

УДК 364.046.6

Ж.А. Нурбекова, Д. Дюсебаева*, Ж. Айдаркулова

Казахский национальный университет им. аль-Фараби, Казахстан, г. Алматы

*E-mail: dinkinjan@mail.ru

Принципы обслуживания пациентов в условиях хосписа

В статье рассматриваются принципы обслуживания пациентов в условиях хосписа. Задача обслуживания медперсонала состоит в том, чтобы поддерживать пациента в максимально возможных комфортных условиях, то есть, помочь пациенту в удовлетворении основных жизненно важных потребностей. Умиравшему нужен квалифицированный уход и комфорт, который обеспечивает ему врач, медсестра, психолог и социальный работник. У многих умирающих пациентов в критические часы особенно проявляется потребность близости родных. Поэтому к уходу за терминальным пациентом можно привлечь психологически подготовленных и практически обученных близких и родственников. Забота у постели умирающего диктуется актуальной обстановкой, потребностями и возможностями их исполнения. Однако в любом случае необходима высокая тактичность. Характер и объем работы с умирающим зависит и от его физического состояния, от особенностей его личности, от эмоциональной настроенности и от его мировоззрения и прочего. Нельзя дать рецепта, действенного при всех обстоятельствах, во всех случаях. Необходимые мероприятия определяются индивидуально в каждом отдельном случае.

Ключевые слова: обслуживание, пациенты, лечение, психологическая поддержка, хоспис.

Nurbekova Zh.A., Dusebayeva D., Aydarkulova Zh.

Principles of service of patients in the conditions of a hospice

There is quite often the incurable (terminal) patient in a hospice which days are considered. The person – a unique live being which knows about inevitability of death. Fear of death – feeling natural.

When the death appears suddenly close and inevitable to meet her difficultly. To illness displays very heavy mental condition – fear of death, fear of uncertainty increases. Worst of all, if the patient gives in to a panic. Then it is necessary – to observe one how symptoms of illness develop and as weakens and the body perishes; there will be sleepless nights both more and more deep melancholy and despair.

Keywords: service, patients, medical treatment, psychological support, hospice

Нурбекова Ж.А., Дюсебаева Д., Айдаркулова Ж.

Хоспис жүйесінде емделушілерге қызмет көрсетудің қағидаттары

Хоспис қарамағында дауасыз емделушілер жиі кездеседі білетін. Өлімнің үрейі табиғи сезім екені мәлім.

Өлімнің кенеттен болған жағдайын сезіну қиынға түседі. Өлім мен белгісіздік үрейі аурудың әсер етуіне қоса ауыр психикалық жағдайды басымдай келеді. Егер емделуші үрейге бет бұрса, ол ең ауыр жағдайға тап болады. Сол кезде ауру нышандары үдеп, дененің ақырындап өлуі және әлсізденуі, ұйқысыз түндер, үмітсіздік ұлғая бастайды.

Түйін сөздер: қызмет көрсету, пациент, емдеу, психологиялық қолдау, хоспис.

В 1981 году Всемирная медицинская ассоциация приняла Лиссабонскую декларацию – международный свод прав пациента, среди которых провозглашено право человека на смерть с достоинством. Но еще раньше в большинстве цивилизованных стран появились специальные медицинские учреждения, а затем и общественное движение помощи умирающим людям. В нашей стране слово «хоспис» пока еще мало знакомо.

Хосписы – не просто специализированные больницы для умирающих. Они во многом являются отрицанием «просто больницы». Отличие хосписа от «просто больницы» не только в техническом оснащении, но и иной философии врачевания, согласно которой пациенту хосписа создают необходимое в его состоянии «жизненное пространство». Исходная идея философии хосписов очень проста: умирающий нуждается в особой помощи, ему можно и должно помочь пройти через эту границу.

В хосписе личность (желания пациента, его эмоциональные реакции) выдвинута на первый план.

Хоспис – это больница особого типа, куда пациентов направляют не для выздоровления. Все, кто попадают сюда, обречены, и цель обслуживающего персонала – облегчить пациентам физические и духовные страдания в преддверии ухода в мир иной.

