolnice potrebujejo, ampak moramo paziti, da niso spregledane njihove čustvene in duhovne potrebe.

Socialno delo v onkologiji

Prva socialna delavka v zdravstvu je bila Ida Cannon, ki se je zaposlila v Massachusetts General Hospital (Beder 2006). V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja je socialno delo na področju onkologije postalo prepoznano kot specialna veda. Leta 1974 je Ruth Abrams v svoji knjigi z naslovom »Not Alone with Cancer« popisala svoje izkušnje in opažanja pri delu z ljudmi z rakom in njihovimi družinami v bolnišnici Massachusetts General Hospital (Lauria, et al., 2001). Gre za prvo delo, ki je govorilo o psihosocialni skrbi za ljudi z rakom in je bilo napisano v času, ko je kemoterapija za bolnike začela postajati upanje. Socialno delo na onkološkem področju se je tako postopoma razvilo v dinamično polje z močno teoretično in praktično zgodovino delovanja.

Ena glavnih nalog socialnega dela v onkologiji je zagotavljanje podpore bolnici in/ali sorodnikom pri prilagajanju na nove razmere, ki so nastale zaradi spremenjenega zdravstvenega stanja. Socialno delo je namenjeno tudi kot pomoč pri iskanju ustreznih oblik pomoči in storitev za uresničevanje socialnih pravic v okviru razpoložljivih virov, ki bolnici po odpustu iz bolnišnice omogočajo vrnitev v domače okolje ali premestitev v zanj sprejemljivo ustanovo (dom starejših občanov ali Hišo Ljubhospic). Flaker (2012) navaja, da je vloga socialne delavke, da vzpostavi stik z izvornim, domačim okoljem, stik s sorodniki ter pomaga bolnicam pri zagotavljanju dostopnosti do razpoložljivih virov po načelih solidarnosti in pravičnosti.

Naloge socialne delavke pri bolnicah z rakom so večplastne in se oblikujejo na vsaki stopnji bolezni. Delimar (2009, pp. 14–15) meni, da odkrivanje problemov običajno zajema štiri področja: bolnico, družino, materialne in družbene vire. Na vseh teh področjih socialno delo nekaj opolnomoči, nekaj

omili, vzpostavi se pogostejši odnos v ožji mreži in končno se vzpostavijo novi kontakti in novi odnosi.

Socialna delavka ima vlogo zagovornice, posrednice, pobudnice in koordinatorke. Nudi psihosocialno podporo in pomoč v socialno delovnih pogovorih. Socialna delavka je tudi članica multidisciplinarnega tima, ki z bolnico, ki je zbolela za ginekološkim rakom, sodeluje v procesu zdravljenja in okrevanja. Socialna delavka lahko v timu prispeva znanje, ki se nanaša na družinsko dinamiko in delo z družinskimi člani, dragocen pa je tudi njen prispevek o razpoložljivih virih v skupnosti (Milošević Arnold & Poštrak, 2003, p11).

Splošno in specializirano socialno delo

Ločujemo med splošnim/generičnim in specializiranim socialnim delom. Splošno socialno delo lahko zasledimo na primarnih in deloma tudi na partnerskih področjih. Na sekundarnem področju pa imamo specializirane prijeme in specialistično znanje socialnih delavk (Milošević Arnold & Poštrak, 2003, pp. 115–116).

Primer specializiranega znanja na področju zdravstva, ki spada pod sekundarno področje, je: poznavanje diagnoz, medicinskih pripomočkov, poteka zdravljenja in okrevanja, možnosti zdravstvene oskrbe in podobno, medtem ko za delo na primarnih in deloma partnerskih področjih socialnega dela potrebujemo bolj splošno znanje, kot je svetovanje, izpolnjevanje vlog, vodenje pogovorov in drugo.

