Содержание:

Введение

Паллиативная помощь и эвтаназия: проблемы медицины XXI века

Заключение

Введение

Термин эвтаназия происходит от греческих слов “eu” – хорошо и “thanatos” – смерть. Различают пассивную и активную эвтаназию. Активная эвтаназия – это введение врачом летальной дозы препарата. При пассивной эвтаназии прекращается оказание медицинской помощи с целью ускорения наступления естественной смерти. В принципе, как активная, так и пассивная эвтаназия имеет одинаковый смысл и исход. Негативная оценка эвтаназии отличает не только православное христианство, но врачебную этику Гиппократа, которая однозначно отвергает использование опыта и знаний врача, для того, чтобы вызвать «легкую» смерть больного, который просит о такой услуге.

Паллиативная помощь и эвтаназия: проблемы медицины XXI века

Во многих странах мира в последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа пациентов, страдающих различными нозологическими формами хронических прогрессирующих заболеваний, в том числе - находящихся в терминальной стадии их развития, которые нуждаются в оказании паллиативной помощи. Всемирная Организация Здравоо­хранения (ВОЗ) трактует паллиативную помощь как "... активную всеобъемлю­щую помощь пациентам с прогресси­рующими заболеваниями в терминаль­ных стадиях развития. Главной задачей паллиативной помощи является купи­рование боли и других симптомов, а также решение психологических, со­циальных и духовных проблем. Целью паллиативной помощи является дости­жение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей". Вопросы оказания паллиативной помощи и вопросы эвтаназии являются актуальными не только в России, но и во многих зарубежных странах. При этом проблемам инкурабельных больных необходимо уделять гораздо больше внимания, позволяя каждому пациенту и членам его семьи получать необходимую медицинскую, психологическую, духовную, социальную и юридическую поддержку. Даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение бесперспективно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки. К контингенту больных с различными нозологическими формами хрони­ческих прогрессирующих заболеваний в первую очередь необходимо отнести пациентов с распространенными формами злокачественных новообразова­ний. Данные экспертов Всемирной Организации Здравоохранения свиде­тельствуют, что ежегодно в мире регистрируется более 10 миллионов случа­ев впервые диагностированных онко­логических заболеваний. Большая часть инкурабельных пациентов - лица пожилого и старческого возраста, имеющие множественные сопутствую­щие заболевания. По статистике в Российской Феде­рации более 70% случаев онкологиче­ских заболеваний диагностируется именно у пожилых людей в возрасте от 60 лет и старше. Концепция паллиативной помощи состоит в том, что борьба с болью, решение психологических, социальных или духовных проблем пациентов приобретает первостепенное значение, а целью паллиативной помощи становится достижение не на словах, а на деле максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни больных и их семей.

В оказании паллиативной помощи в первую очередь нуждаются:

- инкурабельные онкологические больные;

- пациенты, перенесшие инсульт;

- больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции.

Кроме того, в последние годы об­суждается вопрос о необходимости оказания паллиативной помощи паци­ентам с различными нозологическими формами хронических прогрессирую­щих заболеваний, находящимся в тер­минальной стадии развития болезни (терминальная некорригируемая ста­дия хронической почечной недостаточ­ности различного генеза; терминаль­ная стадия хронической недостаточно­сти систем кровообращения и дыха­ния, некорригируемая или плохо под­дающаяся коррекции; терминальная стадия цирроза печени с выраженной декомпенсированной портальной ги-пертензией и печеночно-клеточной недостаточностью; перелом шейки бедра; дегенеративные заболевания костносуставной системы; травмы по­звоночника; рассеянный энцефаломи­елит и др. Большое значение при этом приоб­ретает гуманное отношение самого общества к людям, обреченным на смерть вследствие своего тяжелого заболевания. Не вызывает сомнения тот факт, что существующее в общест­ве уважение к человеку должно быть направлено к каждой отдельной лич­ности и, особенно - к таким явлениям, как жизнь и смерть. Целью паллиативной помощи явля­ется не поощрение "ускорять наступ­ление смерти", а достижение макси­мально возможного в возникающей ситуации качества жизни инкурабель­ных больных, страдающих тяжелыми неизлечимыми заболеваниями, и у их родственников, необходим комплекс­ный подход к решению целого ряда проблем.

