

лось с тобою чего хуже», а другому при том же сказал: «прощаются тебе грехи твои» [5, с. 612]. Здесь, очевидно, Господь исцеляет от болезни, действуя на причину болезни, причиной же была их греховная жизнь.

Все составляющие человеческого здоровья стали испытывать влияние греховной заразы. Духовное и нравственное, психическое, ментальное, социальное, физическое — все они нуждаются во врачевании. При общем сопоставлении наблюдается преобладание роста психических болезней и пограничных состояний психики. Ученые связывают это явление с информационным и технологическим взрывом, ускорением темпов современной жизни, повседневными стрессами, приводящими к срывам психической адаптации. В последние десятилетия начали превалировать «болезни цивилизации» и психосоматические заболевания. Пагубность ускорения темпов жизни заключается, среди прочего, в том, что человек катастрофически теряет способность оценить свое собственное душевное и духовное состояние; он перестает смотреть внутрь себя и давать оценку своему бытию с позиции вечных, непреходящих ценностей; он уже не умеет воспринимать себя как венец творения, как образ и подобие Божие. Христианское церковное самосознание личности отсекает ненужную ни для души, ни для творческого роста информацию. Время личной молитвы и церковного богослужения возвращает человеку способность внутреннего мирозерцания, детерминирует его в системе координат Божественного мироздания и подвигает личность к осмыслению вечных вопросов, прилагая их решение к уровню своего личностного бытия. Согласно православному пониманию, болезнь может быть полезна для человека. Чтобы малой неприятностью избавить нас от большей «посылает Бог иное в наказание, как епитимью, иное в образумление, чтоб опомнился человек; иное, чтоб избавить от беды, в которую попал бы человек, если бы был здоров; иное, чтобы терпение показал человек и тем большую заслужил награду; иное, чтобы очистить от какой страсти, и для многих других причин» — поучает св. Феофан Затворник [6, с. 216]. Принимая свою болезнь с кротостью и терпением, видя в ней волю Божию, человек как бы берет на себя начало крестоношения, т. е. добровольного следования за Христом в страдании. И тогда болезнь, ужасающая и бессмысленная для обыденного мира, становится осмысленным подвигом, направленным на становление души, на обретение духовного здоровья.

Выводы

Таким образом, степень духовного здоровья определяется теми ценностями и смыслами, которыми мы руководствуемся в жизни и деятельности. В конечном счете, именно разобщенность с Богом, расторжение благодатного общения с Ним лежит в основе нашего физического, психического и духовного неблагополучия. Если мы пренебрегаем этой аксиомой православного богословия, то неизбежно заболеваем каким-либо духовным недугом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Библия / Книга Иисуса, сына Сирахова. — 2-е изд. — М., 1992. — С. 1219.
2. Свт. Феофан Затворник. Творения. / Феофан Затворник, Святитель. — М., 1998. — Ч. VIII. — С. 289.
3. Мелехов, Д. Е. Психиатрия для пастырей / Д. Е. Мелехов. — М.: Феникс, 2000. — 343 с.
4. Библия / Послание к Фессалоникийцам святого Апостола Павла. — 2-е изд. — М., 1992. — С. 1219.
5. Библия / От Матфея святое благовествование. — 3-е изд. — М., 1998. — С. 919.
6. Свт. Феофан Затворник. Творения. / Феофан Затворник, Святитель. — М., 1998. — Ч. VI. — С. 189.

УДК 614.2

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ КАК СОВРЕМЕННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сироткин А. А., Свентицкая А. Л.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Начало XXI в. знаменуется глобальным старением населения, ростом онкологической заболеваемости, распространением СПИДа, увеличением числа больных с хроническими прогрессирующими заболеваниями, что приводит к появлению большой группы инкура-

большинства больных, испытывающих сильнейшие страдания и нуждающихся в адекватной комплексной медико-социальной помощи. Сегодня в мире ежегодно умирают 55 млн людей, заболевают раком 10 млн человек (2000 г.). Предполагается, что в 2020 г. число заболевших увеличится до 15 млн, а в 2050 г. — до 24 млн [2, с. 257–264].

