

Министерство образования и науки Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»
Институт социального образования
Кафедра технологий социальной работы

Паллиативная помощь терминальным больным в условиях прихода святой Елисаветы Феодоровны

Выпускная квалификационная работа

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой технологий
социальной работы
Анисимова А. В.
канд. пед. наук, доцент

Исполнитель:
Арестова Лия Владимировна
студентка _____ группы
заочного отделения

подпись

дата

подпись

Научный руководитель:
Зыскина М. А., канд. мед. наук,
доцент кафедры
технологий социальной работы

подпись

Оглавление

Введение	3
Глава 1. Теоретические аспекты паллиативной помощи терминальным больным в приходе Русской православной церкви	6
1.1. Русская православная церковь как социальный институт.....	6
1.2. Коцепция паллиативной помощи терминальным больным	12
1.3. Цели, задачи паллиативной помощи в приходе Русской православной церкви	19
Глава 2. Опыт паллиативной помощи терминальным больным в Обители милосердия во имя святой Великой княгини Елисаветы Феодоровны	31
2.1. Содержание и анализ паллиативной помощи терминальным больным в церковном приходе	31
2.2. Комплекс мероприятий паллиативной помощи терминальным больным в церковном приходе	49
Заключение	57
Список использованной литературы	60
Приложения	66

Введение

Потребность в оказании паллиативной медицинской помощи будет продолжать расти, что отчасти связано с ростом распространенности инфекционных заболеваний и старением населения во всех регионах мира. Паллиативная помощь не ограничивается оказанием помощи больным с каким-то определенным диагнозом. Паллиативная помощь распространяется на пациентов с любыми incurable хроническими заболеваниями, представляющими угрозу для жизни пациента, среди которых, конечно, основную массу составляют больные раком. Паллиативная помощь определялась как помощь больным, радикальное лечение которым уже не показано, и тогда таким людям требуется оказать паллиативную помощь, которая определяется как направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом смертельного (уносящего жизнь) заболевания [10, с. 54]. Паллиативная помощь является частью общественного здравоохранения, поэтому оказанием этой помощи занимаются не только государственные лечебно-профилактические учреждения и социальные структуры, но также общественные и религиозные организации.

Церковь имеет многовековой опыт облегчения страданий и ухода за больными с неизлечимыми заболеваниями.

Актуальность данной темы заключается в существовании категории людей, которым официальная медицина не может помочь, но, не смотря на это, таким людям нужна помощь, при которой эти люди смогут остаток своей жизни не испытывая физической боли, одиночества и страха, прожить достойно. Чтобы оказать такую помощь возможно использовать ресурсы Русской православной церкви, опираясь на ее опыт.

Проблемы оказания паллиативной помощи рассматривают: Архидиакон Сергей Косовский, Лиознов Д. А. Кузнецова Э. В. Савкина С. Б. Игумен

Мефодий (Кондратьев), Липтуга М. Е., Егорова О. Ю Иерей Роман (Бацман), Марианна Матзо, Добрускин Марк Евсеевич.

Однако, авторы отмечают, что значительная часть работ по оказанию паллиативной помощи анализирует деятельность государственных учреждений, в то время как опыт оказания паллиативной помощи средствами церкви имеет единичный разрозненный характер. Отсюда вытекает противоречие.

Противоречие исследования: между необходимостью оказания паллиативной помощи терминальным больным с одной стороны и недостаточностью использования ресурсов конфессиональных учреждений, Русской православной церкви, в частности, с другой стороны.

Объект исследования – процесс паллиативная помощь терминальным больным.

Предмет исследования – содержание паллиативной помощи терминальным больным в церковном приходе Русской православной церкви.

Цель исследования: на основании теоретических и эмпирических данных разработать комплекс мероприятий по оказанию паллиативной помощи подопечным прихода св. Елисаветы Феодоровны Российской православной церкви.

Гипотеза исследования – вероятно паллиативная помощь терминальным больным в условиях церковного прихода Елисаветы Феодоровны возможна при: оказании психологической и духовной поддержки терминальным больным, осуществлении медицинского ухода, создании комфортных условий быта и межличностного взаимодействия.

Задачи исследования:

- 1) изучить церковь как социальный институт;
- 2) выявить проблемы и потребности терминальных больных;
- 3) раскрыть концепцию, цели и задачи паллиативной помощи терминальным больным;
- 4) рассмотреть опыт паллиативной помощи терминальным больным

в приходе св. Елисаветы Феодоровны.

Методы исследования:

теоретические – анализ, сравнение, обобщение;

эмпирические - беседа, опрос, наблюдение.

Эмпирическая база исследования: Русская православная церковь, Московский патриархат, Приход во имя Святой Елизаветы Феодоровны г. Екатеринбург, ул. Ереванская, 65.

Глава 1. Теоретические аспекты паллиативной помощи терминальным больным

1.1. Русская православная церковь как социальный институт

Церковь – религиозный институт, сформированный на основе единого вероисповедания. Члены церкви разделяют общие нормы, догматы, правила поведения и делятся на священство и мирян.

Остановимся в начале на тех объективных предпосылках, которые позволяют рассматривать Церковь, как социальный институт, который способствует развитию паллиативной и хосписной помощи.

Не лишним будет напомнить, что сама идея помощи тяжелобольным и умирающим людям и организации для них специальных учреждений – приютов, а также домов общественного призрения родилась в недрах христианской европейской культуры, в тот период ее развития, в котором Церковь была одним из главенствующих социальных институтов.

В Византии большинство лечебных учреждений находились в ведомстве Церкви, а их служители причислялись к церковному клиру. Церковь рассматривалась как естественный орган благотворительности и социальной поддержки, аккумулирующий и перераспределяющий общественные средства в пользу нуждающихся [42, с. 107]. Интересен опыт отечественной социально-медицинской благотворительности, ярким примером которого является деятельность Свято-Покровского женского монастыря в Киеве. Монастырь был основан трудами Великой княгини Александры Петровны Романовой, в иночестве Анастасии в конце XIX века и получил широкую известность благодаря бесплатной, и вместе с тем, одной из лучших по оснащенности и качеству лечения и ухода клиник. Здесь размещался первый в Киеве и всей Российской Империи рентгеновский аппарат. Практиковали лучшие киевские врачи, в том числе будущий президент Академии наук Украины Даниил Кириллович Заболотный.

Амбулатория, принимала до 500 больных в день. Аптека бесплатно отпускала лекарства по рецептам врачей клиники. Были организованы стационар, с терапевтическим и хирургическим отделением, приют для неизлечимых больных, а в период эпидемии тифа — инфекционное отделение. За 20 с небольшим лет своего существования в клинике было произведено около восьми тысяч хирургических операций различной сложности с летальностью менее 4% [25, с. 84].

Организация питания и ухода за больными находились на попечении обитатели. Младший медицинский персонал больницы составляли монахини монастыря. Средства на содержание поступали от благотворительных пожертвований, в первую очередь членов Императорской Фамилии, государственного бюджета, а также доходов монастыря.

Данный исторический пример может быть положен в основу модели паллиативной помощи, характерной особенностью которой является партнерское объединение организационных, материальных и моральных ресурсов церковных, общественных и государственных организаций в сочетании с разделением их социальной компетенции.

Церковь, как общественно-историческое образование — один из важнейших социальных институтов, представляющая собой сложную централизованную и иерархическую систему. Кроме того, это — устойчивый комплекс формальных и неформальных правил, идей, принципов, ценностей и норм, регулирующих повседневную жизнедеятельность людей и организующих их в систему социальных статусов и ролей в зависимости от их отношений к Богу, дающим духовную опору.

Религия и церковь выполняют кроме своих специфических функций еще несколько социальных функций. Наиболее важные из них: мировоззренческая, компенсаторная, интегрирующая [40, с. 79].

Мировоззренческую функцию религия и церковь реализуют благодаря, прежде всего, наличию в ней определенного типа взглядов на человека, общество, природу. Религия включает миропонимание (объяснение мира в

целом и отдельных явлений и процессов в нем), мирозерцание (отражение мира в ощущении и восприятии), мирочувствование (эмоциональное принятие или отвержение), мироотношение (оценку) и пр.

Религия и церковь выполняют компенсаторную функцию, восполняет ограниченность, зависимость, бессилие людей — в плане как перестройки сознания, так и изменения объективных условий существования. Реальное угнетение преодолевается свободой в духе, социальное неравенство превращается в равенство в греховности, в страдании; церковная благотворительность, милосердие, призрение, перераспределение доходов смягчают бедствия обездоленных; разобщенность и изоляция заменяются братством в общине; безличные, вещные отношения безразличных друг другу индивидов возмещаются личностным богообщением и общением в группе [24].

Религия и церковь обеспечивают общение, осуществляют коммуникативную функцию. Религиозное сознание предписывает два плана общения: верующих друг с другом; верующих с Богом.

Религия и церковь, являясь составной частью культуры, выполняют культуротранслирующую функцию. Она способствует развитию определенных ее слоев — письменности, книгопечатания, искусства, обеспечивает сохранение и развитие ценностей религиозной культуры, осуществляет передачу накопленного наследия от поколения к поколению.

Реализуя эти функции не только на уровне индивидуального, но и коллективного сознания, религия и церковь тем самым выступают одной из форм самоорганизации социума.

С одной стороны, церковь функционирует в обществе как гармонизирующий, стабилизирующий фактор, способствующий сохранению сложившегося социального статус-кво и тем самым укрепляющая положение властных структур. Религиозный институт относится к несветской культуре, но играет очень важную роль в жизни многих людей как система норм культурного поведения, т.е. служения Богу.

О социальной значимости религии в мире говорят следующие статистические данные о числе верующих в начале XXI века: из 6 млрд населения земного шара более 4 млрд – верующие. Причем около 2 млрд исповедуют христианство.

Православие внутри христианства занимает третье место после католицизма и протестантизма. Ислам исповедуют чуть больше 1 млрд, иудаизм – более 650 млн, буддизм – более 300 млн, конфуцианство – около 200 млн, сионизм – 18 млн, остальные исповедуют другие религии.

Среди основных функций религии как социального института можно отметить следующие:

- 1) объяснение прошлого, настоящего и будущего человека;
- 2) регулирование морального поведения от рождения до смерти человека;
- 3) одобрение или критика социальных порядков в обществе;
- 4) объединение людей и поддержка в трудные минуты [42].

Социология религии уделяет большое внимание выяснению социальных функций, которые выполняет религия в обществе. В результате социологи сформулировали различные точки зрения на религию как социальный институт. Если суммировать приведенные точки зрения, то становится ясно, что важнейшей является регулятивная функция религии и церкви. Любая религия регулирует социальное поведение своих приверженцев. Это достигается с помощью свода моральных норм, запретов и предписаний, которые реализуются на уровнях индивидуального и общественного сознания и поведения.

Религия оказывает влияние и на психологию. Психология – это наука, изучающая психическую сторону жизни человеческой или животной. Психология же православная затрагивает проблему души и духа. Православная психология – это разновидность психологии, занимающаяся анализом греховных страстей, лекарем в котором выступает пастырь. В ее основе лежит православная церковь. Психологи изучают человека и его

проблемы только с душевно-плотской стороны, что полностью отрицает существование другой жизни, некоего потустороннего мира, в котором царит полная свобода мысли. Именно рассмотрением дел, связанных с духом, перешедшим за грани материального, и занимается православная (святоотеческая) психология. Современные люди полностью прикованы к материальному миру, поэтому не способны видеть того, что находится за его гранью.

Святоотеческая психология постоянно развивается, она динамична. Она изучает чувства и настроения, которые неподвластны большинству людей. Страсти, гордость и тщеславие — самое простое, что есть на Земле. Этим занимается православная психология, это некое откровение новой жизни, проникновение в самые потаенные уголки человеческой жизни.

Ни один, даже самый опытный психолог не сможет с помощью своих инструментов проникнуть так далеко, как делает это святоотеческая психология. Она изучает мир бездонный, полный духовных сияний и откровений.

Православная психология гораздо более полная, чем обычная: она изучает человека с трех разных сторон – духовной, душевной, и только потом – плотской. Православная психология черпает знания из церковных богослужений, философии христианства, наследия святых отцов. Все используемые методики проходят через православное мировоззрение, процесс познания бога, в котором заключается истинное исцеление, и принятие воздействия на душу человека ангелов и демонов.

