

© Дроненко В.Г.

УДК: 614.253:364.07

Дроненко В.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра онкології (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, 2018, Україна)

ХОСПІС ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕВТАНАЗІЇ

Резюме. Розглянуто проблему паліативної допомоги в Україні хворим з онкопатологією в кінцевій стадії захворювання, а також морально-етичні та медичні аспекти спеціалізованої допомоги, питання евтаназії у даній категорії пацієнтів. Відсутність розвинутої мережі хоспісних медичних закладів в Україні спонукає до активних пошуків механізмів для розв'язання найдзвичайно актуальної проблеми.

Ключові слова: онкохворі термінальної стадії, паліативне лікування, хоспіс, евтаназія.

Вступ

В Україні щорічно зростають показники захворюваності на злоякісні новоутворення. Прямо пропорційно до цього зростає кількість інкурабельних онкологічних хворих, що потребують відповідної паліативної допомоги. З огляду цього не втихають дискусії щодо евтаназії у таких хворих [Дячук, 2003; Лях, 2006].

Метою роботи стало дослідження особливостей паліативної допомоги інкурабельним хворим та етично-правові аспекти евтаназії.

Паліативне лікування - це всебічна кваліфікована медична допомога невиліковному хворому на етапі неконтрольованого прогресування захворювання [Знаков, 2005; Новиков и др., 2005].

Основна мета паліативного лікування - підтримка максимально можливого рівня якості життя пацієнта. Воно не продовжує і не вкорочує життя пацієнта, допомагає сприймати смерть, як природний кінець життя, позбавляє його від болю та страждань, забезпечує гідну якість життя і його завершення [Головіна, 2001]. Світовий досвід свідчить про те, що ефективна паліативна допомога - це колективна робота медиків, соціальних працівників, родичів, друзів хворого, служителів церкви і на високий рівень послідовності у їх діях. Медичні проблеми включають боротьбу з болем, контроль симптомів, організацію догляду за хворим. Соціальні проблеми стосуються умов і якості життя, питань матеріального забезпечення [Новиков, 2004; Князевич та ін., 2009; Фабулова, 2008].

Найскладнішими у ряді випадків виявляються психологічні проблеми. Виділяють п'ять основних видів психологічних реакцій притаманних онкологічним хворим: шок, стадія заперечення, стадія агресії, стадія депресії та стадія примирення. Але безумовно, всі ці стадії досить умовні, а в деяких пацієнтів можуть бути відсутніми взагалі. Однією з обов'язкових умов надання кваліфікованої психологічної допомоги є психотерапевтичне спостереження за хворими. Особливу увагу необхідно звертати на депресивних пацієнтів для попередження суїцидальних спроб [Дячук, 2003; Бялик, 2009; Уиклер и др., 1989].

Враховуючи духовні аспекти кожного індивідуума, переконаний, що в хоспісі повинна надаватись не тільки медична, а й психологічна допомога. Одним з голов-

них моментів є гідна підготовка людини до фізичної смерті, яка є абсолютно прогнозованою, невідвратною, але не є кінцевою точкою нашого буття. Після тілесної смерті душа кожної людини продовжує жити [Антоний Митр. Сурожский, 1995]. Тому в даній ситуації, як ніколи обгрунтованим є спілкування з духівником. Саме св'ященникам належить відповідальна та важка місія - втішити безнадійно хвору людину, полегшити її моральні страждання та підготувати до переходу у вічність.

Термін "хоспіс" має латинське походження. Латинський термін "hospes" спочатку тлумачилось як "чужинець", "гість". В більш пізні часи слово "hospes" трансформувалось в англійське слово "hospice", що перекладається як "притулок", "богодільня". Піклування про невиліковно хворих принесло в Європу християнство. Античні медики, послідовники вчення Гіппократа, вважали, що медицина не повинна "протягувати руку допомоги" тому, кого перемогла хвороба. Допомога невиліковно хворим вважалася образою богів: людина, навіть наділена даром врачування, не повинна сумніватися в тому, що боги винесли хворому смертельний вирок [Плаунов, Миллионщикова, 1997; Новиков, 2004].

