



ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Лекция 5

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 II Организация службы паллиативной помощи инкурабельным больным.

План

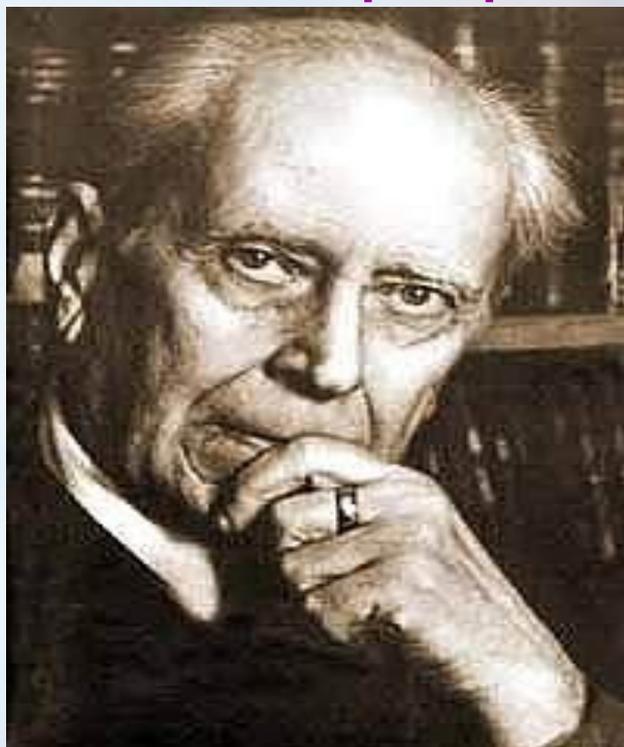
1. Хосписная помощь. Основные показания для госпитализации в хоспис.
2. Хоспис - организация службы.
3. Мультидисциплинарные команды в паллиативной медицине.



«Хосписы необходимы всему нашему обществу, в котором уровень боли превзошел все мыслимые пределы.

Хоспис – это дом, в котором соединяются высочайший профессионализм и гуманизм».

(Д.С.Лихачев)

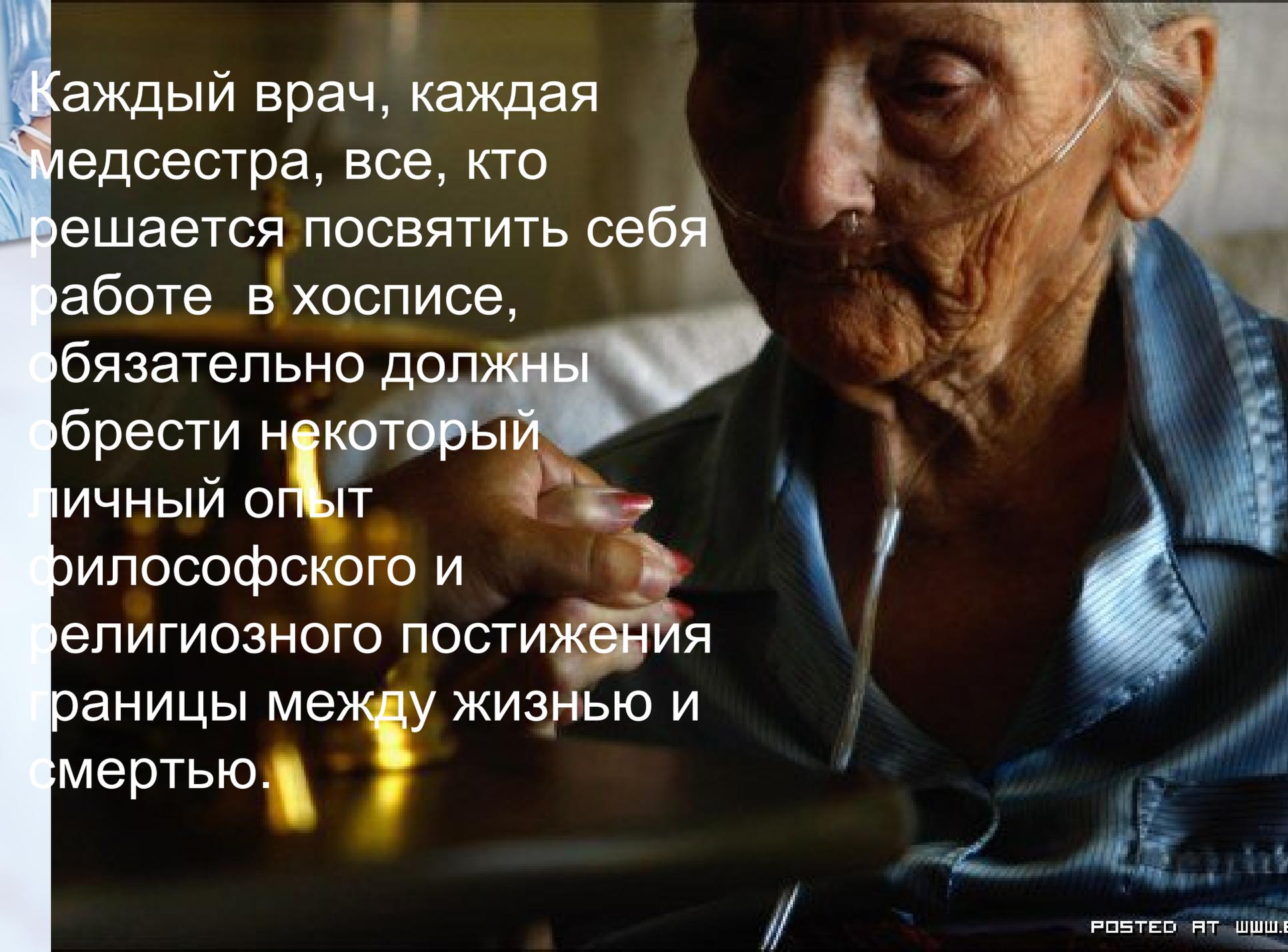




ХОСПИС- СПЕЦИАЛЬНАЯ КЛИНИКА ДЛЯ БЕЗНАДЕЖНЫХ БОЛЬНЫХ, ГДЕ СОЗДАЮТСЯ ВСЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ СТРАДАНИЙ ЧЕЛОВЕКА.

Впервые создание хосписов началось в Великобритании: в XIX веке в Дублине был основан монашеский орден сестер милосердия, которые заботились об умирающих.

Спустя примерно сто лет, в 1967 году, недалеко от Лондона был построен первый хоспис современного типа – Приют Св. Христофора.



Каждый врач, каждая медсестра, все, кто решается посвятить себя работе в хосписе, обязательно должны обрести некоторый личный опыт философского и религиозного постижения границы между жизнью и смертью.



Основную нагрузку по оказанию паллиативной помощи в городе несут на себе хосписы.

«Хоспис – это не место. Хоспис – это философия ухода. В хосписе никогда не торопят и не отдалают смерть. Хоспис существует в надежде и с верой в то, что неизлечимо больные пациенты и их близкие могут жить как можно более полно до конца жизни»

(Хоспис Св. Маргарет, США)



Сегодняшние принципы работы хосписов, берут свое начало еще в раннехристианской эре. Зародившись вначале в Восточном Средиземноморье идея хосписов достигла Латинского мира во второй половине четвертого века нашей эры, когда Фабиола, римская матрона и ученица святого Джерома открыла хоспис для паломников и больных. С этого времени множество монашеских орденов прилагали значительные усилия, чтобы выполнить заповедь из притчи об овцах и козлах – накормить алчущего, напоить жаждущего, принять странника, одеть нагого, посетить больного или узника. Эти принципы наряду с заповедью “так как вы сделали это одному из сих братьев Моих меньших, то сделали мне” были основой благотворительной деятельности, распространившейся по всей Европе



Первый хоспис создала в 1842 году мадам Жиан Гарнье

В

о французском городе Лионе. В хосписе ухаживали за людьми, умирающими от рака. Первый современный хоспис (он носил имя Святого Кристофера) был открыт в Лондоне в 1967 году Сесилией Сандерс. В начале 70-х, благодаря Элизабет Коблер-Росс, хосписное движение начало развиваться и в США. На сегодняшний день хосписы являются неотъемлемой частью системы здравоохранения во всех цивилизованных странах. Многим тысячам людей они дают поддержку в конце их жизни, давая им возможность умереть с достоинством в безопасной, благожелательной обстановке



Развитие паллиативной помощи в России.

