



ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

## Лекция 3

по дисциплине **Медико-социальная работа с инкурабельными  
больными**  
для студентов по направлению подготовки  
«Социальная работа»



К.М.Н., Д.П.Н.  
Артюхина Александра Ивановна ,

Волгоград 2025



# Модуль 1: Морально-этические и правовые аспекты медико-социальной работы с инкурабельными больными.

## ■ План

- Основные принципы этики в паллиативной медицине.
- Основные права терминальных и умирающих больных.
- Проблемы сообщения диагноза инкурабельным больным.
- Психологические проблемы терминальных больных. Заболевание. Чувство одиночества и важность здорового психологического климата.
- Проблема умирания.



# Понятие «эвтаназия» происходит от греческого eu – «хороший» и thanatos – «смерть».

- Впервые в научный обиход был введен еще в XVI столетии английским философом Френсисом Бэконом - в работе «О достоинстве и приумножении наук», указывал, что обязанность врача состоит не только в том, чтобы восстановить здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнью, и это не только тогда, когда такое облегчение боли как опасного симптома может привести к выздоровлению, но и в том случае, если уже нет ни единой надежды на спасение, и можно лишь сделать саму смерть более легкой и спокойной, так как эта «эвтаназия» уже сама по себе есть немалое счастье.



# Эвтаназия

- - это сознательная и преднамеренная деятельность медицинского работника, которая направлена на прекращение физических, психических, моральных либо иных страданий пациента, обусловленных его неизлечимой болезнью, и влечет за собой его смерть. Условие: указанная деятельность осуществляется медицинским работником по осознанной и единотрактуемой просьбе полностью, объективно и своевременно осведомленного о результатах такой деятельности пациента либо его законного представителя.



# Эвтаназия в уголовно-правовом значении

- - умышленное лишение жизни безнадежно - больного человека для избавления его от страданий.

## По способам применения

- **«активная»** (позитивная) - совершении определенных действий по ускорению смерти безнадежно больного человека
- **«пассивная»** (негативная), смысл которой - отказ от мер, продляющих жизнь инкурабельного больного



# Всемирная медицинская ассоциация рассмотрела вопрос об эвтаназии

- в 1950 г. и осудила ее совершение «при любых обстоятельствах».
- Впоследствии в актах ВМА появились нормы, в известной степени, оправдывающие пассивную эвтаназию. Так, согласно Лиссабонской Декларации прав пациента (сентябрь/октябрь 1981 г.) пациент имеет право, получив «адекватную информацию... отказаться от лечения», а также право «умереть достойно».



# Венецианская Декларация о терминальном состоянии

- (октябрь 1983 г.), прямо обязывает врача осуществлять пассивную, в том числе принудительную (на основе волеизъявления родственников), эвтаназию: «Врач не продлевает мучения умирающего больного, в том числе связанные с неизлечимой болезнью и уродством, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания - по просьбе его родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца» .



# Эвтаназия осуждается традиционной религией и моралью.

- Заявление Церковно-общественного совета Русской православной церкви по биомедицинской этике (1999 г.) гласит:
- **«православные священнослужители, ученые, врачи считают недопустимой реализацию любых попыток легализации эвтаназии как действия по намеренному умерщвлению безнадежно больных людей, рассматривая эвтаназию как особую форму убийства (по решению врачей или родственников), либо как самоубийство (по просьбе пациента), либо как сочетание того и другого».**



# Эвтаназия осуждается традиционной религией и моралью.

- Отрицательно относится к эвтаназии и Римско-католическая церковь, что подтверждается Декларацией Конгрегации веры 1980 г., в которой сказано, что
- **«ничто и никто не может разрешить убийство невинного человека, будь он... пожилым, неизлечимо больным или умирающим. Кроме того, никто не может требовать совершить такое убийство ни в отношении самого себя, ни в отношении кого-либо другого, находящегося под его ответственностью, не может также согласиться на это ни прямым, ни косвенным образом».**



## В качестве одного из правовых оснований эвтаназии

- нередко рассматривают право пациента на отказ от медицинского вмешательства, провозглашенный статья 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Однако, на сегодняшний день в России механизм реализации этого права практически не разработан



# На практике применяется достаточно четкая классификация эвтаназии.

- 1. Medical decision concerning end of life (MDEL), или «медицинское решение о конце жизни». MDEL можно разделить на две большие категории:
  - собственно эвтаназия — случаи активного участия врача в смерти пациента. Это, собственно, производимое врачом убийство больного с информированного согласия (см. выше) последнего;
  - ассистируемый врачом суицид (Physician assisted suicide — PAS), когда врач приготавливает смертельное лекарство, которое больной вводит себе сам.



