**Содержание**

1. Теоретические основы социальной работы в здравоохранении

2. Социальная работа в наркологии

3. Социальная работа в онкологии

**1. Теоретические основы социальной работы в здравоохранении**

В условиях политических, экономических и социальных трансформаций последнего десятилетия на фоне ухудшения показателей здоровья усугубились медико–социальные проблемы. Все это обусловливает объективную потребность в развитии *новых эффективных технологий решения взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера на качественно новом комплексно – интегративном уровне.* Среди таких технологий существенную роль выполняют *технологии социальной работы в учреждениях здравоохранения в рамках профессиональной медико–социальной работы.* В основе этой социальной инновации лежат социальные и организационные перемены, составляющие ценности социальной практики. Она возникла как результат действий, ориентированных на формирование новых функций, реализация которых направлена на снятие последствий деструктивных процессов.

Специалист социальной работы, участвующий в оказании медико–социальной помощи населению в учреждениях здравоохранения, фактически осуществляет *медико–-социальную работу* – *профессиональную мультидисциплинарную деятельность медицинского, психолого–педагогического и социально–правового характера, направленную на восстановление, сохранение и укрепление здоровья.* Она принципиально изменяет комплексную помощь в сфере охраны здоровья, так как предполагает осуществление системных медико–социальных воздействий на более ранних этапах развития болезненных процессов и социальной дезадаптации, потенциально ведущих к тяжелым осложнениям, инвалидизации и летальному исходу.

*Целью социальной работы в здравоохранении,* как и целью медико–социальной работы, является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционировании адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

*Объектом социальной работы в здравоохранении* являются различные контингенты лиц, имеющие выраженные медицинские и социальные проблемы, которые взаимно потенциируют друг друга и решение которых затруднительно в рамках односторонних профессиональных мероприятий. Работа с такими контингентами одинаково тяжела и малоэффективна как для медицинских работников, так и для специалистов социальных служб, поскольку неизбежно они оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции и препятствующих успешной узкопрофессиональной деятельности.

К таким контингентам относятся длительно, часто и тяжело болеющие, социально дезадаптированные лица, инвалиды, одинокие престарелые, дети – сироты, юные матери, многодетные и асоциальные семьи, пострадавшие от стихийных бедствий, больные СПИДом и др. Численность таких контингентов устойчиво возрастает на протяжении последних лет.

Социальная работа в здравоохранении имеет много общего по своей сути с медико–социальной помощью и деятельностью органов здравоохранения в целом. Но при этом она не претендует на выполнение лечебно – диагностических функций, а предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение функций между медицинскими и социальными работниками. При составлении функций специалиста социальной работы в конкретном учреждении здравоохранения и построении технологий его работы с клиентами целесообразно использовать классификацию, согласно которой перечень функций, выполняемых в рамках медико–социальной работы, объединен в три группы: *медико–ориентированные, социально – ориентированные и интегративные функции.*

В рамках медико–ориентированных функций рассматриваются:

* организация медико-социальной помощи и ухода за больными;
* оказание медико–социальной помощи семье;
* медико–социальный патронаж различных групп;
* оказание медико–социальной помощи хроническим больным;
* организация паллиативной помощи;
* предупреждение рецидивов основного заболевания, выхода на инвалидность, смертности (вторичная и третичная профилактика);
* санитарно–гигиеническое просвещение;
* информирование клиента о его правах на медико–социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем и др.

В социально–ориентированные функции включаются:

* обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико–социальной помощи;
* представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в медико–социальной помощи;
* содействие в предупреждении общественно опасных действий;
* оформление опеки и попечительства;
* участие в проведении социально-гигиенического мониторинга,
* участие в создании реабилитационной социально – бытовой инфраструктуры;
* обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания;
* информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;
* содействие клиентам в решении социально–бытовых и жилищных проблем, получении пенсий, пособий и выплат;
* семейное консультирование и семейная психокоррекция;
* психотерапия, психическая саморегуляция;
* коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков и др.