Перші згадки слова "хоспіс", стосовно догляду за хворими, які помирали, з'явилися лише в XIX сторіччі. В 1842 році, Jeanne Garnier, молода жінка, яка втратила чоловіка і дітей, відкрила перший притулок для невиліковно хворих в Ліоні. В цей самий час відкривається ще декілька хоспісів по всій Франції. Тридцять років по тому, в 1879 році, ірландські сестри милосердя з ордену Матері Mary Aikenhead незалежно від Jeanne Garnier заснували в Дубліні хоспіс Богоматері для тих, хто помирає.

Заснований у 1893 році доктором Говардом Бареттом і Методичною місією "Хоспіс Святого Луки" був першим закладом, що почав публікувати щорічні звіти, в яких нерідко вміщувались історії і описання окремих хворих. Саме в цей хоспіс в 1948 році прийшла Cicely Saunders, засновниця сучасного хоспісного руху по всьому світі, основним внеском якої в галузь паліативної медицини було встановлення режиму приймання морфіну не за вимогою, а по годинам [Хетагурова, 2010].

Сьогодні в Україні функціонує 5 хоспісів і 13 паліативних відділень, що мають у загальному 521 стаціонарних ліжка. Ще 3 хоспіса є благодійними установами,

а їх співзасновниками є місцеві управління охорони здоров'я (65 ліжок). У цих закладах надається медична та елементи психологічної та духовної підтримки [http://ligalife.com.ua, 2013]. Однак, необхідно зазначити, що більшість громадян не мають доступу до адекватної комплексної паліативної та хоспісної допомоги.

Найбільш сучасним та матеріально забезпеченим є хоспіс на базі міського онкологічного центру у м. Києві. Незначна частина коштів на утримання цієї клініки надходить з міського бюджету, але в основному хоспіс утримують за рахунок благодійних внесків приватних осіб, які створили благодійну раду. На території хоспісу діє православний храм Св. Варвари Великомучениці [http://palliativ.kiev.ua, 2013].

Необхідність формування розгалуженої системи хоспісної допомоги в Україні обумовлена: значною кількістю інкурабельних онкологічних хворих; потребою постійного медичного догляду за інкурабельними хворими; низьким рівнем обслуговування через відсутність у медичному персоналі відповідного фаху для надання паліативної допомоги за місцем проживання; відсутністю фахової підготовки з паліативної допомоги лікарів та середнього медичного персоналу; низьким рівнем медичної допомоги сільському населенню; інкурабельні хворі, як правило, є громадянами із стійкою втратою працездатності і, як наслідок, складають прошарок мало забезпечених верств населення, що не можуть дозволити купувати дорогі, але необхідні для них медичні засоби [Князевич та ін., 2009, Губський та ін., 2011].

Хоспіс має право і зобов'язаний здійснювати наступні види медичної та соціальної допомоги: госпіталізувати за медичними показаннями всіх інкурабельних хворих; надавати паліативну медичну допомогу у відповідному об'ємі та безкоштовно; здійснювати амбулаторні хірургічні втручання; вводити хворим наркотичні медичні препарати; дотримуватися всіх вимог медичної етики та деонтології; надавати безкоштовні медичні та соціальні консультації; надавати виїзну медичну та психологічну допомогу; залучати до своєї роботи волонтерів, проводити соціальну роботу із населенням; створювати фонди благодійної допомоги; дозволити перебування родичів сумісно із хворим в термінальному стані, створити умови сумісного перебування; співпрацювати з іншими медичними закладами; надавати пацієнтам та родичам духовну підтримку з боку представників церкви [Новиков та др., 2010; Губський та ін., 2011].