Появление первого хосписа в России неразрывно связано с именем Виктора Зорзы. Уроженец Западной Украины, впоследствии гражданин Великобритании и известный журналист, он приезжает в Россию с целью создания первого хосписа в стране и пропаганды идеи хосписного движения. Попытка создания хосписа в Москве, предпринятая им в 1985 году, не увенчалась успехом.



Развитие паллиативной помощи в России.

Лишь в 1990 году в Санкт-Петербург по его инициативе и при непосредственном участии был открыт первый в России хоспис в Лахте (Санкт-Петербург). Главным врачом этого хосписа стал врач-психиатр и гуманист Андрей Владимирович Гнездилов. Сейчас именно этих двух людей можно назвать основоположниками хосписного движения в России.



Развитие паллиативной помощи в России.

Лишь в 1990 году в Санкт-Петербург по его инициативе и при непосредственном участии был открыт первый в России хоспис в Лахте (Санкт-Петербург). Главным врачом этого хосписа стал врач-психиатр и гуманист Андрей Владимирович Гнездилов. Сейчас именно этих двух людей можно назвать основоположниками хосписного движения в России.

Целью создания хосписа является реализация прав граждан на получение гарантированного объема медико-социальной помощи в терминальной стадии онкологического заболевания.



Развитие паллиативной помощи в России

Позднее хосписы начинают появляться и в других городах: Туле, Ярославле, Москве, Архангельске, Ульяновске, Омске, Кемерово, Волгограде, Астрахани, Перми, Петрозаводске, Смоленске и других городах России. В 1991 году открывается хоспис в Туле, в 1992 - второй хоспис в Санкт-Петербурге и начинается постепенно развитие службы в Москве, Тюмени, Кемерово, Архангельске и других городах.

На сегодняшний день в России организовано более 130 структурных подразделений паллиативной помощи, и около 60 находятся в стадии организации



Хоспис является государственным учреждением здравоохранения, предназначенным для оказания специализированной медицинской, социальной, психологической, юридической и духовной помощи инкурабельным онкологическим больным, с целью обеспечения им симптоматического (паллиативного) лечения, подбора необходимой обезболивающей терапии, оказания медико-социальной помощи, ухода, психосоциальной реабилитации, а также психологической и социальной поддержки родственников на период болезни и утраты ими близкого.



В хосписе личность пациента, его желания и эмоции выдвинуты на первый план.



Хоспис – это такие условия жизни пациента, такое качество жизни человека, когда самодостаточным и актуальным является именно настоящее, а не будущее.





О ДВИЖЕНИИ ПОМОЩИ УМИРАЮЩИМ – МОЖНО ГОВОРИТЬ КАК О СВОЕОБРАЗНОМ ЦИВИЛИЗОВАННОМ ФАКТОРЕ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.

Во-первых, право пациента на избавление от боли, на достойную смерть – это одно из гражданских прав личности.

Во-вторых, хосписы в определенном смысле могут сыграть роль своего рода социального лекарства для нашего общества в целом.

В-третьих, исключительно благотворное влияние хосписы окажут на всю остальную нашу медицину, реабилитируя в наш век высокотехничной, крайне специализированной медицины этическую ценность древней медицинской заповеди «*Salus aegroti suprema lex*» («Благо больного превыше всего»).



Согласно приложению к Приказу Минздрава РФ от 08.09.1992 г. № 247 «О включении в номенклатуру учреждений здравоохранения хосписов»,

хосписы и отделения паллиативной помощи являются медико-социальными учреждениями. При этом причиной госпитализации в стационары хосписов и отделения паллиативной помощи более 30 % пациентов являются социальные или социально-медицинские показания, поэтому медицинский аспект помощи инкурабельным больным неразрывно связан с деятельностью социального работника в хосписе. **Социального работника и медицинский персонал хосписа объединяет главная задача - облегчить боль и страдание, создание для пациента и его семьи лучшего качества жизни, а при состояниях, не совместимых с жизнью, - помочь больному достойно и без мучений встретить свой конец.**



Задачи и функции хосписа основаны:

- на формировании нового медико-социального служения инкурабельным онкологическим больным ;
- формирование нового медико-социального обеспечения (государственно-благотворительной) медицины, основанных на гуманном отношении власти, общественности, и государства к проблемам инкурабельных больных;
- повышение доступности квалифицированной стационарной медицинской помощи больным, а так же улучшения им медицинской помощи на дому;
- оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода на дому.



Основные задачи хосписа:

- 1) Формирование новой формы медицинского и социального обслуживания incurable больных – благотворительной медицины;
- 2) Проведение симптоматического лечения больных в терминальных стадиях, организация им квалифицированного ухода с применением психотерапевтических и традиционных методик;
- 3) Подбор и проведение необходимой обезболивающей терапии;
- 4) Оказание социально-психологической помощи больным и родственникам, обучение родственников навыкам ухода за больными. [



В соответствии с этими задачами на Хоспис возлагается :

- отбор, учет, прием больных по направлению участковых врачей, онкологов и других специалистов здравоохранения (при наличии необходимых документов);
- проведение симптоматического лечения и организация квалифицированного ухода за пациентом в стационарных условиях;
- динамичное наблюдение за состоянием больных в процессе лечения, при необходимости и возможности пациента проводить диагностические исследования;
- привлечение граждан для оказания добровольной помощи персоналу хосписа, их обучение и обеспечение дополнительного безвозмездного ухода за больными.
- тесная работа с церковными организациями и священнослужителями для воцерковления больных, которые изъявляют свое желание в познании Бога, и участие в церковных таинствах (Крещение, Исповедь, Причастие, Соборование)



Цель хосписа -

повышение доступности любой медицинской помощи тяжелым больным. Объем проводимого лечения определяется степенью тяжести пациента показаниями. Возможные из них например: проведение и подбор анальгезирующей терапии (при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения наркотическими анальгетиками). Разгрузочные абдоминальные и плевральные пункции. Внутривенная терапия (если таковая доступна). Детоксикация, в/венное питание (как альтернативный метод), антибактериальная терапия, и подбор прочей неспецифической терапии.

Цель проводимого лечения: улучшить качество жизни пациента, и сделать для него все возможное и зависящее от нас, облегчить страдания как физические так и душевные.



Хоспис не занимается коммерческой деятельностью
- обеспечивает медико-социальную и правовую защиту
пациентов, находящихся на учете в хосписе.

- обеспечивает социальную защиту персонала хосписа.
- проводит организационно-методическую работу по
первичной подготовке кадров: врачей, средних медицинских
работников, младшего медицинского персонала, добровольцев
и обучение родственников навыкам ухода за больными.

Структуру и штатное расписание хосписа утверждает
главный врач хосписа, исходя из численности
прикрепленного контингента и объема оказываемой медико-
социальной помощи (в пределах фонда оплаты труда).

Хоспис оказывает организационно-методическую и
практическую помощь учреждениям и специалистам по
вопросам паллиативного лечения, принимает участие в
проведении совещаний, конференций по актуальным
вопросам паллиативного лечения.



Распределение хосписов и отделений паллиативной помощи по регионам РФ (2009 г.)



Оказание паллиативной помощи



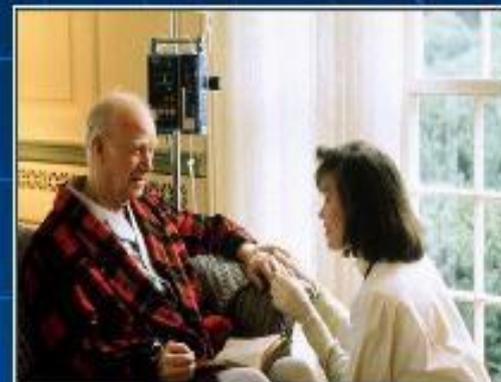
медработники



священник



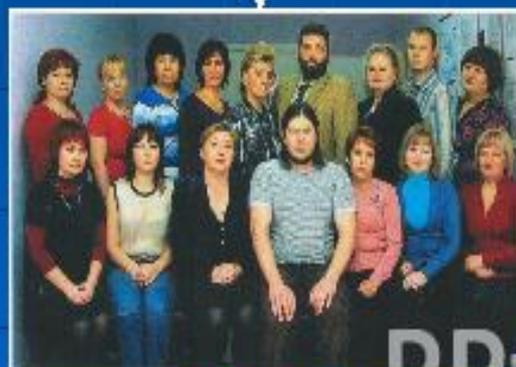
пациент



соцработник



юрист



общество



родственники



- Всемирный День хосписной и паллиативной помощи проводится для объединения усилий по поддержке развития хосписной и паллиативной помощи во всем мире.
- Всемирный День хосписной и паллиативной помощи проводится во вторую субботу октября.