Среди пациентов хосписов преобладают онкологические больные. Кто возьмет такого пациента в больницу? Кому нужны высокие показатели больничной летальности? Кто организует ему постоянное наблюдение и адекватное лечение на дому, если не помогают уже самые сильные обезболивающие средства и другие лекарства? Как помочь ему избавиться от нестерпимой боли, удушья, постоянной тошноты и рвоты, зуда и бессонницы? Как помочь ему осознать неизбежность происходящих перемен и поддержать психологически? Как поддержать его близких и дать им передохнуть от изнурительной и непрестанной работы – уходу за тяжелым или умирающим больным? Как помочь одинокому старику умереть с миром и не проклинать нерадивых родственников, которые его бросили?

Все эти задачи берет на себя хосписная служба, которая обеспечивает адекватную грамотную медицинскую помощь терминальному больному, смягчает не только физические страдания, но помогает решить его психологические и духовные

проблемы, а также оказывает психологическую помощь близким пациента во время его болезни и в период переживания тяжелой утраты.

В плане современной тактики ведения терминальных больных положение медицинской этики о «высочайшем уважении к жизни пациента» конкретизируется с позиций философии паллиативной медицины. Во-первых, врачи и медсестры в работе с терминальными больными должны различать обычные и экстраординарные медицинские средства и методы. Во-вторых, они должны владеть современными подходами лечения хронической боли, а также купирования (снятия) другой тягостной симптоматики, как правило, сопровождающей умирание. В-третьих, профессиональный долг всех специалистов, работающих в системе оказания паллиативной медицинской помощи, заключается также в социальной, психологической и духовной поддержке терминальных больных и их семей [1]. При этом требуют осмысления новые подходы к решению труднейшего этического вопроса информирования таких больных об их состоянии. Комплексная оценка эффективности оказания паллиативной медицинской помощи терминальным больным отражается в понятии «качество жизни» таких больных.

В паллиативной медицине «жизнеподдерживающим» считается любое лечение, продлевающее жизнь больного, медицинское состояние которого таково, что, с одной стороны, отмена этого лечения неминуемо приведет к его скорой смерти, с другой же стороны, дальнейшее применение этого лечения все больше и больше усугубляет страдания больного, снижает его качество жизни.

Хоспис – это такие условия жизни пациента, такой его образ жизни, когда актуальным является именно настоящее, а не будущее. В стенах хосписа принято исполнять последнее желание всех пациентов.

Специалисты, работающие в хосписах подчеркивают, что весь период терминального состояния у пациентов проходит на фоне мыслей о смерти, и не о чем больше, и именно это придает особую трагическую окраску тяжелейшим физическим и психическим страданиям умирающих. Такова психологическая реальность, с которой имеет дело врач, когда решает дилемму – говорить или не говорить правду пациенту. Для многих ложь, недомолвки врачей и медперсонала в таких ситуациях становятся дополнительным

источником страданий, усугубляющим состояние безысходности.

В хосписах не навязывают правду о неизбежности скорой смерти, но в то же время откровенно обсуждают эту тему с теми, кто готов, и кто этого хочет. Выбор всегда дается самому пациенту. Опыт хосписов, прежде всего, отрицает «святую ложь» как косный обычай, игнорирующий индивидуальный, личностный подход.

Учеными изучены фазы изменения психики в зависимости от этапов оказания медицинской помощи, типы психологических реакций на онкологическую патологию как варианта соматической патологии. Информация о диагнозе является пусковым механизмом психологического кризиса у онкологического пациента. Как правило, она вызывает шок, психологическое потрясение, формирует почти у всех пациентов естественную психологическую реакцию отрицания. Именно из-за этого, из-за боязни такой реакции, врач часто вынужден откровенно лгать больному, изворачиваться, скрывать правду о его болезни, делая это так, чтобы пациент не заподозрил ничего плохого. На сегодняшний день господствует медицинская модель холистического подхода к данной психосоматической проблеме [2].