Співробітники хоспісу не мають адміністративного, юридичного, а також морально-етичного права: обнадіювати родичів та близьких хворого на видужання; проводити розгорнуті оперативні втручання, навіть, якщо вони виконуються із паліативною метою; виконувати евтаназію; відмовляти хворому в призначенні наркотичних анальгетиків; відмовляти в госпіталізації інкурабельним хворим за наявності вільних ліжок; використовувати неперевірені та сумнівні методи лікування, особливо нетрадиційну медицину; вимагати грошову винагороду за свою

роботу; неетично, неуважно та грубо ставитися до пацієнтів [Дячук, 2002, 2003; Хоппс, Пиндерхьюс, 1994].

Створенню хоспісів в Україні заважає ряд суб'єктивних і об'єктивних факторів: недостатнє фінансування, мала укомплектованість кадрами, відсутність приміщень; слабка волонтерська діяльність; нестача необхідного устаткування, спеціальних засобів, лікарських препаратів, апаратури; проблема пошуку відповідних спеціалістів. В деяких випадках нормативно-правова база, яка повинна регулювати структурні підрозділи в сучасній системі охорони здоров'я працює лише на "папері".

З метою вирішення проблеми хоспісів в Україні необхідно активно залучати благодійні фонди; проводити транзакцію бюджетних коштів, що відведені на утримання інкурабельних хворих місцевих громад на рахунок хоспіса; використовувати приміщення державних об'єктів, що припинили свою діяльність, або потребує закриття внаслідок власної економічної нецільності; будівництво хоспісів на базі обласних онкологічних центрів; залучення волонтерів; проводити вмилу кадрову політику; широко використовувати сумішництво серед працівників; створювати осередки сестер милосердя; проводити освітню роботу; налагоджувати активну співпрацю із гуманітарними ВНЗ; освітня робота серед студентів і майбутніх фахівців; передача на користування матеріальних засобів і апаратури, що підлягає списанню, але має придатний стан до експлуатації; закордонна гуманітарна допомога; співпраця з Червоним Хрестом; медичне страхування тощо.

Для повноцінної роботи хоспісу необхідно створювати товариства сестер милосердя при православних храмах, організувати відповідну медичну освіту для них і активно залучати до роботи в новостворених закладах паліативної допомоги.

Аналізуючи досвід багаторічної діяльності сестер милосердя в Російській імперії, можна відмітити, що їх незмінними якостями завжди були суворі морально-етичні риси, любов, милосердя до ближнього, любов до праці та самовідданість, дисциплінованість та послух до керівництва і лікарів. Сестри милосердя і зараз допомагають хворим не тільки за службовим обов'язком, але й по велінню серця. Вони смиренно відносяться до своїх пацієнтів і готові працювати в важких умовах, по 12 годин на добу не дивлячись на мізерну зарплатню та низький престиж професії [Лобачев, 2004; Фабулова, 2008].

Евтаназія в перекладі з грецької означає "легка смерть". В наш час це, як правило означає допомогу лікаря хворому в скоєнні самогубства з застосуванням сильнодіючих медичних препаратів. В більшості країн світу, а також в Україні евтаназія юридично заборонена і класифікується як кримінальний злочин. Її поділяють на 2 види:

Активна евтаназія - активна участь лікаря в смерті пацієнта (вбивство хворого з інформованої згоди останнього).

Пасивна евтаназія - роль лікаря зводиться до узгодженої з пацієнтом відмови від підтримуючої життя те-

рапії та/або збільшенню доз ліків (знеболюючого або снодійного), що призводить до скорочення строків життя [Рейчелс, 1990; Ворона, 2010].