2009 год - 10 октября

2010 год – 9 октября

- Тема Всемирного Дня хосписной и паллиативной помощи, который проводился 10 октября 2009 года: **Discovery your voice – Выскажись!**



Цели Всемирного Дня ХОСПИСНОЙ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

- Обменяться пониманием задач хосписной и паллиативной помощи оказываемой во всем мире и создать условия для того, чтобы люди могли выразить свои мнения о проблеме;
- Актуализировать понимание медицинских, социальных, практических и духовных потребностей людей, имеющих неизлечимые заболевания
- Способствовать становлению и развитию благотворительных фондов, способных поддерживать и развивать движение хосписной и паллиативной помощи во всем мире.



Кто организует Всемирный День хосписной и паллиативной помощи?

Организатором Всемирного Дня хосписной и паллиативной помощи является Всемирный Альянс паллиативной помощи, куда входят национальные и региональные организации, которые поддерживают развитие хосписной и паллиативной помощи во всем мире.





План мероприятий

- Организовать встречи с Министром здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голиковой, заместителями губернаторов по вопросам социальной политики.

Т. А. Голикова



В.Э. Новиков,
заместитель
губернатора
Кемеровской обл.
по вопросам
социальной
политики



14WEB.ru



- Пригласить Губернаторов регионов и руководителей Департаментов здравоохранения посетить существующие хосписы и отделения паллиативной помощи, поликлиники, дома престарелых.
- Организовать встречи с руководителями ВУЗов и средних медицинских учебных заведений для обсуждения возможности обучения паллиативной помощи на до- и последипломном уровнях подготовки врачей и медсестёр.



- Организовать концерты, художественные выставки, марафоны, встречи, лекции с целью ознакомления широкой общественности с целями и задачами хосписной и паллиативной помощи и организации поддержки для её развития.
- Широко привлекать детей и молодёжь с целью воспитания гуманного и милосердного отношения к пожилым, больным и слабым членам общества.



- Привлечь священнослужителей, организовать церемонии поминания и т.д.
- Организовать Всероссийскую акцию со свечами «Мы помним...».
- Организовать пожертвования для больных, привлечь внимание руководителей страны, бизнесменов, деятелей культуры и искусства и т.д..
- Организовать подписание ПРОШЕНИЯ о необходимости развития хосписной и паллиативной помощи широкой общественностью для направить его в Государственную Думу.



«Помощь другим важна и для самого помогающего. Только активная помощь другим может как-то успокоить нашу совесть, которая все же должна быть беспокойной»

Академик Лихачев

Ppt4WEB.ru



Хосписы



Сесилия Сондерс 1948г



Основные принципы хосписного движения:

Хоспис – альтернатива эвтаназии



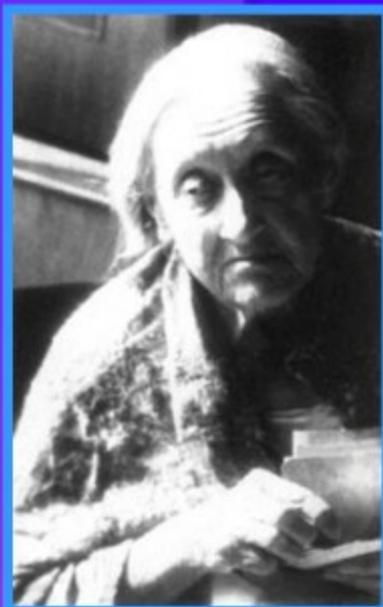
За смерть нельзя платить



Смерть, как и рождение –
естественный процесс.



Его нельзя ни торопить, ни
тормозить!



Хоспис – дом жизни,
а не смерти

Хоспис – не стены, а
люди, сострадающие,
любящие и заботливые





В палате хосписа

Сегодня в нашей стране уже работает 60 учреждений паллиативной помощи.

**«Мы работаем с живыми людьми; нельзя торопить смерть; каждый проживает свою жизнь; время ее не знает никто»
(гл.врач Первого Московского хосписа В.В.Миллионщикова)**





Отбор больных в хоспис осуществляется врачами хосписа на основании:

- наличия онкологического заболевания в терминальной стадии, подтвержденного медицинскими документами направившего учреждения;**
- наличия некупируемого в домашних условиях болевого синдрома;**
- наличия социально-психологических показаний (депрессия, реактивные состояния, конфликтные ситуации дома, невозможность ухода за больным).**



Показания для поступления:

- наличие онкологического заболевания в терминальной стадии подтвержденный официальным документом от онколога;
- распад опухоли осложненный кровотечением;
- кровотечения не купируемые амбулаторно;
- тяжелый для курации больной на амбулаторном уровне;
- наличие тяжелых осложнений за счет онкопроцесса;
- невозможность ухода за больным на амбулаторном уровне (решается индивидуально);
- наличие медико-социальных показаний (депрессии, реактивные состояния, психоорганический синдром), у больных с поражением центральной нервной системы;
- эмоционально- психологическая неготовность родственников ухаживать за больным .



Основные концептуальные принципы хосписной деятельности:

Хоспис - дом жизни, а не смерти;

**Хоспис - система комплексной медицинской,
психологической, социальной и духовной
помощи больным;**

**Хоспис - школа и поддержка родственников
и близких пациента;**

Хоспис - это мировоззрение гуманизма



Хоспис обеспечивает:

- неотложную медицинскую помощь;
- специализированную медицинскую помощь;
- подбор и проведение необходимой обезболивающей и симптоматической терапии;
- квалифицированную медико-социальную помощь больным, оказание психотерапевтической помощи больному и его родственникам;
- питание, в том числе диетическое, в соответствии с врачебными рекомендациями и пожеланиями больного;
- организацию и проведение поддерживающего паллиативного лечения incurable больных;
- организацию необходимой консультативной помощи;
- транспортировку больного;



Хоспис :

- проводит освоение и внедрение в практику работы новых методов паллиативного лечения и ухода за больными;
- производит анализ эффективности медико-социальной деятельности хосписа;
- проводит мероприятия по мобилизационной подготовке и гражданской обороне;
- осуществляет эксплуатацию и ремонт имущества хосписа;
- ведет статистический и бухгалтерский учет и предоставляет отчетность о деятельности хосписа в установленном порядке.



На хоспис возлагается:

- создание службы добровольных помощников, обеспечивающих безвозмездный уход за больными в домашних условиях и в стационаре, обучение их;
- связь с религиозными организациями всех вероисповеданий для отправления, в случае необходимости, культовых обрядов в период пребывания в стационаре и на дому;
- связь и активная работа с благотворительными организациями, как отечественными, так и зарубежными;
- связь с другими хосписами, как отечественными, так и зарубежными;
- связь с органами социальной защиты населения;
- связь со средствами массовой информации.



Структура хосписа

1. Приемное отделение.
2. Стационар на 25-30 коек.
3. Дневной стационар.
4. Выездная служба.
5. Административно-хозяйственная служба.
6. Вспомогательные службы (стерилизационная, аптека, дезкамерный блок, прачечная, пищеблок).

Специализированная паллиативная помощь обычно осуществляется командой специалистов в отделениях паллиативной помощи или хосписах. Специализированные команды также могут проводить консультации больных в лечебных учреждениях различного профиля, например в многопрофильных стационарах и клиниках.



Для удовлетворения всех потребностей больного необходимо участие в оказании помощи представителей различных специальностей - как медицинских, так и немедицинских - мультидисциплинарный подход. Поэтому команда/бригада паллиативной помощи состоит из врачей, медицинских сестер, имеющих соответствующую подготовку, психолога/психотерапевта, специалиста по социальной работе/социального работника. Другие специалисты привлекаются к оказанию помощи по мере необходимости.



