Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Медицинский колледж №7. Филиал №2»

Департамента здравоохранения города Москвы

**Реферат**

**На тему: «Паллиативная помощь умирающим как выражение гуманных целей биоэтики»**

г. Москва2016

**ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность данного реферата заключается в том, что в современном мире паллиативная помощь инкурабельным пациентам переживает «эпоху расцвета» и именно в этом разделе медицины биомедицинская этика может раскрыть свои принципы во всей полноте, так как правильное оказание медицинских услуг и общение с пациентом в терминальной стадии и его родными является важной составляющей паллиативной медицины.

В данном реферате, опираясь на литературные источники, мы рассмотрим становление паллиативной медицины как отдельной отрасли и изучим ее взаимодействие с основными принципами биоэтики.

Исследования в области паллиативной медицины были осуществлены многими учеными и специалистами в данной сфере: С. Сандерс, Элизабет Кюблер-Росс, А. В. Гнездилов, В. В. Миллионщикова, Р. Поллети, Д. Кесли, Питер Даридорф, С. Рейтер, М. Граусман, Е. С. Введенская и многие другие.

Объектом настоящего исследования является паллиативная медицина, предметом - существующее на данный момент состояние паллиативной медицины в контексте ее этических принципов.

Цель исследования заключается в выявлении сущности паллиативной медицины в ее связи с биомедицинской этикой, их ключевых особенностей и характеристик.

В число задач, решение которых необходимо для достижения вышеназванной цели, входит раскрытие понятия «паллиативная помощь» в ключе биомедицинской этики.

Структура настоящей работы обусловлена целью и задачами, поставленными и решенными в ходе исследования. Работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы. Во введении обосновывается выбор темы, раскрывается степень её разработанности в научной литературе, конкретизируется цель исследования, определяются задачи, описывается объект, предмет и информационная база исследования.

В первой главе дается краткая историческая справка по становлению данной отрасли медицины, раскрывается понятие «паллиативная помощь» и выявляются, задачи, этические принципы паллиативной медицины. Во второй главе рассматривается понятие «биомедицинская этика» и ее основные принципы в контексте их реализации при оказании помощи инкурабельным и умирающим пациентам - паллиативной и хосписной помощи; обращается внимание на необходимость уважения прав пациента на самом завершающем этапе его жизни, а также неотъемлемых прав умирающего пациента. Заключение содержит основные выводы, полученные в ходе исследования.

Основой источниковой базы данной работы стали нормативно правовые акты, кроме того была привлечена научная литература по рассматриваемой теме.

Данная работа способна оказать помощь в изучении предмета и дать целостное представление о паллиативной медицине и ее взаимодействии с биомедицинской этикой.

**ГЛАВА 1. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ**

**.1 История паллиативной медицины. Краткий экскурс**

Излагая кратко историю паллиативной помощи, прежде всего хочется сказать о том, что данная отрасль медицины, хотя и является сравнительно молодой (паллиативная медицина возникла в 1967 году с организацией доктором Сесилией Сандерс в Лондоне первого хосписа современного типа на базе приюта св. Христофора), однако корни зарождающейся паллиативной медицины уходят в позднюю античность, когда на окраинах уже практически разделенной Римской империи произошел мультикультурный синтез довольно молодой религии - христианства - и эллинской философии, и римского права. Примером тому может служить учреждение святой диакониссойФабиолой ученицей святого Иеронима Стридонского, первого прототипа хосписа для паломников и больных людей. В основу девиза госпиталя были взяты стихи из книги Евангелия: «Esurivi enim et dedistis mihi manducare sitivi et dedistis mihi bibere hospes eram et collexistis me, nudus et operuistis me infirmus et visitastis me in carcere eram et venistis ad me».[19]

Эти принципы были основой благотворительной деятельности, распространившейся по всей христианской Европе.

