

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурдина Н. А. Аспекты психического воздействия геометрии формы пространства интерьера на жизнедеятельность человека: Дис. канд. архитектуры: 18.00.01. – Екатеринбург, 2004. – 155 с.
 2. Иконников А. В. Архитектура города: Эстетические проблемы композиции. – М.: Стройиздат, 1972. – 224 с.
 3. Черноушек М. Психология жизненной среды. – М.: Мысль, 1989. – 174 с.
 4. Филин В. А. Видеоэкология. – М.: МЦ Видеоэкологии, 2001. – 312 с.
 5. Ладовский Н. Психотехническая лаборатория архитектуры // Известия АСНОВА, № 1, 1926.
 5. Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. — СПб.: Питер, 2006. – 1096 с.
-

УДК 72.01

ПРОБЛЕМЫ ХОСПИСА В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Мироненко О. В., аспирант

Харьковский государственный технический университет строительства и архитектуры
8(057)7162620

Аннотация. Рассмотрены основные проблемы организации службы хосписов.

Ключевые слова: безнадежно больные, семьи больных, полиативная помощь, хоспис.

Постановка проблемы. Хоспис является существенным восполнением традиционной модели медицины, важным шагом на пути социализации и гуманизации инкурабельного страдания и умирания. Медицина должна строиться на единстве трех целей – обеспечения достойного здорового существования, достойного человеческого страдания и достойной смерти, которые, только будучи взяты комплексно, адекватно описывают сущность человеческой жизни.

Цель работы состоит в анализе существующей проблемы хосписов.

Задачи работы:

- рассмотреть исторические предпосылки возникновения первых хосписов;
- исследовать их внутреннюю структуру, ее недостатки и преимущества.

Начиная с середины XIX века европейское сообщество и медицина жили, инфантильно отвернувшись от неизбежности страдания и смерти. Пришло время для того, чтобы повернуться к ним лицом. Модель медицинской практики, в центре которой лежат технологии и стереотипы врачебного поведения, эффективные для купирования острых заболеваний, должна быть дополнена моделью, строящейся на культуре милосердного ухода, облегчения страдания, социальной и психологической поддержки умирающего и членов его семьи. Цель хосписа не только дать больному возможность умереть спокойно и без страданий, но и принести его родным, проходящим через тяжелые испытания, душевное облегчение.

© Мироненко О. В., 2011

Первый хоспис современного типа был создан в Англии доктором Сесилией Сондерс в 1967 году. Сегодня в этой стране существует общенациональная сеть хосписов, и не найдется страдающего человека, которому отказали бы здесь в помощи. Супругами Виктором и Розмари Зорза было создано общество «Хоспис Экшн». Спустя несколько лет в США работали уже десятки хосписов. Подобные учреждения сегодня существуют во всех развитых странах. К понятию «хоспис» тесно примыкает понятие «паллиативная помощь». Система ухода, которая направлена на оказание больному помощи для облегчения его соматического и психического состояния, а также на поддержание его социального и духовного потенциала получила название *системы паллиативной помощи*. Паллиативная помощь – это современное направление общественного здравоохранения. Паллиативная помощь – это активная общая помощь больному в той стадии заболевания (терминальной), когда лечение оказывается неэффективным. В этой ситуации борьба с болями и иными соматическими проявлениями, а также решение психологических, социальных или духовных проблем больного приобретает первостепенное значение. Формы и методы системы паллиативной помощи используются в хосписах.

Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов – это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением) и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни. Именно помощи больному в конце жизни в России уделялось и до сих пор уделяется очень мало внимания. Неправильным было бы считать, что умирающий больной нуждается только в уходе. На самом деле существует много профессиональных тонкостей, необходимых для облегчения страдания, которые может решить только подготовленный врач. Ведь и умирающему больному, как считают многие специалисты, должна быть оказана квалифицированная медицинская помощь. Цели и задачи паллиативной помощи:

1. Адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов.
2. Психологическая поддержка больного и ухаживающих родственников.
3. Выработка отношения к смерти как к нормальному этапу пути человека.
4. Удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.
5. Решение социальных и юридических вопросов.
6. Решение вопросов медицинской биоэтики.

Можно выделить три основных группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи в конце жизни:

- больные злокачественными новообразованиями 4-й стадии;
- больные СПИДом в терминальной стадии;
- больные неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной и почечной недостаточности, рассеянный склероз, тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения и др.).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ все многообразие можно разделить на две основные группы – это помощь на дому и в стационаре. Стационарными учреждениями паллиативной помощи являются хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи, расположенные на базе больниц общего профиля, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, организованной как самостоятельная структура или являющейся структурным подразделением стационарного учреждения.