Смысл человеческой жизни понимается как развитие в себе добродетели, как преодоление страстей. Человек не может существовать без тела, души и духа – они считаются одним целым. Нарушение этого единства ведет к болезни или к смерти — переходу человеческой души в другое состояние.

Человек никогда не должен забывать, что он – существо духовное, часть духовного мира, созданного Богом. Два основных метода,

используемых в православной психологии – самонаблюдение (самоанализ) и диалог. Самонаблюдение – способность человека самостоятельно оценивать свои поступки и их последствия, способность к самопознанию. Когда человек начнет понимать, что является наиболее важным при решении его проблем, он осознает, что источником всех бед является он сам.

Православный человек каждую минуту должен бороться со своими страстями, греховными привычками. Если страсть не прекратить в самом начале, человек станет ее рабом, как алкоголики или наркоманы. Каждая страсть дает начало следующей, куда более страшной и греховной. Только уничтожив одну страсть, можно избавиться от другой.

Православный психотерапевт может помочь в решении вопросов греховных, во внутриличностных и межличностных конфликтах, в воцерковлении. Тем более это касается того, если человек страдает неизлечимым заболеванием. Святоотеческая психология – психологическая помощь для каждого православного верующего [60, с. 330].

Таким образом, ядром религиозного института является церковь. Церковь представляет собой организацию, использующую разнообразные средства, в том числе религиозную мораль, обряды и ритуалы, с помощью которых обязывает, заставляет людей поступать соответствующим образом.

Церковь нужна обществу, так как является духовной опорой миллионам людей, в том числе ищущим справедливость, различая между добром и злом, дает им ориентиры в виде норм морали, поведения и ценностей.

Анализ важнейших социальных функций церкви свидетельствует об их взаимосвязи и общности достигаемых целей. Это – обретение приоритетной роли церкви в обществе и государстве, христианизация населения, борьба против секуляризации и атеизма.

Некоторые социальные функции церкви содержат в себе общечеловеческие аспекты, создающие почву для сотрудничества церковных и светских организаций, верующих и неверующих в борьбе за повышение жизненного уровня людей, нравственное оздоровление общества в

совместной борьбе против явлений, уродующих общественное сознание и поведение людей, препятствующих утверждению общечеловеческой морали. Для реализации такого сотрудничества необходимы взаимное уважение и толерантность, взаимопонимание, которые на сегодняшний день не достигнуты. Но их достижение с помощью церкви будет способствовать как консолидации российского общества, так и повышению авторитета русской православной церкви, упрочению ее социальной позиции.

1.2. Концепция паллиативной помощи терминальным больным

Паллиативная помощь (от французского «покрывало, плащ») – подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (детей и взрослых) и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, путём предотвращения и облегчения страданий за счёт раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки [37, с. 13].

Это раздел медицины, задачами которого является использование методов и достижений современной медицинской науки для проведения лечебных процедур и манипуляций, призванных облегчить состояние больного, когда возможности радикального лечения уже исчерпаны.

Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни инкурабельного пациента – медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и купирования других патологических симптомов, необходимы психосоциальная и духовная поддержка пациента, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты [61].

Существуют и другие определения паллиативной помощи. Из всех этих определений следует, что паллиативная помощь утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный закономерный процесс. Она нацелена

на обеспечение больному активного образа жизни насколько возможно долго и не имеет намерений продления или сокращения срока жизни больного. Она предлагает помощь семье пациента во время его болезни и в период тяжелой утраты; использует мультипрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи.

Паллиативная помощь представляет собой активную комплексную помощь клиентам с длительно текущими заболеваниями в то время, когда заболевание не поддается лечению и когда управление болью и другими симптомами является важнейшей социальной, психологической и духовной проблемой, оказание помощи клиентам, обеспечение оптимально возможного качества жизни до самой смерти. Основным принципом паллиативной помощи «не больно, не страшно, не одиноко».

Процесс социальной адаптации, в том числе и процесс адаптации неизлечимых, терминальных больных, находящихся на последней стадии заболевания, на краю смерти (чем в конечном итоге и занимается раздел паллиативной медицины), который предполагает определенные средства адаптации, то есть «приемы, способы, инструменты, факторы, события, процессы, способствующие достижению состояния приспособленности к внутренним и внешним изменениям».

Иными словами, средства адаптации терминальных людей к смерти можно определить как совокупность способов, инструментов, факторов, событий и процессов, способствующих принятию пожилым человеком приближающегося факта смерти (осознание своего статуса как умирающего). Это регулярные и долгосрочные социальные практики, которые участвуют в осуществлении приспособительных процессов [44, с. 78]. Оказание паллиативной медицинской помощи происходит по двум направлениям: 1) облегчить мучения больного по ходу течения заболевания; 2) проявить поддержку в последние месяцы и дни жизни. Ведущими компонентами второго направления являются оказание психологической помощи самому пациенту и членам его семьи, формирование особой философии. Как было

сказано выше, паллиативная медицинская помощь – это избавление умирающего человека от страданий. А из чего же складывается страдание? Это и боль, и неспособность себя самостоятельно обслуживать, и ограничение жизнедеятельности, и невозможность двигаться, и чувство вины, и страх смерти, и ощущение беспомощности, и горечь из-за невыполненных обязательств и незавершенных дел [57]. Список можно продолжать еще долго... Задача специалистов – выработать у больного отношение к смерти как к нормальному (естественному) этапу человеческого пути.

Следуя определению Всемирной организации здравоохранения, помощь должна начинаться с того момента, как был поставлен диагноз неизлечимой болезни, которая в обозримом будущем неизбежно приведет к смерти. Чем правильнее и быстрее будет оказана поддержка, тем вероятнее, что ее главная цель будет достигнута – качество жизни пациента и членов его семьи максимально улучшится. Как правило, на этом этапе паллиативная помощь детям и взрослым оказывается врачами, участвующими в процессе лечения. Непосредственно паллиативная помощь требуется тогда, когда радикальное лечение уже проведено, однако болезнь прогрессирует и приобретает терминальную стадию. Или тогда, когда заболевание было обнаружено слишком поздно [58]. То есть речь идет о тех пациентах, которым врачи говорят: «К сожалению, мы ничем не можем помочь». Вот в это время и требуется та самая паллиативная помощь, иными словами – помощь в конце жизни. Но она необходима лишь тем больным, которые испытывают страдание. Хотя сложно представить умирающего человека, который совсем не переживает по этому поводу.

Именно второму разделу 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 и другие причины страдания больного, на облегчение которых направлена паллиативная помощь.

Одной из таких регулярных и долгосрочных практик в отношении адаптации терминальных к смерти может выступать паллиативная помощь. Принципы паллиативной помощи, которые представлены ниже, соответствуют принципам качественного профессионального медицинского обслуживания [51]:

- 1) отношение медицинского персонала к работе;
- 2) заботливое отношение к больным (отзывчивость, симпатия и сострадание);
- 3) обязательность и точность выполнения назначенных мероприятий;
- 4) внимание к индивидуальности пациента;
- 5) проведение всех манипуляций после получение согласия информированного пациента;
- 6) общение;
- 7) правильное постоянное общение с коллегами;
- 8) правильное общение с пациентом и родственниками;
- 9) содержание помощи;
- 10) квалифицированное медицинское обслуживание;
- 11) всесторонняя и мультипрофессиональная помощь;
- 12) помощь высокого качества;
- 13) последовательная;
- 14) скоординированная;
- 15) непрерывная;
- 16) предотвращающая развитие кризисных ситуаций;
- 17) проводится на фоне постоянного наблюдения и регулярной оценки клинической ситуации;
- 18) поддержка персонала с целью предотвращения стрессовых реакций.

Отношение к пациенту, нуждающемуся в паллиативной помощи, должно содержать заботу, ответственный подход, уважение индивидуальности, учет культурных особенностей и права выбора места

пребывания. Лечение и забота складываются из свободного общения, отличного ухода, непрерывной адекватной всесторонней медицинской помощи, предотвращения кризисов, систематической оценки состояния пациента и помощи его близких [53, с. 115].

При достаточно своевременном начале проведения мероприятий и в совокупности с другими методами лечения и поддержки паллиативная помощь может продлить жизнь больного.

В первую очередь в паллиативной помощи нуждаются:

- инкурабельные (неизлечимые) онкологические больные;
- пациенты, перенесшие инсульт.

Кроме того, паллиативная медицина может помочь при:

- прогрессирующих неврологических заболеваниях;
- других жизнеугрожающих заболеваниях [27, с. 108].

Большинство неизлечимых больных – пожилые люди, страдающие также от многих других недугов [30, с. 27].

Цель паллиативной помощи - достижение наилучшего качества жизни больных и членов их семей.

Целостный подход предполагает внимание к четырем группам проблем:

1) физические, такие как:

- боль,
- быстрое прогрессирование,
- настоящая или ожидаемая немощность,
- изменение внешности,
- физическая зависимость,
- продолжительность болезни,
- психическое истощение;

2) психологические:

- боязнь боли, смерти, увечья,
- потеря (боязнь потери) контроля, независимости, достоинства,
- безнадежность, беспомощность,

- осознание (боязнь) неблагоприятного прогноза,
- печаль, гнев;

3) социальные, в том числе:

- боязнь потери работы, социального положения роли в семье,
- чувство изоляции (реальное или воображаемое),
- незаконченные дела (личные, общественные, финансовые),
- финансовые затруднения,
- проблемы, связанные с жильем,
- переживания за членов семьи;

4) духовные:

- вопросы о смысле жизни и смерти, потребность в спокойствии (гармонии и согласии),
- религиозные проблемы [60, с. 79].

Паллиативная помощь терминальным больным решает следующие задачи: обеспечивает уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов; включает психологическую и духовную поддержку больного; предлагает программу, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь; предлагает комплексную программу оказания помощи семье больного во время его болезни. Компоненты паллиативной помощи или аспекты помощи и лечения, которые должны быть реализованы, вытекают логически из причин (проблем), приводящих к страданию. Каждый из этих компонентов должен быть реализован как часть всеобъемлющей паллиативной помощи. Купированию боли и других физических симптомов уделяется первоочередное внимание, так как если они не будут устранены, будет невозможно осуществить все другие составляющие компоненты паллиативной помощи – психологическая, социальная, духовная помощи.

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 [46].

Паллиативная помощь обеспечивает:

- облегчение боли и других симптомов, причиняющих страдания;
- утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу;
- не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти;
- включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам;
- предлагает систему поддержки, помогающую пациентам жить по возможности активно до наступления смерти;
- использует командный подход для удовлетворения потребностей пациентов, в том числе, при необходимости, предлагает психологическое консультирование родным пациента в период переживания утраты;
- применима на ранних стадиях болезни в сочетании с другими видами терапии, предназначенными для продления жизни [22].

Таким образом, концепция социально-медицинской работы и паллиативной помощи построена на принципе междисциплинарного подхода к осуществлению помощи терминальным больным. Такой принцип предполагает с целью повышения эффективности терапии и качества жизни пациентов и их семей, одновременно с комплексным специальным лечением, оказание им и их семьям различных видов социальной и психологической поддержки на всех этапах специализированной помощи, от момента установления диагноза до выздоровления и возвращения этой категории лиц к прежнему социальному положению посредством участия в процессе лечения и диспансерного наблюдения помимо профессиональных онкологов и врачей различных специальностей, психолога, специалиста по социальной работе.

Концепция строится на выделении обобщенных групп и работе с ними по дифференцированным, но соответствующим общим принципам социально-медицинской работы и программам паллиативной помощи.

1.3. Цели, задачи, паллиативной помощи терминальным больным в приходе Русской православной церкви

Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики, существенную часть которой составляет паллиативная помощь.

Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики.

Существуют многообразные формы оказания паллиативной помощи пациентам. В разных странах они различны, так как развитие помощи идет по собственному сценарию в каждой стране.

Однако 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 в структуре больниц любого уровня, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты населения.

Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, которая может быть, как самостоятельной структурой, так и подразделением стационарного учреждения.