Под влиянием христианского мировоззрения создаются монашеские ордена созерцательного и социального характера, в первую очередь стоит отметить Ordo Sancti Benedicti, OSB (VI век). В дальнейшем созданный св. Франциском АссизскимOrdo Fratrum Minorum и женская ветвь ордена, созданная Кларой Ассизской, а также их реформированные нищенствующие ордена O.F.M.Conv. и O.F.M.Cap - основа их деятельности помимо соблюдения трех основных постулатов монашества -любовь к ближнему и служение людям, в том числе создание богаделен и уход за нуждающимися.

Отметим, что слово хоспис, которое сейчас неразрывно связано с паллиативной помощью имеет латинское происхождение. «Hospes» -первоначально означало «чужестранец», «гость». Но в позднеклассические времена значение его изменилось, и оно стало обозначать также хозяина, а слово «hospitalis», прилагательное от «hospes», означало «гостеприимный, дружелюбный к странникам», которое по данным Большого англо-русского словаря (1989) означает «приют», «богадельня», «странноприимный дом».

В позднее средневековье «hospes» трансформировалось в английское слово «hospice», которое означает «приют», «богадельня», «странноприимный дом».

Р. Поллетти отмечает, что хосписом называлась ночлежка или богадельня, где останавливались паломники на пути в Святую землю. [14, с.28-32.]

Первое употребление слова хоспис в применении к уходу за умирающими появилось лишь в XIX веке. К этому времени часть средневековых хосписов закрылось из-за Реформации. Другие стали домами призрения для престарелых больных. Большая часть работы, которую они выполняли раньше, перешла к «больницам», врачи которых, переняв идеи Гиппократа и Галена, занимались только больными, имеющими шансы на выздоровление, потому что безнадежно больные пациенты могли уронить авторитет врача.

В 1842 году Жанна Гарнье, молодая женщина, потерявшая мужа и детей, открыла первый из приютов для умирающих в Лионе. Он назывался хоспис, а также «Голгофа». Еще несколько были открыты позже в других местах Франции. Некоторые из них действуют и сейчас, и, по крайней мере, один из этих хосписов участвует в подъеме движения паллиативного ухода в этой стране.Тридцать лет спустя, в 1879 году ирландские Сестры Милосердия независимо от хосписов ЖанныГарнье основали в Дублине Хоспис Богоматери для умирающих. Орден Матери Mary Aikenhead был основан значительно раньше, еще в начале века, этот орден всегда заботился о бедных, больных и умирающих, но хоспис Богоматери был первым местом, созданным специально для ухода за умирающими.

К тому времени, когда орден открыл еще один хоспис, хоспис Святого Иосифа в лондонском Ист-Энде в 1905 году, в городе уже действовали, по меньшей мере, три протестантских хосписа, которые назывались «Дом отдохновения» (открылся в 1885 году), «Гостиница Божия», позднее «Хоспис Святой Троицы» (открылся в 1891 году) и «Дом святого Луки для бедных умирающих» (открылся в 1893 году). Последний был основан Говардом Барретом и Методисткой церковной миссией в Восточном Лондоне. Говард Баррет публиковал подробные и живые отчеты. Он размещал в них захватывающие истории об отдельных пациентах, их личности. Доктор писал очень мало о симптоматическом лечении, но живо описывал их характер, а также навещавших их родственников, восхищался мужеством безнадежно больных перед лицом смерти. Доктор Баррет глубоко сочувствовал семьям умерших. Он писал в 1909 году: «Мы не хотим говорить о наших больных как о простых случаях из практики. Каждый из них - это целый мир со своими особенностями, печалями и радостями, страхами и надеждами».[13, с. 14]

Именно в этот хоспис пришла в 1948 году Сесилия Сандерс, основательница современного хоспис-движения. На своем первом обходе она встретила пациента лет сорока - его звали Давид Тасма. В прошлом боевой летчик, он приехал в Великобританию из Польши. У Тасма был неоперабельный рак, и через несколько месяцев его перевели в другую больницу, где доктор Сандерс навещала его еще в течение двух месяцев - вплоть да самой кончины пациента. Они много беседовали о том, что могло бы помочь ему прожить остаток дней достойно. А также о том, как, освободив умирающего от боли, дать ему возможность примириться с собой и перед лицом смерти понять смысл прожитой жизни.