Вперше в 20 сторіччі евтаназія була введена в фашиській Німеччині, а потім офіційно та юридично визнана в Голландії, Бельгії. Перший у світі Закон "Про право людини на смерть" було прийнято у 1977 р. у штаті Каліфорнія (США). Тепер у 50-ти штатах США прийняті закони, які дозволяють пасивну евтаназію. Першою країною, яка легалізувала активну і пасивну евтаназію в Європі, є Нідерланди. В квітні 2001 р. верхня палата парламенту Нідерландів затвердила закон, який звільняє від кримінальної відповідальності лікарів, які допомагають хворим позбутися життя. Так, за даними 1995 року в Нідерландах за допомогою евтаназії пішло з життя 3600 чоловік. Життям ще 900 пацієнтів розпорядились без їх відома і 1900 летальних наслідків відбулось в результаті збільшення лікарями доз знеболюючих з явними намірами прискорити настання смерті. Приблизники евтаназії намагаються розширити юридичні межі дозволеного. Так в 1994 році Верховний суд Голландії розглядав справу психіатра Баудвейна Шабо. Він допоміг піти з життя 50-річній жінці, яка не була невиліковно хворою, не страждала від фізичного болю, а знаходилась в стані депресії. Тим не менш, суд виправдав лікаря і виправдав те, що раніше вважалось злочином. Доктор Херберт Хендін, директор медичної частини Американського фонду по попередженню самогубств, вивчав питання евтаназії в Голландії. Він відмічає: "Те, що використовували в виключних випадках, перетворилося в рутинний підхід до невиліковних хвороб. В Голландії перейшли від евтаназії для невиліковно хворих до евтаназії для хронічних хворих, від евтаназії при фізичних захворюваннях - до евтаназії при психічних розладах і від добровільної евтаназії до вимушеної [Уиклер и др., 1989; Болдирева, 2007].

У 2002 р. нижня палата Бельгії також легалізувала евтаназію. У травні 2011 року з ініціативи Федерально-го демократичного союзу (UDF) і Євангельської партії (PEV) був проведений референдум, на якому жителі кантону Цюрих проголосували за легалізацію евтаназії для невиліковно хворих, причому не тільки громадян Швейцарії, а й туристів, що приїжджають в країну. У 2009 р. до країн, в яких легалізована евтаназія, приєднався Люксембург, а у 2010 р. - Німеччина [Уиклер и др., 1989; Болдирева, 2007].

Прохання помираючого звільнити його від страждань шляхом вбивства медичними засобами не можуть бути предметом етичних роздумів, так як вони абсолютно не сумісні з християнською етикою, з відповідальністю лікаря перед Богом за свій обов'язок. Християнське вчення забороняє самогубство. Життя дається Богом і належить Йому. Лікар не повинен привласнювати божественне право. Його завдання продовжити життя та полегшити страждання хворого. Справа в тому, що у хворих в критичному стані, можуть розвиватись

соматогенні та психогенні депресії. Кваліфікований лікар повинен враховувати, що прохання хворого про прискорення його смерті може бути обумовленим станом депресії. Депресія виражається в суб'єктивно нігілістичному прогнозі, в запереченні сприятливого прогнозу і може ініціювати у хворого прохання про звільнення від страждань шляхом евтаназії [Головіна, 2011; Харакас, 1994]. Разом з цим, ці депресивні стани зворотні, і відповідно, може змінитись особисте відношення хворого до боротьби за збереження його життя. Психотерапія та психофармакотерапія, лікуючи депресію, дає реальний шанс до відмови хворого від евтаназії [Акопов, 2000; Знаков, 2005]. Визнаючи цінність життя кожної людини, її свободу та гідність як унікальні якості особистості, православні священнослужителі, вчені, лікарі вважають неприпустимим реалізацію будь-яких намагань узаконення евтаназії, розглядаючи евтаназію як одну із форм вбивства, або самогубства (за проханням пацієнта) [<http://www.pramir.ru/evtanaziya>, 2007].

