

ПРОБЛЕМА УМИРАНИЯ В ХОСПИСНОЙ СЛУЖБЕ

Е.С. Седельская,
студентка 3 курса ГИУСТ БГУ, г. Минск

Известно, что в основе жизни заложен ритм: вдох и выдох, прилив и отлив, восход и заход. Но смерть также индивидуальна, как и жизнь. После неё остаются боль и страдания, воспоминания, пустота, которую ни чем не заполнить. Никто не знает, когда она постучится в наши двери.

Две трети больных умирают в стационаре. Но я хочу рассказать о хосписах. Мне они ближе всего. Работая там, я переосмыслила много вещей в своей жизни. И поверьте, смерть в хосписе отличается от смерти в отделении. В хосписе ты её предчувствуешь, вернее сказать ощущаешь запах смерти. Раньше я думала, что это шутки. Очень многие так и считают его домом смерти. Он же, но он нужен для качественной жизни до конца. Хоспис – это обыкновенная больница, ориентированная на устранение симптомов заболевания. Все методы оказания помощи были использованы ранее и уже не имеют никого смысла для больных. Хоспис для них последняя надежда на жизнь [1, с.45-50] Исходя из этого, в хоспис обращаются те, у кого уже нет шансов на лечение, а только есть необходимость провести последние минуты своей жизни без боли и страдания. В моей практике был случай, когда больной от боли «царапал» стену ночью, так как не мог говорить, у него был рак языка. В них так же оказывают психологическую помощь и поддержку пациентам и его окружению. После смерти больного работники хосписа поддерживают родных и близких около года.

Сопережить с родственниками их утрату, поддержать морально, направив при этом их действия в текущее русло забот, связанных с похоронами, – необходимое звено хосписной службы. Персонал хосписа часто становится объектом агрессивных реакций близких больного, их несправедливых упреков и обвинений. Необходимо позволить находящимся в горе (всяк переживает его по-своему) выплеснуть свои эмоции.

На Западе существуют специально обученные психологические группы поддержки, которые состоят из добровольцев службы хосписа, и они работают с родственниками больного в течение года даже полутора лет. Они встречаются с родственниками умерших, первое время раз в месяц, позднее реже, но сочувствие тех, кто также потерял своих близких, их поддержка, как моральная, так и материальная очень важны. У нас такого нет. Но я видела, как семьи больных поддерживали друг друга, несмотря на дикую боль в сердце после утраты близкого [1, с.132].

Проблемы умирающего заканчиваются с его смертью, но на этом не заканчиваются проблемы семьи. Чувство вины, возможно, является самым неприятным компаньоном смерти. Когда устанавливается фатальный диагноз, члены семьи часто спрашивают себя, есть ли в этом и их вина. Такие же переживания обуревают часто и семью. Родственники, казалось бы, уже смирившиеся с мыслью о потере, вдруг, в последний момент, могут воспрепятствовать происходящему и пытаться «удержать» своего близкого. Родные, сидящие у постели больного, затягивают его агонию.

Но и ожидание родственников, которые не приходят так же делают умирание тяжелым, а агонию мучительной. Ещё одним критерием, который затягивает умирание и агонию, является наличие боли, которая не купируется. Следует отметить, что в момент умирания, психологическая боль часто преобладает над физической, которая ослаблена интоксикацией и общим истощением организма.

Первоочередная задача снять боль не единственное, что можно сделать для больного. Последние мгновения жизни по своему содержанию, по своей ценности, по переживаемому итогу едва ли не самые важные за все существование человека на земле. Процесс ухода очень сложен и нередко реальной смерти предшествует психологическая. Она складывается из того понятия, которое называется «разрешением на смерть». Неоплаченные долги, неотпущенные грехи, непрощенные обиды мешают спокойному уходу. Порой долгая и тяжелая агония, исполненная психотических переживаний, воплощает эту борьбу за «не так прожитую» жизнь. Неизвестность в завтрашнем дне, чувство утекающего времени, сомнения в смысле жизни заставляют пациента искать психологическую опору [2].