Кстати, регулярный режим выдачи обезболивающего ''коктейля'', в котором преобладал и преобладает морфин, явился в свое время огромным шагом вперед в уходе за больными на последних стадиях раковых, туберкулезных и прочих смертельных заболеваний. Беседы Сесилии с Давидом стали основами философии современного хосписного движения. Усилиями доктора Сандерс в 1967 году в Лондоне открылся первый хоспис нового типа, по форме и методам работы с пациентами напоминающий те, что повсеместно открываются в наши дни.

В 1969 году выходит в свет книга «О смерти и умирании», написанная Элизабет Кюблер-Росс. Эта книга произвела революцию в общественном сознании того времени. Доктор Кюблер-Росс в своей книге утверждает, что смерть - это не «недоработка медицины», а естественный процесс, заключительная стадия роста человека. Проработав много лет с неизлечимо больными в медицинском центре университета Колорадо, она имела возможность наблюдать и описывать процесс умирания от паники, отрицания и депрессии до примирения и принятия. Именно Элизабет Кюблер-Росс положила начало обсуждению темы смерти в медицинском сообществе, доказывая врачам, что высокотехнологичная медицина не способна решить всех проблем человеческого существования. Также мисс Кюблер-Росс пишет очень важные строки: «Чему нас учат нас умирающие люди? Они учат нас жить. Смерть - это ключ к жизни».[11]

С начала 1980-х годов идеи хосписного движения начинают распространяться по всему миру. С 1977 года в хосписе Святого Христофора начинает действовать Информационный центр, который пропагандирует идеологию хосписного движения, помогает только что созданным хосписам и группам добровольцев литературой и практическими рекомендациями по организации дневных стационаров и выездных служб. Хосписы появляются по всему миру, в 1990 году появляется первый хоспис в СССР при участии Виктора Зорза и профессора Гнездилова, позже в 1992 году в Москве появляется группа добровольцев под руководством Веры Васильевны Миллионщиковой и Виктора Зорза, которые осуществляют помощь на дому, в 1994 году начинает свою рабочую деятельность первая московская выездная бригада, а в 1997 году открывается первый московский хоспис на улице Доватора.[13, с.16.]

**1.2 Понятие и основные характеристики паллиативной помощи**

Термин «паллиативный» этимологически связан с латинским словом palliare - сглаживать, прикрывать, скрашивать. В самом термине, таким образом, уже выражена суть понятия: паллиативная помощь как бы сглаживает, скрывает проявления неизлечимого заболевания, скрашивает последние дни жизни пациента и время переживания утраты его близкими.

В соответствии с определением, предложенным Всемирной организацией здравоохранения (далее ВОЗ) в 1982 году, паллиативной помощью называлась «активная всесторонняя помощь пациентам в том случае, когда лечение оказывается уже неэффективным». В 2002 году, однако, в связи с распространением СПИДа, стремительным старением населения и увеличением числа пациентов больных хроническими прогрессирующими заболеваниями, это определение было скорректировано и сформулировано в следующем виде:

«Паллиативная помощь - направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается благодаря предупреждению и облегчению страданий путем раннего выявления, тщательной оценки и купирования боли и других симптомов - физических, психологических и духовных».