В России в соответствии с Порядком оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденным Приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1343н, оказание паллиативной медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения с учетом права пациента на выбор медицинской организации и врача [56].

Паллиативная медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи, а также бригадами отделения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи.

Кабинет паллиативной медицинской является структурным подразделением поликлиники и осуществляет следующие функции [39, с. 87]:

- оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому;

- обследование, динамическое наблюдение больных, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи;

- выписка рецептов лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества, из списка II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681, в соответствии с Инструкцией о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 февраля 2007 г. № 110;

- направление больных в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях;

- организация консультаций больных врачом-специалистом по профилю основного заболевания больного и врачами других специальностей;

- оказание консультативной помощи врачам других специальностей

по вопросам паллиативной помощи больным;

- разработка и проведение мероприятий по повышению доступности и качества паллиативной помощи, и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни больных;
- оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за больными;
- иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации [56].

Паллиативная медицинская помощь в условиях дневного стационара оказывается в дневных стационарах паллиативной медицинской помощи. Дневной стационар может быть структурным подразделением поликлиники или больницы. Дневной стационар осуществляет следующие функции [52, с. 58]:

- оказание паллиативной медицинской помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;
- выписка рецептов лекарственных средств, содержащих наркотические и психотропные вещества, из списка II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 68;
- проведение больным, выписанным из стационара, лечебных мероприятий, требующих наблюдения в течение нескольких часов без круглосуточного нахождения в медицинской организации;
- разработка и проведение мероприятий по повышению доступности и качества паллиативной помощи, и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни неизлечимых больных;
- оказание социально-психологической помощи больным и их

родственникам, обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными;

- иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в отделениях паллиативной медицинской помощи и центрах паллиативной медицинской помощи. Отделение осуществляет следующие функции:

- оказание паллиативной медицинской помощи больным в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение;
- выписка рецептов лекарственных средств;
- направление больных, выписанных из стационара, под наблюдение медицинской организации, оказывающей паллиативную помощь в амбулаторных условиях;
- оказание консультативной помощи медицинским организациям по вопросам паллиативной медицинской помощи;
- разработка и внедрение в практику новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни больных;
- проведение комплекса мероприятий по медицинской реабилитации больных;
- оказание психологической помощи больным и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;
- консультации и семинары для родственников, осуществляющих уход за больными при заболеваниях, требующих оказания паллиативной медицинской помощи; иные функции

Паллиативная терапия включает целый арсенал методов лечения, которые в различных комбинациях применяются в каждом конкретном случае, в зависимости от текущих потребностей. Особенности развития заболевания могут, например, потребовать применения срочного хирургического вмешательства: при стенозе дыхательных путей, дисфагии, непроходимости желудочно-кишечного тракта, задержке мочи и т.д. Могут

возникнуть показания к применению лучевой терапии (при костных метастазах) или химиотерапии (для уменьшения массы опухоли) [46].

Всякий раз при выборе лечения мы должны руководствоваться следующими соображениями:

- лечение должно быть направлено, пусть на временное, но улучшение состояния больного;
- состояние больного позволяет провести лечение без дополнительного риска;
- побочных эффектов лечения можно избежать или они не опасны;
- больной согласен с планом предстоящего лечения.

Обсуждение плана лечения должно быть коллегиальным, всесторонним и взвешенным. Необходимо помнить, что осложнения и побочные эффекты лечения могут свести к минимуму желаемый результат и только усугубить страдания больного [38, с. 112]. Поэтому в критических ситуациях, рассматривая возможность применения сложных методов лечения, при сомнениях в благополучном исходе, мы должны руководствоваться принципом – «Не навреди» и оставить больного в покое, отказавшись от мучительных и тщетных попыток продлить его жизнь.

Больной, если он дееспособен, имеет полное право сам решать свою судьбу и давать согласие на лечение. Даже если мы не согласны с его решением, мы не должны предпринимать что-либо вопреки желанию больного или его родственников (в тех случаях, когда пациент не может принять самостоятельное решение). При категорическом отказе больного от лечения наши обязанности остаются прежними – всеми возможными методами избавить больного от страданий и помочь его родственникам [34, с. 57].

Перспективное развитие паллиативной помощи в Российской Федерации связано с необходимостью решения ряда проблем организационного, научного, медико-социального и экономического характера. При этом выбор той или иной организационной формы (отделения

паллиативной помощи, хосписа и других организационных структур), зависит, в первую очередь, от финансовых возможностей региона [46].

Существуют следующие формы организации паллиативной помощи больным: в рамках стационара медицинского учреждения (хосписа, отделения паллиативной помощи); в рамках дневного стационара; на дому пациента; оперативная (экстренная) выездная служба паллиативной помощи; центр временного пребывания; паллиативная служба выходного дня. Паллиативная медицинская помощь оказывается больным с различными формами хронических прогрессирующих заболеваний. К таковым в первую очередь необходимо отнести пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований. Согласно данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно регистрируется более 10 миллионов случаев онкологических заболеваний (не считая рецидивов).

Проблема злокачественных новообразований является общемировой. При этом около 8 млн. больных умирает от рака. Неуклонный рост онкозаболеваемости вызвал необходимость реформирования системы организации онкологической помощи [33, с. 95]. Организация паллиативной помощи больным с далеко зашедшими формами злокачественных опухолей представляет собой одну из сложных и нерешенных до сих пор медико-социальных проблем.

Важнейшую роль играет организация восстановления больного не только в рамках учреждения онкологического профиля, в амбулаторных условиях, но и по месту жительства – оказание помощи семьям, в которых живут онкологические больные. В таких семьях возникает множество сложных проблем, в том числе медицинских, экономических, проблем ухода, психологических проблем, связанных с тяжелым заболеванием и с трудностями в установлении контакта с ними, проблемы приобретения специального оборудования, социальные проблемы, связанные с формированием специального уклада жизни семьи

На сегодняшний момент в России умирают на дому свыше 90%

онкологических больных. К сожалению, печальная реальность современного российского здравоохранения состоит в том, что больные с четвертой стадией онкологического процесса «неперспективны» в плане радикальных методов лечения. Согласно Приказу МЗ РФ № 590 от 1986 г. онкологические больные получают помощь либо участкового терапевта в виде назначения наркотиков, либо в терапевтическом отделении по месту жительства. Отсутствие гарантий обезболивания, страх боли, превышающий страх смерти, социальная и экономическая незащищенность и беспомощность вызывает целую гамму реактивных состояний, что приводило порой к очень трагическому финалу - суициду среди больных и их родственников [51, с. 45].

Все это свидетельствует о необходимости создания хосписов и использования дифференцированного подхода при составлении мероприятий, выполняемых по социально-медицинской работе, о потребности в социальной защищенности, в медицинском наблюдении, в проведении паллиативной помощи. В связи с этим остро стоит вопрос о подготовке специалистов, способных осуществлять социально-медицинскую работу в отношении онкологических больных.

Особенно часто такую помощь могут оказать церковные структуры – приходы и монастыри, отделы милосердия, гуманитарные центры.

Большое значение при этом имеет гуманное отношение самого общества к людям, обреченным на смерть вследствие своего тяжелого заболевания. Этим людям, безусловно, требуется больше заботы, чуткости и уважения со стороны окружающих.

Такая помощь активно реализуется в церковной среде. Здесь очень важно правильно подготовить больного к переходу в иной мир. Это сделать может только верующий человек. Однако не менее важной проблемой является оказание таким больным социальной помощи, в которой они нуждаются не меньше, а может быть и гораздо больше (защита их прав и гарантий, оформление завещания и т.д.) У половины больных рак диагностируется в запущенных стадиях, когда полное излечение уже

невозможно. Большинство онкобольных получают симптоматическое лечение в домашних условиях. Средняя продолжительность жизни таких больных колеблется от нескольких месяцев до 1,5–2 лет, при этом последние месяцы жизни больного, как правило, сопровождаются тяжелыми болями, связанными с прогрессированием основного заболевания и нарастающей кахексией. Несомненно, что многие из этих больных нуждаются в госпитализации. Однако специализированные онкологические стационары не могут взять на себя заботу об этих пациентах, поскольку, в виду запущенности опухолевого процесса они не подлежат радикальному лечению. Такие люди нуждаются в паллиативной помощи [43, с. 14]. Паллиативная помощь, обеспечивающая оптимальный комфорт, функциональность и социальную поддержку пациентам (и членам семьи) на стадии заболевания, когда специальное, в частности противоопухолевое лечение, уже невозможно. В этой ситуации борьба с болями и иными соматическими проявлениями, а также решение психологических, социальных или духовных проблем больного приобретает первостепенное значение. Больные с онкопатологией - главный объект паллиативной помощи. Главный, но не единственный, так как семья больного, занимая определенное место в команде, борющейся за его жизнь, принимает на себя часть проблем и тем самым сама превращается в объект заботы социальной службы [39, с. 97].

Программа паллиативного лечения включает в себя ряд компонентов:

- 1) помощь на дому;
- 2) консультативная помощь;
- 3) дневные стационары (например, в православном хосписе).

Суть паллиативной помощи заключается в том, чтобы больному, навсегда прикованному к кровати, было максимально комфортно, чтобы он ни в чем не нуждался. Ему нужно помогать сменять положение тела, помогать принимать пищу и поддерживать чистоту.

В частности, в Екатеринбурге действует православный хоспис.

Сотрудники помогают онкологическим пациентам не только качественным уходом и медикаментами, но и оказывают духовную поддержку.

По программе паллиативной помощи церковные социальные работники церковного прихода обеспечивают как физический уход, так и поддержку эмоциональной и духовной сфер пациента и его семьи. Способность интуитивно понимать каждого пациента как личность, принимать его переживания, проникать в глубины ощущений и чувств, распознавать корни тех или иных форм и способов поведения - составляет сущность антропологического подхода в оказании помощи больным и их семьям, является основополагающим в профессиональной характеристике личности церковного социального работника [34, с. 57].

Самым важным мероприятием в составе ухода за терминальными пациентами, а также паллиативной помощи, является кормление. Этим активно занимаются сестры милосердия и другие церковные социальные работники. Из-за того, что в результате болезни часто нарушается глотательный рефлекс, кормление больных вынужденно осуществляется при помощи зонда. Необходимую схему использования такого метода обязан предоставить лечащий врач, но есть некоторые пункты, которые должны знать и родственники пострадавшего. мое важное, что нужно соблюдать, это чистоту самого зонда. Его нужно регулярно промывать чтобы не начала развиваться инфекция. Дезинфицируют зонды при помощи трехпроцентного раствора хлорамина, в котором оборудование должно пробыть не меньше часа.

После этого зонд нужно тщательно промыть проточной водой. А саму систему капельного введения необходимо менять каждые сутки.

Во время кормления больного через зонд, нужно соблюдать правильное положение человека. Голова должна держаться прямо, само положение тела должно быть возвышенным [38, с. 87].

Важно следить за тем, чтобы за один раз в желудок не вводилось слишком большое количество питательного вещества. Его должно быть не

больше 250 грамм за раз. Кроме того, еда, предоставляемая человеку во время кормления через зонд, должна быть теплой.

Обычно, пациенты снова могут глотать уже через две недели. Проверить, восстановился ли глотательный рефлекс можно, дав больному ложку воды. Человек обязательно должен держать голову прямо, чтобы избежать захлебывания. Человек обязательно должен держать голову прямо, чтобы избежать захлебывания. с одним важным пунктом помощи, в том числе и паллиативной, является обеспечение лежачему больному регулярной смены положения тела. Это необходимо делать для того, чтобы избежать появления пролежней. Необходимо менять положение пациента на кровати регулярно, через каждые 3-4 часа. Причем каждая поза имеет свои особенности расположения конечностей: под постельное белье на матрас нужно положить клеенку, чтобы обеспечить лучшую гигиеничность. Есть, также, наиболее удобный способ замены простыни, который часто используют при оказании паллиативной помощи лежачему больному [52, с. 59].

Пациента аккуратно перекатывают на край кровати, скручивают простыню, на освободившееся место кладут новую. Больного перекатывают на другой край и завершают замену простыни. Может оказаться удобным использование специальных одноразовых пеленок, которые хорошо впитывают влагу.