Интегративные функции составляют:

* комплексная оценка социального статуса клиента;
* содействие выполнению профилактических мероприятий социально – зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях;
* формирование установок клиента, группы, населения на здоровый образ жизни;
* планирование семьи;
* участие в проведении медико–социальной экспертизы;
* участие в осуществлении медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
* проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины;
* содействие предупреждению распространения ВИЧ–инфекции и обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей; социально – правовое консультирование;
* организация терапевтических сообществ само – и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально – правового характера;
* участие в разработке комплексных программ медико–социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях;
* обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов и др.

Квалифицированное содействие клиентам в решении их жизненных проблем, связанных со здоровьем, определяют профессиональные особенности социальной работы и уровень подготовки специалиста по соответствующей медицинской специализации. Необходимо отметить координирующую роль специалиста социальной работы, участвующего в оказании медико–социальной помощи в решении всего комплекса проблем клиента, оказавшегося в сложной жизненной ситуации и требующего соучастия специалистов смежных профессий – врачей, психологов, педагогов, юристов и др.

При планировании и реализации технологий социальной работы в здравоохранении можно исходить из условного разделения медико–социальной работы на две функциональные направленности – профилактическую и патогенетическую.

*Медико–социальная работа профилактической направленности* включает выполнение мероприятий по предупреждению социально – зависимых нарушений соматического, психического и репродуктивного здоровья; формирование установок на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико–социальной помощи на различных уровнях, социальное администрирование, обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и др.

*Медико–социальная работа патогенетической направленности* включает мероприятия по организации медико–социальной помощи; проведение медико–социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, проведение коррекции психического статуса клиента, создание реабилитационной социально – бытовой инфраструктуры, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

Для создания наиболее эффективных технологий социальной работы в здравоохранении специалисты используют предложенную ранее *базовую модель медико–социальной работы,* которая позволяет обеспечить единые методические подходы в данном виде деятельности и учесть специфику той или иной конкретной области медицины и здравоохранения1.

*Основным правовым актом, обеспечивающим развитие социальной работы в сфере здравоохранения, являются Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.* В статье 20 этого документа зафиксирована следующая правовая норма: *«Медико–социальная помощь* оказывается медицинскими, *социальными работниками* и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения».

Наиболее активно в нашей стране социальная работа в сфере здравоохранения развивается в области психиатрии, наркологии, онкологии, планирования семьи.

**2. Социальная работа в наркологии**

Наркологические болезни социально значимы в плане отягощенности соматической патологией, процессами деградации личности, высокой и ранней инвалидизацией и смертностью.

При отдельных видах наркоманий смертность на 700 – 1000% превышает таковую в сопоставимых половозрастных группах. В целом заболевания, связанные с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), ежегодно дают около 10% всех смертей и около 20% всех госпитализаций.

Оценки действительного распространения этой патологии значительно превышают отчетные данные.

Психоактивные вещества могут рассматриваться как исторически выявленные и социально закрепленные адаптогены, т. е. средства, участвующие в обеспечении адаптации (истинной или иллюзорной) к условиям и требованиям жизни благодаря своему действию на психическое состояние – настроение, эмоции, тонус, поведение. В качестве социальных адаптогенов ПАВ включаются в механизмы индивидуального и группового поведения, массовой культуры, занимая важное место в бытовых обычаях, традициях, формах коммуникации и досуга. Психобиологические эффекты алкоголя и наркотиков обусловливают не только их социальную роль, но и определяют многочисленные формы их негативного влияния на индивидов и на социум в целом.

Наркологические болезни развиваются у индивидуума одновременно как члена макро – и микросоциума. В их развитии взаимодействует сочетание биологических, психологических и социальных факторов.

Ролевые сдвиги у социального окружения больного трансформируются в систему прочных патологических связей между больным и его окружением, прежде всего его семьей, которая принимает характер особой стойкой деформации поведения и психоэмоционального состояния членов окружения – супругов, детей, родителей и др. Этот социально – психологический феномен носит название созависимости и требует специальных мер для его коррекции и устранения.