Штатное расписание Первого Московского хосписа (фрагмент)

	Наименование структурных подразделений и должностей	^ Количество должностей
Организационно-методический отдел по социальной и медицинской работе		
	Зав. отделом-специалист по социальной работе	1.00
	Врач-методист	0.50
	Специалист по социальной работе	2.00
	Социальный работник	6.00
	Медицинская сестра	2.00
	Медицинский статистик	2.00
	ИТОГО	13.50



Основными задачами организационно-методического отдела по социальной и медицинской работе являются

- координация деятельности социальных работников хосписа;
- совершенствование социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- взаимосвязь и преемственность в работе хосписа с другими подразделениями хосписа и лечебно-профилактическими учреждениями



В соответствии с основными задачами отдел осуществляет

- инструктаж новых сотрудников, а также подготовку, обучение и контроль над соблюдением персоналом хосписа основных морально-этических норм и принципов хосписа;**
- планирование и проведение занятий (групповых и индивидуальных) с социальными и медицинскими работниками хосписа, добровольными помощниками и родственниками больных по вопросам социальной, медицинской и психологической (совместно с медицинским психологом) помощи больным и членам их семей;**
- разработку, утверждение, внедрение и контроль выполнения должностных инструкций социальных работников, а также медицинского и обслуживающего персонала хосписа;**



В соответствии с основными задачами отдел осуществляет

- оказание практической помощи социальным работникам хосписа по всем вопросам, входящим в их компетенцию, а также медицинскому и обслуживающему персоналу по вопросам социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- изучение, обобщение и анализ отечественной и зарубежной литературы, научных публикаций и монографий по вопросам организации работы хосписов, социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- внедрение в практику работы хосписа новых методов социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;



В соответствии с основными задачами отдел осуществляет

- организацию и постановку статистического учета в ПМХ, составление годового отчета, подготовку аналитических справок и иных материалов на основе данных медицинской статистики;
- разработку и внедрение качественных показателей работы хосписа;
- разработку, планирование и проведение мероприятий по совершенствованию социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;
- работу с предложениями, письмами и заявлениями граждан, представителей учреждений и организаций по вопросам качества социальной и медицинской помощи больным и членам их семей;



В соответствии с основными задачами отдел осуществляет

- разработку и проведение мероприятий по координации и преемственности в работе с другими подразделениями ПМХ и лечебно-профилактическими учреждениями, а также с действующими и вновь открывающимися хосписами Москвы по вопросам социальной и медицинской помощи больным и их семьям;
- формирование и постоянное пополнение электронного банка данных о всех действующих благотворительных фондах, законах, инструкциях и т.д., направленных на льготное обеспечение больных, их родственников в случае потери кормильца, а также, при необходимости, на материальную поддержку семьи умершего.



Нагрузка специалистов отдела

определяется задачами и функциями отдела и их должностными обязанностями

В отделе ведется необходимая учетно-отчетная документация, архив нормативно-методических материалов по вопросам организации работы в хосписах, а также социальной и медицинской помощи больным и членам их семей.

Большое внимание оргметодотделом уделяется работе с добровольными помощниками (волонтерами). Проведение учебных занятий и разъяснительная работа дополнена разработкой «Кодекса добровольца», «Анкеты добровольца» и опросного листа.



Наглядная информация, разработанная оргметодотделом, включает *памятки* и *брошюры*. К настоящему времени используются следующие памятки:

- «Дети в семье, где есть тяжело больной»;
- «Рекомендации для родных и близких пациента, находящегося в стационаре хосписа»;
- «Памятка по уходу за тяжелобольным»;
- «Питание больных»;
- Памятка Выездной службы;
- Заповеди хосписа;

Оргметодотдел использует также брошюры, разработанные как в самом отделе, так и применяемые в хосписах других стран. К настоящему времени наибольшей популярностью пользуются брошюры – «На пороге смерти» и «Раздели этот путь»



Важными характеристиками социального работника

являются гуманистическое, позитивное отношение, высокая положительная самооценка, легкость выражения эмоций, эмоциональная открытость и теплота, эмоциональная устойчивость, отсутствие тревожности как личностной черты, толерантность к фрустрации, неагрессивное, необвинительное поведение в конфликтных ситуациях, эмпатичность, высокая степень личностной социальной ответственности. Личность социального работника в аспекте профессиональной деятельности рассматривается как один из серьезных факторов достижения успеха в решении вопросов организации, управления и внедрения спектра социальных услуг «обреченным» больным и их ближайшему окружению в системе паллиативной медицины и ухода.



Паллиативная помощь

не может быть полноценной без участия верующих людей и священнослужителей, представителей различных религиозных конфессий. Используется также помощь родственников и волонтеров. Сами пациенты являются полноправными участниками процесса оказания паллиативной помощи, «членами команды», и значение их участия ни в коем случае не должно быть уменьшено. Подробные рекомендации по организации служб паллиативной помощи для европейских стран даны в «Рекомендациях Res. (2003) 24 Комитета министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи», принятых Комитетом уполномоченных представителей министров Совета Европы в ноябре 2003 года .



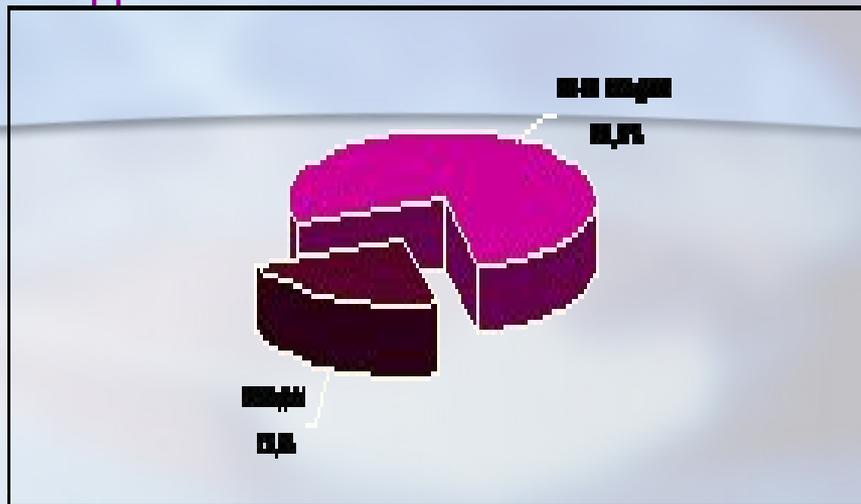
Каждая организация должна определить свои целевые группы:

- дети, умирающие от онкологических заболеваний,
- все дети, которым не суждено дожить до взрослого возраста вследствие прогрессирующего заболевания,
- взрослые, которые страдают от врождённых болезней и болезней, приобретенных в детском возрасте,
- люди, переживающие утрату,
- пренатальный хоспис

Список из 10-ти отличительных характеристик педиатрической паллиативной помощи, которые определяют необходимость гибкого и творческого отношения ко всему, что накоплено мировым хосписным движением, при адаптации к потребностям детских программ



Статистика по стадиям заболеваемости детей на момент первичной диагностики:



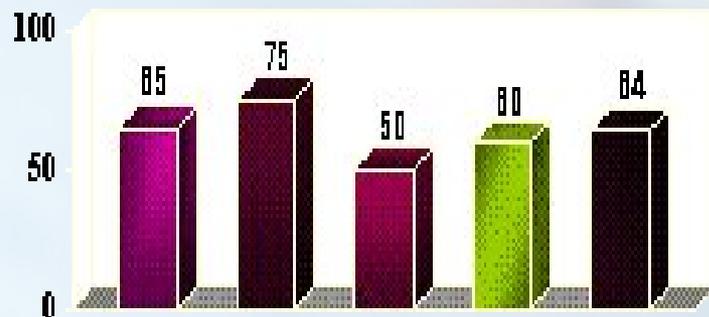
Следует отметить достаточно высокие показатели смертности:

	IV стадия	II-III стадии
Летальность на 1-ом году с момента установления диагноза, %	21,4	19,0
На 100 новых больных приходится умерших	45	40



Уровень выживаемости разный при разных заболеваниях:

5-летняя выживаемость детей со злокачественными опухолями



- лимфобластный лейкоз
- лимфогранулематоз
- лимфосаркома
- нефробластома
- остеогенная саркома



Отличительные характеристики педиатрической паллиативной помощи

1. Паллиативная помощь может быть показана для детей в возрасте от 1 года до 19 лет с рядом заболеваний – СПИД, онкологические заболевания, наследственные и врожденные дефекты, гематологические нарушения, метаболические болезни, мышечные дистрофии, стабильные энцефалопатии и др..
2. Философия хосписа уделяет серьёзное внимание так же поддержке тех, кто переживает горе утраты, что необходимо учитывать при его работе.
3. Есть много возможностей соединения паллиативной помощи с лечением и подходами, учитывающими состояние больного и продливающими ему жизнь.