# На практике применяется достаточно четкая классификация эвтаназии.

- 2. Случаи, когда роль врача сводится к согласованному с пациентом отказу от назначений, позволяющих продлить жизнь больного, или же к осуществлению мер и/или увеличению доз облегчающего страдания лекарства (например, обезболивающего или снотворного), в результате чего жизнь больного сокращается. В основном это прием опиоидных анальгетиков. Также к данной группе следует отнести сознательное информирование безнадежно больного о смертельной дозе принимаемого им препарата.



Безнравственность  
лишения всех обреченных  
больных информации о том,  
что их ожидает, сначала  
была этически осмыслена в  
хospисах, а затем,  
спустя 10-20 лет, право  
пациента на информацию  
стало универсальной  
ценностью современной  
профессиональной этики  
врачей.



Впервые термин был использован в XVI-м веке  
Френсисом Бэконом



*“Долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнью...”*



**Активная эвтаназия** - это преднамеренное вмешательство с целью прервать жизнь пациента, например путем инъекции средства, вызывающего летальный эффект





***Пассивная эвтаназия*** - это отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо вообще не начинается





**Добровольная эвтаназия** – когда есть настойчивая просьба о прекращении жизни самого больного, находящегося в ясном сознании и объективно информированного о своем состоянии, причем признаки депрессии отсутствуют



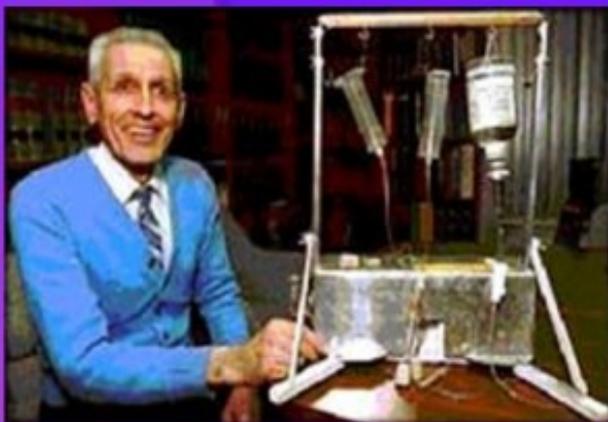


***Недобровольная эвтаназия*** – когда  
просьбы (информированного согласия)  
пациента на прекращение его жизни нет





**Самоубийство при помощи врача** -  
в этом случае врач передает в руки  
пациента средство, позволяющее  
тому покончить с собой



**Джек Кеворкян - "доктор-смерть"**



## *Аргументы в защиту эвтаназии*

*1. Человеку должно быть предоставлено право на автономию - право выбирать, продолжать ли ему жизнь или оборвать ее*





2. Человек имеет право  
быть альтруистом





### 3. Человек должен быть защищен от жестокого и негуманного лечения





## 4. Евгеника (генетическая селекция)





## 5. "Экономический" аргумент





**Аргументы противников  
активной эвтаназии**

## **I. Прагматический подход**

**Возможность диагностической и  
прогностической ошибки врача**

***Наличие эффективных болеутоляющих  
средств***

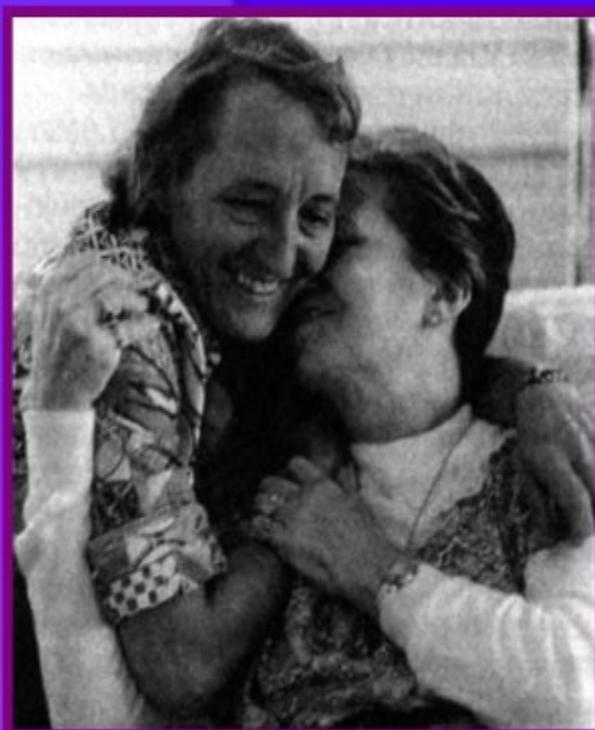
***Возможность появления новых  
медикаментов и способов лечения***