Za učinkovito socialno delo potrebujemo obe vrsti znanj. Med seboj se morajo tako dopolnjevati, da socialna delavka, ki opravlja splošne storitve, lahko uporabnika napoti k socialni delavki, ki ima specialistično, poglobljeno znanje na nekem drugem, točno določenem področju. Socialna delavka, ki ima splošno znanje, je usmerjena na vse potrebe uporabnikov in jim pomaga iskati vire, s katerimi bi lahko najbolje zadovoljili svoje potrebe. Pri delu potrebuje veliko raznovrstnega znanja z različnih področij, medtem ko socialna delavka na specialističnem področju zagotavlja posebne vrste storitev za uporabnike v različnih problemskih situacijah. Takšna

socialna delavka ima dokaj ozko področje oblik pomoči in intervencij, njeno znanje je poglobljeno in usmerjeno na konkretno področje. Socialna delavka s splošnim znanjem obvlada veliko spretnosti in uporabnike z bolj zapletenimi problemi usmerja k specialistom. Specializacija pomeni tudi določeno prilagajanje strokovne doktrine potrebam konkretnega področja, kar s seboj prinese tudi zahtevo po prilagojenem izobraževanju (Milošević Arnold & Poštrak, 2003, pp. 115–116).

Vse socialne delavke morajo imeti naslednja temeljna znanja (Milošević Arnold & Poštrak, 2003, p. 123):

- o posamezniku, družini, skupini, organizaciji in skupnostnem vedenju in razvoju,
- o socialnih problemih (npr. zloraba otrok, revščina, diskriminacija, nasilje idr.),
- o razumevanju in načinih ravnanja na področju zdravja, duševnega zdravja in zlorabe substanc,
- o razumevanju različnih populacij in kultur,
- o razumevanju diferencialne uporabe teorij in načel socialnega dela z različnimi rizičnimi skupinami,
- o uvedbi, začetku, zbiranju podatkov, dogovarjanju, načinih ravnanja, evalvaciji in zaključevanju procesov v socialnem delu,
- o procesih, ki so povezani z dobro komunikacijo,
- o znanstveni metodologiji in raziskovalnih postopkih ter
- o relevantnih socialnih politikah, ki so pomembne za lažje sodelovanje pri delu z uporabniki.

Socialna delavka stalno spremlja dogajanja in novosti na svojem strokovnem področju. Strokovno znanje, ki ga socialna delavka potrebuje pri svojem konkretnem delu, je odvisno od uporabnikov, od področja dela in problemov, s katerimi se ukvarja.

Enota Zdravstveno socialno svetovanje na Onkološkem inštitutu Ljubljana

Socialna delavka je pri obravnavi bolnice z ginekološkim rakom na Onkološkem inštitutu Ljubljana članica multidisciplinarnega tima. V proces zdravljenja jo, za oceno socialnih potreb bolnice in njene družine, vključ

lečeči onkolog. Socialna delavka skupaj z ostalimi člani zdravstvenega tima oceni psihosocialne potrebe bolnice, kar je ključnega pomena pri izdelavi načrta nadaljnje oskrbe. Pomembno je, da svojci skupaj z bolnico aktivno sodelujejo z mutidisciplinarnim timom, so seznanjeni z realnim stanjem, kar jim omogoča, da lahko načrtujejo aktivnosti v preostanku življenja, organizirajo čas in postavijo prioritete ter so pripravljeni na prihajajoče dogodke, ki bi jih sicer presenetili.

Ob odpustu v domače okolje bolnico in njeno družino seznanimo s formalnimi viri pomoči, svetujemo tudi preskrbo z medicinskimi pripomočki za nego na domu. Kadar oskrba v domačem okolju ni možna, socialna delavka pomaga pri urejanju namestitve v socialno varstveno ustanovo. V določenih primerih je potrebno sodelovanje s centri za socialno delo (npr. pomoč pri urejanju skrbništva za posebni primer, doplačilo oskrbe oziroma finančna pomoč ...).

Komunikacija z bolnico in sorodniki v času hude bolezni

Bolezen rak globoko poseže v življenje bolnic in njihovih bližnjih. Ne prinaša le številnih omejitev in bolnega soočanja z lastno minljivostjo, temveč sproža močne čustvene reakcije, ki vplivajo na medosebne, družinske in socialne odnose. Spremenjena samopodoba, depresivnost, tesnoba, pomanjkanje volje, občutki brezizhodnosti, opuščanje socialnih stikov, siromašenje komunikacije – vse to so spremljevalci bolezni, ki lahko včasih povečujejo bolnikovo trpljenje bolj kot bolezen sama (Snoj, 2006).