Отличительные характеристики педиатрической паллиативной ПОМОЩИ

4. Необходимо принимать во внимание природу забот и потребностей детей, живущих с угрожающими жизни состояниями или в ожидании близкой смерти, учитывая особенности их индивидуального развития в соответствующем возрасте.

5 Все, кто ухаживают за детьми, должны получить специальные знания и навыки, помогающие распознать особенности проявления дискомфорта в младенческом, детском и подростковом возрастах.

6. Необычные для практики взрослых хосписов спорные вопросы возникают при принятии решений об организации помощи, в том числе этические и юридические аспекты при привлечении детей и подростков к принятию решений вопросов, связанных с выбором целей лечения



Отличительные характеристики педиатрической паллиативной ПОМОЩИ

7. Исключительное значение имеет вовлечённость близких, особенно родителей, больного, которые обычно берут на себя главную заботу о том, чтобы, удовлетворить основные потребности детей и подростков.

8. Смерть детей и подростков оказывает влияние на каждого, знающего ребенка, включая все поколения в его семье, что требует учёта индивидуальной потребности и приемлемой для каждого формы поддержки.

9. Необходимо учитывать особенности природы и продолжительности горя, которое следует за смертью ребёнка или подростка.

10. Следует учитывать влияние процесса умирания ребенка и его смерти на сотрудников команды, оказывающей паллиативную помощь.



Отличительные характеристики педиатрической паллиативной ПОМОЩИ

Американская Академия Педиатрии в 1998 году утвердила **5 основных принципов педиатрической паллиативной помощи:**

1. Уважение достоинства больного ребенка и его семьи;
2. Доступность квалифицированной и сострадательной паллиативной помощи;
3. Поддержка тех, кто ухаживает;
4. Улучшение профессиональной и социальной поддержки в педиатрической паллиативной помощи;
5. Непрерывное улучшение педиатрической паллиативной помощи благодаря проведению исследований и улучшению образования.



Принципы паллиативной помощи в педиатрии

1) *Педиатрическая экспертиза*: предполагает сочетание максимально лучшего педиатрического лечения и паллиативной помощи детям всех возрастных групп (от плода до юношеского возраста) с заболеванием, угрожающим жизни, и членам их семьи с момента установления диагноза до завершения периода помощи при переживании горя после смерти ребенка.

2) *Забота, сосредоточенная на семье* подразумевает, что ребенок и его семья являются единицей ухода. Это означает уважение к культурным ценностям и верованиям семьи и тому выбору по организации лечения, который делает каждый участник. Это имеет значение при принятии решений по поводу целей и плана организации ухода.



Принципы паллиативной помощи в педиатрии

- 3) **Организационной моделью ухода является холистическая, т.е. целостная, модель:** План ухода создаётся на основе отношения к индивидууму как целостному созданию, обеспечивая физическую, психологическую и социальную помощь, поддерживая личностное развитие, исцеление в культурном и духовном измерениях.
- 4) Паллиативная помощь обеспечивается **работой междисциплинарной команды**, включающей специалистов, имеющих знания, навыки и опыт, необходимые для обеспечения высокого качества педиатрической паллиативной помощи. Больной ребенок и члены его семьи являются частью команды, которая способна поддерживать скоординированный и непрерывный уход в любом месте, где возможно или необходимо находиться ребёнку и его семье. Помощь должна быть доступна 24 часа в сутки 7 дней в неделю и обеспечена ресурсами и правилами организации работы.



Принципы паллиативной помощи в педиатрии

5) Паллиативная помощь предполагает **улучшение качества жизни ребёнка и его семьи**, насколько это возможно; уменьшение до минимума количества источников утомления и страдания, создание условий для личностного роста и предоставление возможности ребёнку и членам его семьи поделиться основными переживаниями, вызванными наличием угрожающего жизни состояния.

6) Поддержка исследований, образования и пропаганды, преданность идее паллиативной помощи детям, живущим с угрожающими жизни состояниями, и их семьям.



Опыт хосписов в США показывает, что экономически для хосписа выгоднее

организовывать долговременную помощь, чем включаться в уход на последней неделе жизни пациента. Это происходит потому, что первый этап знакомства с особенностями больного, его семьи, подбора необходимой помощи и т.д. является наиболее затратным. Далее, когда поддержка семьи во всем многообразием проблем становится рутинной, она требует гораздо меньше затрат.

Эксперты Американской Национальной Организации Хосписов и Паллиативной Помощи в 2004 году выпустили руководство по созданию программы помощи тяжело страдающим детям по месту проживания (Caring for Kids: How To Develop A Home-Based Support Program).

Сравнительная характеристика преимуществ создания отдельной детской программы и программы на базе существующего хосписа для взрослых

<p>Есть возможность сделать сильными социальный и психологический аспекты работы</p>	<p>Подавляющее большинство хосписов и отделений паллиативной помощи – медицинские учреждения и преобладание медицинских подходов наиболее вероятно</p>
<p>Имеется возможность подобрать персонал, принимающий философию многостороннего ухода за детьми в предстоянии смерти</p>	<p>Основной персонал хосписа, определяющий общий подход к организации помощи, уже сформирован, и изменить его сложно</p>
<p>Работу с самого начала начинают люди, преданные задаче помощи детям и их близким.</p>	<p>Учёт того, что и в том случае, когда сотрудники хосписа в принципе согласны развивать детскую программу, после первого пациента-ребёнка могут резко изменить своё отношение.</p>
<p>Все сотрудники и волонтеры являются единой командой, работают вместе и поддерживают друг друга.</p>	<p>Если в хосписе созданы две команды для взрослых и для детей, между ними может отсутствовать взаимопонимание. Специалисты, помогающие взрослым, даже в ситуации, когда они признают, что не готовы помогать умирающим детям, не в состоянии осознать тот стресс, через который проходят их коллеги из детской программы</p>



Сравнительная характеристика преимуществ создания отдельной детской программы и программы на базе существующего хосписа для взрослых

Взаимопонимание в коллективе заложено благодаря тому, что собраны профессионалы, понимающие работу с детьми.	То, что для сотрудников взрослого хосписа выглядит как игра с маленькими пациентами, по существу является тяжелой, полной значения работой.
Приглашаются педиатры и другие специалисты, работающие именно с детьми	Персонал профессионально и эмоционально не готов к работе с детьми и их семьями
Можно сформулировать миссию и задачи организации так, чтобы они были приемлемы для родителей	Такого типа организации в сознании людей прочно связаны с умиранием



Сравнительная характеристика преимуществ создания отдельной детской программы и программы на базе существующего хосписа для взрослых

Утрата - это достаточно распространенное явление, работа только с детьми, потерявшими брата или сестру, сужает коллективный опыт участников группы поддержки

Организация детской программы будет стимулировать развитие программ поддержки здоровых детей после смерти в их семьях взрослых больных

В небольшом регионе может быть немного детей, нуждающихся непосредственно в хосписной помощи. Таким образом, финансирование программы может быть особенно затруднительно. Кроме того, может быть трудно собрать полноценную междисциплинарную команду. Выходом может быть развитие паллиативной помощи наряду с другими медико-психолого-социальными программами для детей и их семей

Развитие детской программы возможно постепенно, параллельно с существующей взрослой программой, с совместным использованием ресурсов



Общими проблемами для программ паллиативной помощи является :

- недостаток средств, что совершенно закономерно, т.к. общим правилом является то, что помощь должна быть бесплатной для семей. К тому же, уход за умирающим ребенком истощает семьи финансово. Все, кто помогают, всегда хотят сделать ещё что-то, чуть больше, чем вчера, чтобы облегчить положение всех членов семьи. Такой подход требует поиска всё новых средств.
- все структуры, обеспечивающие паллиативную помощь детям, активно занимаются образовательными программами.