## II. Психологический подход



1. Главная проблема  
страдающего человека  
— увидеть СМЫСЛ  
СВОИХ МУК

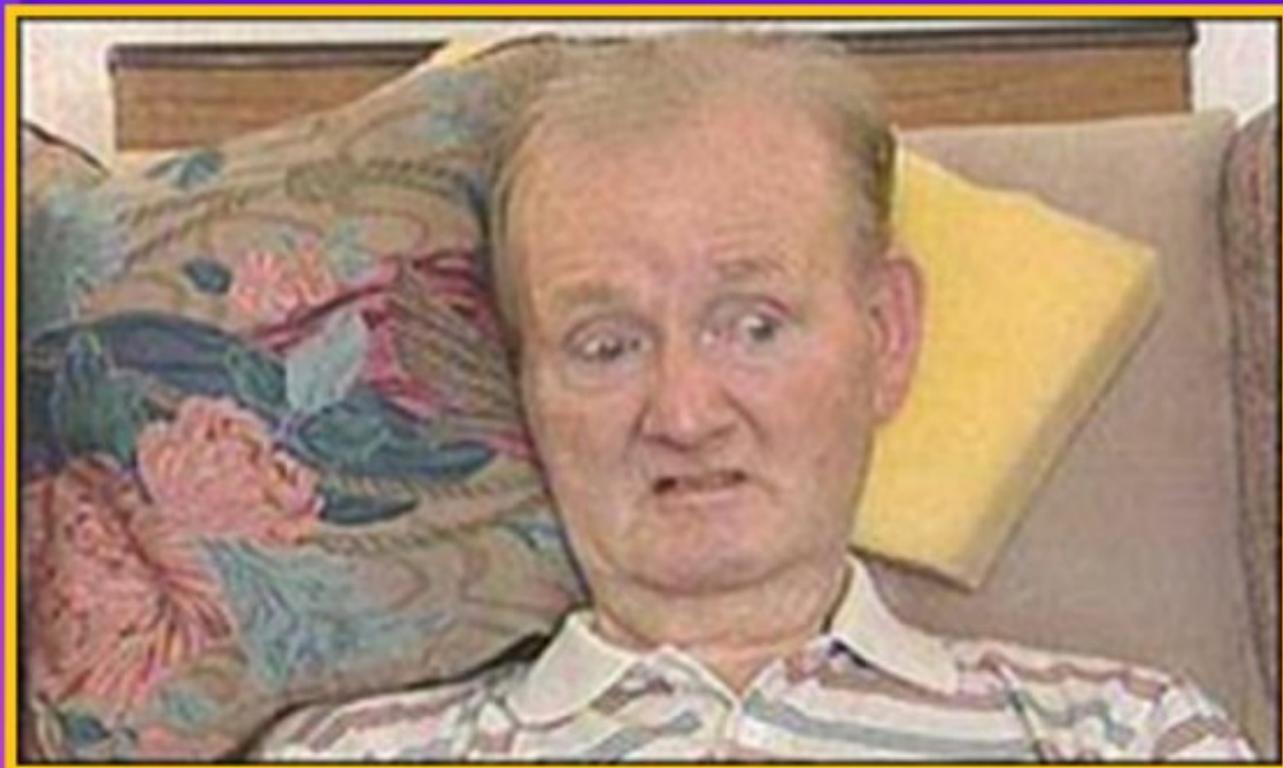


Предсмертие дает  
человеку  
ВОЗМОЖНОСТЬ  
ДОСТОЙНО  
завершить жизнь

Многие терминальные больные воспринимали  
предсмертие как лучшую стадию их жизни, как  
новизну существования