То есть в прежнем определении ВОЗ (1982) паллиативная помощь трактовалась как помощь пациентам, радикальное лечение которым уже не показано. Введенская Е. С. Комментирует новые изменения так: «Сегодня, однако, общепризнано, что принципы паллиативной помощи должны быть применены как можно раньше в случае любого неизлечимого заболевания. Это изменение появилось благодаря новому понимаю того, что проблемы, возникающее в конце жизни пациента, зарождаются уже на ранних стадиях заболевания. Кроме того, в новом определении период оказания помощи выходит за рамки периода болезни и включает в себя необходимость поддержки близких и после смерти пациента, которые переживают тяжелую утрату». [4, с. 15]

Более наглядно вышесказанное можно представить в виде следующих этапов, из которых видно, что:

Оказание паллиативной помощи начинается с момента постановки диагноза и, в случае неблагоприятного развития заболевания, не заканчивается смертью пациента, а продолжается в виде предоставления поддержки близким умершего;

При неблагоприятном течении болезни роль паллиативной помощи постепенно увеличивается по сравнению с радикальным лечением и в терминальной стадии (почти) вытесняет его;

С момента перехода болезни в терминальную стадию всестороння помощь и поддержка, по желанию пациента и его семьи, предоставляется хосписной службой.

Стоит отметить то, что методы и принципы паллиативной помощи реализуются в хосписе. В предыдущей подглаве мы рассмотрели значение слова «хоспис», которое неоднократно видоизменялось в процессе исторического временного континуума. В настоящее время понятие «хоспис» используется, как правило, в двух значениях.

В первом и основном значении хоспис - это тип медико-социального учреждения, где пациенты в терминальной стадии заболевания получают достойный уход, где проводится симптоматико-паллиативное лечение и оказывается духовная, психологическая и социально-юридическая поддержка как самому пациенту, так и его близким.

В то же время развитие хосписного движения и открытие огромного числа этих учреждений в различных странах постепенно привело к тому, что слово «хоспис» (хосписная служба) стало использоваться и как обозначение части системы паллиативной помощи, включающее в себя концепцию ухода за умирающими пациентами[13,с.10] и всесторонней поддержки, оказываемой как самому пациенту, так и его близким в период заботы о нем после утраты.

Идея создания хосписов родилась исходя из общечеловеческих потребностей. Создание условий, при которых не было бы унижения личности болью, страхом, обреченностью, позволила бы в последние дни сохранить ему мир с его любовью и ценностями и, в конечном счете, уйти из него спокойно и с достоинством. По образному выражению А.В. Гнездилова, это будет «нравственная смерть», и возможно, только такая смерть будет давать право судить о нравственности общества.

Работа хосписов предполагает изучение ряда вопросов.

К ним относятся:

Характер заболевания поступающих больных;

Формы медицинской помощи;

Характеристика первичного объекта обслуживания;

Вопросы сообщения пациентам их диагноза и прогноза;

Особенности лечения болевого синдрома;

Формы обеспечения психологического комфорта.

По данным многих авторов, основной контингент пациентов хосписа -онкологические пациенты с признаками генерализации опухолевого процесса (IV стадия заболевания), когда возможно лишь применение паллиативного или симптоматического лечения. А. В. Гнездилов пишет, что: «Важным моментом является медицинская документация, в которой должны быть представлены результаты биопсии и других лабораторно-инструментальных исследований, подтверждающих диагноз».[7, с. 64]

Кроме злокачественных новообразований, ряд авторов говорят и о других болезнях, являющихся причиной госпитализации в хоспис. Так, Джим Кесли упоминает о хосписах для больных СПИДом в терминальной стадии. [10] Сачнер, описывая хоспис в Сан-Франциско, сообщает, что на 30 его койках госпитализируются как онкологические пациенты (15 коек), так и пациенты с СПИДом (15 коек). Лигнер упоминает о пациентах с параличами и другими неврологическими заболеваниями, которые, являясь «долгожителями», оказывают положительное эмоциональное воздействие на онкологических пациентов в части их ухода от сознания мрачных прогнозов. Браун сообщает, что программа хосписов рассчитана не только на онкологических пациентов, но и на больных с прогностически неблагоприятными диагнозами (3-6 месяцев до смерти), которые также требуют аналогичного медицинского ухода. [13, с. 20]