Використання евтаназії неминуче призведе до криміналізації медицини та втрати соціальної довіри до інституту охорони здоров'я, приниження гідності лікаря і спотворення сенсу його професійної діяльності, гальмування темпів розвитку медичної науки в сфері розробки нових методів реанімації, знеболюючих препаратів, засобів для лікування важких захворювань, до розповсюдженості в суспільстві принципів цинізму, нігілізму та духовної деградації.

Складним та контроверсійним є питання про продовження або припинення лікування або підтримуючих життя процедур при картині так званої клінічної смерті. Шляхом реанімаційних заходів серце, яке зупинилось можна знову заставити битись і досягти повноцінного відновлення функцій мозку (свідомості, мислення, соціальної активності), тобто зупинка серця та дихання самі по собі не можуть бути критеріями смерті [Знаков, 2005; Уиклер и др., 1989]. Будь-які методи прогнозування неминучого летального виходу завжди відносні і потребують активних спроб реалізації навіть мінімальних шансів збереження життя та особистості хворого. В зв'язку з отриманням нових фактичних даних про життєдіяльність організму з'явилися нові критерії межі життя та смерті. Тобто ознакою смерті є незворотня загибель всього головного мозку - як цілого. Смерть мозку повинна констатуватись по міжнародним стандартам спеціально підготовленим персоналом, на відповідній апаратурі, при відсутності цих умов смерть повинна констатуватись по зупинці серця після неефективності всіх доступних реанімаційних заходів [Рейчелс, 1990].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Отже, будь-які розмови про евтаназію не можуть бути предметом етичних роздумів, так як вони абсолютно не сумісні з християнською етикою, з відповідальністю лікаря перед Богом за свій обов'язок.

В перспективі для надання кваліфікованої та всебічної допомоги пацієнтам з термінальними стадіями злоякісних захворювань в Україні необхідно розвивати

розгалужену мережу закладів паліативної допомоги, а також організувати систему фахової підготовки медперсоналу для хоспісів.

Список літератури

Акопов В. І. Етичні, правові та медичні проблеми евтаназії / В. І. Акопов / Медичне право і етика, 2000. - № 1. - С. 47-55.

Антоний Митр. Сурожский. Человеческие ценности в медицине / Антоний Митр. Сурожский // Врач. 1995. № 6 (июнь). - С. 37-39.

Асоціація паліативної та хоспісної допомоги. - 2013 // [Електронний ресурс]. - Режим доступу до ресурсу: <http://palliativ.kiev.ua>

Болдирева О.О. "Блага смерть". Досвід легалізації евтаназії в інших країнах / О.О. Болдирева. - 2007 // [Електронний ресурс]. - Режим доступу до ресурсу: www.gian.ru/spravka/20070417/63786753.html

Бялик М.А. Местохосписов в системе паллиативной помощи США / М.А. Бялик // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2009. - № 4. - С. 53-57.

Ворона В. А. Правона евтаназію, як складових прав людини нажиття. Право України / В. А. Ворона. - Київ, 2010. - № 5. - С. 199-205.

Головіна О. Церква та медицина №13 (287) липень 2011 / О. Головіна // [Електронний ресурс]. - Режим доступу до ресурсу: <http://arhistratig.in.ua>

Діяльність інституту паліативної та хоспісної медицини МОЗ України у 2010 році щодо удосконалення нормативно-правової бази паліативної та хоспісної медицини в Україні / [Ю.І. Губський, А.В. Царенко, О.М. Бабійчук та ін.] // Медичне право. - 2011. - С.4 - 16.

Дячук Д.Д. Організаційні підходи до надання паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим / Д.Д. Дячук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2003. - № 2. - С. 48-54.

Дячук Д.Д. Порівняльна характеристика обсягів паліативної медичної допомоги інкурабельним онкологічним хворим у медичних закладах різного профілю / Д.Д. Дячук // Медичні перспективи. - 2002. - № 4. - С. 124-127.