## 2. Легка ли “легкая смерть”?





### 3. Почему должны страдать врачи?



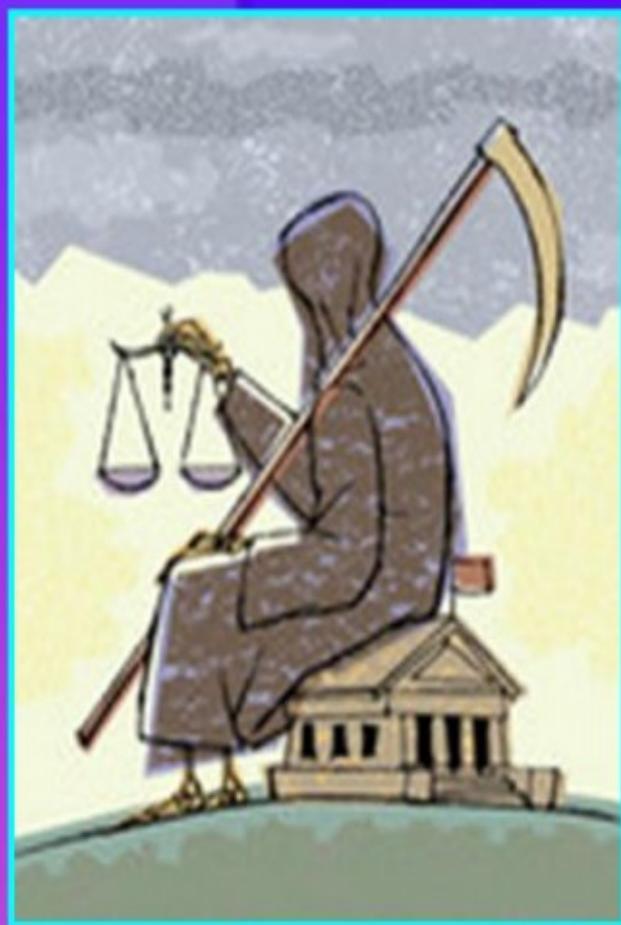


## 4. Легализация эвтаназии подрывает доверие к деятельности врача





### III. Правовой аргумент



Опасность  
криминализации  
медицины



Эвтаназия — это не только отречение больного от Бога Любви.

Это не только то вечное отчаяние, на которое обрекает себя человек. Это еще и проблема совести врача, обеспечивающего тяжело больному человеку смерть.





Если мы хотим помочь безнадежно больным и страдающим людям, имеет смысл не оправдывать право на самоубийство для них и право на убийство для врача.

Умирание — это особое время человеческой жизни и медицина должна помочь человеку по-человечески умереть. Таким образом, умирание становится для человека временем осмысленной жизни, возможностью принять смерть достойно.



## Хоспис - это «альтернатива негативному и социально-опасному представлению» о гуманности активной эвтаназии.

- Деятельность хосписов в 1958-1965 гг. — создание методик комплексного подхода к лечению и предупреждению боли: применение различных анальгезирующих, психотропных, противораковых препаратов, паллиативной радиотерапии и др.
- По исследованию ВОЗ в ходе трехэтапного введения анальгезирующих средств 156 больным раком: 87% из них были полностью избавлены от боли, 9% - в достаточной степени, а 4% - частично.



# Население недостаточно ориентировано в проблеме эвтаназии

- и точное значение термина «эвтаназия» известно только каждому второму респонденту ( $52,31 \pm 2,19$  на 100 опрошенных). Считают недопустимым проведение эвтаназии инкурабельным больным  $32,31 \pm 2,05$  на 100 респондентов. Однако каждый пятый респондент ( $19,42 \pm 1,73$  на 100 опрошенных) считает возможным проведение эвтаназии в присутствии представителей церкви, юристов;  $22,50 \pm 1,83$  на 100 респондентов высказались за необходимость введения эвтаназии юридически. Точного мнения по данному вопросу не имели  $25,77 \pm 1,92$  на 100 респондентов.



- Анализ ответов организаторов здравоохранения, медицинских работников и студентов медицинского ВУЗа на вопросы анкеты о различных аспектах эвтаназии показал, что большинство респондентов хорошо информированы в проблеме эвтаназии. Однако, несмотря на то, что  $36,66 \pm 0,96$  на 100 респондентов считают недопустимым проведение эвтаназии, следует отметить, что около 30% опрошенных организаторов здравоохранения, медицинских работников и студентов считают возможным введение эвтаназии в РФ юридически.



- По результатам исследования сформированных симптомов различных фаз синдрома «эмоционального выгорания» выявлено, что у врачей и сестринского персонала хосписов доминировали: симптом «эмоционального дефицита» ( $66,19 \pm 2,31$  на 100 респондентов), симптом «неудовлетворенности собой» ( $51,79 \pm 2,45$  на 100 опрошенных) и симптом «переживания психотравмирующих обстоятельств» ( $47,96 \pm 2,44$  на 100 респондентов).