Стоит также уточнить, что «паллиативная помощь» - шире, чем непосредственно связанные с ним понятия «паллиативное (симптоматическое) лечение» и «паллиативная медицина», являющиеся лишь составляющими первого. Итак, паллиативная помощь:

Поддерживает у пациента стремление к жизни, рассматривая смерть как естественный процесс;

Не торопит смерть, но и не оттягивает ее наступление;

Обеспечивает уменьшение боли и смягчение других беспокоящих пациента симптомов (паллиативное лечение);

Включает психологическую и духовную поддержку пациента;

Предлагает систему, поддерживающую у пациента способность как можно более длительно вести активную жизнь вплоть до самой смерти;

Предлагает систему оказания помощи семье терминального пациента во время его болезни, а также после его кончины;

Стремится максимально улучшить качество жизни пациента, что может положительно влиять на течение заболевания.

В контексте вышесказанного хотелось бы вкратце упомянуть и вопрос об эвтаназии. Еще в 1989 году Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке в своем официальном докладе отметил: «С развитием современных методов паллиативного лечения легализации добровольной эвтаназии не обязательна. Сейчас, когда существует приемлемая альтернатива смерти, сопровождающейся болями, следует концентрировать усилия на реализации программы паллиативного лечения, а не увлекаться борьбой за легализацию эвтаназии. Система паллиативной помощи предполагает не только медикаментозное лечение, но и целый комплекс мероприятий, направленных на решение психологических, социальных или духовных проблем пациента и членов его семьи».

«В настоящее время концепция паллиативной помощи состоит в том, что преднамеренное прекращение жизни пациента никогда не является необходимым, если симптомы пациента контролируются» (выдержка из Методических рекомендаций по организации паллиативной помощи Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 сентября 2008 г.)[2]

**ГЛАВА 2. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА**

**.1 Понятие и основные принципы биоэтики**

паллиативный медицина этика помощь

Биоэтика - это сложный феномен, имеющий место в современной культуре. Возник он в США в 60-х-70-х годах прошлого столетия. Термин «биоэтика» был предложен американским онкологом Поттером в 1970 году. Именно он призвал врачей и биологов объединить свои усилия для обеспечения достойных условий жизни людей. По Поттеру, биоэтика - это не просто наука выживания. Это новая мудрость, объединившая в себе знания биологической отрасли и существующие общечеловеческие ценности. [9, с. 50]

Принципы медицинской биоэтики. Биоэтика вооружает медиков знанием специфических вопросов медицинской этики, способностью к системному анализу; вырабатывает привычку рассматривать проблемы в междисциплинарном и социокультурном контексте; развивает воображение, практические навыки и моральную ответственность за принимаемые этические решения, а также чувства эмпатии и сострадания к людям, животным, природе. Биоэтика предлагает ряд новых этических принципов и правил для регуляции деятельности и ученого, и клинициста-практика. Принципы биоэтики возникают из необходимости соединения ценностей объективного знания и универсальных духовных ценностей человеческой культуры, при этом человек выступает целью, а не средством развития науки и общества.

Как отмечают многие исследователи, этические аспекты в паллиативной медицине складываются из двух процессов - определения главных ценностей среди всех ценностей и принятия решений в соответствии с выбранной ценностью. В паллиативной помощи часто наблюдаются противоречия между выбранной ценностью и принимаемым решением, а также существенные сложности в определении самой значимой ценности. Пожалуй, самым сложным является реализация принятого решения на практике, поскольку паллиативная помощь - это практика, основанная на этике, в каждом текущем мгновении.[4; 9, с. 50]

В последнее время среди зарубежных и отечественных ученых завоевали признание принципы медицинской биоэтики, сформулированные американскими исследователями Beauchamp T. I. и Childress J. F. в 1994 году [9, с. 44-50; 17, с.160; 18; 20, с. 349-365]. Четыре фундаментальных принципа биоэтики:

Автономии и уважения человеческого достоинства (autonomy and dignity respect);

«Недеяния зла», или «Не навреди» (non-maleficence);

Благодеяния (beneficence);

Справедливости (justice).