Еще 1970-е гг. небольшая группа экспертов под покровительством Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) начала движение за развитие паллиативной помощи более чем в 40 государствах, ведущими среди которых являются Швейцария, США, Великобритания, Канада, Голландия, Бельгия, Франция и Австралия. Паллиативная помощь принимает статус специальной дисциплины со своими правами, академическими и клиническими позициями, специализированными научными исследованиями и литературой, комплексными программами развития.

Вопрос об оказании паллиативной помощи в Республике Беларусь (РБ) стоит остро. На диспансерном учете в связи с онкологическими заболеваниями состоит более 242 тыс. человек. За последние 10 лет заболеваемость раком в Беларуси выросла на 20 %, смертность от онкологических заболеваний снизилась на 5 % [3]. В особой зоне риска находятся жители Гомеля и Гомельской области, в большей степени пострадавшие от чернобыльской катастрофы.

Результаты исследования и их обсуждение

В прежнем определении ВОЗ (1980) паллиативная помощь определялась как помощь больным, радикальное лечение которым уже не показано. Эта формулировка суживала определение паллиативной помощи, и она должна была трактоваться как помощь на последних стадиях заболевания. Сегодня, однако, общепризнано, что принципы паллиативной помощи должны быть применены как можно раньше в случае любого хронического, в конечном счете, инкурабельного заболевания. Это изменение появилось благодаря новому пониманию того, что проблемы, возникающие в конце жизни пациента, зарождаются уже на ранних стадиях болезни.

В связи с резким распространением СПИДа, стремительным старением населения и продолжающимся нарастанием числа больных злокачественными новообразованиями и другими прогрессирующими заболеваниями, в 2002 г. ВОЗ расширила свой подход к определению паллиативной помощи. В то время как ранее паллиативной помощью считалось симптоматическое лечение больных злокачественными новообразованиями, сейчас это понятие распространяется на пациентов с любыми инкурабельными хроническими заболеваниями в терминальной стадии развития, среди которых, конечно, основную массу составляют онкологические больные.

Кроме того, в новом определении ВОЗ объектом помощи является не только сам пациент, оно включает в себя понятие здоровья и благополучия членов семьи и других лиц, ухаживающих за больным. Оно выходит за рамки периода оказания помощи больному во время болезни и включает в себя необходимость поддержки близких, и после смерти пациента, которые переживают тяжелую утрату. Эти положения собраны в самом последнем определении паллиативной помощи ВОЗ: «Паллиативная помощь — направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни инкурабельных больных и их семей посредством предупреждения и облегчения их страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов — физических, психологических и духовных» [1, с. 91–96].

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 [4, с. 45–48]. Именно помощи больному в конце жизни 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.

В 2015 г. в г. Гомеле (РБ) было открыто отделение паллиативной помощи на базе городской больницы № 4 на 25 коек для пациентов, проживающих в г. Гомеле и Гомельском районе и нуждающихся в специальном лечении. Необходимость открытия данного отделен-

ния обусловлена тем, что в Гомеле и Гомельском районе в настоящее время проживают более 17 тыс. жителей, страдающих онкологическими заболеваниями, часть из которых нуждается в подборе индивидуального симптоматического лечения. Кроме этого, отделение предназначено для лечения пациентов, страдающих иными заболеваниями в стадиях, когда требуется специальное лечение. В первую очередь оно будет ориентировано на пациентов в тот момент, когда уже исчерпаны все возможности радикального лечения, но больному и его близким людям по-прежнему необходима врачебная помощь, духовная, психологическая и социальная поддержка. Поэтому в отделении создана атмосфера, максимально приближенная к домашнему уюту. С января 2016 г. планируется формирование бригад медицинских работников для оказания паллиативной медицинской помощи на дому.

Можно выделить три основных группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи в конце жизни: больные злокачественными новообразованиями 4 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.).

По мнению специалистов паллиативной помощи критериями отбора являются: ожидаемая продолжительность жизни не более 3–6 мес.; очевидность того факта, что последующие попытки лечения нецелесообразны (в том числе твердая уверенность специалистов в правильности поставленного диагноза); наличие у больного жалоб и симптомов (дискомфорта), которые требуют специальных знаний и умений для проведения симптоматической терапии и ухода.

Существует многообразие форм оказания паллиативной помощи пациентам. Они различаются в разных странах, так как в каждой стране происходит развитие этого направления по самостоятельному плану. 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. Другие специалисты привлекаются к оказанию помощи по мере необходимости. Используется также помощь родственников и волонтеров.