Основная задача врача-онколога в рамках лечебного взаимодействия с пациентом – формирование активной позиции больного в плане дальнейшего обследования лечения. В настоящее время вопрос «говорить и не говорить больному правду» переводится в другую плоскость «говорить, но как». Почти все больные, с одной стороны, хотят, а иногда требуют сведений о диагнозе, а с другой стороны, оказывается, что точная информация им вовсе не нужна, и они ее избегают. Врач должен работать в контакте с клиническим психологом для того, чтобы понять стремление больного и учитывать насколько действительно он хочет быть информированным, с учетом его личностных особенностей и свойственных ему способов психологической защиты.

На сегодняшний день в нашей стране основной контингент пациентов хосписов составляют онкологические больные, нуждающиеся в своеобразном подходе – паллиативной помощи, включающую комплексную поддержку пациента: медицинскую, социальную, психологическую, духовную, юридическую. Несмотря на специфику функций, все сотрудники хосписов оказываются связанными общей целью своей профессиональной

деятельности – обеспечение качества жизни больных до конца и достойного ухода из жизни. Основная цель имеет конкретную формулировку, она обладает большой степенью неопределенности, прежде всего, в отношении понимания термина «качество жизни», а также возможностей оценки достигнутых результатов [3]. Для того чтобы понять, что подразумевает под собой основная цель деятельности медицинского персонала хосписа, необходимо рассмотреть те задачи, в которых она конкретизируется.

Однако обеспечение качества жизни не ограничивается оказанием медицинской помощи, оно предполагает и создание социального и психологического комфорта больного, который достигается благодаря индивидуальному подходу к каждому пациенту, уважению его личности, удовлетворению его потребностей, сохранению связей с миром и поддержанию интереса к жизни. Наибольшую сложность представляет собой оценка результатов труда сотрудников хосписа. Сам факт выздоровления больного в традиционной медицине, оказывающийся непосредственным свидетельством успешности выполнения работы, для сотрудников хосписа изначально невозможен, выздоровление их пациента не наступает [3]. Вследствие этого, определить успешность выполнения своих обязанностей сотрудники хосписа могут лишь по косвенным признакам и нередко не могут быть уверены в том, что достигли поставленной цели. В данном случае значительную роль играет обратная связь от более опытных сотрудников и непосредственных руководителей, которые могут дать экспертную оценку деятельности субъекта.

Долг врача, стоящего у изголовья больного смертельной болезнью, у границы жизни и смерти, состоит в его утешении, вселении в него надежды, поддержке и поднятии духа, даже при этом приходится прибегать к некоторому обману, так как это «ложь во спасение». Силу врачебного слова для таких больных трудно переоценить. Изучение психологических особенностей пациентов со злокачественными новообразованиями показывает, что многие из них живут надеждой и часто самообманываются.

В момент той или иной фазы психического реагирования цель общения между врачом и пациентом состоит в сотрудничестве в преодолении болезни и ее последствий. Поэтому при общении с больным необходимо не быть холодным и

формальным, уметь разделить чувства пациента и свои, чтобы не было идентификации чувств, быть внимательным к реакциям пациента, осознавая, в том числе и свои собственные.

Во взаимоотношениях врача-онколога с онкологическим пациентом рекомендуется следовать определенным правилам:

а) информирование пациента о заболевании и его последствиях с использованием терминологии, которую он способен понимать не только интеллектуально но и эмоционально;

б) психологически щадящая форма беседы, предоставление информации тем больным, которые действительно ее хотят получить, достоверное обоснование истинного значения осложнения или риска летального исхода;

в) разъяснение информации о диагнозе и заболевании в степени, определяемой самим пациентом.

Мнение онкологического больного об информационном взаимодействии с онкологом чрезвычайно важно. Это принципиально, так как еще велико число больных, которые, не зная о возникшей ситуации онкологического заболевания, отказываются от своевременного специального обследования и последующего радикального лечения, зачастую обращаясь к нетрадиционным методам лечения. Право сообщать диагноз онкологическому больному должно принадлежать лишь хорошо осведомленному в онкологических заболеваниях врачу, то есть только онкологу. В затруднительных для онколога случаях неадекватности поведения больного, его эмоциональном неблагополучии необходимо прибегать к консультации психотерапевта.