Simoničeva (2009, p.67) navaja, da v odnos z bolnikom in njegovimi bližnjimi skozi celotno obdobje bolezni in zdravljenja vstopajo različni strokovnjaki. Skrb za bolnikove psihološke potrebe je del nalog vsakega posameznega člana zdravstvenega tima.

Da bi prepoznavanje in kasnejša obravnava čustvene stiske pri bolnikih z rakom lahko postala del rutinske prakse v vseh obdobjih bolnikove bolezni in rehabilitacije, je iz Kanade prišla pobuda, da bi v onkologiji čustveno

stisko sprejeli kot 6. vitalni znak – takoj za temperaturo, dihanjem, srčnim utripom, krvnim pritiskom in bolečino (Carlson & Bultz, 2004). To pomeni, da je vsako srečanje z bolnikom priložnost za to, da zdravnik ali medicinska sestra prepoznavata, opazujeta, ocenjujeta, naslavljata, obravnavata bolnikovo čustveno stisko, ki jo sproži bolezen.

Vsaka komunikacija s hudo bolnim in umirajočim je pot v neznano. Nobenih receptov ni, vedno znova si začetnik, vedno znova moraš sproti presoditi, kaj storiti, kaj reči. Zato ni čudno, da se ljudje na splošno bojijo te komunikacije (Klevišar, 2006, p. 56).

Salobir (2002, p. 89) pravi, da je dobra komunikacija potrebna tako za pridobitev zaupanja, sodelovanje bolnika in njegovih bližnjih, kakor tudi za psihično in duhovno podporo. Bolnik ima pravico, da izve o svoji bolezni toliko, kolikor sam želi in na njemu primeren način. Zdravstveno osebje si mora prizadevati, da ustvari pogoje, kjer se bolnik in bližnji počutijo dovolj varne, da izrazijo svoje skrbi in vprašanja. Vključitev družine v obravnavo pomaga pri odkrivanju njenih virov moči. Spoznamo, kakšne so družinske navade, pravila, način življenja in težave, s katerimi se srečujejo. Pomembno je, da so jim ponujene jasne informacije in nadaljnje spremljanje.

Družinski sestanek je oblika pogovora, pri katerem so prisotni bolnica, njeni bližnji in člani multidisciplinarnega tima. Pogosto je potrebnih več pogovorov. V nadaljnjih pogovorih je treba upoštevati nove razmere in se jim prilagajati. S pomočjo družinskega sestanka se raziščejo želje bolnice in možnosti svojcev glede nadaljnje oskrbe ob napredovali bolezni.

Organizacija sestanka zahteva določene priprave in nekaj osnovnih pravil. Če imamo možnost, družinski sestanek izvedemo v posebnem prostoru, ki naj bo prijetno opremljen, z dovolj stoli, brez telefona in drugih motečih dejavnikov. Kadar je bolnica nepomična, lahko družinski sestanek izvedemo ob postelji v bolniški sobi. Na sestanek povabimo tiste svojce, ki jih bolnica želi imeti ob sebi. Z izvajanjem družinskega sestanka zagotovimo bolnici in svojcem občutek večje varnosti in dostopnosti.

Na družinski sestanek se morajo člani multidisciplinarnega tima pripraviti, da bolnici in svojcem posredujejo enotne in jasne informacije.

Vsem članom družine je potrebno dati možnost, da izrazijo svoje mnenje, opažanja, stiske ... Vsak naj sodeluje, kolikor želi. Spodbudimo jih, naj si vloge za oskrbo bolnice porazdelijo.

V raziskavi o zadovoljstvu z družinskim sestankom so bolniki in svojci povedali, »da se s takšno obliko pogovora v večini še niso srečali«. Ko jim je bil predstavljen namen družinskega sestanka, in ko smo ga opravili, so povedali, da so se pojavili občutki olajšanja, da jim bo nekdo pomagal, in da niso sami. Pomemben jim je bil tudi občutek empatije, ki je bil namenjen tako bolnikom kot njihovim sorodnikom (Zlodej, 2016, pp. 54).