Для удовлетворения потребностей больного в комплексном уходе и различных видах помощи необходимо привлечение различных специалистов как медицинских, так и немедицинских специальностей. Поэтому бригада или штат хосписа обычно состоит из врачей, медицинских сестер, имеющих соответствующую подготовку, психолога, социального работника и священника. Прежде всего, необходимо признать, что есть пробелы в знаниях

врачей и медицинских сестер в вопросах помощи инкурабельному и умирающему больному.

Возникновению хосписов в России мы обязаны английскому журналисту Виктору Зорза, который сумел пробить бюрократические стены и организовать здесь первый хоспис в Ленинграде, он послал двух советских врачей в Англию, организовал подготовку ленинградских медсестер английскими инструкторами. Ленинградский хоспис стал работать в виде выездной службы в одном из районов города. Виктор Зорза уроженец Западной Украины, впоследствии гражданин Великобритании и известный журналист, он приезжает в Россию с целью создания первого хосписа в стране и пропаганды идеи хосписного движения. Попытка создания хосписа в Москве, предпринятая им в 1985 году, не увенчалась успехом. Лишь в 1990 году сумел пробить бюрократические стены и открыть в Санкт-Петербург по его инициативе и при непосредственном участии первый в России хоспис в Лахте (Санкт-Петербург). Главным врачом этого хосписа стал врач-психиатр и гуманист Андрей Владимирович Гнездилов. Сейчас именно этих двух людей можно назвать основоположниками хосписного движения в России. Вместе они по крупицам создавали первый хоспис в Лахте. Большую помощь в организации работы и обучении персонала оказали врачи и медицинские сестры из Англии, которые на первых порах курировали работу хосписа и неоднократно проводили семинары по вопросам паллиативной помощи.

Позднее хосписы начинают появляться и в других городах: Туле, Ярославле, Москве, Архангельске, Ульяновске, Омске, Кемерово, Астрахани, Перми, Петрозаводске, Смоленске и других городах России. В 1991 году открывается хоспис в Туле, в 1992 – второй хоспис в Санкт-Петербурге, и начинается постепенное развитие службы в Москве, Тюмени, Кемерово, Архангельске и других городах. На сегодняшний день в России организовано более 130 структурных подразделений паллиативной помощи, и около 60 находятся в стадии организации. В 1991 году на базе МНИОИ им. П. А. Герцена организован Российский Научно-учебно-методический центр лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных, а в 1993 году – Экспертный Совет по организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным.

В соответствии с приказом Минздрава РФ № 171 от 20 сентября 1989 г. и № 128 от 31 июля 1991 г. амбулаторная помощь онкологическим больным с хроническим болевым синдромом должна оказываться в кабинетах противоболевой терапии, организуемых в составе медицинских учреждений онкологического и общетерапевтического профиля. Но на практике организация работы этих кабинетов была затруднена по многим причинам, как объективным, так и субъективным.

До настоящего времени в нашей стране практически вся работа по оказанию паллиативной помощи инкурабельным больным возложена на участковых терапевтов. Лишь в немногих поликлиниках, к сожалению, сохранились должности врача-онколога. Следовательно, значительная часть участковых терапевтов и сегодняшних студентов – будущих врачей неизбежно столкнется с этой проблемой в своей профессиональной деятельности. Поэтому основы паллиативной помощи должны преподаваться не только онкологам, но и врачам общей практики, терапевтам и студентам медицинских вузов.

Хоспис – что это такое? Многие считают, что хосписы экономически невыгодны. Но более выгодного учреждения в нравственном аспекте не существует. По данным ВОЗ, каждого безнадежного онкобольного окружает 10–12 близких разной степени приближенности к нему людей – семья, коллеги, друзья, соседи. Без помощи хосписа, оказавшись один на один с проблемой умирающего больного, эти люди вынуждены бросать работу, испытывать бесконечные угрызения совести, чувство вины, страдают канцерофобией (страх заболеть раком). Хоспис – самое выгодное вложение капитала для государства, которое думает о своих гражданах и о том, чтобы они возвращали затраченные на них государством средства.