Обучение навыкам общения с онкологическим пациентом оптимально в рамках тренинга коммуникативного общения. Тренинги коммуникативного общения способствуют приобретению опыта в умении устанавливать и поддерживать контакт с больным в течение всего периода лечения, используя навыки активного слушания. Такие тренинги – это своеобразная профилактика синдрома «эмоционального сгорания» у медицинских работников онкологических учреждений, так как происходит снижение их психоэмоционального перенапряжения. Реализация принципа «здесь и теперь» в психологической поддержке – это альтернатива погружения больного в тревожный мир абстрактного прогнозирования своего будущего [4]. Усилия клинического психолога

и врача направляются на то, чтобы актуализировать у больного возможность видеть, слышать, обонять, осязать все непосредственно окружающее, адекватно воспринимать источник собственного психологического дискомфорта в данный конкретный момент. Больной получает опыт контакта с собственными переживаниями и их трансформации. Для больного путь к оптимальному психологическому состоянию – ощущению полноты жизни «здесь и теперь» – пролегает через общение со значимыми людьми, в ходе которого существенно трансформируется внутренняя картина болезни, понятия «жизнь», «болезнь», «смерть» обретают новый смысл.

Практика хосписов вообще внесла серьезные коррективы в ценностные ориентиры профессиональной медицинской и психо-социальной этики. Безнравственность, безысходность, не гуманность лишения всех обреченных пациентов информации о том, что их ожидает, сначала было этически осмысленно в хосписах, а затем право пациента на информацию стало универсальной ценностью современной профессиональной этики врачей хосписов [5].

Снятие боли – вопрос первостепенной важности. Хроническая боль изменяет мироощущения, мировосприятие человека. Она способна «отравить» отношение пациента со всеми окружающими его людьми. Боль способна вытеснить нравственные потребности, нравственную мотивацию поведения.

Но именно опыт хосписов лучше всего показал, что боль, как правило, может быть взята под контроль у самых тяжелых пациентов.

Становление медико-социальных принципов деятельности хосписов (1958-1965 годы) – это, прежде всего, создание методики комплексного подхода к лечению и предупреждению боли, то есть применение с этой целью, кроме различных обезболивающих средств, так же психотропных препаратов, противораковой химиотерапии и т.д.

Поставить болевой синдром под контроль – первая, но не единственная функция хосписов, в которых медицинский персонал стремится учитывать и другие специфические потребности умирающего человека, неустанное наблюдение за пациентами, грамотная оценка разнообразных симптомов (одышка, отсутствие аппетита, пролежни) – все это обязательные атрибуты профессионализма врачей, медсестер, медицинских психологов и социальных работников

в хосписах. Умение обеспечить физический комфорт обреченному пациенту, когда многие его функции страдают, в немалой степени зависит от технической оснащённости хосписов современными функциональными кроватями, противопролежневыми матрацами, ваннами, меняющими с помощью системы управления угол наклона и т.д.

Забота о физическом комфорте пациента в хосписе органично сочетается с заботой о его психологическом комфорте. Пациент должен почувствовать уже с первой встречи с медицинским персоналом, что здесь, в хосписе, он будет в безопасности, что он попал в такое место, где считают своей первой обязанностью – заботу о нем и его близких.

Врачи и медицинские сестры хосписа являются специалистами паллиативной помощи, представляют совершенно новую медицинскую специальность, в рамках которой изучается процесс завершения жизни. Цель паллиативной помощи – реализация права человека на достойную смерть. Специалисты паллиативной помощи исповедуют следующее эстетическое кредо: если невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, качество жизни пациента становится более важным, чем ее продолжительность.

ВОЗ определяет паллиативный уход как активный целостный уход за пациентами, чьи болезни не поддаются излечению. Первостепенную важность имеет контроль за болью и другими симптомами, а также помощь при психологических, социальных и духовных проблемах. Это достижение наилучшего ухода, а также жизни для пациента и его семьи.

Если нельзя исцелить пациента, то надо попытаться облегчить судьбу неизлеченного. Он продолжает жить и нуждается в достойном уходе из жизни.