В последние годы во многих странах стал активно обсуждаться вопрос о возможности применения эвтаназии для тяжелых инкурабельных больных. Однако каждое государство относится к решению данной проблемы по-раз­ному, исходя из своих исторических, политических и религиозных принци­пов. Например, в США проблема ока­зания паллиативной помощи и эвтана­зии, как и во всем мире, существует, но она обсуждается в средствах мас­совой информации достаточно кор­ректно. При этом проводимые иссле­дования тактично поддерживают идею бороться за жизнь инкурабельного па­циента при любых обстоятельствах, позволяя обеспечивать наиболее оп­тимальное в данных условиях качество его жизни. В настоящее время эвтана­зия в США законодательно запрещена. Результаты социологического опро­са инкурабельных больных, проведен­ного в 1995 г. в Соединенных Штатах Америки, продемонстрировали, что 9% из опрошенных пациентов высказали желание помочь им умереть, что было обусловлено не только болью и слабой социальной поддержкой, но и глубиной депрессии опрашиваемых. После двух недель индивидуальных занятий с пси­хотерапевтом 2/3 этих пациентов кате­горически отказались от желания смерти, что свидетельствует о чрезвы­чайно важном психотерапевтическом аспекте работы с тяжелыми инкурабельными больными.

Согласно статистическим данным, в Российской Федерации ежегодно уми­рает более 350 тысяч онкологических больных, из них 75% нуждаются в ока­зании паллиативной помощи и только 59% получают эту помощь. На современном этапе развития российского здравоохранения сущест­вуют различные организационные формы оказания паллиативной помощи инкурабельным, и в первую очередь, онкологическим больным (Центры пал­лиативной помощи, хосписы, кабинеты противоболевой терапии, больницы и отделения сестринского ухода, отде­ления паллиативной помощи в струк­туре многопрофильных стационаров и др.). При этом выбор организационной формы оказания паллиативной помощи зависит как от региональных особен­ностей территориального построения и специфики структуры сети городских и сельских лечебно-профилактических учреждений территорий, кадровых ре­сурсов, так и от уровня финансирова­ния и материально-технической базы учреждений здравоохранения. Весьма актуальной является проблема оказа­ния паллиативной помощи жителям малых территорий и населенных пунк­тов. Основной задачей оказания меди­цинской помощи умирающему больно­му становится обеспечение, насколько это возможно, качества жизни, до­стойного человека на его завершаю­щем этапе.

Еще в 1989 г. Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке в своем Официальном докладе отметил: "С развитием современных методов паллиативного лечения легализация 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 больного 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.

К большому сожалению, в настоя­щее время в РФ не только в средствах массовой информации, но и в перио­дических медицинских изданиях во­просы оказания паллиативной помощи инкурабельным больным обсуждаются крайне редко. Обращает на себя вни­мание тот факт, что многие участковые терапевты (врачи общей практики), ко­торые курируют инкурабельных паци­ентов в амбулаторный условиях, не имеют соответствующей подготовки по паллиативной помощи. Необходимо отметить, что в обра­зовательных медицинских учреждениях на додипломном уровне на кафедрах общественного здоровья и здравоо­хранения не представлены организа­ционные и социально-медицинские аспекты паллиативной помощи. Все вышеперечисленное свиде­тельствует о необходимости введения преподавания основ паллиативной по­мощи не только студентам вузов, но и на последипломном этапе как для вра­чей всех специальностей, так и для организаторов здравоохранения. В то же время в средних специальных учеб­ных заведениях по подготовке сест­ринского персонала вопросам органи­зации паллиативной помощи уделяется значительно больше внимания, чем в медицинских вузах. На кафедре общественного здоро­вья и здравоохранения с курсом эко­номики Московской медицинской ака­демии им. И.М.Сеченова в рамках на­учного исследования по оптимизации социально-медицинских и организа­ционных основ паллиативной помощи больным с прогрессирующими форма­ми хронических заболеваний проведен опрос организаторов здравоохране­ния, врачей разных специальностей, студентов старших курсов медицин­ских вузов и сестринского персонала на предмет их отношения к эвтаназии и паллиативной помощи умирающим больным. К чести опрашиваемых, не­обходимо отметить, что у 96% из них было отрицательное отношение к эв­таназии.