Koncept pomoči

V socialnem delu sodobnega časa razumemo pomoč kot soustvarjanje rešitev. Čačinovič Vogrinčič (2006, p. 60) meni, da v socialnem delu potrebujemo znanje, ki omogoča, da vzpostavimo odprt prostor za poseben, socialno delovni pogovor. Skozi pogovor, v katerem uporabljamo jezik socialnega dela, najprej vzpostavimo delovni odnos, ki zagotavlja instrumentalno definicijo problema in skupno raziskovanje možnih rešitev. V delovnem odnosu se družino nagovarja na dveh ravneh: prva je raven mobilizacije, to je raven dela, raven oblikovanja oz. sooblikovanja rešitev znotraj instrumentalne definicije problema, kjer se v dialogu raziskuje delež k rešitvi vsakega posameznega člana družine. Druga raven pa pomeni raziskovanje družinske dinamike, ki omogoči potrebno razvidnost družine (Čačinovič Vogrinčič, 2006, p. 28).

Zato teme delovnega projekta niso samo rešitve in delež posameznega družinskega člana v njih, temveč nujno tudi to, kako načrtovane rešitve spreminjajo družinska pravila, komunikacijo, vloge, pričakovanja, cilje, kako prizadevajo posameznikovo potrebo po avtonomiji in povezanosti, odvisnosti, kako posegajo v hierarhijo moči.

Delimar (2012, p. 146) navaja, da mora koncept pomoči obsegati stvarno in konkretno pomoč, ki jo lahko nudijo bolničini bližnji (družina, prijatelji, znanci) in drugi strokovnjaki.

Pri osebni pomoči raziskujemo življenjski svet bolnice. Raziskovanje je usmerjeno v načrtovanje rešitev, v odkrivanje in mobilizacijo virov in potencialov, ki jih najdemo v življenjskem svetu uporabnika, pri tem pa je poudarek na skupnem iskanju in soustvarjanju rešitev in ciljev, ki jih ob pomoči socialnega delavca želi doseči uporabnik (Rapoša Tanjšek, 2007, p. 9).

Genogram nam omogoča hitrejši pregled strukture družine. Za doseganje namena je pomembno, da ga rišemo skupaj z družino. Z uporabo tega pripomočka lahko učinkovito razmišljamo, kdo je v družinski mreži, kdo se s kom bolje razume, kdo malo manj. Risanje genograma lahko prihrani tudi marsikatero vprašanje, ki je težavno in neprijetno (npr. v zvezi z ločitvijo, s smrtjo ...), ob risanju pa spontano pride na površje in je za bolnico manj boleče (Zlodej, 2015).

Primer iz prakse

48-letna bolnica se je na Onkološkem inštitutu Ljubljana zdravila zaradi metastatskega ovarijskega karcinoma. V januarju 2016 je bila sprejeta na oddelek in lečeča onkologinja se je odločila, da v obravnavo bolnice vključi tudi socialno službo.

Pred družinskim sestankom sem opravila uvodni razgovor z bolnico. V razgovoru je povedala, da živi sama in je invalidsko upokojena. Kot samohranilka je vzgajala hčerko, ki končuje študij in živi pri fantu. Sta v rednih stikih in ji vedno priskoči na pomoč, ko jo potrebuje.

Bolnici sem predstavila družinski sestanek. Povedala sem ji, da smo na sestanku prisotni poleg nje in njenih bližnjih, katere določi sama, tudi člani multidisciplinarnega tima. Bolnica je bila zadovoljna. Odločila se je, da se bodo sestanka poleg hčerke udeležili še njeni starši in brat.

Na družinskem sestanku smo se pogovorili o možnih zapletih, težavah in kako ukrepati, ko se pojavijo. Dogovorili smo se o nadaljnjem sodelovanju. Predstavili smo jim socialno varstveno storitev pomoč na

domu in medicinske pripomočke za nego na domu, izpostavili pomembnost izbranega zdravnika in vključitev patronažne medicinske sestre. O institucionalnih oblikah oskrbe se nismo pogovarjali, saj si je gospa močno želela domov in se je ob obstoječi socialni mreži ter dodatnih pomočeh, ki so ji bile na voljo, počutila varno. Ko so doma pripravili medicinske pripomočke, je bila gospa odpuščena.