Особые взаимоотношения складываются в хосписах между врачом и медицинской сестрой. Это работа на равных. Роль медсестры не сводится лишь к раздаче лекарств или выполнению инъекций. Она видит пациента каждый день, принимает решения в экстремальных ситуациях, когда врача может не быть рядом [6].

Основные принципы хосписного движения следующие:

- за смерть нельзя платить;
- хоспис – дом жизни, а не смерти;
- смерть, как и рождение – естественный процесс, его нельзя ни торопить, ни тормозить;

- хоспис – система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи пациенту;

- хоспис – не стены, а люди, сострадающие, любящие и заботливые.

Анализ литературных источников и данные включенного наблюдения (работа в качестве волонтера) позволяют предполагать, что содержание деятельности, характеризующееся высоким уровнем неопределенности и постоянного напряжения, темпа труда, ответственности за жизни, а также специфические условия труда (ежедневное столкновение с приближающейся смертью, человеческим горем и страданием, необходимость взаимодействовать с эстетически неприятными объектами, общение с больными, страдающими различными психическими отклонениями и др.) не могут служить непосредственным источником удовлетворенности трудом.

Социальный статус профессии как фактор удовлетворенности трудом также оказывается под вопросом, что обусловлено неоднозначным отношением в обществе к данной профессии и хосписам в целом. Наряду со скептическим отношением и положительными оценками деятельности хосписов можно говорить о преобладании в обществе равнодушного отношения и даже неосведомленности о специфике данных учреждений, что подтверждается на практике, когда сотрудники хосписов вынуждены ежедневно разъяснять социальную роль и назначение хосписной службы.

Можно предположить, что в подобной ситуации одна из ведущих ролей в формировании общей удовлетворенности своим трудом будет принадлежать организационной среде, то есть специфическим условиям и условиям труда в рамках конкретной организации. Однако в силу выраженной специфики профессиональной деятельности сотрудников хосписов, которая характеризуется одинаковыми предметами, целями, задачами и проблемами, учет только лишь организационных факторов сделал бы анализ удовлетворенности трудом медицинского персонала хосписов неполным. Хотя текучесть кадров в хосписах достаточно значительна [7, 8], хосписы продолжают существовать, и многие медики работают эффективно на протяжении долгих лет.

Подразделение хосписа – стационарная служба имеет четкую спецификацию задач при

постоянном функциональном взаимодействии, которое необходимо для организации работы всего хосписа. Занятость персонала определяется в соответствии с должностной инструкцией и является одинаковой в течение года. Основную часть оплаты труда составляет оклад, утвержденный для соответствующей должности. Помимо этого, по результатам работы выплачиваются премии и предоставляются различные льготы.

Младший медицинский персонал, как правило, не имеет отдельных рабочих мест, выполняет свои обязанности в регистратуре, в палатах больных, в хозяйственной части. Старший медицинский персонал, имея собственные кабинеты, при осуществлении своих обязанностей достаточно мобилен.

Умирание – это в большинстве случаев не мгновенный процесс, а ряд стадий, сопровождаемый последовательным нарушением жизненно важных функций. Это позволяет часто начать мероприятия по борьбе за жизнь до наступления смерти.

В прошлом смерть часто принималась как явление естественное; ее знали и делали все так, как нужно. Сейчас все изменилось. Смерть стараются не видеть и ее не знают, а когда она все-таки подходит близко, то становится особенно трудно не только пациенту, но и его родным.

Смерть часто является тяжелым потрясением для родных, а поэтому к ним в таких случаях следует отнестись с особой заботой и вниманием, оказать им психологическую поддержку.

Мы часто считаем, что обреченному нужны только уход и комфорт; это не так. Его родственники часто думают, что в больнице умирающему будет лучше, там знают, что делать. Умирать трудно в любых условиях, но умирать у себя дома, когда около тебя те, кого ты любишь и кто тебя любит, легче. Последние часы жизни умирающий, как правило, хочет быть с близкими, почувствовать их любовь и дать им свою. Это необходимо должным образом объяснить родственникам и близким умирающего.