Из названных принципов вытекают и следующие требования: правдивость (veracity), приватность (privacy), конфиденциальность (confidentiality), верность (fidelity) и информированное согласие (informed consent).

**2.2 Принципы биоэтики в контексте паллиативной помощи**

И хотя сегодня все еще не утихают дискуссии об универсальности «системы четырех принципов» медицинской биоэтики Beauchamp T. I. и Childress J. F., правомерности ее широкого распространения и практического использования в международных документах и кодексах, названные принципы вполне хорошо применимы и к практике паллиативной помощи [17, с.160; 18; 20, с. 349-365].

Принцип уважения автономии пациента. Для осуществления этого принципа на практике специалистам по паллиативной помощи необходимо:

согласовывать приоритеты и цели помощи с пациентами и их родными (в первую очередь с пациентами, а потом с родными или близкими людьми, так как здесь действует принцип автономии);

обсуждать возможные варианты обследования и лечения с пациентами и совместно составлять планы лечения и помощи;

не отказывать в предоставлении информации, которую пациент желает получить, в том числе информации об обследовании и его результатах, разнообразных видах лечения и их последствиях, прогнозе;

уважать желание пациента отказаться от того или иного вида обследования и/или лечения.

Принцип уважения человеческого достоинства пациента. Это - основополагающий принцип медицинской биоэтики, незримо присутствующий и в других принципах, однако его трактовка в контексте паллиативной помощи имеет свои особенности. Принцип уважения человеческого достоинства пациента иногда отождествляется с принципом уважения его автономии (независимости в принятии собственных решений и их реализации). Инкурабельные пациенты, как и другие пациенты, могут иметь свои предпочтения в выборе лечения. Необходимость уважения этих желаний определяет поведение медицинского персонала. Так, врач не должен настаивать на проведении определенного вида лечения, от которого информированный пациент отказывается. Например, если компетентный пациент отказывается от поддерживающей жизнь терапии, врач не должен проводить такую терапию, даже если сам верит в то, что на данном этапе жизнь пациента еще может быть продлена с помощью вспомогательных средств. С другой стороны, врач должен предоставить пациенту в доступной для его понимания форме достаточную информацию о его болезни, состоянии, прогнозе и лечении.

В обязанности врача входит также необходимость обсудить с пациентом его пожелания относительно тактики лечения и поддерживающей жизнедеятельность терапии в будущем, если при ухудшении самочувствия он будет не в состоянии принимать решения самостоятельно.

В некоторых западных странах это обычно сопровождается тем, что пациенту предлагают составить «директиву» или распоряжение, в котором он выражает свое решение о характере, предпочитаемом лечения на перспективу, то есть на тот случай, если он будет не в состоянии выразить его сам, или указывается имя и адрес человека, которому он доверяет принимать решения относительно тактики дальнейшего лечения за себя. Заблаговременное планирование тактики лечения и помощи приобретает особое значение в том случае, если человек боится, быть отвергнутым обществом или не имеет доверительных отношений с родными и друзьями. Некоторые пациенты сохраняют в тайне от близких правду о своем диагнозе и прогнозе. Врач должен иметь это в виду и обеспечить необходимую пациенту поддержку.

Принцип уважения автономии пациента - важная, но не единственная составляющая принципа уважения достоинства пациента как личности.

Врачи не должны бездумно следовать желаниям своих пациентов. Это очевидно в тех случаях, когда пациенты просят назначить им лечение или манипуляции, которые определенно не имеют медицинских показаний. Особенно важно иметь это в виду, когда речь идет о пациенте в конце его жизни. Такие пациенты могут просить врача ускорить наступление смерти, поскольку они считают, что продолжающаяся жизнь более не благо, а бремя. Отказ выполнить просьбу пациента в подобных случаях свидетельствует как раз об уважении его человеческого достоинства.