Анализ существующих в разных странах программ паллиативной помощи детям:

Типы программ

- 1) стационарные койки в клинике
- 2) стационарные койки в Доме детей-инвалидов
- 3) стационарные койки в общем хосписе
- 4) стационарные койки в специализированном детском хосписе
- 5) программа паллиативной помощи на базе детской клиники
- 6) программа паллиативной помощи в форме патронажа по месту проживания
- 7) хоспис в форме патронажа по месту проживания
- 8) специализированная пренатальная программа
- 9) программа помощи после утраты
- 10) программа привлечения дополнительных ресурсов
- 11) программа сотрудничества с другими учреждениями для совместного решения проблем
- 12) программа привлечения волонтеров
- 13) образовательная деятельность



А. Источники финансирования

- a) государственное финансирование
- b) финансирование из системы медицинского страхования по схеме *хоспис - оплата по дням*
- c) финансирование из системы медицинского страхования по схеме *хоспис - оплата по визитам*
- d) финансирование из системы медицинского страхования по схеме *патронажная паллиативная помощь - оплата по визитам*
- e) оплата из фондов детской клиники, на базе которой работает служба
- f) финансирование частными спонсорами
- g) средства из разных источников
- h) гранты
- i) религиозные организации



		Хосписы и программы паллиативной помощи для детей
Различаются		
		Хосписы и программы паллиативной помощи для взрослых, помогающие детям

Хосписы для взрослых, организующие помощь детям	
Е. [redacted] помогает взрослым и детям. (проблемы, возникающие при этом охарактеризованы выше)	[redacted] работает отдельная педиатрическая команда



Специализированная педиатрическая паллиативная помощь

В форме хосписа

**Включающая хоспис
в качестве одной из
форм оказания
помощи**

Стационар

На дому

Не имеющая структуру типа хосписа

Дом детей-
инвалидов

Детская
многопрофильная
больница

Патронажная служба по месту
проживания семьи



Пример детского хосписа.

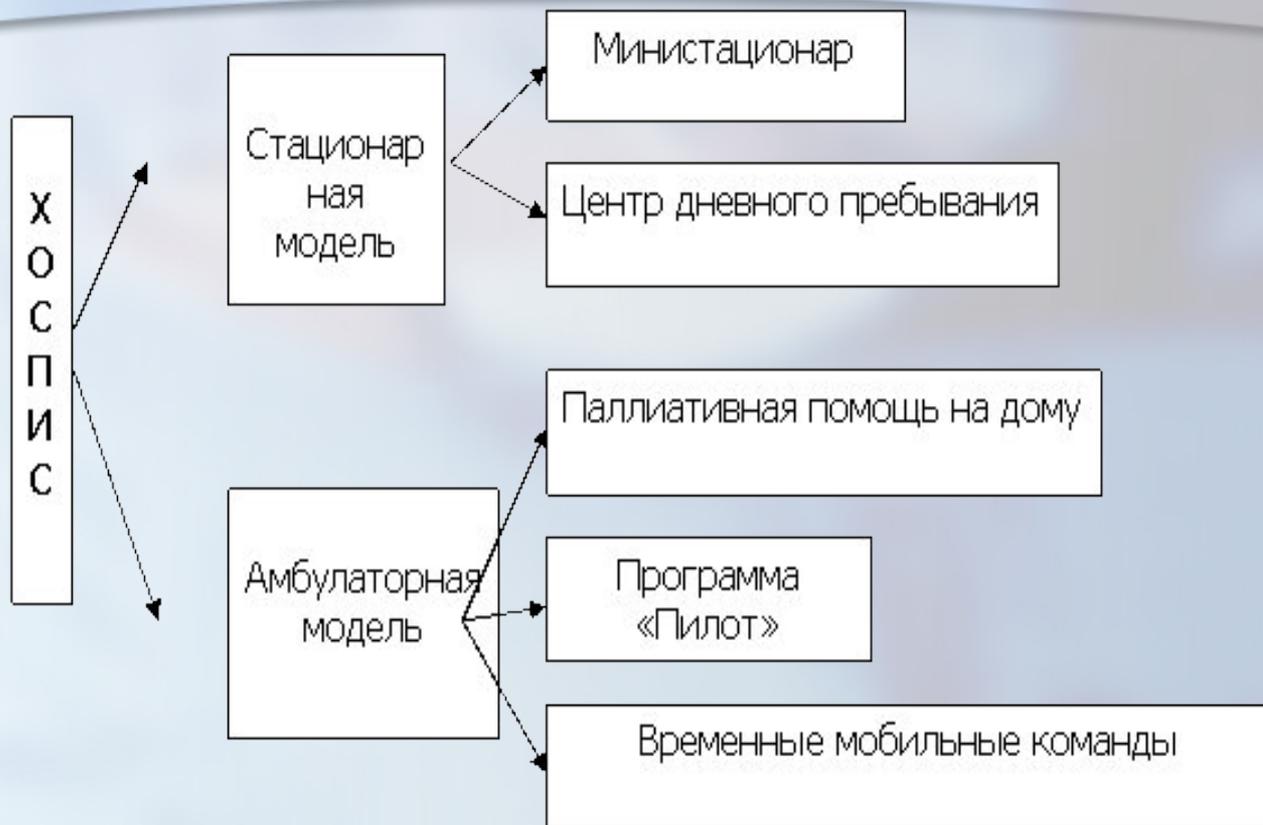
В хосписе 15 сотрудников (1 врач, 5 мед сестёр, 1 психолог, 2 социальных работника, 1 сиделка, административные сотрудники), 5 постоянных волонтеров и временные волонтеры).

Хоспис осуществляет 12 программ:

- Паллиативная помощь по месту жительства
- Министационар
- Центр дневного пребывания
- Программа «Пилот» - предоставление паллиативной помощи в сельской местности
- Родительский клуб
- Программа поддержки братьев и сестер – летний лагерь (программа реабилитации – Год после утраты)
- Программа поддержки после утраты
- Доктор-Клоун
- Волонтерская программа
- Образовательная программа
- Издательская программа



Формы организации помощи, проводимой Детским Хосписом:



В 1993, в Москве дмн Моисеенко Е.И. и кбн Бялик М.А. основали Первый Хоспис для Детей с онкологическими заболеваниями



МОСКОВСКИЙ ДЕТСКИЙ ХОСПИС

Трудности:

- Отсутствовала теоретическая подготовка волонтеров по вопросам паллиативной помощи детям
- Трудно налаживалась преемственность между детскими лечебными учреждениями онкологического профиля, детскими поликлиниками и ППД
- Отсутствовала психологическая поддержка волонтеров; синдром выгорания
- Не было навыков успешного фандрайзинга
- Отсутствовала поддержка со стороны органов здравоохранения и социальной защиты города
- В СМИ тема смерти была табуирована



Опыт автономной некоммерческой организации «Первый хоспис для детей с онкологическими заболеваниями»

Миссия организации: создание на дому для неизлечимо больных, умирающих детей, условий для достойной жизни до конца.

Объект опеки: ребенок, неизлечимо больной онкологическим заболеванием, и его семья.

Команда: врач (педиатр-онколог), медицинские сестры, психологи, специалисты по социальной работе, арттерапевт, юрист, специалист по сбору средств, координатор по международным вопросам



Развитие образовательной деятельности:

Обучение родителей приемам ухода за тяжело больным ребенком на дому

Проведение обучающих семинаров для волонтеров по организации работы с тяжело больным ребенком и его семьей

Проведение информационных семинаров для медицинского врачебного и сестринского персонала детских поликлиник по вопросам работы на дому с неизлечимо больным

онкологическим заболеванием ребенком и членами его семьи

Работа со СМИ в направлении формирования в обществе устойчивого мнения по вопросу развития в стране программ (федеральной и муниципальных) паллиативной помощи детям

Разработка печатных методических материалов

Научная разработка собственной отечественной организационной и функциональной модели паллиативной помощи детям



Даже в развитых странах такие слова, как «рак», «хоспис», вызывают негативную реакцию. Люди не хотят говорить о смерти. Нужно обучать, проводить тренинги специалистов, возможно, выезды по совместным проектам на стажировки за рубежом.