Температуру в помещении тоже нужно поддерживать на определенном уровне. Даже в стационаре за этим могут не всегда следить. Помещение нужно регулярно проветривать, но, при этом, поддерживать температуру около 18-22 градусов. Нужно также избегать появления сквозняков.

Ухаживать за лежачим больным нужно очень осторожно. Если какое-то упражнение или движение приносит пациенту боль или дискомфорт, необходимо сразу же прекратить его выполнение. Лучше всего, если человек научится самостоятельно делать простые упражнения.

Если больной не может передвигаться, то нужно оказывать ему помощь в поддержке личной гигиены. Умывать его, поддерживать чистоту полости

рта. Также, нужно регулярно протирать тело пациента теплым влажным полотенцем. Во время гигиенических процедур необходимо осмотреть больного [31, с. 29].

Утренний туалет больного. Если на его теле появились покраснения кожи или другие раздражения, то нужно немедленно сообщить об этом врачу. Также, важно следить за тем, чтобы не повышалась температура тела.

Не только лежачим больным требуется уход и внимание. Даже если пострадавший уже может сидеть и даже вставать с постели, ему все так же требуется помощь. С ним нужно регулярно заниматься, способствовать выполнению необходимых упражнений.

Кроме того, нужно тщательно продумать рацион человека. Лучше, если в меню будут продукты из рыбы, овощи и фрукты. Мозг, понесший сильные повреждения, нуждается в достаточном количестве витаминов [20, с. 112].

Самое главное, что требуется от родственников, - это большой запас терпения и доброжелательности. Только с их помощью человек, пострадавший от инсульта, сможет вернуться к нормальной жизни. Нужно подбадривать его, указывать на успехи. [34, с. 59].

Что касается церкви, то она может и должна заниматься уходом и лечением больных. На лечение необходимо получение соответствующей медицинской лицензии. В плане ухода ситуация проще. Если в уставе религиозной организации прописано, что она может вести социальную деятельность, поддерживать стариков, инвалидов, обеспечивать их всем необходимым – то это возможность на законных основаниях заниматься деятельностью по оказанию паллиативной помощи. В таком случае, если больному необходим врач, то социальной работник обращается в поликлинику по месту жительства, где оказывается соответствующая консультация и помощь. Поэтому активную роль в этом играет Церковь.

Таким образом, можно сделать вывод, что религиозная организация может успешно осуществлять паллиативную помощь терминальным больным, осуществляя ее на законных основаниях, она занимается гуманной

социально значимой деятельностью. Паллиативная помощь церкви нуждающимся будет способствовать как консолидации российского общества, так и повышению авторитета Русской православной церкви, упрочению ее социальной позиции.

Глава 2. Опыт паллиативной помощи терминальным больным в обители милосердия во имя святой Великой княгини Елисаветы Феодоровны

2.1. Содержание и анализ паллиативной помощи терминальным больным в условиях прихода Елисаветы Феодоровны

Зарождение социальной работы было тесно связано с общинными и религиозными институтами, традициями милосердия. Но с секуляризацией и усложнением специализации различных видов социальной деятельности эта работа становилась все более светской. При социализме ее почти полностью взяло на себя государство. Когда же в постсоциалистических странах, включая Россию, число нуждающихся увеличилось, а государственная система социальной защиты во многом сдала позиции, началось восстановление религиозных сетей социальной поддержки. Она проявлялась в следующем [8, с. 168]:

- 1) организация добровольческой службы;
- 2) сбор вещей, лекарств, продуктов;
- 3) *создание сестричества;*
- 4) *работа со случаем (т.е. с тем человеком, который обратился за помощью);*
- 5) помощь престарелым и нуждающимся на дому. Сопровождение в храм, больницу и др. учреждения;
- 6) посещение больных в стационарах;
- 7) организация общества трезвости;
- 8) помощь многодетным и малообеспеченным семьям;
- 9) посещение детских домов, интернатов, пансионатов для престарелых, реабилитационных центров (посильная помощь в хозяйственной деятельности, помощь в уходе за больными, рассказы о православных праздниках, проведения дня именинника, праздников, спектаклей); привлечение к помощи в работе выпускников и учеников

воскресной школы;

10) организация и раздача благотворительных обедов бездомным и малоимущим.

Эмоциональная основа работы и в государственных, и в религиозных социальных структурах – одна и та же: от сотрудника ожидается сострадание и терпимость. Сама же организация работы и ее функционал в этих двух типах институций – разный.

В отличие от должностной инструкции государственных учреждений социальной защиты, функционал приходских социальных работников предполагает, что они должны формировать группы добровольцев для социальной деятельности и собирать средства для финансирования церковных социальных программ. И хотя некоторые государственные социальные структуры тоже характеризуются фандрайзинговой активностью и привлекают волонтеров, это не является для них столь принципиальным условием работы, как для приходов. Вовлечение прихожан в добровольчество становится не только средством, но и важной целью деятельности приходского социального работника, поскольку помогает сплотить местное сообщество. Разумеется, таким потенциалом интеграции обладает прежде всего именно регулярная волонтерская деятельность, а не разовые акции помощи нуждающимся [17, с. 13].

Профессионализация социальной работы среди прихожан требует получения специализированных знаний (они предусмотрены существующими программами обучения социальному служению в приходах). Среди них, например, оценка потребностей нуждающихся, взаимодействие с государственными социальными учреждениями.

С учетом того, что государство снижает свое участие в социальной сфере, допуская в нее негосударственных акторов, и старается изменить схему помощи нуждающимся, сделав ее более гибкой и адресной, оказываются востребованы и навыки проектной деятельности, социального менеджмента.

И все же в отношении некоторых социальных проблем работа религиозных организаций дает системный эффект – например, при организации помощи бездомным, особенно если удастся взаимодействовать с государственными сервисами.

Теперь рассмотрим психологические, социальные и духовные аспекты паллиативной помощи.

Духовные и экзистенциальные переживания являются серьезным источником клинических проблем. Каждый человек, верит он в Бога или нет, имеет внутреннюю духовную жизнь. Духовность определяет цель и смысл жизни человека. Духовность определяет восприятие и отношение человека к другим людям, живым существам и событиям. Духовная жизнь каждого человека уникальна.

Духовные и экзистенциальные проблемы терминальных больных можно примерно сгруппировать следующим образом.

- смысл и значение жизни человека;
- ценность взаимоотношений;
- значение человеческой жизни; смысл страданий;
- надвигающаяся разлука;
- безнадежность;
- бессмысленность существования;
- мысли о смерти;
- сила веры;
- существование после смерти.

Чаще всего духовные и экзистенциальные переживания выливаются в физические и психологические проблемы. Боль и другие симптомы, не купируемые адекватной терапией, должны указать клиницисту на вероятность скрытых духовных или экзистенциальных проблем. И это согласуется со святоотеческим пониманием взаимосвязи духа души и тела «...всякая жизнь нашего тела и души, все мысли, чувства, волевые акты, имеющие начало в сенсорных восприятиях теснейшим образом связаны с

жизнью духа. В духе отпечатлеваются, его формируют, в нем сохраняются все акты души и тела» - учит нас врач-хирург святитель Лука (Войно-Ясенецкий) [17, с. 13].

Поэтому при планировании работы и ведении своего сестринского процесса мы учитываем всю совокупность жизненных потребностей нашего больного, а главное стараемся принять его в свое сердце и стоять с ним перед Богом, по опыту зная, что, прежде чем больного лечить, надо его любить. В этом мы и видим основную идею сестринского дела.

Основными составляющими паллиативной помощи являются:

- облегчение физических страданий больного, путем купирования или смягчения симптомов заболевания и клинически выраженных побочных эффектов, связанных с терапией;
- обеспечение ухода за больным, имеющим сниженные функциональные возможности;
- оказание медико-социальной и правовой помощи больным с ограниченными функциональными возможностями;
- психологическая и эмоциональная поддержка на этапе прогрессирующего заболевания, включая уход из жизни;
- помощь больному, испытывающему духовные страдания;
- профилактика профессиональных стрессов и синдрома выгорания у медицинских работников и волонтеров, оказывающих паллиативную помощь.

Что касается взаимодействия государства и церкви, то здесь важно удовлетворение спроса на религиозные обряды (сотрудники соцзащиты сообщают своим приходским коллегам о просьбах клиентов о причастии и пр.) и совместное проведение мероприятий. Другие примеры партнерства государства и церкви – это социально-правовая помощь (например, при восстановлении документов и взаимодействии с миграционной службой), социально-бытовая поддержка и распределение натуральной помощи – например, продуктов или одежды – среди прихожан [11, с. 52].

Теперь рассмотрим, как это реализуется на примере прихода св. Елисаветы Феодоровны.

На сегодняшний день, по информации Синодального отдела по церковной благотворительности и социальной деятельности, существует 37 реализованных и успешных проектов аналогичных Обители милосердия. Их называют богадельни.

Действующие сегодня в России церковные дома престарелых (богадельни) отличаются друг от друга ресурсами, типом помещения (это может быть обычная городская квартира, а может быть специально построенное для богадельни здание), видами деятельности (только уход или реабилитация и лечение) [31, с. 111].

Обитель милосердия при приходе во имя св. Елисаветы Федоровны является одним из первых проектов, который был создан по инициативе Отдела социального служения. Проект действует постоянно с 2007 года. 3 апреля 2007 года владыка Викентий, архиепископ Екатеринбургский и Верхотурский, освятил обитель милосердия при храме святой Елисаветы Феодоровны на ул. Ереванской, 65.

В 2004-2007 гг. здесь был расположен храм св. Николая Чудотворца. После переезда храма, помещение было отдано под хоспис для раковых больных. В дальнейшем хоспис перешел под управления социального отдела епархии и стал называться «Обитель милосердия».

В 2008 г. руководителем обители милосердия стал отец Василий Байшев.

17 июля 2010 года была совершена первая литургия в храме св. Елисаветы Феодоровны. 7 февраля 2012 года митрополит Екатеринбургский и Верхотурский Кирилл совершил божественную литургию и благословил создать в храме придел в честь иконы Пресвятой Богородицы «Утоли моя печали». Помещение Обители увеличилось. Подопечных стало больше.

В Обители милосердия осуществляется круглосуточный уход за

подопечными Приюта, проводятся мероприятия по реабилитации подопечных (больных). За все время работы проекта кров и уход получили более 150 тяжелобольных. В данный момент Обители имеет 5 палат. Проект реализуется на пожертвования физических и юридических лиц.

Функционал сотрудников прихода довольно разнообразен. Схема представлена на рисунке 1.



Рис. 1. Взаимодействие сотрудников прихода

Каждый отвечает за свое направление работы. В приходе развиты следующие направления социальной работы и паллиативной помощи.

Помощь в оформлении документов для инвалидов, немощных, бездомных. Ведется оформление документов (восстановление паспортов, прописка, инвалидность), оформление в дома престарелых, дома ветеранов, инвалидов и другие госучреждения. Проект постоянно действующий.

Перевозка инвалидов, пожилых, тяжелобольных, немощных, ветеранов ВОВ и труда. Сопровождение осуществляется в госучреждения, больницы, учебные заведения и др. Одно из важных направлений деятельности Обители – обучение персонала. Проблема поиска необходимых кадров очень важна.

Зачастую в коллектив приходят работать люди, которые раньше какое-то время были волонтерами и знают работу.

Однако внимание также уделяется поиску персонала и волонтеров. Для этого используются следующие каналы размещения информации о вакансиях:

- порталы о вакансиях (работа 66, Хэдхантер, Яндекс-работа);
- газеты;
- бегущая строка в транспорте и на телевидении;
- звуковая реклама на радио.

После отбора кандидатов с ними проводится обучение.