Конечно, врач должен обладать достаточной этической рассудительностью и опытом, чтобы решить, как и когда он должен реагировать на желания пациента. Важно подчеркнуть то, что уважение человеческого достоинства не может быть сведено лишь к необходимости уважения автономии пациента.

Принципы благодеяния и «недеяния зла» («не навреди»). Реализация этих принципов подразумевает, что специалисты паллиативной помощи должны:

Тщательно оценить все преимущества и побочные явления, которые могут возникнуть в результате планируемого лечения, прежде чем его назначить (благодеяние),

Тщательно взвесить вероятность развития осложнений и достижения положительных результатов при проведении того или иного диагностического или лечебного мероприятия («не навреди»),

Реализовать право каждого пациента на получение самого высокого качества помощи в пределах имеющихся ресурсов, а также сделать все возможное для организации необходимого лечения за счет перераспределения имеющихся средств и привлечения дополнительных возможностей. Реализация этого принципа особенно актуальна в настоящее время, когда все реже и реже больного направляют на консультацию к более опытному специалисту, врачам смежных специальностей, для получения в трудных ситуациях второго (и третьего) независимого мнения (нарушается принцип честности!). Часто врач скрывает тот факт, что его компетенции недостаточно для решения клинического или этического вопроса.

Интересным представляется позиция ученых Jansen L. A., Johnston B. E. и Sulmasy D. P., которые подразделяют интересы больного, нуждающегося в паллиативной помощи в конце жизни, на две основные категории [20, с. 349-365]:

феноменологические интересы (напрямую связанные с жалобами и фактическими переживаниями больного);

нефеноменологические интересы (не связанные с фактическими переживаниями больного).

К первому аспекту относятся интересы пациента, который находится в состоянии физического дискомфорта, то есть его беспокоят боль, и другие физические симптомы, приносящие дискомфорт.

Первостепенная задача паллиативной медицины - обеспечить избавление пациента от боли и страдания, которые часто имеют место в конце жизни. Хотя эти жалобы и субъективны, хорошие специалисты паллиативной помощи должны выявить и оценить их. Например, пациентам, которым необходимо обезболивание, предлагается оценить уровень боли по специальной градуированной шкале (от 0 до 10 баллов).

Чтобы удовлетворить феноменологические интересы пациента в конце жизни, медики должны избавить пациента от боли. Кроме боли они должны избавить его от страдания.

Следует всегда помнить, что термины боль и страдание не являются синонимами. В соответствии со стандартным определением боль- это неприятное сенсорное и эмоциональное ощущение человека, вызванное фактическим или потенциальным повреждением тканей. Напротив, страдание - это более широкое понятие, которое включает в себя понятие боли, но не ограничивается им. В определении страдания большая роль принадлежит социальным и психологическим компонентам.

Ко второму аспекту относятся нефеноменологические интересы, и они также не должны быть игнорированы. Эти интересы не связаны с поддержанием физического комфорта пациента. Примерами могут служить потребность скрывать тайну и постоянную тревогу. Именно эти потребности часто остаются незамеченными. Наличие этих интересов требует организации психотерапевтической помощи, серьезного обсуждения этих вопросов с пациентами, и, конечно же, хороших и доверительных отношений между врачом, медицинской сестрой и пациентом.

Принцип справедливости. В сфере паллиативной помощи, как нигде в медицине, приобретает жизненную важность соблюдение одного из основных принципов биоэтики - принципа справедливости. Следует выделить три основные его составляющие, имеющие особую актуальность для паллиативной помощи, как медико-социальной помощи в конце жизни и помощи умирающему пациенту:

Доступность помощи для категории населения, не способной на активную защиту своих прав;

Обеспечение бесплатности этой помощи, которая предоставляется одной из самых социально незащищенных групп населения, особенно в тяжелых экономических условиях в России;