☂ В странах Западной Европы популярна **практика «старшего брата» или «старшей сестры»**, при которой юноши и девушки осуществляют **психологическое сопровождение неизлечимо больных детей**. Таким образом, паллиативный уход утверждает жизнь и считает процесс физиологического умирания нормальным, не руководствуясь безнадежностью и фатализмом.



Стратегические подходы:

- Ключевым подходом для эффективного решения проблем организации и помощи больному является создание временных междисциплинарных команд, состоящих из профессионалов (сотрудников разных организаций), волонтеров и членов семьи больного ребёнка. Это путь эффективно использовать местные ресурсы и обходить громоздкие и инертные административные структуры.
- Сотрудничество правительственных и неправительственных организаций повышает доступность ресурсов.
- Сотрудничество организаций из различных профессиональных сфер создаёт новые ресурсы.
- Работа хосписа организована как совокупность независимых проектов, работающих совместно, использующих общие ресурсы.



Необходимо признать, что есть пробелы в знаниях врачей и медицинских сестер в вопросах помощи инкурабельному и умирающему больному.

Чтобы обеспечить квалифицированную паллиативную медицинскую помощь необходимо освоение знаний и навыков по следующим направлениям:

- Элементы и модели помощи больным в конце жизни; заблаговременное планирование помощи и составление директивы относительно желаний пациента о его лечении в конце жизни (учесть все желания и последнюю волю больного);
- Психологические особенности общения с инкурабельными больными и членами их семей; как правильно сообщить больному плохие вести относительно его диагноза и прогноза (подходы и психологические методы), купирование депрессии, тревоги, делирия;



Необходимо освоение знаний и навыков по следующим направлениям:

- Что происходит в последние часы жизни человека (физиологические изменения), как вести себя врачу и оказывающим уход родственникам;
- Адекватное обезболивание инкурабельных онкологических больных по трехступенчатой схеме ВОЗ и купирование других патологических симптомов в соответствии с последними достижениями медицинской науки;
- Философские, этические и духовные проблемы смерти и бессмертия;
- Правила и подходы к назначению и отмене поддерживающей жизни терапии; показания и целесообразность парентерального питания и введения жидкости больному в конце жизни;
- Психологическая помощь близким после смерти больного (обычная и патологическая реакция на потерю близкого человека).



Важнейшим условием для эффективной работы

паллиативной и хосписной помощи является тщательный отбор квалифицированного персонала из опытных специалистов и постоянный процесс обучения.

Паллиативная помощь требует больших затрат времени, поэтому так важно иметь достаточное количество медицинского и немедицинского персонала в каждой бригаде. Как правило, люди, вовлеченные в оказание паллиативной помощи больным, начинают оказывать помощь на добровольной основе.



Персонал должен понять и принять принципы паллиативной помощи и иметь квалификацию для ее проведения. Как ни в какой другой медицинской специальности люди, работающие в хосписе, должны быть честными и способными проявить сострадание к больному. **Люди, перенесшие горе потери своих близких не должны вовлекаться в оказание паллиативной помощи ранее, чем по прошествии 12 месяцев после этого события.**

Проблемные ситуации:



- недостаточная осведомленность и осознания масштаба проблемы (как обществом, т.е. обычными гражданами, так и медицинских сообществ (на всех уровнях).
- недостаточная координация и интеграция ПП оказывающейся в различных условиях различными службами (общая практика, гериатрия педиатрия, психиатрия, реабилитационные центры, отд. сестринского ухода, паллиативные отд. В многопрофильных больницах, кабинеты боли, хосписы, учреждения социального профиля)
- дефицит трудовых навыков оказания ПП в учреждения, др. словами отсутствие знаний и навыков у мед. персонала, небольшая обучающая база.



**Основной и очень сложной задачей
является преемственной и
координированная деятельность
всех имеющихся служб.**

(Особенно в условиях существующего
финансирования)

В настоящее время в Москве всего 250 паллиативных
коек, (8 хосписов, 2 паллиативных отделения и центр
паллиативной помощи онкобольным. около 700 коек
сестринского ухода в ГКБ, кабинеты боли,
гериатрическая служба, учреждения социальной
защиты.

**Проблема только в разобщенности деятельности и
отсутствии информированности о работе друг
друга**



Прогулки в хосписе



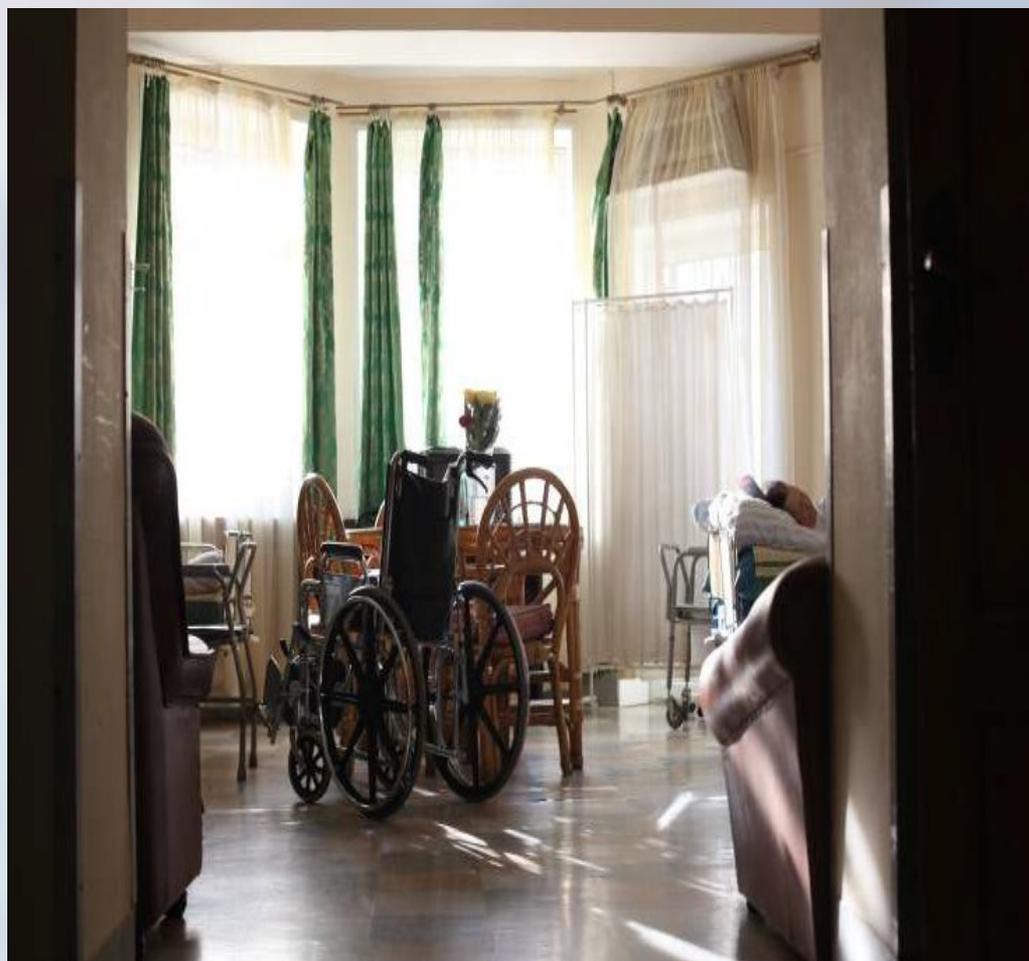
Прогулки в хосписе

Книги, картины, меню в хосписе





Цветы в хосписе





Концерты в хосписе





Вера Васильевна Миллионщикова:

«Пациенты обычной больницы могут обидеться на плохое обслуживание, но потом выпишутся, окунутся в обыденную жизнь и об этом забудут. Наши пациенты не могут этого сделать. Поэтому мы не имеем права позволить себе проявить нечуткость, недружелюбие, эгоизм в обращении с нашими больными, а также с их родственниками, друзьями. Любой негатив оставит обиду в душах наших пациентов на всю жизнь, ляжет тяжелым грузом и на нас»





«Если увеличить количество стационарных мест, то получится заурядная больница со всеми втекающими и вытекающими следствиями. Но не забывайте, что мы в состоянии обслуживать до 200 пациентов на дому. В состав выездной службы входят врачи, медсестры, социальные работники, добровольцы. Все они имеют сертификаты и готовы обучить близких больного уходу за их подопечным.