Примерно в 40-50% случаев у больных отмечается так называемая предсмертная тоска. Она не купируется лекарствами, она не является эквивалентом боли. Ее нельзя отождествить с депрессией, в ней прощание и печаль расставания, в ней итог и оценка жизни.

Другим моментом, отягощающим смерть, является одиночество. В момент приближающейся смерти человек нередко пытается вынести оценку не только самому себе, но и своим взаимоотношениям, а, порой, гонит от себя и так называемых «близких», поняв, что это чужие для него люди. Близким остается тот, кто способен разделить с ним последнюю в жизни трапезу. И такими нередко оказываются работники хосписа.

Они создают комфортный психологический климат. Хоспис, это то место, где профессиональный отбор персонала очевиден. Здесь очень важно иметь нервно-психологическую выносливость, доброжелательное отношение к людям и их проблемам, желание помочь, иметь чувство сострадания и милосердия, а так же быть бескорыстным, ответственным, порядочным. Но при этом нельзя всё применять на себя, необходимо уметь абстрагироваться от работы. В основе психологического климата при взаимодействии с больным лежат физический, эмоциональный, интеллектуальный и духовный контакты [2]:

Эмоциональный контакт основывается на чувстве симпатии. В этом случае мостик строится не от себя к больному, но от него к себе. Настроенность не на «подать себя», а выслушать и принять другого создает почву для общения. Вместе с этим должно быть понимание ситуации больного, сочувствие и доброжелательность.

Интеллектуальный контакт подразумевает одинаковое с собеседником прочтение тех или иных понятий и слов.

Духовный контакт наиболее редкий, включает в себя чувство понимания и любви.

Не меньшую роль играет духовная поддержка пациентов, при помощи представителей различных религиозных конфессий. Психотерапевтическая поддержка в лице священника является тем самым оптимальным шансом, который позволит умереть легко легче.

Понятие смерти в нашем сознании привычно окружено негативным отношением. Проблема смерти отягощается проблемами лжи. Мир лишь недавно пересмотрел вопрос, говорить ли больному правду о диагнозе и прогнозе. До сих пор большинство родственников продолжает привычную политику-игру в отношении пациента. Такие пациенты ощущают ложь скорее, чем кто-либо другой, ибо в период умирания невероятно обостряются все чувства. И вряд ли способствует большей любви, близости и взаимопониманию, обнаруженный, хоть и в последнюю минуту жизни, обман близких. Чем больше борется такой пациент за свою жизнь, тем труднее ему умирать, и чем активнее борьба, тем труднее наступление смерти.

Хотелось бы отметить, что, встречаясь с каждым новым больным, даже умирающим, не стоит подходить к нему с «общей меркой». Необходимо быть очень бережным с любой индивидуальностью и уметь не навязывать конкретному человеку своё виденье ситуации.

Я думаю, каждый задумывался о том, что легче помочь умереть таким пациентам, тем самым избавив их от боли и страданий. Вопрос эвтаназии является открытым и у каждого свое мнение по этому поводу. Раньше я была сторонником того, что может действительно лучше помочь ему уйти из жизни, но я не понимала, кто возьмёт на себя такую ответственность. Но один раз я была свидетелем того как у пациента из категории овощ потекли слёзы. Это значит, что он чувствует. После этого я однозначно против эвтаназии!!! Все имеют право на жизнь, достойных уход, не важно, это отделение реанимации или койка место в хосписе.

Хочется сказать одно, все имеют право на жизнь. Нужно жить каждый день как в последний раз, с добротой в сердце и верой в бога, любить и быть любимым, ценить родных и близких. Никто не знает, что с нами будет завтра, нужно не проживать, а жить, наслаждаясь каждым моментом в жизни. Никто не знает, когда она оборвётся...

Список литературы:

1. Гнездилов, А.В. «Путь на голгофу». Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе/А.В. Гнездилов; Санкт-Петербург: АОЗТ ФИРМА «КЛИНТ»1995. – 133с.
2. Гнездилов, А.В. Психические изменения у онкологических больных /А.В. Гнездилов// Журнал «Практическая онкология». – 2001. – №1(5) (март) – С. 13.