# Стандарты практики социальной работы в хосписах

Понимание следующих **основных этических принципов**:

**Правосудие:** обязанность рассматривать все справедливо, распределяя риски и выгоды в равной степени;

**Милосердие:** обязанность делать добро для людей;

**Не нанесение вреда:** обязанность не причинять вреда;

**Понимание/Толерантность:** обязанность понимать и принимать другие точки зрения, если разум подсказывает, что это является оправданным;

**Гласность:** обязанность принимать меры на основе этических норм, которые должны быть известны и признаны всеми, кто этим занимается;



# Стандарты практики социальной работы в хосписах

Понимание следующих **основных этических принципов**:

Уважение к личности: обязанность уважать честь и достоинство других людей, их права и обязанности;

Достоверность: обязанность говорить правду;

Конфиденциальность: обязанность соблюдать конфиденциальность информации и принятия решения;

Равенство: обязанность рассматривать людей в рамках равенства, как морального, так и материального.



- Этико-деонтологическая тактика общения с пациентами в зависимости от их возраста, особенностей личности и характера болезни



## Пациент должен испытывать доверие к тому, кто вступает с ним в диалог

- чтобы дать правдивую информацию. В хосписе в этом случае нет приоритета за лечащим врачом. Каждый пациент, обладая своими характерологическими особенностями, может выбрать для себя любого из персонала, к кому испытывает симпатию и доверие. Потому к беседе с больным должен быть готов любой человек из персонала.

# Встреча с диагнозом



К сожалению, до недавнего времени тема смерти в медицине была закрыта. Существовал запрет на сообщение больному смертельного диагноза. Смерть воспринималась как неестественное и пугающее событие. Люди, казалось, считали, что могут предотвратить смерть, если не будут о ней говорить. Не зная своего диагноза и не представляя, что ждет его впереди, больной оказывался в глухой психологической изоляции и не имел возможности активно участвовать в процессе лечения и принимать решения в таких важных для себя вопросах, как лечиться или нет, оперироваться или нет, умирать дома или в больнице и т.п. Ни медицинские работники, ни родственники смертельно больных людей не умели разговаривать с такими больными и не знали, о чем с ними говорить. В общении царили обман и неискренность. В силу неверного представления, что все больные могут быть вылечены современными методами лечения, умирающие люди часто рассматривались как результат медицинской неудачи. В результате этого умирающий человек испытывал неловкость при обсуждении с медицинскими работниками своих чувств о смерти и ее приближении.

# Встреча с диагнозом



- **Сообщая больному диагноз, необходимо помнить о следующем:**
- Начиная разговор о диагнозе, необходимо иметь в запасе достаточно длительное время (может быть несколько часов) на общение с больным.
- Диагноз, как правило, сообщает врач, но это может быть и другое доверенное лицо.
- Больной должен быть расположен к тому, чтобы услышать правду о диагнозе.
- Диагноз сообщается после достаточно продолжительного подготовительного разговора о проведенных исследованиях и имеющихся изменениях в организме.

# Встреча с диагнозом



- **Сообщая больному диагноз, необходимо помнить о следующем:**
- Надо стараться избегать медицинских терминов, которые могут быть непонятны или неправильно поняты больным.
- Сообщение диагноза не должно выглядеть как вынесение приговора. Больной не должен услышать в словах интонацию: "Ты обязательно скоро умрешь", а: "Диагноз столь серьезен, что, возможно, ты скоро умрешь".
- Надо быть готовым к проявлению различных, иногда очень сильных эмоций больного: гнева, отчаяния и др.
- Надо быть готовым разделить с больным его сильные переживания.

A person wearing a white surgical mask and a blue hairnet, looking down. The background is a soft, out-of-focus blue.

# Духовные переживания

Для людей, стоящих перед лицом неизбежной смерти, духовная жизнь имеет особенно большое значение. Даже многие неверующие люди перед лицом смерти ищут смысл прожитой ими жизни. Окружающие, в том числе и врач, должны понимать, в каком смятении пребывает больной, и быть готовы протянуть ему руку помощи. Огромную помощь здесь оказывает священник. Когда умирает верующий человек, его вера дает ему силы и утешение в это трудное время. У верующего человека возникает острая потребность в общении со священником, потребность в подготовке своей души к встрече с Богом. Его беспокоит не столько вопрос о том, как он будет умирать, сколько вопрос о том, что можно успеть сделать в этой жизни, чтобы подготовиться к другой жизни.