На должность младшей медицинской сестры по уходу за больными принимается лицо:

- имеющее среднее общее образование;
- прошедшее профессиональное обучение по должности «Младшая медицинская сестра по уходу за больными»;
- имеющее среднее профессиональное образование по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело»;
- освоившие образовательные программы подготовки квалифицированных рабочих (служащих) по должности «Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

В качестве дополнительного источника поиска персонала и волонтеров можно использовать альтернативную гражданскую службу. Альтернативная гражданская служба – это особый вид трудовой деятельности в интересах общества и государства, осуществляемой гражданами взамен военной службы по призыву. Подобная служба появилась после революции 1917 года. 4 января 1919 года был издан Декрет «Об освобождении от воинской повинности по религиозным убеждениям». Этот документ стал первым законодательным актом Советской республики, дающим реальное право на освобождение верующих от военной службы. Проходить гражданскую альтернативную службу имеют право лица:

- которым военная служба противоречит их религиозным убеждениям.

- граждане, относящиеся к коренному малочисленному народу;
- ведущие традиционный образ жизни, осуществляющие традиционное хозяйство и занимающиеся традиционными промыслами.

Обучение брата/сестры милосердия на данный момент в Обители включает в себя следующие этапы освоения информации:

- 1) основы анатомии и физиологии человека;
- 2) цели и задачи ухода за больным человеком;
- 3) общение с пациентом как источник информации о его здоровье и способ оказывать помощь;

- 4) правила перемещения подопечного и методы предупреждения инфекционных осложнений в процессе ухода за больным;

- 5) выполнение манипуляций оценки состояния здоровья подопечного: измерение температуры, артериального давления, исследование пульса, характера дыхания;

- 6) основные манипуляции ухода за подопечным: соблюдение личной гигиены, кормление, профилактики пролежней;

- 7) особенности ухода за подопечными с различными заболеваниями;

- 8) практика в Обители.

В итоге брат/сестра милосердия, работающие в Обители умеют:

- получать информацию от пациентов (их родственников/законных представителей);

- размещать и перемещать пациента в постели;

- осуществлять санитарную обработку, гигиенический уход за тяжелобольными пациентами (умывание, обтирание кожных покровов, полоскание полости рта);

- оказывать помощь пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических осложнениях;

- кормить пациента с недостаточностью самостоятельного ухода;

- получать комплекты чистого нательного белья, одежды и обуви;
- осуществлять замену нательного и постельного белья;
- выполнять транспортировку и сопровождение пациента;
- осуществлять помощь медицинской сестре в проведении простых диагностических исследований: измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений;
- вести наблюдение за функциональным состоянием пациента;
- доставлять биологический материал в лабораторию;
- оказывать первую помощь при угрожающих жизни состояниях.

Диспетчерская служба в Обители милосердия работает с 2014 года. Время работы в 8 до 20 часов, но зачастую помощь оказывается по телефону круглосуточно. Количество штатных единиц работы – два человека.

Задачи, которая решает диспетчерская служба:

- прием входящих звонков;
- прием заявок на проживание и уход в Обители;
- оповещение о нуждах Обители;
- консультации по уходу за больным по телефону;
- поиск и координация работы волонтеров.

Для диспетчера важны такие профессионально-важные качества, как:

- 1) знания: психология, физиология, психотерапия кризисных состояний и острого горя; социальная осведомленность; высокий общий интеллектуальный уровень;
- 2) умения и навыки: навыки конструктивного общения по телефону; грамотная речь; наблюдательность;
- 3) квалифицированные требования: высшее педагогическое или психологическое образование (для консультанта-волонтера это требование не обязательно).

Служба сопровождения инвалидов в культурные, медицинские учреждения состоит из брата милосердия, диспетчера, добровольца. Работает с 2012 года.

Необходимые вещи для перевозки инвалида:

- автомобиль (или заказать такси);
- помощник - 1-2 человека (мужчины);
- аптечка (обязательно - нашатырный спирт!);
- полиэтиленовый мешочек на случай рвоты в машине;
- бутылка с питьевой водой;
- если очень жарко – пакеты со льдом, если холодно - плед;
- фиксирующий воротник или подушка для поддержания головы;
- мобильный телефон.

Задачи диспетчера перед поездкой. Надо уточнить:

- самочувствие и готовность ехать куда-либо;
- как именно нужно передвигаться, можно ли сидя или только лежа (в последнем случае придется вызывать службу перевозки лежачих больных);
- точный адрес проживания инвалида;
- этаж;
- есть ли лифт и какой он, грузовой или пассажирский (если лифт маленький пассажирский, инвалида перевозят на стульчике, а коляску складывают);
- есть ли пандус;
- есть ли где развернуться автомобилю.

Посадка в автомобиль и поездка. Здесь многое зависит от особенностей заболевания. Разберем пример человека, у которого ноги плохо работают (не может ходить), но руки двигаются.

На улице коляску необходимо максимально близко подвезти к проему двери автомобиля. Желательно посадить инвалида на переднее пассажирское сидение, так как там больше места для ног и есть возможность отрегулировать наклон спинки кресла.

Последовательность действий сопровождающего следующая:

1. открыть переднюю дверь, кресло отодвинуть назад, спинку

откинуть;

- 2) поставить коляску на тормоз;
- 3) встать лицом к человеку и поднять с кресла, поддерживать руками, если транспортируемый может немного стоять на ногах, необходимо взять его под мышки и приподнять спиной ко входу в машину, руками подопечный держится за шею помощника, помощник руками страхует его от падения;
- 4) в машину заводить сначала ноги, потом таз;
- 5) отрегулировать удобно кресло и спинку;
- 6) зайти с задней двери и подтянуть инвалида за подмышки так, чтобы в кресле ему было удобно;
- 7) выйти из машины, пристегнуть ремень безопасности;
- 8) снять коляску с тормозов, откатить;
- 9) закрыть дверь машины;
- 10) собирать коляску и положить в багажник;
- 11) помощнику сесть в машину.
- 12) проверить, что двери машины закрыты.

Если человек не держит голову, то необходим воротник Шанса (мягкий или жесткий, в зависимости от ситуации) или специальная закругленная подушечка для головы. Если человек не может стоять, то его необходимо посадить в машину на руках. Перед поездкой необходимо осведомиться, как человек себя чувствует, нужно ли открыть окно или может, наоборот, необходим плед. Для транспортировки инвалида желательно, чтобы в машине было два человека (мужчины). Обязательно должен быть с собой телефон, чтобы при случае можно было, если что, вызвать скорую помощь или просто уточнить, что вас ждут в том месте, куда вы едете. Во время поездки желательно разговаривать с транспортируемым, чтобы видеть, как он себя чувствует и реагирует на происходящее.

Выход из машины. При приезде на место назначения не спешить выходить из машины. Своему пассажиру сотрудники службы говорят, чтобы оставался в машине и ждал. Водитель и сопровождающий выходят, достают

коляску, расправляют ее. Если нужна подушка, кладут ее. Отстегивают подопечного и поворачивают. Далее – вынимают ноги из машины. Если он может встать на ноги, то поднимают, если не может, то берут на руки и пересаживают на коляску. Поправляют одежду [36].

Патронажная служба Обители милосердия. Цель службы – служение людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации и обратившимся за помощью в отдел социального служения Екатеринбургской епархии, через восстановление или формирование связи с Церковью; возрождение в обществе традиций милосердия и сострадания к немощным, одиноким и страдающим людям; оказание комплексной социальной помощи в соответствии с ресурсами отдела социального служения.

Подопечные:

- пожилые и одинокие люди, нуждающиеся в социальной, бытовой, материальной и духовной помощи;
- больные люди, инвалиды, требующие патронажного ухода на дому или в стационаре (за исключением людей с психическими заболеваниями);
- люди, внезапно оказавшиеся в трудной жизненной ситуации;
- многодетные семьи, нуждающиеся в материальной, бытовой помощи.

Уход за подопечными в тяжелом состоянии осуществляется силами сестер милосердия, добровольцы организуются на несложный уход и бытовую помощь. По желанию подопечного на дом приезжает священник для совершения таинств исповеди и причастия, соборования. Специально подготовленные сестры милосердия (катехизаторы) помогают в изучении православной веры и подготовки к таинствам.

В Патронажной службе несут служение:

- 2 сестры милосердия;
- 1 диспетчер;
- 10 добровольцев.

В настоящее время в постоянном режиме оказывается помощь на 30

адресах.

Этапы работы по оказанию помощи:

1) диспетчер по телефону (343) 200-58-58 принимает заявку с просьбой о помощи (заявка принимается от самого подопечного или родственника/знакомого при согласии подопечного), регистрирует и передает ее руководителю направления;

2) еженедельно на адреса организуется выезд врача, старшей сестры милосердия и по необходимости – социального работника;

3) в адресе заполняется анкета подопечного и принимается решение, какую помощь Служба может оказать данному подопечному;

4) составляется график работы сестер милосердия/добровольцев на данном адресе и фиксируется вид оказываемой помощи;

5) старшей сестрой или координатором добровольцев регулярно отслеживается качество и полнота предоставляемой помощи, соответствие нуждам подопечного;

б) еженедельно на адреса подопечных по их запросу осуществляется выезд священника для совершения Таинств на дому.

Работа с волонтерами. Волонтеры задействованы практически во всех проектах Обители милосердия. Сейчас в Обители более 100 добровольцев. Волонтеры занимаются с детьми (в том числе, с инвалидами) в детских домах, интернатах и больницах, помогают многодетным семьям, а также – дома и в больнице – одиноким пожилым людям, инвалидам, ВИЧ-инфицированным. Волонтеры помогают службе Обители в проведении благотворительных акций и концертов. Волонтеры-автомобилисты незаменимы, когда необходимо перевезти кого-либо из подопечных: например, ребенка или инвалида в поликлинику, больницу, храм, перевозят вещи и т.п.

Виды помощи добровольцев:

- уборка, приготовление еды на дому подопечного;
- прогулка с больным, инвалидом;

- уход: помыть, подстричь ногти, поменять постель, поменять памперсы;

- помощь в уходе за подопечными;
- навестить, почитать, побеседовать, общение по телефону;
- проведение косметического ремонта;
- доставка на личном транспорте (в храм, в мед.учреждения, развоз

благотворительной помощи по адресам);

- погулять с ребенком, помочь сделать уроки;
- помощь при причастии, крещении детей-сирот;
- проведение творческих занятий, праздников для детей-сирот;
- декоративно-прикладное творчество;
- участие в благотворительных акциях;
- миссионерские беседы;
- помощь в оформлении справок, документов;
- помощь в создании и распространении информационных

материалов о делах милосердия;

- консультация.

Таким образом, добровольцы необходимы практически во всех направлениях деятельности Обители милосердия.

Рассмотрим роль социального работника в Обители милосердия.

На должность социального работника в Обители принимаются лица, которые имеют:

- высшее;
- начальное профессиональное;
- среднее специальное образование.

Рассмотрим, что должен делать социальный работник в Обители. Его обязанности:

- осуществлять психологическое консультирование подопечных;
- хранить и обрабатывать персональные данные;

- устанавливать контакты с социальным окружением подопечного;
- проявлять чуткость, вежливость, внимание, выдержку, предусмотрительность, терпение к подопечным и учитывать их физическое и психологическое состояние;
- использовать основные методы, способы и средства получения, хранения, переработки информации, навыки работы с компьютером как средством управления информацией, в том числе в глобальных сетях;
- работать с документами, составлять отчеты по итогам выполнения деятельности;
- повышать свою профессиональную квалификацию в области реализации трудовой функции;
- прогнозировать результаты оказания социальных услуг и социальной поддержки гражданину, нуждающемуся в их получении;
- взаимодействовать с другими специалистами, учреждениями, организациями и сообществами при оказании социальных услуг и мер социальной поддержки;
- выявлять проблему гражданина, находящегося в трудной жизненной ситуации, оценивать возможности ее решения с помощью привлечения профильных специалистов (учреждений);
- оформлять документы, необходимые для принятия нуждающихся граждан на социальное обслуживание (постоянное или временное), или оказание мер социальной поддержки;
- использовать оптимальное сочетание различных форм и видов социального обслуживания, технологий социальной реабилитации, адаптации, коррекции и др.;
- обеспечивать координацию деятельности специалистов в решении актуальных задач социального обслуживания граждан.

Обучение братьев и сестер милосердия.