Количество безнадежно больных растет с каждым годом. И это не только люди с онкологическими заболеваниями. Хосписов мало в стране, мест в них единицы. Отсюда несколько проблем: 1. Хосписы должны быть бесплатны, и государство должно гарантировать последний уход за своими больными. 2. Для родственников обязательно должна проводиться работа и обучение, и не только по уходу, но и по работе терапевтической, духовной, чтобы справиться с горем, которое испытывают все люди. И это одна из основных целей и задач работы хосписа. 3. Необходимо обеспечить условия в хосписах хотя бы для онкобольных, решать проблему всех категорий неизлечимо больных в Украине нужно поэтапно. Онкобольные – это единственная категория, у которых отмерено время пребывания в хосписе. А больной, например, после инсульта может жить годами в хосписе, но государство себе пока этого позволить не может. Хотя правильно решать проблему надо так, как это делается в развитых странах. Хоспис – это не дом престарелых, так как возраст заболевших – от детей до пожилых людей. Также принципиальное отличие заключается и в том, что продолжительность жизни больных в хосписе составляет преимущественно до 6 месяцев. Это одно из условий поступления в хоспис и паллиативной медицины – прогноз жизни 6 месяцев и меньше. Могут быть и исключения. Люди в хосписе ближе к той таинственной черте подведения итога жизни, поэтому они намного мудрее нас, поэтому они позволяют себе такую роскошь, как не думать о смерти и о горе. Они умеют отвлекаться, умеют сосредоточиться, они очень мудры, и нам, здоровым людям, надо иметь очень большое сердце, очень большие уши и очень большие глаза, чтобы все это увидеть, услышать и научиться принимать с достоинством все, что нам грядет.

Как принимать на работу в хоспис и чем мотивировать сотрудников? В хосписе должны оказываться медикаментозная, психологическая, юридическая, социальная и духовная помощь как пациенту, так и его семье. Персонал подобрать очень сложно. Это тяжелая работа, как психоэмоциональный и физический труд. За день сотрудник поднимает до одной тонны тяжелого веса. Врачи и медсестры в хосписе или должны отдавать больным и их родным свою душу, или, в противном случае, их нельзя сюда подпускать даже близко. Первый московский хоспис делает подбор так: каждый человек, изъявивший желание работать, должен отработать минимум 60 часов добровольцем после предварительного собеседования и тестирования. После этого выносятся вердикт всем персоналом, на службах которых побывал доброволец, и в необидной форме отказывают или принимают добровольца с трехмесячным испытательным сроком. Если он проходит этот срок, то заключают контракт на год. И только по прошествии года продлевается договор бессрочный. Но все равно текучесть кадров – приблизительно 40 %. Это средний и младший персонал, на который ложится самая сложная работа. Это тяжелая проблема, но другого решения подбора персонала в хоспис нет. Люди получают чистую, прозрачную зарплату, состоящую из бюджетных средств и большого социального пакета. Это оплата проезда на работу, бесплатные обеды для сотрудников и добровольцев, это частичная оплата коммунальных услуг, это бесплатные оздоровительные лагеря для детей сотрудников, ну и материальная помощь.

В развитии каждого заболевания рано или поздно наступает момент, когда попытки остановить прогрессирование болезни теряют смысл. Перед медиками встает другая задача – не вылечить, а обеспечить достойное для человека умирание и смерть. Пришло время для того, чтобы повернуться к ним лицом. Модель медицинской практики, в центре которой лежат технологии и стереотипы врачебного поведения, эффективные для купирования острых заболеваний, должна быть дополнена моделью, строящейся на культуре милосердного ухода, облегчения страдания, социальной и психологической поддержки умирающего и членов его семьи.

Если мы поворачиваемся спиной к инвалидам, хроническим больным и умирающим, лишая их социального пространства, подвергая социальной изоляции. То это насилие как бумеранг рано или поздно вернется к каждому в форме страха. Страх быть брошенным в одиночестве перед лицом страдания и надвигающейся смерти. Брошенным не в смысле от-

сутствия обезболивающих средств, а в смысле отказа в общении. Особенно наглядно действие предпосылочного понимания того, что собой представляет человек, дано в архитектуре — овеществленной психологии народа в камне и бетоне.

Дома строятся для человека молодого и здорового, дороги мостятся и улицы прокладываются так же для человека молодого и здорового. Дома строятся так, что в них практически не предусматривается проживание индивида, или серьезно (хронически) больного человека — пятиэтажки без лифтов или лифты, в которые не въедет инвалидная коляска. Непрístupные для этих же колясок марши лестниц, подъездов, и отделяющие поверхность тротуаров от входа в лифт. Узкие пролеты лестниц и лифты, в которые при всем желании не войдут санитарные носилки, не говоря уже о необходимости выносить гроб. Но так строятся не только дома — школы, кинотеатры, театры, магазины, метро, автобусы и все остальное создается для человека, образ которого в сознании и архитекторов, и остальных людей предстает в категориях здоровья и молодости.