# Эмоциональные переживания

- Узнавая о диагнозе и прогнозе, больной часто испытывает страх.

**Страх.** Умиравшему человеку бывает очень страшно.

- Страх возможных болей, которые начнутся или усилятся в дальнейшем.
- Страх мучительных и тягостных физических и душевных переживаний в момент смерти.
- Страх одиночества. Больной боится остаться в момент смерти один



# Встреча с неизвестным.

- Страх неизвестности, связанной с моментом умирания. Неизвестность всегда страшит. Особенно страшит неизвестность тех состояний и переживаний, которые будут сопровождать само умирание.

## **Сожаление о потерях.**

- Человеку не хочется уходить от того, что он любит и с чем связан крепчайшими узами.

## **Беспокойство об оставляемых обязанностях.**

- Кто будет воспитывать детей, ухаживать за старым и беспомощным мужем, кто будет заботиться о даче, собаке и т.д.



# Беспокойство о недоделанных делах

- Ненаписанное завещание, невыполненные обещания, неразделенное имущество, недоделанная работа и др.
- Переживания по поводу взаимоотношений с людьми: нужно успеть простить, примириться, объясниться и т.п.



# В успешной беседе ПОМОЖЕТ

- понимание того, что хочет пациент, и готовность к совместному переживанию «информации на двоих».
- Вступая в диалог, нужно в первую очередь предоставить больному право активной позиции, « самому занять место слушателя.
- Иногда пациенту необходимо «выплеснуться», но всегда нужно помнить, что он внимательно наблюдает за реакцией собеседника. И даже если вы не произнесли ни слова, это может быть истолковано как подтверждение позиции пациента



# На вопросы пациента, что с ним происходит

- что это за болезнь или что его ждет, нельзя спешить с ответом. Первое, что необходимо понять, не провокация ли это со стороны больного с целью получить ожидаемый ответ, а вовсе не истину. Для этого существует метод контр вопросов. Например:
- Скажите правду, что у меня и насколько это серьезно, - спрашивает пациент.
- Почему вы задаете этот вопрос? Что вы сами думаете об это? Что вы подразумеваете под серьезностью и как вы сами оцениваете свои силы? - следует ответ.
- Вопросов можно задать достаточно много, но из ответов нужно попытаться понять истинные мотивы пациента узнать правду.



## Если пациент высказывается в оптимистическом духе

- его не нужно разубеждать. Можно согласиться с его точкой зрения, не подтверждая ее.
- Например: «Возможно, ваше мнение имеет под собой реальные основания. Кто, как не вы, способен оценивать свои силы». В этом случае вы не прибегаете к обману, вы лишь соглашаетесь с возможностью существования определенной точки зрения больного. И в дальнейшем он не сможет обвинить вас в обмане. Доверие к вам не пошатнется, так как «свои карты вы оставили при себе».
- Если пациент действительно ждет правдивой информации, он сам скажет и о своем диагнозе, и об ожидаемом прогнозе. При этом задача врача (социального работника) - проконтролировать, что пациент понимает под словами рак, опухоль, злокачественные новообразования, метастазы и т. д.



## Принцип не давать всю истину сразу

- является важным моментом в информировании больного. Растяжка во времени, с открытием правды по частям, помогает пациенту созреть для полноты истины. Исключительно чуткая связь с больным позволит заметить, когда информации уже достаточно. В следующий раз беседа будет еще более откровенной и приближенной к истине. Например, раковый больной находится в полном неведении: начинать надо с понятия новообразования, в следующий раз появляется понятие опухоли, затем злокачественной опухоли и, наконец, рак, метастазы и т.д.



# Самыми тяжелыми бывают случаи двойной ориентации пациента - в диагнозе и прогнозе

- Неверная информация, полученная от хирургов, порой порождает крайне тяжелые недоумения. «Я твой рак вырезал, теперь у тебя нет рака», - заявляет врач, и последующие объяснения в хосписе не принимаются пациентом. Он твердо верит в то, во что ему хочется верить.
- Информация о болезни и прогнозе зачастую не обсуждается с больными. Речь о способности человека прочесть информацию через ситуацию, а не путем слов. Значительную роль играет и так называемый язык тела, которым пользуются сотрудники. Специфика повышенного внимания и готовность откликнуться на любую просьбу приводят больных в недоумение. Дурной стереотип обычных медицинских учреждений, где пациент запуган и вынужден обо всем просить, если не сказать выпрашивать внимание персонала, по контрасту с хосписной службой так ярко свидетельствует об особом подходе. И нередко пациенты сами догадываются о том, чем вызвано это милосердие, что за люди им служат и что за специфика учреждения, в которое они помещены.