Таким образом, очерчивается широкий круг социальных проблем, с одной стороны, непосредственно или опосредствованно обусловливающих массовое и индивидуальное злоупотребление алкоголем или наркотиками, формирование и течение наркотических заболеваний, а с другой стороны, обусловленных неадекватными в социальном плане отношениями или различными негативными проявлениями и последствиями собственно наркологической патологии. Все эти проблемы требуют внимания со стороны общества и организации целенаправленной работы по их разрешению. Потребление алкоголя, наркотиков, других ПАВ – это системное биопсихосоциальное явление, социальные, медицинские, экономические, криминальные последствия которого влияют на общественное благосостояние. При анализе комплекса социальных проблем, связанных с потреблением ПАВ, целесообразно вычленять те из них, которые формируются на доклиническом, преклиническом и клиническом уровнях, и те, которые являются вторичными, производными от той или иной наркологической патологии. Это важно в плане определения направленности и содержания отдельных технологий социальной работы в этой области, дифференциации ее специфических видов, ориентированных на различные контингенты и группы населения.

Специфика медико–социального статуса различных групп клиентов наркологического профиля обусловливает необходимость учитывать ее особенности при составлении конкретных программ социальной работы.

Группа повышенного риска развития наркологических заболеваний характеризуется клинической и субклинической патологией, формирующей предрасположенность к приобщению к психоактивным веществам и развитию наркологических заболеваний, наследственной отягощенностью, в том числе и по алкоголизму и наркоманиям. Выраженность собственно наркологических проблем зависит от степени тяжести совокупности факторов эндо – и экзогенного порядка, ведущих клиента к вовлечению в алкоголизацию и наркотизацию. Правовые проблемы могут зависеть от разрешенности или запрета на употребление определенных ПАВ в обществе, проявлений неадекватного поведения членов семьи, статуса беженца или инвалида, а также совершения правонарушений в связи с конфликтами, вовлечение в криминальные группы. Перечисленными особенностями обусловлен дифференцированный подход в социальной *работе с группой повышенного риска развития* наркологических заболеваний. Необходимо предусматривать профилактику неблагоприятного развития и декомпенсации соматического и психического статуса, выявление принадлежности к конкретной группе риска, регулярный контакт с клиентами, проведение целенаправленной работы по отказу от вовлечения в потребление психоактивных веществ. Требуется комплексная психо–коррекционная работа, включающая групповой и индивидуальный тренинг социальных и коммуникативных навыков и приемов саморегуляции, вовлечение в благополучную социальную микросреду.

*Члены семей наркологических больных и их ближайшее окружение* представляют группу, особенностями которой являются медицинские проблемы, связанные с личностной реакцией на длительную или острую психотравмирующую ситуацию; потребность в медицинской помощи возникает в период обострений конфликтов или на «пике» фрустрации, причем имеют место затруднения в ее организации, обусловленные нежеланием социальной огласки. Собственно наркологические проблемы возникают при наличии «семейного пьянства», в том числе в рамках феномена созависимости. Социальная дезадаптация обусловливается как тяжестью дезадаптивного поведения больного члена семьи, так и собственными личностными и микросоциальными проблемами. Возникающие правовые проблемы связаны с неправильным поведением больного члена семьи, собственной неадекватной реакцией на ситуацию, нарушениями поведения в рамках созависимости или формирования наркологической патологии.

С учетом этого планируется и социальная работа с данной группой. Ее особенностью является целенаправленная профилактика, как неадекватного поведения больного члена семьи, так и развития декомпенсации психического и соматического статуса у членов семьи и ближайшего окружения больного, информирование соответствующих служб о наличии социальных проблем, организация наркологической и другой помощи, направленной на оптимизацию личностного и социального статуса. В группу мероприятий по социальному оздоровлению специалист социальной работы включает коммуникативный тренинг, социально – психологический тренинг, технику самоконтроля, семейную психотерапию, оценку социального статуса семьи в целом и отдельных ее членов, выявление угрожающих проблем, приобщение к социально благополучному кругу общения и др.