Мы очень дорожим репутацией Первого Московского хосписа, девиз которого - милосердие и профессионализм.»





«Сложилось негласное общественное мнение, что хоспис - это некий «дом смерти», откуда никто не выходит живым. И даже срок назначают - три недели. В итоге люди, которые могли бы получить своевременную помощь, это время теряют.»

"Хоспис - это дом любви"

Вера Васильевна Миллионщикова

«Хоспис - это дом, где можно не быть одиноким»

«Хоспис – это место, где берегут жизнь»





**Вторая суббота октября –
Всемирный день
хосписной и паллиативной
помощи.**

Фактически это день
милосердия, поскольку речь
идет о клиниках, где
безнадежные больные
доживают свои последние
дни.



Волгоград

Волгоградский областной клинический хоспис
400057, г. Волгоград, ул. Санаторная 30

Телефон: (8442) 42-74-11, факс: (8442) 42-74-10.

10. hospis@lis

.ru

www.vhospis

-

w.vhospis.ru/

Го

открыт 01,08,2007

ул. Краснополянская, д. 3/5

Волгоградский региональный общественный фонд
содействия созданию городского хосписа и помощи
детям-сиротам «Достоинство»

г. Волгоград, ул. Восточно-Казахстанская, 14



Специфика социальной работы в хосписе

Профессия социального работника существует для укрепления или восстановления потенциала и оптимального психологического, эмоционального, духовного, социального и физического здоровья, как отдельных людей, так и групп. Ее профессиональные ценности и навыки идеально подходят для работы в хосписе и оказания паллиативной помощи, а также для реализации программ, предназначенных для лечения всего организма в целом на междисциплинарной основе и для улучшения качества жизни в трудные времена.

Социальные работники, решительно выступают за самоопределение и культурно надлежащий уход, поскольку они обучаются ценить личность, и понимают, что хорошее медицинское обслуживание требует, чтобы желания и потребности обслуживаемых людей соблюдались в надлежащем виде. И когда вылечить человека уже невозможно, когда невозможно справиться с психологическим, физическим и духовным истощением, а также стрессом, весьма кстати приходятся именно социальные работники, специально подготовленные для оказания помощи подобного рода, и, умеющие справиться и управлять данными состояниями.



Специфика социальной работы в хосписе

В рамках междисциплинарной команды, социальные работники могут представлять лицо или семью с пожеланиями на каждом заседании группы и выступать в рамках других программ с целью повышения их оперативности и убеждаться, что каждая семья получает помощь, которая является адаптированной к их потребностям. После смерти пациента, цель социального работника, обеспечить оказание психологической помощи членам его семьи, с последующей корректировкой их личности, чтобы жизнь продолжалась без любимого человека, но в русле благоприятного психосоциального климата.

В связи со сложным экономическим положением в хосписе можно выделить такую технологию, как фандрайзинг, который в контексте социальной работы, представляет собой деятельность по поиску и сбору средств, необходимых данному учреждению для проведения различных мероприятий или для закупки соответствующего оборудования. Специалист по социальной работе, осуществляющий свою профессиональную деятельность на базе хосписа, прежде всего, уделяет внимание таким направлениям фандрайзинга как: разработка программ на получение международных грантов, а также обращение за спонсорской помощью в различные частные и коммерческие организации.



Специфика социальной работы в хосписе

Помимо работы с пациентами, важную роль приобретает работа с сотрудниками хосписа, поскольку синдром эмоционального выгорания у работников сферы «человек-человек» – это некоторый защитный механизм организма, возникающий в противовес неблагоприятным факторам на работе, для предотвращения появления которого руководитель учреждения должен создавать благоприятные условия.

Специалист по социальной работе совместно с психологом должен принимать активное участие в организации подобных мероприятий для создания благоприятной атмосферы в коллективе.

Все это и многое другое может делать социальный работник в учреждениях хосписного типа и паллиативной помощи, опираясь на специальные стандарты и технологии.



Стандарты практики социальной работы в хосписах

1. Этика и ценности.

Социальные работники, практикующие в центрах паллиативной помощи и в учреждениях хосписного типа должны быть готовы к вызовам, которые включают оценку этической дилеммы и значение конфликтов, а также к рассмотрению вопросов, касающихся религии, духовности и смысла жизни. Чтобы быть эффективным практиком в этой области, специальная подготовка по паллиативной и хосписной помощи является предпочтительной.



Стандарты практики социальной работы в хосписах

2. Знания. Социальные работники в паллиативной и хосписной помощи должны демонстрировать знания теоретических и практических факторов эффективной работы с клиентами и персоналом.

3. Оценка. Социальные работники должны производить оценку клиентов и предоставлять полную информацию для разработки мероприятий и лечения. Социальные работники составляют план мероприятий со своими клиентами на основе оценок и должны быть готовы постоянно переоценивать и пересматривать планы лечения в связи с вновь выявленными потребностями и изменениями целей лечения..



Стандарты практики социальной работы в хосписах

4. Вмешательство/планирование лечения.

Вмешательство, которое обычно производится в учреждениях паллиативной и хосписной помощи включает в себя:

- индивидуальное консультирование и психотерапия;
- консультирование по семейным вопросам;
- организация семейных, командных конференций;
- кризисное консультирование;
- предоставление необходимой информации и организация обучения;
- организация группы поддержки, групп тяжелой утраты и т.д.;
- управление делами и выполнение планирования;
- принятия решений и последствия различных вариантов лечения;

системная защита клиента.



Стандарты практики социальной работы в хосписах

5. *Отношение/Самосознание.* Социальные работники в паллиативной и хосписной помощи должны демонстрировать сострадание и понимание в отношении клиентов, уважение их прав на самоопределение и достоинство. Для осуществления эффективного ухода социальные работники должны продемонстрировать сочувствие и чувствительность в ответ на боль, страдания и горе других.



Стандарты практики социальной работы в хосписах

6. Полномочие и Защита . Социальный работник должен выступать на защиту нужд, решений и прав клиентов и, по возможности, должен заниматься социальной и политической деятельностью, которая стремится обеспечить равный доступ людей к ресурсам, удовлетворяющих потребности в паллиативной и хосписной помощи.

7. Документация . Социальные работники должны документировать всю практическую деятельность с клиентами, это могут быть записи в личной карте или медицинской карте клиента, а также письменные или электронные записи.

8. Междисциплинарное взаимодействие . Междисциплинарная коллективная работа является важным компонентом в паллиативной и хосписной помощи. Социальные работники являются неотъемлемой частью членом команды



ЛИТЕРАТУРА

- Ресурсы в работе Хосписа для детей с онкологическими заболеваниями. Бялик М.А., Моисеенко Е.И. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным., М. 2004
- Базовая модель хосписа для детей, неизлечимо больных онкологическими заболеваниями. Бялик М.А., Моисеенко Е.И. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным., М. 2004
- Caring for Kids: How To Develop A Home-Based Support Program
- О создании системы паллиативной помощи для детей с онкологическими заболеваниями, Бялик М.А., Бухны А.Ф., Волох С.А., Цейтлин Г.Я. \ Вопросы гематологии/онкологии и иммунологии в педиатрии том 3 2004, стр. 61-6
- *ChiPPS Education and Training Curriculum for Pediatric Palliative Care*, 2002
- <http://en.wikipedia.org/wiki/Palliative>
- Iwona A. Czerwińska <http://www.warsawvoice.pl/archiwum.phtml/199210>. The Institute of Medicine, in its 2002 report, When Children Die: Improving Palliative and End-of-Life Care for Children and Their Families
- Children's Hospice International: www.chionline.org
- <http://www.myshared.ru/slide/318842/>



Благодарю за внимание!