V naslednjih mesecih je bolnica večino časa preživela v domači oskrbi. Prišel je kakšen dan, ko je bila bolečina slabše urejena, prisotni sta bili slabost in utrujenost, zaradi katerih je potrebovala več počitka. V tem obdobju so bile zaradi urejanja simptomov pogoste krajše hospitalizacije. Bili pa so tudi dnevi, ko se je počutila dobro in je čas namenila aktivnostim, ki so jo veselile in jih je zmogla. Več časa je namenila druženju z družino, klepetom s prijateljico in obujanjem spominov na izlete. Skupna doživetja so ji znova narisala nasmeh na obraz.

V mesecu maju me je bolnica poklicala. Povedala je, da je hospitalizirana, in da bi se želela najprej sama pogovoriti o oskrbi v domu starejših občanov. *»Dom starejših občanov ... tako tuje mi zvenijo te besede. Nimam še niti 50 let in razmišljam o domu, ki je namenjen starejšim. V bolnišnici je to popolnoma drugače, ko si sobo deliš z nekom, ki ni istih let«.* V nadaljevanju je povedala, da se vedno slabše počuti, je vedno bolj odvisna od pomoči drugih in jim ne želi biti v breme, zato se zaveda, da ne bo več mogla živeti sama. Na internetu si je pogledala tudi Hišo Ljubhospic, vendar ne ve, ali je oskrba tam takšna, kot jo potrebuje.

Dogovorili sva se, da se o sami bolezni pogovorimo še z zdravnico. V naslednjih dneh smo pripravili vso potrebno dokumentacijo za sprejem v Hišo Ljubhospic. Starši in hčerka so odšli na ogled hiše in odnesli vlogo. Povedali so ji o ogledu hiše in po tem pogovoru je bila bolj prepričana, da se je odločila za oskrbo, ki bo njej primerna. Po dogovoru s strokovnimi delavci iz Hiše Ljubhospic in zdravnico na oddelku smo bolnico premestili v Hišo Ljubhospic.

V zadnjem razgovoru, pred premetitvijo, mi je predstavila in izročila razmišljanja in doživetja, ko je hodila proti »robu« v Onkološkem inštitutu in jih je strnila v zapis.

»Kako izgleda na robu?...

Nikoli prej niti razmišljala nisem, ali pa sem morda zavračala... ni še bil čas. Kako izgleda, ko prideš do roba, kateremu si se približeval leta zdravljenja?

... Dogaja se. Končno. Čudno kajne, da sem tega vesela. Sedaj se namreč končno spopadam z njim. Konkretno in ne le v mislih. Končno se konkretno borim za čisto vsak trenutek. Borim se, da dan preide brez bolečin, da zaužijem dovolj tekočine ... borim za osnovne življenjske funkcije.

Ne bojim se več tega ROB-a. Ni tako oster, sploh ni ROB, je le POT ... zadnji del poti.

Počutim se varno. Imam pomoč, ki jo potrebujem.«

ZAKLJUČEK

Socialna obravnava bolnice z ginekološkim rakom je usmerjena v iskanje in planiranje zadovoljevanja potreb za vsakdanje kakovostno socialno funkcioniranje z boleznijo. Participacija socialnega dela pri obravnavi bolnic z ginekološkim rakom je pomembna predvsem v iskanju možnosti oskrbe po odpustu iz Onkološkega inštituta Ljubljana. Bolnici omogočimo možnost izbire socialnovarstvenih storitev ter možnost vpliva na svoje odločitve iz vsakdanjega življenja. Bistvena vloga je zagotoviti pristop do storitev, ne glede na njihovo težavnost in dostopnost. Vsi udeleženci s svojo participacijo sodelujejo pri soustvarjanju rešitev. Pomembno je, da se dogovorimo o uresničljivem.

Diagnoza rak pogosto pri bolnici in družini povzroči stiske in zahteva vedno več prilagajanja. V času spoprijemanja z boleznijo in s tem povezanimi

vprašanji dokončnosti (smrti, žalovanja) je naloga socialne delavke osebno vodenje, pri čem podeli svoje znanje in izkušnje ter ravna empatično.