Для *группы длительно, часто и тяжело болеющих* пациентов наркологического профиля характерны медицинские проблемы, связанные с тяжестью основного заболевания, его осложнениями и последствиями, возможна одновременно зависимость от нескольких психоактивных веществ. Нередко характерна патологическая адаптация к болезни, отсутствие выраженных терапевтических установок, возможна нарастающая вторичная социальная дезадаптация и отношения созависимости в ближайшем социальном микроокружении, а также правовые проблемы, связанные с наркологической патологией и привлечением к лечению.

В связи с этим особенностями социальной работы с данной группой клиентов являются содействие в обеспечении специфического долгосрочного лечения в оптимальных условиях, в решении проблем определения трудоспособности и инвалидности, семейное консультирование и семейная психотерапия, выявление потенциально угрожающих проблем и их предупреждение, содействие включению в работу терапевтических сообществ. В *группе больных* наркологического профиля с *выраженными социальными проблемами* специалисты учитывают тяжесть наркологических расстройств, при которых часто определяются сопутствующие личностные и психические отклонения, антисоциальные установки; анализируют социальную дезадаптацию в одной или нескольких фазах социального функционирования, криминальный анамнез, принудительное лечение в прошлом и актуальные правовые проблемы. Особенностями социальной работы в этой группе клиентов будут выявление неблагополучного окружения контингента и его оздоровление, личностно – ориентированная психотерапия, психическая саморегуляция, содействие в проведении наркологического лечения и реабилитации в условиях, оптимизирующих социальный статус (терапевтические сообщества, группы взаимопомощи), комплексная оценка социального статуса и предупреждение потенциально угрожающих проблем. Необходимо содействие в решении материальных проблем за счет реализации собственного потенциала, включая профессиональное обучение и трудоустройство. Правовая помощь наряду с юридическим консультированием направлена на предупреждение общественно опасных действий, взаимодействие с правоохранительными органами и др. Специфической группой являются *инвалиды.* Особенность инвалидизации в данном случае заключается в том, что инвалидность в подавляющем большинстве случаев устанавливается не по основному заболеванию наркологического профиля, а по его осложнениям и сопутствующим заболеваниям. Это связано с тем, что до настоящего времени не разработаны критерии определения тяжести зависимости от психоактивных веществ. Особенностью проблем данной группы является наличие тяжелой и разнообразной патологии с той или иной степенью утраты трудоспособности, в связи с чем имеется постоянная потребность в лечении и медицинском наблюдении. Характерны выраженные проблемы, связанные с зависимостью от психоактивных веществ. Психологические проблемы связаны с деградацией личности, снижением интеллектуального уровня, патологической адаптацией к болезни, сильной психической зависимостью от психоактивных веществ. Как правило, социальная дезадаптация таких больных проявляется в микросоциальной, семейной и трудовой сферах, имеется потребность в социальной опеке. Часть пациентов имеет криминальный анамнез или правовые проблемы. Характерна экономическая зависимость и материальная нужда.

Перечисленные проблемы определяют и направленность социальной работы с данной группой. Таким пациентам необходимо содействие в получении помощи по заболеванию наркологического профиля и по заболеванию, которое является причиной инвалидности, участие в профилактике срывов и рецидивов болезни, содействие в прохождении медико–социальной экспертизы. Требуется семейное консультирование и семейная терапия, вовлечение в благополучное социальное микроокружение. Ряд мероприятий направлен на решение проблем трудоустройства, в частности, восстановление профессиональной квалификации, содействие переквалификации, изменение режима и характера труда. Данная группа пациентов нуждается в содействии в получении пенсий, социальных пособий и выплат, содействии в решении жилищных проблем, включая помещение в специальные общежития, интернаты. Важным направлением выступает правовая помощь таким клиентам: участие в определении дееспособности, в возможной опеке и попечительстве, контакт с правоохранительными органами, содействие в осуществлении родительских функций, при необходимости контроль за соблюдением режима административного надзора.