Евтаназия - это убийство, а врач не палач // Православие и мир. - 20 апреля, 2007. [Електронний ресурс]. - Режим доступу до ресурсу: <http://www.pravmir.ru/evtanaziya>

Знаков В. В. Понимание экзистенциального выбора: жизнь в страданиях или эвтаназия / В. В. Знаков // Вопросы психологии. - 2005. - № 6. - С. 3-12.

Князевич В.М. Паліативна і хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні / В.М. Князевич, З.М. Митник, Ю.І. Губський // Україна - здоров'я нації. - 2009, № 3 (11/09). - С. 55 - 63.

Лобачев В. Раздумья о Крымской войне: 1854-1855 годов / В. Лобачев // Наука и религия. - 2004. - № 9. - С. 24-27.

Лях К.Ф. Хоспис: помощь умирающим в современном обществе / К.Ф. Лях // Медицинская сестра. - 2006. - № 6. - С. 15-20.

Новиков Г.А. Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным / Г.А. Новиков. - М.: Медицина, 2004. - 218 с.

Плавунов Н.Ф. Хосписы и паллиативная помощь / Н.Ф. Плавунов, В.В. Миллионщикова // Паллиативная медицина и реабилитация. - 1997. - № 3. - С. 5-10.

Рейчелс Дж. "Активная и пассивная эвтаназия" Этическая мысль / Дж. Рейчелс : Науч.-публицист. чтения // М.: Политиздат, 1990. - 480 с.

Состояние и перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным // [Г.В. Новиков, В.И. Чижов, Б.М. Прохоров и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2005. - № 2. - С. 6-8.

Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций / [Г.А. Новиков, В.В. Самойленко, С.В. Рудой и др.] // Паллиативная помощь и реабилитация. - 2010. - № 4. - С. 6-10.

Уиклер Д. На грани жизни и смерти : (Краткий очерк современной биоэтики в США) / Д. Уиклер, Д. Брок, А. Каплан. - М. : Знание, 1989. - 64 с. - (Новое в жизни, науке, технике ; № 12. Этика).

Фабулова Т.А. Особенности работы медсестер по уходу за умирающими больными / Т.А. Фабулова // Медицинская сестра. - 2008. - № 8. - С. 30-33.

Харакас С. Православие и биоэтика / С. Харакас. - "Человек". - 1994. - № 2. - С. 96.

Хетагурова А.К. История и современные проблемы паллиативной помощи в России и за рубежом / А.К. Хетагурова // Сестринское дело. - 2010. - № 7. - С. 3-7.

Хоппс Д. Р. Професія соціального працівника: сучасні вимоги / Д.Р. Хоппс, Еге.Б. Пиндерхьюс // Енциклопедія Школі соціальної роботи. - Т. 2. - М.: "Союз", 1994. - 364 с.

Хоспіси в Україні. Всеукраїнська громадська організація "Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги". - 2013, <http://ligalife.com.ua>

Дроненко В.Г.

ХОСПИС И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭВТАНАЗИИ

Резюме. Рассмотрена проблема паллиативной помощи в Украине больным с онкопатологией в конечной стадии заболевания, а также морально-этические и медицинские аспекты специализированной помощи, вопрос эвтаназии в данной категории пациентов. Отсутствие развитой сети хосписных медицинских учреждений в Украине побуждает к активным поискам механизмов для решения очень актуальной проблемы.

Ключевые слова: онкобольные терминальной стадии, паллиативное лечение, хоспис, эвтаназия.

Dronenko V.G.

HOSPICE AND ETHICAL ASPECTS OF EUTHANASIA

Summary. The problem of palliative treatment of patients with oncopathology in terminal stage as well as moral, ethical and medical aspects of specialized aid and the problem of euthanasia in this category of patients are reviewed. Lack of the developed network of hospice-type medical institutions in Ukraine must prompt to active search of mechanisms to solve this urgent problem.

Key words: oncologic patients in terminal stage, palliative treatment, hospice, euthanasia.

Стаття надійшла до редакції 25.10.2012 р.