Находясь у себя дома, обреченный пациент имеет возможность дольше сохранить свой обычный образ жизни. Многие придется менять, ему нужно научиться принимать опеку без огорчения, а родным суметь так ухаживать за ним, что бы он не очень сильно заметил перемену и не почувствовал свою беспомощность и зависимость

от других. В таких случаях есть возможность обучить родственников элементам ухода за обреченным пациентом на дому и в первое время помочь им в уходе (при необходимости).

Родственникам обреченного необходимо объяснить, что ему надо дать возможность продолжать трудиться, заботиться о семье и участвовать в решениях вопросов, касающихся его самого и его семьи, насколько это возможно.

Если умирающий находится в стационаре из-за тяжести своего состояния, то к уходу за ним также можно привлекать его родных и близких, которые психологически подготовлены и обучены элементам ухода. Они могут, например, покормить пациента, поправить постель, провести некоторые гигиенические мероприятия. Чтобы пациент не чувствовал себя одиноким и покинутым, они могут посидеть рядом, держа его за руку, касаясь его плеча, волос, или почитать ему книгу, когда контакт не только эмоциональный, и физический, он бывает полнее.

Даже если пациент забылся или без сознания, он все равно чувствует. Необходимо говорить с ним, даже если Вам кажется, что он не понимает.

Как вести себя у постели умирающего, как и о чем с ним можно разговаривать, как наносить визиты пациенту – этому должна научить родственников и близких обреченного медсестра, которая должна помнить, что они сами нуждаются в психологической поддержке [9, 10].

Родные и близкие умирающего человека проходят те же стадии горя. После смерти близкого человека горе потери может омрачить всю последующую жизнь остающихся жить. Последствия могут отразиться на их психическом равновесии и подорвать здоровье. От горя невозможно спрятаться, его нужно пережить. Подготовить психологически к предстоящим переживаниям родных и близких обреченного может медсестра.

Во всем мире есть категория врачей, которые не занимаются ни лечебной, ни диагностической работой и в то же время оказывают весьма существенное влияние на результаты всей лечебно-диагностической, фармацевтической и медико-профилактической помощи населению. Это организаторы здравоохранения, от деятельности которых зависят работа больниц, клиник, поликлиник, состояние здравоохранения и материально-техническое обеспечение лечебно-

профилактических учреждений района, города, области, республики и всей отрасли в целом. И на этом уровне (уровне приказа и распоряжения) на первое место выходят правовые взаимоотношения, которые должны четко определять обязанности, ответственность и права должностных лиц. Полноправным участником лечебно-диагностического процесса является также и пациент. Профессиональное невежество врача, халатность, врачебная ошибка, несчастный случай в медицинской практике, отсутствие медикаментов, могут приводить к тяжелым последствиям, но в любом случае пациенту должны быть гарантированы здоровье и жизнь [11].

История медицины свидетельствует о том, что взаимоотношения врача и пациента постоянно меняются, отражая особенности развития и специфику трансформации общества и медицины. В этой связи существуют различные модели взаимоотношений врача и пациента: патерналистская, контрактная, коллегиальная, техническая. Любая модель отношений врача и пациента, как бы ни отличались они друг от друга, содержит в себе исторически сложившиеся нормы, традиции и принципы врачевания века, минувшие со времён Гиппократов, появились новые возможности, которые наука дала врачу для профилактики, диагностики и лечения больных, изменился объём знаний в области медицины, изменился и сам пациент, а так же его отношение к своему здоровью и медицине. Наряду с этим изменились и требования, предъявляемые к современному врачу. Наличие болезни, страх, психологический дискомфорт, отсутствие или недостаточность медицинских знаний делают пациента более уязвимым и незащищенным в процессе общения с врачом [12]. Врач же, напротив, находясь «на своей территории», ведет себя более свободно и уверенно. Поэтому именно он должен быть инициатором установления с пациентом отношений сотрудничества, основанных на доверии, коллегиальности, взаимной заинтересованности, равноправии и активном участии обеих сторон.