В социальной работе с наркологическими больными используются профилактические, лечебные и специализированные программы.

*Профилактические программы* направлены на предупреждение потребления алкоголя и (или) наркотиков, а также злоупотребления ими. Они более широко нацелены на предупреждение любых форм отклоняющегося поведения.

Здесь мишенями целенаправленного воздействия будут в основном контингенты детей и подростков, как в целом, так и те составляющие их группы, в которых риск приобщения к приему ПАВ особенно велик. Под группами риска подразумеваются дети, у которых отягощена, особенно в наркологическом плане, наследственность; которые растут в неблагополучных, дисфункциональных семьях; воспитываются в семьях с наличием лиц, злоупотребляющих алкоголем или больных алкоголизмом или наркоманией; отягощены в органическом, личностном, поведенческом плане, отстающие в своевременном личностном и социальном развитии. Работа с такими группами риска ведется в учебных заведениях, специализированных учреждениях и т. д.

*Лечебные программы* предусматривают раннее выявление и направление на лечение больных с той или иной наркологической проблематикой. Центральное место в этой группе занимают собственно терапевтические программы, решающие задачи оказания больным лечебной помощи, удержания их в режиме трезвости или отказа от приема наркотиков (т. е. в ремиссии), проведения мер вторичной и третичной профилактики – восстановления физического, личностного и социального статуса больных. Не менее важны программы, в рамках которых осуществляется социально – психологическая помощь членам семей и близким клиентов. Корригируется их личностный, семейный и трудовой статус. К этому виду программ относятся программы «помощи на рабочих местах» – непосредственно на предприятиях, в учреждениях, организациях и т. п.

*Специализированные программы* в области наркологии, неразрывно связанные с терапевтическими, входят в программы по реабилитации, реадаптации, ресоциализации наркологических больных. В рамках этих программ преодолеваются разрывы и противоречия между личностью и обществом. Бывший больной вновь интегрируется в макро – и микросоциум – максимально адекватно его индивидуальным особенностям, склонностям, возможностям, а также с учетом реалий его семейного и трудового модуса, социально–экономической ситуации.

В реабилитации наркологических больных необходимо *основываться на принципах* добровольности (согласия) и ответственности клиента, его отказа от употребления психоактивных веществ, опоры на социальные ценности и нормы, этапности, системности и дифференцированного подхода.

Технологии социальной работы в области наркологии реализуются в наркологических реабилитационных центрах, отделениях медико–социальной помощи детям и подросткам наркологических диспансеров и других организационных формах.

В отделениях медико–социальной помощи детям и подросткам наркологических диспансеров осуществляются:

* лечебно–диагностическая и психокоррекционная помощь детям и подросткам и их семьям; выявление источников и причин социальной дезадаптации несовершеннолетних; профилактическая работа по предупреждению пьянства, алкоголизма, наркомании среди детей и подростков;
* разработка и обеспечение реализации индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков, включающих профессионально – трудовой, учебно–познавательный, социокультурный, физкультурно-оздоровительный и иные компоненты; подготовка рекомендаций и осуществление взаимодействия с семьями дезадаптированных детей и подростков для обеспечения непрерывности коррекционно–реабилитационных мероприятий с ними в домашних условиях; взаимодействие с заинтересованными ведомствами в решении дальнейшей судьбы несовершеннолетних.

Структурно отделение включает амбулаторно–поликлиническую часть, а также стационары дневного и круглосуточного пребывания. Стационар круглосуточного пребывания играет роль приюта, прежде всего, для детей из семей алкоголиков и наркоманов. В амбулаторно–поликлинической части отделения реализуются лечебная, специализированная и профилактическая программы. Они тесно взаимосвязаны между собой и направлены на выявление, лечение и социальную реабилитацию подростков, имеющих химическую зависимость, и членов их семей, детей из семей алкоголиков и наркоманов, а также на профилактику химической зависимости среди детей и подростков. Деятельность отделения связана с другими структурными подразделениями диспансера. Взрослые алкоголики и наркоманы, проходящие лечение в диспансере и участвующие в программах выздоровления, используют отделение медико–социальной помощи детям и подросткам для реабилитации своих детей.