# Беседа с пациентом. Контакт с ним должен быть максимально тесным .

■ Медик должен видеть лицо больного, в беседе применять паузы, представляя пациенту возможность проявлять активность. Слушая пациента, поддерживать его, употребляя междометия, или повторяя его последние слова. Идеальным является осуществление физического контакта. В момент дачи информации медик берет за руку пациента или касается его плеча. Тогда аффективный негатив разделяется на двоих. Фактически происходит следующее. «Да, положение безнадежное, но вы не останетесь в одиночестве. На всем пути, который вас ожидает, мы (хосписная служба вкупе с родственниками) будем с вами и облегчим любые трудности». Психологическое наблюдение, что в присутствии кого-либо, особенно врача, медсестры, родных, боль и страдания переносятся легче, работает неукоснительно. Истинно гуманные отношения с больным как раз и требуют не оставлять его одного. Если медик присутствует при рождении, то и конец жизни должен быть обеспечен присутствием его, ибо врач, медсестра, социальный работник, санитарка - не просто работники медслужбы, но и друзья пациента, сострадающие ему в его страданиях.



# Принципы общения с умирающим человеком:

- Будьте всегда готовы оказать помощь.
- Проявляйте терпение.
- Дайте возможность выговориться.
- Произнесите несколько утешающих слов, объясните больному, что испытываемые им чувства совершенно нормальны.
- Спокойно относитесь к его гневу.
- Избегайте неуместного оптимизма.

# Общение



- Умиравший больной хочет чувствовать себя защищенным. Он хочет, чтобы его успокоили, сказали ему, что он не будет страдать в момент умирания. Надо помочь больному справиться со страхом. Надо говорить с ним о его страхах. Нельзя обходить эту тему молчанием на том основании, что Вы не можете предложить больному стать здоровым. Спрашивать, слушать и стараться понять, что чувствует больной. Помочь ему доделать земные дела. Обещать исполнить его последнюю волю, если он сам не успел что-то сделать. Больному важно чувствовать, что для него делается все возможное.

# Общение



- Больной не должен чувствовать себя в изоляции, не должен ощущать, что от него что-то утаивают. Нельзя использовать ложные обещания выздоровления как способ не говорить с больным на трудные темы. Самое худшее для больного - это отказ ему в медицинской помощи. Основная помощь больному состоит в постоянном общении с ним, в совместном проживании последнего периода его земной жизни. С больным следует установить доверительные отношения. Больной должен знать, что в момент смерти он не останется один, и что кто-то будет помогать ему прожить этот период. Само по себе наше присутствие у постели тяжело больного и умирающего может иметь успокаивающее действие. Больной должен быть уверен в том, что ему помогут снять боли и другие тягостные ощущения в момент смерти. Многие больные нуждаются в телесном контакте с близкими людьми в момент смерти. Они просят, чтобы их взяли за руку, положили руку на лоб, обняли и т.п.



# Для того, чтобы помочь больному справиться со страхом, необходимо:

- уметь слушать;
- понимать невербальный язык;
- оказывать эмоциональную поддержку;
- общаться с больным открыто, доверительно;
- относиться к нему с сочувствием;
- честно отвечать на вопросы;
- не внушать несбыточных надежд;
- давать возможность задавать вопросы;
- понимать потребности больного;
- принимать во внимание и стараться удовлетворить психические, социальные и духовные потребности больного;
- предвидеть трудности и быть готовым к их преодолению.



# Общение

## Общение с ребенком

- Что ребенок должен знать? Что вы будете делать. Что произойдет. Что он будет чувствовать. Важно уважать личность и независимость ребенка.
- Что ребенок хочет знать?  
Определить тревоги и опасения ребенка. Почему так случилось? Почему это со мной, а не с моей сестрой?



# Общение

## Общение с родителем или опекуном

- Быть честным.
- Добиваться ясности.
- Признавать, что не все известно.
- Слушать внимательно, задавать уточняющие вопросы.
- Уважать личность и независимость.
- Утешать и поддерживать.