В приходе существует программа обучения братьев/сестер милосердия. Она включает разделы:

- вопросы соблюдения врачебной тайны;
- меры ответственности за жизнь и здоровье больного;
- требования к младшей медицинской сестре (брату);
- общий уход за больным, анатомия человека;
- строение кожи и ее значение для организма;
- особенности строения скелета и его функции;
- мышцы человека: основные группы, строение;
- анатомия дыхательной системы;
- анатомия пищеварительной системы;
- эндокринная система;
- сердечно-сосудистая система;
- нервная система;
- основы фармакологии и фармацевтики.

В Приюте для пожилых, немощных, ветеранов ВОВ и инвалидов во имя Святой преподобномученицы Елисаветы Феодоровны был проведен устный опрос с целью выявить проблемы и потребности подопечных приюта. В опросе принимало участие десять человек. Список вопросов представлен в Приложении 1.

На первый вопрос опроса «Как вы попали в Обитель Милосердия?» 30% ответили, что их в Обитель привезли родственники. 40% ответили, что попали через Епархию. 20% ответил, что в обитель попали через социальные службы и по болезни.

На второй вопрос опроса «Из каких источников информации Вы узнали про Обитель милосердия?» 20% подопечных, что об Обители от друзей. Следующие 30% ответили, что узнали об Обители через родственников. Следующие 20% сказали, что узнали об Обители от близкого окружения. Остальные 30% ответили, что узнали об Обители из разных источников информации.

На третий вопрос опроса «Оцените в целом качество ухода в

Обители?» Большинство подопечных ответило, что их удовлетворяет качество ухода. 20% подопечных ответили, что их не совсем устраивает качество ухода (Рисунок 2).

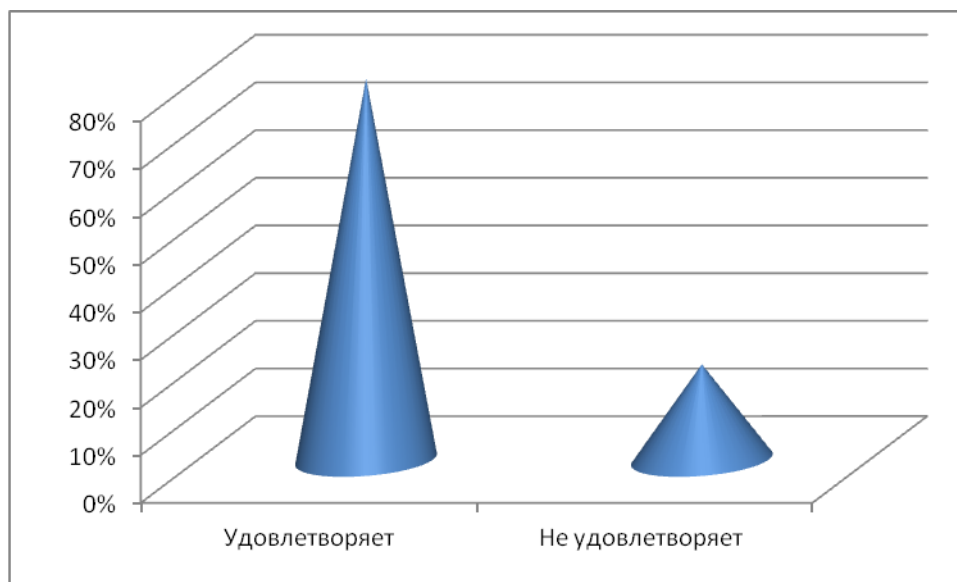


Рис. 2. Оценка качества ухода в Обители

На четвертый вопрос «Устраивает ли Вас качество питания в Обители?» Большинство подопечных ответили, что их устраивает качество питания, а 30% сказали о том, что их не совсем устраивает качество питания. Один человек пожелал, чтобы доваривали кашу.

На пятый вопрос «Довольны ли Вы работой медицинского персонала Обители?» Больше половины оказались довольны работой медицинского персонала, только 20% подопечных выбрали другие варианты ответа.

На шестой вопрос «Удовлетворяет ли Вас качество проводимых мероприятий, имеющих групповой характер?» (оздоровительных, культурно-досуговых, профилактических и пр.): 70% подопечных устраивает качество проводимых оздоровительных культурно-досуговых и профилактических мероприятий. 20% подопечных оказались довольны, но хотели бы чтобы занятия проводились регулярно. 10% остались не довольны качеством (Рисунок 3).

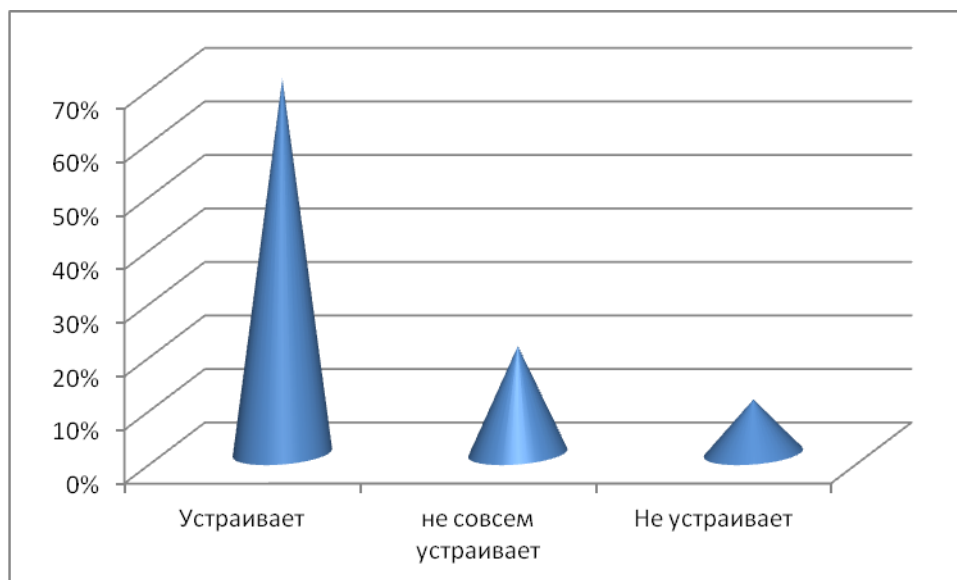


Рис.3. Оценка удовлетворенности уходом

На седьмой вопрос «Чтобы Вы могли предложить для улучшения быта Обители милосердия?» 50% подопечных ответили, что их все устраивает 30% подопечных ответили, что для обители нужно приобрести телевизор радио с наушниками и расширить помещение Обители.

На восьмой вопрос «Испытываете ли Вы недостаток в общении?»: 60% не испытывают недостатка в общении, а 40% испытывают.

На девятый вопрос: «Как Ваши родственники относятся к Вашему участию в жизни Обители?» 50% подопечных ответило, что их родственники помогают Обители, а 40% подопечных ответило, что их родственники положительно относятся к их проживанию и участию в жизни Обители.

На десятый вопрос опроса «Ваши предложения, пожелания по улучшению спектра предоставляемых социальных услуг»: 30% подопечных сказали о том, чтобы хотели почаще гулять, еще 30% предложений нет, 20% - что им не хватает общения и внимания, 10% выразили много пожеланий по улучшению качества услуг и еще 10% выразили пожелание чтобы подопечным читали книги, 10% из 100 также предложили сделать «кнопку вызова» в палатах (Рисунок 4).

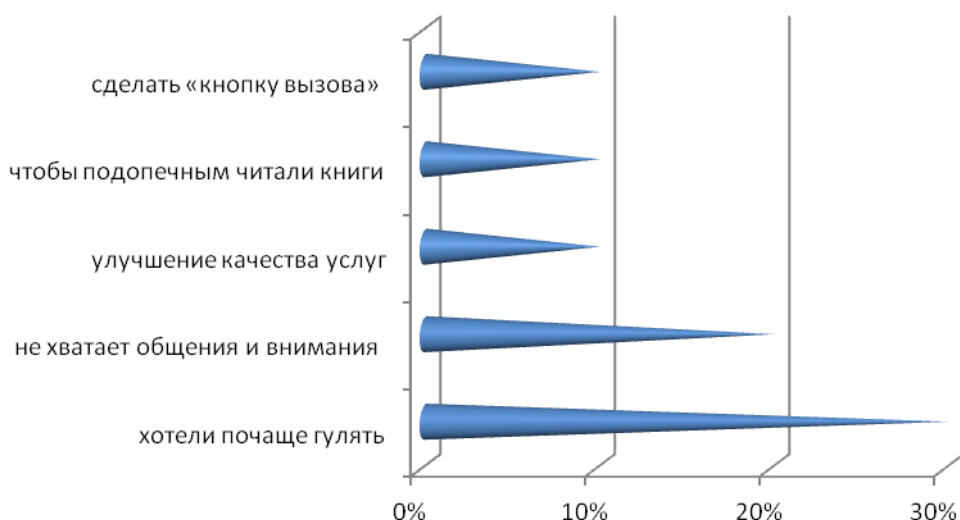


Рис. 4. Пожелания по спектру предоставляемых услуг

Таким образом, выявлено, что основные проблемы следующие:

- 1) требуется «кнопка вызова» в палатах;
- 2) требуется площадка для прогулок;
- 3) комплекс духовно-психологических мероприятий;
- 4) проведение культурно-досуговых мероприятий для подопечных в Обители;
- 5) сотрудничество с межведомственными организациями по вопросам реализации в обители альтернативной гражданской службой.

2.2. Комплекс мероприятий паллиативной помощи терминальным больным в церковном приходе

Для решения обозначенных проблем, по результатам теоретического изучения темы и проведенного опроса предлагаем провести следующие мероприятия.

Предлагаем наладить сотрудничество с межведомственными организациями для привлечения волонтеров и призывников к работе в качестве брата милосердия в рамках альтернативной воинской службы. Для этого необходимо осуществить следующие действия:

- обратиться в военкомат с просьбой о дополнительном привлечении призывников для работы в качестве брата милосердия в приходе;
- заключить договор о сотрудничестве сроком на 21 месяц.
- обучить добровольцев и призывников для работы в качестве брата милосердия.

Одно из самых первых и важных мероприятий – «Организация площадки для прогулок».

По результатам опроса выявлено, что подопечные мало выходят на улицу гулять. В следствие их заболеваний они не могут выйти на улицу самостоятельно. Им необходимо сопровождение и место, где можно было бы совершать прогулки. В настоящий момент на территории Обители милосердия и вокруг нет оборудованного места для прогулок. Фасад здания выходит на улицу, по которой ездят транспортные средства, а другой фасад – на пустырь, где располагаются насаждение и полуразрушенные здания.

Цель – создать место, подходящее для прогулок подопечных, для поддержания их нормального физического и эмоционального состояния.

Мероприятия по созданию площадки:

1. выделить территорию под площадку;
2. оборудовать территорию под площадку;
3. определить размер площадки;
4. выбрать виды тренажеров, которые будут на площадке;
5. закупить оборудование для площадки;
6. привлечение денежных средств для организации спортивной площадки.

Также по результатам анкетирования была обнаружена потребность подопечных в установке кнопки вызова в палатах. Данное мероприятие будет направлено на то, чтобы подопечным было удобно позвать сестру на помощь ночью в случае ухудшения состояния здоровья.

Цель – установить кнопки вызова в палатах для удобства подопечных.

Мероприятия по установлению кнопки вызова:

- 1) закупить кнопки вызова персонала;
- 2) посчитать затраты на установку кнопок;
- 3) предел стоимости кнопки от 200 до 990 р;
- 4) установить сами кнопки;
- 5) закупить кнопки с переключением режима;
- 6) научить пользоваться кнопкой;
- 7) установить кнопку на доступном уровне (в соответствии со стандартами).

Теперь перейдем к рассмотрению необходимого для ухода за паллиативными больными оборудования.

Кислородный концентратор. Если в крови человека недостаточно кислорода, то первым страдает головной мозг, который отвечает за нормальную работу остальных внутренних систем и органов. Если он не справляется со своей функцией, то перестают полноценно работать печень, почки, желудок, легкие и сердце.

Нарушение мозгового кровообращения, вызванное недостатком кислорода, особенно сильно влияет на организм детей. В результате чего ухудшаются умственная активность, память, происходят нарушения в психическом здоровье, снижается работоспособность иммунной системы.