Паллиативная медицина направлена на достижение по возможности опти­мального в конкретной ситуации каче­ства жизни больного и его семьи, ре­шение психологических, социальных, правовых и духовных проблем. В связи с этим, одной из актуальных по соци­альной значимости задач организации паллиативной помощи является оказа­ние помощи родственникам. Одного умирающего больного окру­жает 7-10 условно здоровых полно­ценных членов общества (родные, друзья, соседи, коллеги), которые на­ходятся в разной степени тяжести пси­хологической травматизации: чувство вины перед больным, чувство агрессии к медицине, депрессия, канцерофо­бия, суицидальные мысли, угроза по­тери рабочего места. Среди окружения больного формируется так называе­мый хронический дистресс (по некото­рым данным смертность среди близких родственников онкологического боль­ного возрастает на 40%). Работая с

родственниками, паллиативная служба позволяет им выйти на работу, к ис­полнению своих гражданских обязан­ностей, снижает расходы здравоохра­нения на купирование последствий хронического дистресса. Проблемы паллиативной медицины, касающиеся качества жизни, не обхо­дят стороной и работающих в ней со­трудников. Проведенные в последние годы исследования свидетельствуют о подверженности работников паллиа­тивной медицины формированию со­стояний личностной дезадаптации. Ряд исследователей отмечают что наибо­лее напряженной областью медицины по психоэмоциональной нагрузке яв­ляется онкология. К числу факторов риска профессио­нально-личностной дезадаптации в деятельности медицинского персонала лечебно-профилактических учрежде­ний, предоставляющих помощь онко­логическим больным, следует отнести психологический "феномен (синдром) выгорания".

Основой концепции современной паллиативной медицины является качество жизни как конечная цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических, социальных, правовых и духовных программ помощи больному и его семье. Все аспекты качества жизни взаимосвязаны в единую систему, что обязательно должно учитываться при оказании помощи пациенту и его близким. В целом, круг задач паллиативной медицины весьма широк и разнообразен. Но все они, в конечном счете, на­правлены на решение основной комплексной задачи - максимально воз­можное обеспечение качества жизни инкурабельных пациентов. Качествен­ная паллиативная помощь является единственной на современном этапе развития общества реальной меди­цинской, социальной, психологической и духовной поддержкой тяжелобольных людей и их близких.

Заключение

Эвтаназия, «легкая» смерть, добровольный уход из жизни. Здесь очень много аспектов. Неизлечимая болезнь, страшные муки заставляют иногда пациента обращаться к врачу с просьбой прервать жизнь. Но вправе ли доктор выполнить эту просьбу больного? Я думаю, нет. Во первых, бывают случаи излечения безнадежных пациентов, во вторых, может иметь место «врачебная ошибка» из-за не достаточной квалификации медицинского персонала, несовершенной техники и других объективных причин. Больной выздоравливает, а врач мог бы оказаться в роли активного или пассивного убийцы. Да, есть такие пациенты, которые заведомо обречены на смерть, но уход их из жизни должен быть естественным. Медики должны имеющимися медицинскими средствами облегчить их страдание, беседовать с ними, больше уделять внимание медицинскому уходу. Я думаю, если в домашних условиях нет возможности заниматься такими больными, вполне оправданно существование хосписов с квалифицированным медицинским персоналом, где пациенты будут чувствовать себя более защищенными, а родственники не будут ощущать вины и собственного бессилия по отношению близким им людям. Я считаю, что задача медиков быть рядом с больным до самого конца.Список литературы:

1. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи (утв. Минздравсоцразви-тия России 22.09.2008 г. N 7180-РХ)

2. «Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения», №4, 2009. с. 28 - 31

3. Дмитриев Ю.А. Конституционное право человека на осуществление эвтаназии в Российской Федерации//Право и жизнь. 2000. № 24. С. 43-48.