Горе надо принять и глубоко переживать; потеря должна быть воспринята не только умом, но и сердцем, не только интеллектуально, но и эмоционально. Без такого полного переживания горе будет очень продолжительным и может привести к хронической депрессии, потери радости жизни и даже всякого желания жить. Могут развиваться тяжелые болезни. Известно, что

неизжитое горе чаще всего бывает у тех, кто не мог хорошо проститься с умершим, не видел мертвого тела, не был на похоронах.

Медицина обозначает это состояние такими словами: «Неизжитое горе создает психологический дефицит». Изживание горя делает человека способным вспомнить умершего без эмоциональной боли и сохранить живые чувства для других.

Необходимо помнить, что весь персонал, работающий с обреченными, также нуждается в психологической поддержке, так как во время своей работы они сами переживают многочисленные потери. В этом одна из причин хронического эмоционального стресса у медперсонала [13,14].

Хоспис – это вид паллиативной помощи больным в терминальной стадии любого заболевания (рак, СПИД и других), когда лечение уже не имеет смысла, но больной очень нуждается в медицинской помощи и психологической поддержке.

Идеология хосписной помощи определяет смерть как нормальный процесс и последнюю фазу жизни умирающего – особенное время для объединения и примирения. Она считает, что умирающий должен жить полноценно с достоинством и комфортом до самой смерти. Оказываемая помощь не ускоряет и не откладывает срок приближающейся смерти. Она направлена на постоянную поддержку семьи и друзей умершего в период тяжелой утраты. Философия хосписных организаций предполагает важность передачи информации о принципах хосписной помощи другим организациям и структурам.

Образовательные курсы проводятся для сестер, семейных врачей, врачей стационаров, представителей социальных служб и добровольных организаций. Они состоят из лекций, семинаров, индивидуальных занятий и практических занятий для команд.

Следует ожидать, что хосписы оказывают, и еще больше окажут в будущем благотворное влияние на всю остальную медицину. Во-первых, накопленное здесь особое искусство ухода за тяжело больными, в том числе умирающими, должно использоваться врачами и медсестрами, работающими с подобными пациентами вне хосписов. Во-вторых, в наш век высокотехничной, крайне специализированной медицины необходимо реабилитировать древнейшую этическую заповедь

медицины «*Salus aegroti suprema lex*» («Благо больного – высший закон»).

Реализация в хосписах права человека на «смерть с достоинством» по своему социокультурному значению выходит за рамки медицинской реальности и отражает характерные черты цивилизации в целом.

Философия хосписного дела утверждает этические подходы при оказании помощи умирающему человеку [15]. В практике паллиативной медицины как приоритетной заботы о качестве

жизни умирающего пациента этический принцип уважения к жизни претерпевает развитие, что ведет к обоснованному разграничению ординарных (этически обязательных) и экстраординарных (этически необязательных) методов лечения умирающих. Одновременно применение этического принципа уважения автономии и достоинства личности ведет к трансформации традиционной медицинской «святой лжи» в одну из этических дилемм, характерных для современной прикладной этики в целом.

Литература

- 1 Гнездилов А. В., Иванюшкин А. Я., Миллионщикова В.В. Дом для жизни // Человек. – № 5. – С.116- 121. – 1994.
- 2 Бусыгина Н.П. Холистическая модель болезни как основа практической деятельности психолога // Вопросы онкологии. – 2000. – №4.
- 3 Обезболивание при раке и паллиативное лечение: доклад Комитета экспертов ВОЗ (Серия технических докладов). – Женева. – 1992. С. 36.
- 4 Новиков Г.А., Чисов В.И., Прохоров Б.М. Состояние и перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. В 2 т. М., м.1. – С.1-17, 2004.
- 5 Вельшер З., Тарабрина В., Коробкова Л.И. Психонкология: междисциплинарный подход, паллиативная медицина и реабилитация. – 2002. – №2-3.
- 6 Иванюшкин А.Я., Хетагурова А.К. История и этика сестринского дела. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2003. – С.20.
- 7 Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. – 2001. – №1.
- 8 Батапшев А.В. Психодиагностика в управлении. Практическое руководство. – М.: Дело, 2005. – 496 с.
- 9 Большакова Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психологического выгорания у медицинских работников: дисс.канд.псих.наук. – Ярославль, 2004. – 187 с.
- 10 Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. – СПб.: Издательство «Речь», 2004. – 162 с.
- 11 Ведерникова В.Г. Гуманитарные проблемы обустройства социального пространства: философия хосписа: автореф.дисс.канд. философ.наук. – Пермь, 2010. – 30 с.
- 12 Практикум по психологии менеджмента и профессионалов деятельности // под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб.: Речь, 2003. – 444 с.
- 13 Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. – М.: Академический проект, 2003. – 304 с.
- 14 Урванцев Л.П. Психологические аспекты оптимизации деятельности врача: проблемы и перспективы // Научные основы прикладной психологии. – М., 1989. – С. 29-30.
- 15 Хосписы. Сборник материалов / сост.: В.В. Миллионщикова (отв.ред.), П.Н. Лопанова, С.А. Полишкис. – М., 2002. – 177 с.