Для того чтобы обеспечить нормальный уровень кислорода, во многих областях применяется такой прибор как концентратор кислорода, который способен эффективно снабжать организм нужным газом.

Кислородный концентратор пропускает воздух через систему фильтров, где последовательно застревают грязь, пыль, аллергены, бактерии, а затем и газообразные примеси – все, кроме кислорода. Он выходит для дыхания, пройдя предварительно нагреватель и увлажнитель. Вся система работает полностью автоматически и не требует вмешательства, причем некоторые модели концентраторов могут работать круглосуточно [54].

Подобный прибор используют при возникновении симптомов нехватке кислорода. Симптомы.

- высокая утомляемость;
- хроническая бессонница;
- частые головные боли;
- нарушение аппетита;
- боли в мышцах;
- беспричинная раздражительность;
- нарушения обмена веществ;
- частые инфекционные заболевания.

Кислородный концентратор оказывает лечебный эффект при таких заболеваниях как: бронхиальная астма; гипоксия; хроническая обструктивная легочная болезнь; сердечная недостаточность; муковисцидоз; гипоксия во время беременности.

В кислородном концентраторе особенно нуждаются пожилые люди, ведь органы и системы начинают работать хуже, что сказывается на состоянии здоровья. В таких людей легкие просто не справляются с нужным объемом работы, вследствие чего появляется отдышка, нехватка воздуха и удушье.

С возрастом эластичность легочной ткани значительно снижается, и это приводит к тому, что во время вдоха они не могут полноценно расправиться, тем самым не могут набрать необходимо количество кислорода. Нарушается газообмен и в крови его недостает. Это становится причиной развития гипоксии, которая влияет на память, сон, уменьшает сопротивляемость организма к болезням.

Регулярное использование кислородного концентратора позволяет получить такую пользу, как необходимое количество воздуха. К тому же, уже после первого сеанса пациент чувствует себя намного лучше, возвращаются силы, восстанавливается полноценная работа всего организма. Кроме того, такой прибор улучшает состояние кожи, она становится эластичной, после его применения разглаживаются мелкие морщины

Аппарат светолечения «Биоптрон» очень важен для лечения

пролежней. Светотерапия входит в список передовых технологий аппаратной медицины. Физиотерапевтические приборы отличаются по своему назначению и своим воздействием на организм. Большие возможности в области лечения светом стали возможны благодаря аппарату Биоптрон.

Он имеет всестороннее назначение, применяется в лечение многих заболеваний. Принцип работы лампы Биоптрон основан на воздействии поляризованного света. Организм положительно воспринимает пучки такого света. Они направляются в определённую зону, после чего формируется ответная реакция [1].

Ингалятор «Небулайзер» – прибор для ингаляций. Он превращает частички лекарства в пар, что облегчает его попадание в дыхательные пути. В основе работы аппарата лежит превращение жидкости в пар. Это превращение может осуществляться при помощи сжатого воздуха или ультразвукового ионизатора. В итоге на выходе вы получаете холодный пар [49]. Преимущества ингалятора.

- пар не горячий, а холодный, поэтому ингаляции можно делать при температуре и даже очень маленьким детям;
- отсутствие возможности обжечься, как при стандартном проведении ингаляции над кастрюлей с паром;
- лекарство попадает сразу в бронхи и легкие. Соответственно желудок и кишечник никак не участвуют в процессе усваивания лекарства.

Четвертое предлагаемое нами мероприятие – «Проведение культурно-досуговых мероприятий для подопечных». Предлагаем реализовать его в виде творческого кружка.

Создание творческого кружка для подопечных пожилого возраста и инвалидов. Кружок создается для того, чтобы улучшить жизнь, здоровье, психоэмоциональное состояние людей, которые оказались в социальной изоляции. Посещать кружок будут подопечные Обители милосердия и патронажной службы. Для тех подопечных патронажной службы, кто маломобилен, организовано сопровождение и доставка до кружка.

Здесь общаются и ведут общую деятельность люди одного возраста или одной проблемы (инвалидность), инвалиды, как взрослые, так и дети. Также кружок могут посещать дети из малообеспеченных и многодетных семей (подопечные Патронажной службы), которые расширят круг общения с пациентами. В центре планируется проведения следующие мероприятия – рукоделие, рисование, пет-терапия (общение с животными), совместные поездки в учреждения культуры и искусства, выставки в помещении Обители на различные темы, чтения в библиотеке («клуб по интересам»), в качестве духовно-психологических мероприятий мы предлагаем проведение с подопечными сеансов по музыкальной терапии и православной психологии.

Пожилому или инвалиду, как и любому человеку, необходимы положительные эмоции, искренний интерес к своей личности со стороны окружающих. Но это как раз группы граждан, которые подвержены невольной социальной изоляции. Инвалиды и пожилые испытывают трудности с передвижением по городу, а то и во двор вывести некому, все время проводят дома, им жизненно необходимы выезды. Для них очень важны межличностные контакты и участие в совместных занятиях, что делает возможной самореализацию и влияет на чувство собственной значимости и ценности.

Цель – улучшение качества жизни, эмоционального и физического состояния здоровья пожилых и инвалидов: занятия на тренажерах, реабилитация под руководством специалиста, занятия по развитию мелкой моторики, посещение театров, филармонии, других культурных и досуговых учреждений. Улучшение психологического состояния здоровья пожилых и инвалидов (общение в «клубе по интересам», совместные чтения в библиотеке, пет-терапия, поездки в учреждения культуры и искусства)

Необходимый штат сотрудников: брат/сестра милосердия – 2 человека.

Качественные результаты: улучшение качества жизни, эмоционального и физического состояния подопечных Обители – пожилых и инвалидов.

Количественные результаты: 15 подопечных Обители + 30 паллиативных подопечных патронажной службы с семьями. Итого порядка 100 человек могут принять участие в деятельности кружка в течение года.

Комплекс духовно-психологических мероприятий. В качестве духовно-психологических мероприятий мы предлагаем проведение с подопечными сеансов по музыкальной терапии и православной психологии. Музыкальная терапия – это основанное на принципах доказательной практики клиническое использование музыки для работы над физическими, эмоциональными, когнитивными, коммуникативными и социальными целями и потребностями человека осуществляемое сертифицированным специалистом в рамках терапевтических отношений). Лечение музыкой относится к психотерапевтическим методам. То есть лечебная музыка, очищающая мозг и выводящая негатив, успешно применяется в психиатрии и психологической коррекции. При лечении музыкой используют сеансы по 35-45мин. в специальном звукоизолированном кабинете, чтобы не мешали посторонние звуки. Проводить сеанс музыкотерапии в наушниках не рекомендуется, так как для достижения эффекта человек должен быть в комфортных условиях. Особенно это важно, когда используется музыка от депрессии или нарушений нервной системы и психики. Музыка – феноменальное явление. Её взаимоотношения с человеком удивительны. Мелодичные звуки вершат чудеса – в человеке пробуждается, преобразуется душа, меняются состояние, настроение... Музыка властвует над нашими эмоциями, которые, оказывается, даже побеждают физическую боль. Оригинальную концепцию музыкально-рациональной психотерапии разработал Валентин Петрушин (Москва). Его практический опыт синтезирует лучшие из известных древних методик и современные научные достижения. Подходя к человеку целостно, В. И. Петрушин стимулирует пациентов не только к физическому, но и к психологическому и интеллектуальному выздоровлению (работа с телом, чувствами, мыслями). Ведь заболевания часто имеют причину не в физических слабостях организма, а в особенностях характера, которые в

свою очередь являются производными от мировоззрения человека [27, с. 315].

По мнению В. И. Петрушина, музыкальное произведение выражает то или иное настроение (что и предопределяет его психотерапевтическое использование) в зависимости от темпа и лада его звучания.

Музыку могут слушать подопечные с различной тяжестью заболевания, ходячие, и лежащие больные. Для больных, страдающих плохим слухом возможно использование наушников. Предложенные музыкальные произведения представлены в Таблице 1.

Таблица 1

Музыкальные произведения для прослушивания подопечными Обители

Основные параметры музыки	Основное настроение	Литературные определения	Названия произведений
Медленная Мажорная	Спокойствие	Лирическая, мягкая, созерцательная, элегическая, напевная, нежная, задумчивая	А. Бородин, Ноктюрн из Струнного квартета; Ф. Шопен, Ноктюрны Фамажор, Ре-бемоль мажор, Этюд Мимажор, крайние части; Ф. Шуберт, «Аве Мария»; К. Сен-Санс, «Лебедь»; С. Рахманинов, Концерт № 2 для ф-но с орк., начало II ч.
Быстрая Мажорная	Радость	Праздничная, ликующая, бодрая, весёлая	Д. Шостакович, «Праздничная увертюра»; Ф. Лист, финалы венгерских рапсодий №№ 6, 10, 11, 12; В. Моцарт, «Маленькая ночная серенада» (I и IV ч.); Л. ван Бетховен, финалы симфоний №№ 5, 6, 9.

Таким образом, нами были предложены к реализации пять мероприятий, которые, предположительно, улучшат качество жизни подопечных прихода во имя св. Елисаветы Феодоровны.

Заключение

В данной работе мы изучили теоретические и практические аспекты паллиативной помощи терминальным больным на основании изучения литературы и практики в приходе во имя св. Елисаветы Феодоровны.

В первую очередь мы обратились к рассмотрению церкви как социального института. В параграфе «Русская православная церковь как социальный институт» было дано определение Церкви, каким образом она стала социальным институтом и как повлияла на развитие паллиативной помощи. В этом же параграфе были рассмотрены функции Церкви, после чего был сделан вывод, что анализ важнейших социальных функций церкви свидетельствует о их взаимосвязи и общности достигаемых целей. Это - обретение приоритетной роли церкви в обществе и государстве, христианизация населения, борьба против секуляризации и атеизма. Некоторые социальные функции церкви содержат в себе общечеловеческие аспекты, создающие почву для сотрудничества церковных и светских организаций, верующих и неверующих в борьбе за повышение жизненного уровня людей, нравственное оздоровление общества в совместной борьбе против явлений, уродующих общественное сознание и поведение людей, препятствующих утверждению общечеловеческой морали. Для реализации такого сотрудничества необходимы взаимное уважение и толерантность, взаимопонимание, которые на сегодняшний день не достигнуты. Но их достижение с помощью церкви будет способствовать как консолидации российского общества, так и повышению авторитета русской православной церкви, упрочению ее социальной позиции.

Следующей задачей, которая была рассмотрена в исследовании, стало раскрытие целей и задач паллиативной помощи. В параграфе были раскрыты цель и задачи паллиативной помощи.

Важнейшую роль играет организация восстановления больного не только в рамках учреждения онкологического профиля, в амбулаторных

условиях, но и по месту жительства - оказание помощи семьям, в которых живут онкологические больные.

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. В данной сфере очень важную роль играют личные качества церковного социального работника - отзывчивость, симпатия и сострадание, и конечно, профессиональная этика. Основные виды оказания паллиативной помощи – это помощь на дому и в стационаре. Самым важным мероприятием в составе ухода за пациентами, а также паллиативной помощи, является кормление. Мы рассмотрели, как это правильно делать.

Таким образом, был сделан вывод о том, что оказывать паллиативную помощь терминальным больным имеют право не только врачи, но и служители церкви. Проанализировав теоретические аспекты паллиативной помощи терминальным больным, мы провели анализ проблем и потребностей подопечных на примере Обители милосердия при храме св. Елисаветы Феодоровны.

Обитель представляет из себя приют для инвалидов, тяжелобольных, страдающих паллиативными заболеваниями. Здесь организован круглосуточный уход за 15 больными. Основные направления деятельности – приют милосердия, патронажная служба, диспетчерская служба, сопровождение инвалидов, восстановление документов. В Обители имеется также кабинет, где проводится реабилитация подопечных.