Старость, страдание и смерть вытеснены из общественного сознания. В случаях острой патологии человек мыслит свое состояние как временное, которое следует преодолеть поскорее, то с определенной стадии хронического заболевания подобное стремление становится иллюзорным. Болезнь становится неотъемлемой частью жизни больного.

Однако модель отношения к хроническому больному остается той же, что и к острому. Опять же архитектуры больничного пространства. Палата (койка), коридор, столовая, туалет, процедурная и все. Клиника строится для человека, который достаточно быстро и эффективно может быть возвращен к норме. В архитектуре больничного пространства нет места умиранию и смерти. Поэтому Хоспис является значительным шагом на пути защиты фундаментального права человека — права на достойную жизнь до конца.

Особенность хосписа, которая принципиально отличает его от существующих в настоящее время служб помощи тяжело больным, в равном внимании к физическим, психологическим и духовным нуждам. Вторая важнейшая особенность хосписа в том, что объектом его заботы является не просто больной человек, а его семья в целом. Из этих важнейших условий работы следует то, что сотрудники и волонтеры хосписа делают для организации жизни и поддержки родных и близких больного. Обучение близких правилам и приемам ухода и обслуживания больного поможет им заметно облегчить физические тяготы болезни. Это поможет родным чувствовать себя более уверенно и снять чувство абсолютной беспомощности. Если близкие будут готовы к тем изменениям, которые могут произойти в следующий момент, это поможет им чувствовать себя более безопасно. Кроме того, система обучения навыкам ухода за больным может быть одной из возможностей привлечения волонтеров к участию в программе хосписа.

Программа хосписа не может быть реализована в полной мере только сотрудниками. Важнейшей задачей является привлечение волонтеров для помощи семье в решении бытовых проблем; для заботы о детях, внимание к которым меньше в связи с уходом за больным, особенно, если болен один из детей и не хватает внимания его брату или сестре. Важен может быть даже небольшой отдых, который могут дать близким больного специально подготовленные помощники. Важнейшей функцией, которую может взять на себя хоспис, может быть помощь-посредничество в разрешении застарелых семейных и других социальных конфликтов между умирающим и его окружением. В структуре программ хосписа необходимы группы поддержки для потерявших близких. Участие в подобных группах должно помочь родным преодолеть чувство изоляции, исключенности из жизни, которые могли возникнуть за время ухода за тяжело больным. Принятие собственных чувств и переживаний — это и путь поддержки, и возможность переструктурировать свою жизнь в новых условиях, обрести новый смысл.

Своевременная помощь может уберечь человека от опасных, необдуманных поступков и от развития психосоматических заболеваний. Важна взаимопомощь от общения

с людьми, имеющими сходные переживания. Участники подобных групп являются потенциальными волонтерами программ хосписа.

Вывод: благодаря новому подходу к заботе об умирающих возможно, умирая, не переживать тот ужас небытия, что рисует нам воображение. Хоспис помогает подготовиться к тому, что должно произойти, приняв смерть без прежнего страха. В хосписе больного и его семью воспринимают как единое целое. Помощь близким в том, чтобы они без страха и чувства вины относились к умирающему, могли принять новые проявления его личности на этом одном из сложнейших этапов жизни. Хоспис – это один из таких шагов, которые сделают современное общество и каждого гражданина в нем немного счастливее, чуть-чуть защищеннее. Это путь к избавлению от страха перед страданиями, сопутствующими смерти, путь к восприятию ее как естественного продолжения жизни. Хосписы необходимы современному обществу, в котором уровень боли превзошел все мыслимые пределы. Хосписов должно быть больше, и каждый должен знать о них.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Путь к смерти. Жить до конца»: Прогресс; Москва; 1990 ISBN 5-01-003089-6
 2. «Хоспис и права человека» П. Д.Тищенко, Институт философии РАН
 3. «Хоспис Святого Иоанна» Дата: 07.09.2009 Рубрики: Северная Америка.
 4. Первый московский хоспис, 2006–2009. <http://www.hospice.ru/?/nid=1>
 5. Малеина М. Н. Человек и медицина в современном мире. – М. – 1995.
 6. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. – СПб.: Речь, 2002. – 162 с.
 7. Система нормативных документов в строительстве. Хосписы. МГСН 4.01-94.
 8. Крайг Г. Психология развития. – СПб.: Питер, 2002. – 992 с.
 9. Соколова О. А. Проблемы психологической реабилитации онкобольных. – Хабаровск: ХГПУ, 1999. – 116 с.
-