References

- 1 Gnezdilov A.V., Ivanuywkin A.Y., Millionwikova V.V. Dom dlya zhizny // Chelovek. – № 5. – S.116-121. – 1994.
- 2 Busigina N.P. Holisticheskaya model bolezni kak osnova prakticheskoy deyatel'nosti psyhologa // Voprosi onkologii. – 2000. – №4
- 3 Obezbolivanie pri rake i palliativnoe lechenie: doclad Komiteta ekspertov VOZ (Seriya tehnicheskikh docladov). – Zheneva, 1992. – S.36.
- 4 Novikov G.A., Chissov V.I., Prohorov B.M. Sostoyanie i perspektivi razvitiya palliativnoy pomoshi onkologicheskim bolnim. Kurs lekciy po palliativnoy pomoshi onkologicheskim bolnim. V 2 t. M., t.1, c.1-17, 2004.
- 5 Velwer Z., Tarabrina V., Korobkova L.I. Psyhoonkologiya: mezhdisciplinarni podhod, palliativnaya medicina i reabilitaciya. – 2002. – №2-3.
- 6 Ivanuywkin A.Y., Hetagurova A.K. Istoriya i etika sestrinskogo dela. – M.: GOU VUYMC. 2003.– S.20.
- 7 Gnezdilov A.V. Psyhicheskie izmeneniya u onkologicheskikh bolnih // Prakticheskaya onkologiya. – 2001. – №1.
- 8 Batapwew A.V. Psyhodiagnostika v upravlenii. Prakticheskoe rukovodstvo. – M.: Delo, 2005. – 496 s.
- 9 Bolwakova T.V. Lichnostnie determinanty i organizacionnie factory vzniknoveniya psyhologicheskogo vigoraniya u medicinskih rabotnikov: diss. kand. psyhol. nauk. – Yaroslavl, 2004. – 187 s.
- 10 Gnezdilov A.V. Psyhologiya i psyhoterapiya poter. – SPb.: Izdatelstvo «Rech», 2004. – 162 s.

-
- 11 Vedernikova V.G. Gumanitarnie problemi obustroistva socialnogo prostranstva: filosofiya hospisa: avtoref. diss. kand. filosof. nauk. – Perm, 2010. – 30 s.
 - 12 Praktikum po psikhologii menedzhmenta i professionalnoy deyatel'nosti / pod red. G.S. Nikiforova, M.A. Dmitriyevoy, V.M. Snetkova. – SPb.: Rech, 2003. – 444 s.
 - 13 Solozhenkin V.V. Psikhologicheskie osnovy vrachebnoy deyatel'nosti. – M.: Akademicheskii Proekt, 2003. – 304 s.
 - 14 Urvancev L.P. Psikhologicheskie aspekty optimizatsiy deyatel'nosti vracha: problemi i perspektivy // Nauchnye osnovy prikladnoy psikhologii. – M., 1989. – S. 29-30.
 - 15 Hospisi. Sbornik materialov, / Sostaviteli: V.V. Millionvikova (otv.red.), P.N. Lopanova, S.A. Poliwkis. – M., 2002. – 177 s.