Лежащие в основе социальной работы принципы добровольности обращения и участия в программах и анонимности обеспечивают более активное обращение детей и родителей в отделение по сравнению с подростковым кабинетом наркологического диспансера, где сохраняется традиционная система постановки на учет, наблюдения за контингентом. Таким образом, в отделениях медико–социальной помощи детям и подросткам наркологических диспансеров проводится в жизнь комплекс дифференцированных программ, ориентированных на различные целевые контингенты. С середины 1990-х гг. в стране активно формируется нормативная правовая база социальной работы в области наркологии. Приказом Минздрава России от 30 октября 1995 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» утверждены Положение о специалисте по социальной работе, а также тарифно–квалификационные характеристики специалистов по социальной работе, социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи. Подготовка кадров для проведения реабилитации больных наркологического профиля осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 17 декабря 1997 г. № 373 «О подготовке психиатров – наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников для работы в реабилитационных центрах (отделениях)».

**3. Социальная работа в онкологии**

В стране сохраняется высокой заболеваемость злокачественными опухолями. За последние годы специалистами достигнуты определенные успехи в лечении злокачественных новообразований и, таким образом, в целом улучшается прогноз заболеваний. Вместе с тем увеличивающаяся продолжительность жизни значительного числа пациентов не может оставаться единственным критерием уровня онкологической помощи. В организации медико–социальной помощи важнейшим является показатель излеченности от злокачественных новообразований, который означает не только клиническое выздоровление больных, но и возвращение их к прежнему социальному статусу.

Онкологического больного следует рассматривать как человека, находящегося в стрессовой ситуации. Длительное тяжелое телесное заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, оперативное вмешательство, ведущее к инвалидности, угроза смерти и другие факторы разрушают привычные стереотипы поведения, изменяют систему ценностей, перестраивают личность больного и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Своеобразие клинического течения злокачественных опухолей, особенности их лечения, анатомо–функциональные нарушения, неизбежно возникающие после лечения и требующие коррекции вместе с тяжелым психологическим стрессом, определяют проблему реабилитации онкологических больных как важнейшую. Базируясь на общих принципах, социальная работа в онкологии имеет и свои особенности. Известно, что диагностика онкологических заболеваний на ранних стадиях дает больным большой шанс на полное выздоровление. В этой связи *социальная работа с группами риска онкологических заболеваний* приобретает особое значение. Здесь специфическими являются формы профилактической работы, направленные на лиц, страдающих предопухолевыми заболеваниями, из «раковых» семей, работающих на вредных производствах, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях. Специалист социальной работы участвует в разработке и реализации целевых профилактических программ, проведении социально – гигиенического мониторинга, определении факторов риска, информировании населения о состоянии среды обитания и др.

Важнейшее место в социальной работе с онкологическими больными занимает *взаимодействие с членами семьи пациента и его ближайшим окружением.* Первоочередными мерами в этой группе можно назвать решение психологических проблем. Психологическая дезадаптация пациентов и членов их семей неблагоприятно влияет как на лечение, так и на качество их жизни. Психологические проблемы таких семей усугубляются материальными трудностями, связанными с расходами на лечение и уход за больными, ухудшением трудовой занятости родственников больных. Часто семья, борющаяся за жизнь близкого человека, не в состоянии сама справиться с обрушившимися на нее проблемами, и становится объектом социальной работы.

Особенности социальной работы с онкологическими больными двух групп – *длительно и тяжело болеющие, а также больные с выраженными социальными проблемами, –* достаточно однородны, так как все длительно и тяжело болеющие онкологические больные имеют выраженные социальные проблемы. Поэтому рассматривать их целесообразно совместно.