LITERATURA

Beder, J., 2006. *Hospital social work*. New York, London: Taylor & Francis Group.

Carlson, L.E. & Bultz, B.D., 2004. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. *Psycho-Oncology*. 13(12), 837–849.

Čačinovič Vogrinčič, G., 2006. *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, p. 28, 60.

Delimar, A., 2009. Paliativna oskrba – izziv za socialno delo. *Pljučnik*, 9(1), pp. 14–15.

Delimar, A., 2012. Potrebe po socialni obravnavi bolnika s pljučnim rakom. In: Matkovič, M. ed. *Pacienti in pljučni rak – trendi in novosti: zbornik predavanj. 39. strokovni seminar, Zreče 23. marec 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji, p. 146.

Flaker, V., 2012. Prostor in socialno delo. *Teorija in praksa*, 49(1), pp. 53–70.

Klevišar, M., 2006. *Spremljanje umirajočih*. Ljubljana: Družina, p. 56

Lauria, M., Clark, E., Hermann, J. & Stearns, N. eds, 2001. *Social work in oncology: supporting survivors, families, and caregivers*. Atlanta: American Cancer Society.

Milošević Arnold, V. & Poštrak, M., 2003. *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Študentska založba, zbirka Scripta, pp. 115–116, 123.

Monroe, B., 2010. Social work in palliative medicine. In: Hanks, G., et al. eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University press, pp. 184–196.

Olip, M., 2013. *Analiza potreb in načrt na zalogo v paliativni oskrbi: diplomsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, pp. 8–10.

Rapoša Tajnšek, P., 2007. Raziskovanje življenjskega sveta uporabnika v širšem kontekstu socialnega dela. In: Šugman Bohinc, L., et al. eds. *Življenjski svet uporabnika : raziskovanje, ocenjevanje in načrtovanje uporabe virov za doseganje zelenih razpletov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, pp. 7–24.

Salobir, U., 2002. Paliativna oskrba bolnika. *Onkologija*, 5(2), pp. 89–90.

Simonič, A., 2009. Psihološki aspekti paliativne oskrbe. In: Štemberger Kolnik, T. et. al.eds. *Simpozij o nekonvencionalnih pristopih v paliativni oskrbi pacienta s stomo* Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji Snoj, Z., 2006. Duševne motnje ob diagnozi in spremenjena telesna samopodoba. In: Zakotnik, B. ed. *Le ovinek na poti življenja: knjižica za pomoč bolnikom z rakom in njihovim svojcem*. Ljubljana: Janssen-Cilag, Farmaceutski del Johnson & Johnson, p. 48.

Snoj, Z., 2006. Duševne motnje ob diagnozi in spremenjena telesna samopodoba. In: Zakotnik, B. ed. *Le ovinek na poti življenja: knjižica za pomoč bolnikom z rakom in njihovim svojcem*. Ljubljana: Janssen-Cilag, Farmaceutski del Johnson & Johnson, p. 48

Škufca Smrdel, A. C., 2007. Psihosocialne razsežnosti rakave bolezni ter kakovost življenja pri bolnikih z rakom. *Zdravniški vestnik*, 76(12), pp. 828.

Škufca Smrdel, A. C. & Steblovnik, A., 2016. Psihosomatski vidiki pri ginekoloških onkoloških bolnicah. In: Takač, I. ed. *Ginekologija in perinatalogija*. Maribor: Medicinska fakulteta, pp 352.

Ule, M., 2003. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej, pp 150.

Ule, M., 2012. Družbeni vidiki zdravja in medicine. *Socialno delo*, 51(1-3), pp. 205–211.

Zlodej, N., 2015. Genogram in eko zemljevid: pripomočka za raziskovanje življenjskega sveta pacienta in družine. In: Ebert Moltara, M. ed. *V luči dostojanstva življenja: zbornik. Slovenski kongres paliativne oskrbe, Ljubljana 9-10 oktober 2015*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Slovensko združenje paliativne medicine, pp 73.

Zlodej, N., 2016. *Participacija socialnega dela pri družinskem sestanku v okviru paliativne oskrbe: magistrsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, p. 54.