Тщательный подбор медицинского персонала, который способен не только на выполнение служебных обязанностей, но и на проявление милосердия к умирающим пациентам и безусловное соблюдение этических норм и принципов, среди которых на первом месте честность и верность человеческому и медицинскому долгу.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В ходе данной работы мы рассмотрели историю возникновения паллиативной помощи, основные особенности оказания такой помощи инкурабельным пациентам и их родственникам. Нами были рассмотрены основные принципы биомедицинской этики в паллиативной помощи. Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов - это облегчение страданий пациента на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением) и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни. Именно второму разделу в России уделялось и до сих пор уделяется очень мало внимания. Неправильным было бы считать, что умирающий пациент нуждается только в уходе. На самом деле существует много профессиональных тонкостей, необходимых для облегчения страдания, которые могут решить только подготовленные специалисты.

«Помощь в конце жизни» или «помощь умирающим» является частным разделом паллиативной помощи. Ведущим компонентом в этом направлении является формирование особой философии, организация психологической поддержки пациента и его семьи. Поэтому часто говорят, что паллиативная помощь - это философия. Главной целью паллиативной помощи в конце жизни является избавление пациента и умирающего от страдания. Замечательный российский ученый, академик Дмитрий Лихачев сказал очень важные слова о паллиативной помощи и хосписах:

«Хосписы необходимы нашему обществу, в котором уровень боли превзошел все мыслимые пределы. Хоспис - это путь к избавлению от страха перед страданием, сопутствующим смерти, путь восприятия ее как естественного продолжения жизни; это дом, в котором соединяются высочайший гуманизм и профессионализм…Помощь другим важна и для самого помогающего. Только активная помощь другим может как-то успокоить нашу совесть, которая все же должна быть беспокойной».

На основании вышеизложенного следует вывод о том, что оказание паллиативной помощи умирающим пациентам и их родственникам -является наивысшим проявлением фундаментальных и гуманных принципов биомедицинской этики.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Рекомендации Rec. (2003) 24 Комитета министров Совета Европы государствам- участникам по организации паллиативной помощи. Совет Европы, М.: 2005, стр. 30

2. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 сентября 2008 г.

. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323 -ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

. Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2010.

. Введенская Е. С. Паллиативная помощь и биоэтика, статья. ГБУЗНО «Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Н. - Новогород, 2012.

. Гнездилов. А. В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология № 5 (март), 2001.

. Гнездилов А. В., Губачев Ю. М. Терминальные состояния и паллиативная терапия: учебно-методическое пособие. СПб. 2000, стр. 64.

. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потери. СПб, «Речь»,2002, стр. 162.

. Иванюшкин А. Я. Биомедицинская этика. Учебник. Авторская академия, М.: 2010.

. Кесли Д. Достойно прожить последние дни // Англия, 1991 №120

. Кюблер-Росс Элизабет. О смерти и умирании. Издательство: София, 2011

. Липтуга М.Е., Поляков И. В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь: краткое руководство, 2001.

. МиллионщиковаВ. В., ПолишкисС. А., ФедермессерН., ГраусманМ. Хосписы. Сборник материалов 2-е издание исправленное и дополненное. М.: фонд помощи хосписам «Вера», 2011.

. Поллети Р. Специальный уход за умирающими // Всемирный форум здравоохранения, 1984. Т.4 № 4

. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям. Под редакцией ElizabethDavies, J. Higginson. ВОЗ, Дания, Копенгаген, 2005.

. Убедительные факты. Паллиативная помощь. Под редакцией ElizabethDavies, J. Higginson. ВОЗ, Дания, Копенгаген, 2005.

. Хетаругова А. А. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. М.: ФГОУ «ВУНЦ Росздрава», 2006, стр. 160.

. Beauchamp T. I., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 1994.

. Biblia Sacra Vulgata Clementina.

. Jansen L. A., Johnston B. E., Sulmasy D. P. Ethical Issues. In “A Clinical Guide to supporotive and Palliative Care for HIV/ AIDS” (edited by Joseph F. O’Neill, Peter A Selwyn, Helen Schietinger), US Department of Health and Human Services, HRSA, 2003. P. 349-365.