# Принятие решений

- Роль ребенка. Роль родителя или опекуна. Роль медицинского работника. Противостояние или сотрудничество.
- Раскрытие правды ребенку Предусмотреть удобный момент для сообщения диагноза ВИЧ-инфекции: в определенном возрасте; в момент постановки диагноза; при назначении или изменении лечения. Заранее решить, что сказать и кто будет говорить. Изъясняться просто и недвусмысленно. Взрослых тревожит стигматизация и утрата надежд



# Социальная и эмоциональная ПОМОЩЬ В КОНЦЕ ЖИЗНИ

- Общение с учетом уровня развития ребенка: телесный контакт; игра.
- Честность.
- Создание наследия, памяти о ребенке: фотографии и видеофильмы; слепки или отпечатки руки; пожелания ребенка тем, кто останется.



# Приготовления к смерти

- Спросить, что ребенок думает о происходящем. Честно ответить на вопросы. Составить договор. Спросить, чего ребенок хотел бы получить от вас.
- Физический комфорт перед смертью Смачивать губы, рот, глаза. Обеспечивать чистоту и сухость тела. Давать только необходимые препараты. Симптоматическая медикаментозная терапия – по необходимости. Не заставлять ребенка есть больше, если он не хочет. Следить за состоянием кожи, менять положение тела не реже, чем раз в 2 часа. Не допускать боли. ВОЗ, Модуль по паллиативной помощи IMAI, 2003 г.



- Изучение распределения врачей и сестринского персонала хосписов и отделений паллиативной помощи, имеющих сформированный синдром «эмоционального выгорания», в зависимости от стажа работы продемонстрировало, что все три фазы СЭВ («напряжения», «резистенции» и «истощения») были в большей степени сформированы у медицинских работников, имеющих стаж работы от 11 до 20 лет. Отмечались статистически достоверные различия между частотой проявлений симптома «эмоционального дефицита», который наблюдался чаще у сестринского персонала ( $69,94 \pm 2,57$  на 100 медсестер), чем у врачей хосписов ( $54,45 \pm 4,95$  на 100 врачей) ( $p < 0,01$ ), а также симптома «эмоциональной отстраненности» ( $19,93 \pm 2,24$  на 100 медицинских сестер по сравнению с  $10,89 \pm 3,09$  на 100 врачей) ( $p < 0,05$ ).

## ^ КОДЕКС ДОБРОВОЛЬЦА

1. Уважай религиозные, философские и другие взгляды больного – они важная часть его внутреннего мира. Давление с нашей стороны недопустимо.

2. Не откладывай на завтра, если обещал больному помощь. Завтра может быть поздно.

3. При общении с больным помни, что:

– желания и интересы больного являются основой для общения. Наше открытое сердце и умение слушать могут преодолеть чувство одиночества;

– сдержанность в эмоциях и движениях, отсутствие суеты — проявление понимания состояния больного;

– отсутствие в речи резких, категорических выражений и, напротив, употребление мягких, вероятностных форм предложений помогают создать атмосферу доверия.



# Кодекс добровольца

**4. Не обсуждай без необходимости личную жизнь больного, сохраняй необходимую конфиденциальность.**

**5. Оставь на время прихода в хоспис груз своих нерешенных проблем. Не перекладывай его на плечи больного.**

**6. Берись только за посильную работу. Каждое полезное дело, каким бы незначительным оно не казалось, важно для хосписа.**

**7. Выполняй работу, за которую взялся, как следует и не перекладывай на другого. Не забывай поблагодарить других добровольцев за помощь.**



# Кодекс добровольца

**8. Доброжелательность, терпимость и честность помогут нам работать вместе.**

**9. Относись внимательно к просьбам и замечаниям сотрудников хосписа. Не обижайся, если у сотрудника не было времени поблагодарить за хорошо сделанную работу.**

**10. Если возникла трудная ситуация, не спеши, лучше посоветуйся с добровольцами и с персоналом. Принимай участие в регулярных встречах добровольцев. Это поможет правильно организовать и скоординировать нашу деятельность.**



# Кодекс добровольца

**11. Не осуждай коллегу, а открыто обсуждай проблему. Не торопись с выводами. Осуждение разрушительно, а открытое обсуждение поможет найти правильный выход.**

**12. Прислушивайся к мнению коллег и не бойся поменять привычный вид деятельности в хосписе. Возможно, новая работа позволит лучше раскрыть себя и принесет больше пользы.**



**Благодарю за внимание!**