Как правило, люди, вовлеченные в оказание паллиативной помощи больным, начинают оказывать помощь на добровольной основе. Персонал должен понять и принять принципы паллиативной помощи и иметь квалификацию для ее проведения. Люди, работающие в хосписе, должны быть честными и способными проявить сострадание к больному. Люди, перенесшие горе потери своих близких не должны вовлекаться в оказание паллиативной помощи ранее, чем по прошествии 12 месяцев после этого события.

До настоящего времени в нашей стране практически вся работа по оказанию паллиативной помощи инкурабельным больным возложена на участковых терапевтов, в то время, как должность врача-онколога сохранилась лишь в немногих поликлиниках. 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.

Важно также желание людей обеспечить терминальных больных и умирающих медицинской помощью и уходом, реализовав на деле тем самым принцип гуманности нашей медицины и основной принцип общечеловеческой и христианской этики.

Заключение

Неотъемлемой частью права на медицинское обеспечение является паллиативная помощь. Таким образом, паллиативная помощь должна решать следующие задачи: адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов; психологическая поддержка больного и ухаживающих родственников; выработка отношения к смерти как к нормальному этапу пути человека; решение социальных и юридических вопросов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective / C. Sepulveda [et al.] // Journal of Pain and Symptom Management. — 2002. — № 24. — 103 p.
2. *Stjernswärd, J.* Uganda: Initiating a Government Public Health Approach to Pain Relief and Palliative Care / J. Stjernswärd // Journal of Pain and Symptom Management. — 2002. — № 24. — 296 p.
3. Белорусское телеграфное агентство [Электронный ресурс] / Новости Беларуси. — Минск, 1999 – 2015. — Режим доступа: <http://news.21.by>. — Дата доступа: 20.11.2015.
4. *Стойчева, М. Г.* Паллиативный уход: современный взгляд на новое общественное здравоохранение / М. Г. Стойчева // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2002. — № 6. — 116 с.

УДК 241.13-241.5-374.3

СПЕШИТЕ ДЕЛАТЬ ДОБРО

Солонец Г. В., Ковалевская Л. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский колледж»

г. Гомель, Республика Беларусь

Медицинская профессия — одна из самых замечательных, благородных, гуманных, и востребованных на Земле. Наряду с профессиональными навыками, медицинские работники должны обладать такими качествами как чуткость, доброта, внимательность, человеколюбие, милосердие. Можно ли научить быть милосердными? По мнению учащихся учреждения образования «Гомельский государственный медицинский колледж», научить нельзя, а вот развивать у тех, у кого это заложено природой можно и нужно.

Издравле милосердие и благотворительность, являются нравственной и гуманистической традицией. Традиция помощи пожилым людям, больным, инвалидам, детям, людям, оказавшимся в беде и не имеющим возможности самостоятельно ее преодолеть — это неотъемлемая часть человеческой культуры, моральных норм всех цивилизаций.

«Спешите делать добро», — призывает надпись на памятнике врачу-гуманисту Федору Петровичу Гаазу, установленному в Москве на средства жителей города. Учащиеся Гомельского медицинского колледжа стремятся следовать этому призыву.

В колледже действуют три волонтерских отряда: Центр волонтерских инициатив «Золотое сердце», волонтерский отряд «Милосердие» и «Starfall».

В 1985 г. был создан отряд «Милосердие», который стал вести социальную работу по поддержке инвалидов и участников ВОВ, одиноких пожилых людей. В то время отряд насчитывал около 80 человек.

Дух добровольческой работы, желание помогать другим, сострадание к нуждающимся, стремление участвовать в реализации важных социальных задач были осознаны будущими медицинскими сестрами и фельдшерами. В отряд вошли учащиеся всех курсов и отделений, к работе подключились преподаватели сестринского дела и клинических дисциплин. В 1990 г. в отряде было 120 добровольцев.

С 2000 г. волонтерское движение в колледже поднялось на новый уровень — началось тесное сотрудничество добровольцев с Красным Крестом Центрального района г. Гомеля. В 2002 г. отряд стал волонтером Центральной районной организации Белорусского общества Красного Креста и насчитывал 170 человек. Системность в работе отряда и популяризация деятельности волонтеров медицинского колледжа в городе — таковы позитивные результаты взаимодействия для учреждения образования. А для Красного Креста — это