Чтобы выявить проблемы и потребности подопечных нам потребовалось провести анкетирование. По результатам анкетирования оказалось, что подопечные мало гуляют на улице из-за того, что негде и некому вывести на улицу. Следующая проблема, которая была обнаружена - нехватка общения подопечных друг с другом, отсутствие досуговых мероприятий, которые бы развивали у подопечных функцию мышления. В качестве духовно- психологических мероприятий мы предлагаем проведение

с подопечными сеансов по музыкальной терапии и православной психологии. Также по результатам опроса была обнаружена потребность подопечных в установке кнопки вызова персонала. До проведения анкетирования была выдвинута гипотеза, которая частично подтвердилась. Был предложен следующий комплекс мероприятий по решению проблем выявленных по результатам анкетирования. «Организация площадки для прогулок» (разработан перечень оборудования и приведены мероприятия по организации площадки), «Проведение культурно-досуговых мероприятий для подопечных» (предложение создание клуба по интересам для пожилых и инвалидов, где могут общаться между собой люди со схожими психологическими проблемами, люди одного возраста, сюда входит также пет-терапия, творческие мастер-классы), а также «Духовно-психологический комплекс мероприятий», в состав которого ведущее место занимает музыкальная терапия. Кроме того, было предложено прохождение альтернативной службы призывниками в территории приюта.

Приведенные нами мероприятия и рекомендации могут быть использованы для хосписов, богаделен, домов престарелых и приютов как церковных, так и государственных, где содержатся терминальные больные.

Список использованной литературы

1. Аппаратные устройства для реабилитации после нарушения мозгового кровообращения // Заболевания головы: электронный журнал. URL: <http://golovalab.ru/insulto/reabilitatsiya/trenazhery-i-pribory-posle-insulta.html> (дата обращения 25.10.2017).
2. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти: пер. с фр. / общ. ред. С. В. Оболенской; предисл. А. Я. Гуревича. М.: ИГ «Прогресс» — «Прогресс-Академия», 2012. 265 с.
3. Белоусов С. А. Духовная зрелость личности и отношение к смерти // Психология зрелости и старения. 2010, № 4.
4. Беневский А. И., Словинская З. П. О преподавании курса паллиативной помощи в медицинских вузах. Материалы I Конгресса паллиативной медицины и реабилитации в здравоохранении. Москва, 2011.
5. Библейская энциклопедия. 3-е изд. М.: ЛОКИД-ПРЕСС; РИПОЛ классик, 2005. 768 с.: ил.
6. Благотворительность и милосердие: рубеж XIX-XX веков. СПб.: Лики России, 2010. 248 с.
7. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М.: Добросвет, Издательство «КДУ», 2011. 135 с.
8. Власов П. В. Обитель милосердия М. : Моск. Рабочий, 1991. 303 с.
9. Возрождение духовности и милосердия в сестринском деле : сб. работ науч.-практ. конф., посвященной Междунар. Дню Мед. Сестры, и 400-летию г. Томска : 12 мая 2004 г. Томск : Тандем-Арт, 2004. 309 с.
10. Гнездилов А. В. Проблемы хосписной службы в России // Материалы Конференции «Всем миром против рака». Москва; 2013.
11. Ибатов А. Д., Пушкин С. В. Основы реабилитологии: учебное пособие. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007. 160 с.
12. Ишемический инсульт глазами анестезиолога: современные подходы к интенсивной терапии [Электронный ресурс] URL:

<http://www.insult.bookmed.info/p100.html> (дата обращения 31.10.2017).

13. Карпычева Л. А. Есть ли будущее у Марфо-Мариинской обители? [Электронный ресурс] Портал Credo.ru. URL: <http://www.portal-credo.ru/site/print.php?act=fresh&id=545> (дата обращения: 12.10.2017).

14. Карпычева Л. А. Общины сестер милосердия и православная Церковь // В помощь сестрам милосердия : сборник статей. Минск, 2010. С. 51-65.

15. Клячкин Л. М. Физиотерапия. М: Медицина, 1988. 270 с.

16. Козловцева Е. Н. Социальная деятельность московских общин сестер милосердия // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 8: История. М., 2005 № 5. С. 65-87.

17. Коненко Р. В. Социальная работа в приходах: контексты социальных взаимодействий // В кн.: Профессиональная культура: опыт социологической рефлексии. М.: ООО «Вариант», 2014. Гл. 3.2. С. 13-18.

18. Кононенко Р. В. Дилеммы профессионализации приходской социальной работы в государстве благосостояния // Журнал исследований социальной политики. 2013. Т. 11. № 3. С. 379-385.

19. Корель Л. В. Социология адаптации: Вопросы теории, методологии и методики. Новосибирск: Наука, 2012. 327 с.

20. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Перевод с англ. Киев: «София», 2006. 157 с.

21. Липтуга М. Е., Поляков И. В., Зеленская Т. М. Паллиативная помощь. Краткое руководство ГИПП, «Искусство России» Санкт-Петербург, 2008. 375 с.

22. Материалы IV российской онкологической конференции // [Электронный ресурс] URL: <http://www.rosoncweb.ru/congress/ru/04/40.htm> (дата обращения 30.10.2017).

23. Меллор Ф., Шиллинг К. Модерн, самоидентичность и изоляция смерти // Реферативный журнал ИНИОН РАН. Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 11: Социология. 2013,

№4. С. 58-59.

24. Милосердие // Азбука веры: православная энциклопедия [Электронный ресурс] URL: <http://azbyka.ru/dictionary/12/miloserdie.shtml> (дата обращения: 10.10.2017)

25. Михайлов Д. Красный Крест и сестры милосердия в России и за границей / Петроград. Киев : Сотрудник, 1914. 91с. : 4 л. портр.

26. Моисеенко Е. И. Основные положения концепции социально-медицинской работы в онкологии // Социальные и психологические проблемы детской онкологии: Материалы I Всероссийской конференции с международным участием. М., 2000. С. 12-15.

27. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Московского ун-та, 1987. 412 с.

28. Новиков Г.А. Паллиативная помощь онкологическим больным // Учебное пособие. Новиков Г. А., Чиссов В. И. (под ред.). М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006. 192 с.

29. Новиков Г. А. Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным. М.: Медицина, 2004. 218 с.

30. Новиков Г. А., Осипова Н. А., Старинский В. В. и др. Организация паллиативной помощи онкологическим больным и перспективы ее совершенствования. Вопросы онкологии 1995. С. 27-28.

31. О потребности в сестрах милосердия для ухода за больными. СПб. : Военная тип., 1972. 12 с.

32. Обросов А. Н. Справочник по физиотерапии. М: Медицина, 1976. 344 с.

33. Основы ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения: Учебно-методическое пособие по неврологии для студентов медицинских вузов / под. ред. В. И. Скворцовой. М.:Литтерра, 2006. 104 с.

34. Паллиативная медицина и реабилитация / Под ред. Г. А. Новикова. М.: Фонд «Паллиативной медицины и реабилитации больных», 2001. № 3-4.

35. Паллиативная помощь — современное направление общественного здравоохранения [Электронный ресурс] URL: <http://pallcare.ru> (дата обращения 27.10.2017).
36. Паллиативная помощь // Екатеринбургская епархия. URL: http://mc.eparhia.ru/med_i_pravoslavie/onk/palliativnaia_pomochsh/ (дата обращения 25.10.2017).
37. Паллиативная помощь в Российской Федерации: современное состояние и перспективы / Г. А. Новиков [и др.] // Практическая медицина. 2009. №4. С. 12-15.
38. Паллиативная помощь онкологическим больным. Под ред. Айрин МПЛМОН. 1999. 205 с.
39. Пожилой пациент. Приложение к журналу «Медицинская сестра». М.: Издательский дом «Русский врач». 2007. 104 с.
40. Послание восточных патриархов. Православие. М. 2015. С. 78.
41. Православное обозрение. Заметки Православного обозрения. Приложения. -М. : Универ. тип., 1863. Т. 12. 129 с.
42. Православный катехизис. Православие. М. 2015. 517 с.
43. Практическая онкология №1 (5) (март) 2001 Г. А. Новиков, Н. А. Осипова, Б. М. Прохорова, М. А. Вайсман, С. В. Рудой. С. 14-15.
44. Приложение к журналу «Сестринское дело» «Паллиативная помощь. Медико-социальные принципы и основы сестринского ухода». Выпуск №3 (11) 2008 г.
45. Проблема прав тяжелобольных и умирающих в отечественном и зарубежном законодательствах. Под ред. Академика РАМН Ю.Л.Шевченко. М.: Изд.дом «ГЭОТАР - МЕД», 2008. 408 с.
46. Рекомендации 2003 (24) Комитета Министров Совета Европы государствам – участникам по организации паллиативной помощи // [Электронный ресурс] URL: <http://www.rosoncoweb.ru/congress/ru/04/40.htm> (дата обращения 20.10.2017).
47. Российско-французская конференция по паллиативной медицине.

«Тяжелобольной ребенок: психология, этика, контроль боли, реабилитация». Москва, 2009. 108 с.

48. С. В. Прокопенко, Э. М. Аракчаа, и др., «Алгоритм реабилитации больных, перенесших инсульт», Учебно-методическое пособие.: Красноярск, 2008. 40 с.

49. Санитарные требования к кабинетам физиотерапии // Медицинское обозрение. URL: <https://octomed.ru/details/sanitarnye-trebovaniya-k-kabinetam-fizioterapii> (дата обращения 15.10.2017).

50. Соколова Н. Г. Физиотерапия. М: Феникс, 2014. 352 с.

51. Сондерс С. Помощь умирающим. Здоровье мира, №11. 2002. С. 45-47.

52. Стойчева М. Г. Паллиативный уход: современный взгляд на новое общественное здравоохранение// Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. М. 2002. С. 58-59.

53. Темникова Л. А. Благотворительность в контексте духовного развития общества: дисс. канд. социолог, наук: 22.00.06 / Темникова Людмила Аллесандровна ; Белгородская гос. технологии, академия строит, материалов. Белгород, 1996. 164 с.

54. Улащик В. С. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия. М: Книжный дом, 2012. 640 с.

55. Устройство и оборудование физиотерапевтического кабинета// Портал о реабилитации. URL: <http://reabilitaciya.org/vidy-reabilitaczii/96-ustrojstvo-i-oborudovanie-fizioterapevticheskogo-kabineta.html> (дата обращения 19.10.2017).

56. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011, 23 ноября.

57. Хоспис (сборник практических материалов для организации хосписа в России) [Электронный ресурс] URL: <http://www.pallcare.ru> (дата обращения 24.10.2017).

58. Хоспис // Словари Яндекс. [Электронный ресурс] URL: <http://slovari.yandex.ru> (дата обращения 28.10.2017).

59. Христианство : словарь / под общ. ред. Л. Н. Митрохина. М. : Республика, 1994. 559 с.

60. Черкасова А. Е. Медицина и Православие : Соприкосновение в веках // Церковь и медицина. М., 2009. № 3. С. 334.

61. Шахурова Н. И. Депрессии у больных хосписа: клинические и фармакотерапевтические аспекты // Сибирский медицинский журнал. 2008, Т. 23. № 3-2.

Устный опрос на тему:

«Потребности и проблемы подопечных прихода Елисаветы Феодоровны»

1. Как вы попали в Обитель Милосердия?

2. Из каких источников информации Вы узнали про Обитель милосердия?

3. Оцените в целом качество ухода в Обители?

- a) в целом удовлетворяет
- b) не совсем удовлетворяет
- c) не удовлетворяет

Если не удовлетворяет, укажите – что именно: _____

4. Устраивает ли Вас качество питания в Обители?

- a) да
- b) нет
- c) затрудняюсь ответить

Если качество питания не устраивает, укажите – что именно не устраивает:

5. Довольны ли Вы работой медицинского персонала Обители?

- a) да
- b) нет

Если Вы не довольны работой медперсонала, то укажите – что именно не устраивает: _____

6. Удовлетворяет ли Вас качество проводимых мероприятий, имеющих групповой характер (оздоровительных, культурно-досуговых, профилактических и пр.):

- a) полностью
- b) частично
- c) не удовлетворяют

Если не удовлетворяет, укажите — что именно: _____

7. Чтобы Вы могли предложить для улучшения быта Обители милосердия?

8. Испытываете ли Вы недостаток в общении?

- a) Да
- b) Нет

9. Как Ваши родственники относятся к участию в жизни Обители?

- a) Помогают
- b) Не участвуют
- c) Сочувствуют

10. Ваши предложения, пожелания по улучшению качества предоставляемых социальных услуг: