

УДК 1 (091)

БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ И ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Р.Н. Башилов, С.М. Башилова

ФГБОУ ВО «Тверской государственной медицинский университет Минздрава России», г. Тверь

Рассматриваются биоэтические аспекты применения концепции паллиативной медицины, целью которой является обеспечение достойного умирания неизлечимо больным людям. Обозначаются проблемы при реализации паллиативной помощи в хосписах. Перечисляются основные постулаты хосписного движения.

Ключевые слова: биоэтика, паллиативная помощь, хоспис, качество жизни, смерть, умирание.

Биоэтика как сфера междисциплинарных исследований ориентируется сегодня на решение практических вопросов медицины. Особенно остро биоэтические коллизии проявляются в периоде умирания, когда проблематизируется ценностное восприятие жизни и смерти.

Жизнь и смерть – это два феномена, тесно связанные друг с другом. Без наличия смерти невозможно было бы осознание ценности жизни. В рамках данной проблематики поднимаются такие вопросы, как отношение человека к жизни, здоровью, страданию, смерти.

Эти вопросы имеют глубокие исторические корни. Так, в философском и моральном аспекте: проблема страдания человека волновала медиков и философов практически на всем протяжении истории культуры. Аристотель, например, считал страдания важнейшим фактором испытания мужества индивида [8, с. 122]. В дальнейшем множество философов (стоики, Августин Аврелий, Ф. Бэкон, И. Кант) обучали людей умению избавления от страданий. Ф. Бэкон писал: «...я совершенно убежден, что долг врача состоит не только том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчать страдания и мучения, причиняемые болезнями» [4, с. 274].

Сегодня мы наблюдаем смену общефилософских и морально-этических установок по отношению к проблемам жизни и смерти. Она заключается в переходе от традиционного медицинского менталитета к современному. Новая экзистенциальная (или гуманистическая) модель врачевания, сосредоточенная на целостности человека, не отвергает, а дополняет медицинскую (или биомедицинскую) модель врачевания, расширяя её рамки, включая социальные и психологические аспекты пациента [13, с. 328].

В полной мере реализацию этой модели мы можем наблюдать в идеологии паллиативной помощи. Идеи данного вида помощи, зародившиеся ещё в Средние века, сегодня реализуются в такой организа-

ции, как хоспис. Хоспис определяется как учреждение здравоохранения, предназначенное для оказания медицинской, социальной и психологической помощи неизлечимым больным.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, паллиативная помощь (от лат. *pallium* – укрывающий) представляет собой «подход, который улучшает качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с угрожающими жизни заболеваниями, благодаря предупреждению и облегчению страданий, ранней диагностике, оценке и лечению боли и других физических, психологических и духовных проблем» (цит. по: [18, р. 71]).

Философия паллиативного ухода заключена в том, чтобы дать возможность умирающим людям прожить с личностным достоинством до самой смерти.

Паллиативная помощь:

- утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу;
- обеспечивает облегчение боли и других симптомов, причиняющих страдания;
- включает психологические и духовные подходы оказания помощи пациентам;
- предлагает систему поддержки, помогающую пациентам жить, по возможности активно, до наступления смерти;
- предлагает комплексную поддержку близким пациента во время его болезни, а также в период тяжелой утраты [19, р. 19].

Таким образом, можно констатировать, что при наличии у человека неизлечимого заболевания в терминальной стадии иррационально ставить задачи нормализовать состояние организма и социально адаптировать больного. В данной ситуации первостепенной задачей становится обеспечение достойного для человека процесса умирания.

Здесь мы можем говорить об обеспечении максимального уровня качества жизни умирающего человека. Хотя более правильно, на наш взгляд, говорить о качестве смерти.

Индекс качества смерти (Quality of Death, 2015) представлен тайваньской благотворительной организацией Lien Foundation и аналитическим подразделением журнала Economist (выпускающим широко известный Индекс качества жизни) [17, р. 56]. Рейтинг содержит данные 80 стран и выходит во второй раз с 2010 г. (предыдущий содержал 40 стран). Исследователи анализируют качество оказания паллиативной терапии, призванной не спасти или вылечить пациента, а уменьшить его страдания, на основе 20 показателей в пяти категориях: уровень паллиативной медицины в регионе, подготовка медицинских специалистов, доступность и качество ухода, степень участия общества.

С заметным отрывом лидируют Великобритания и Австралия, Германия – на 7-м месте, США и Франция – на 9-м и 10-м; Россия – на

48-м месте, между Турцией и Перу, в конце рейтинга – Бангладеш и Ирак.

Проводя анализ данных показателей, можно сделать следующий вывод: уровень паллиативной помощи высок там, где не только тратят на нее финансы, но создана государственная политика улучшения качества помощи и высок уровень осведомленности общества о данной проблематике. Ведь среди важнейших факторов, затрудняющих изменение отношения к помощи таким больным, – традиционное для всех обществ стремление дистанцироваться от смерти.

Однако если бы авторы лучше ознакомились паллиативной помощью в России, мы бы оказались куда ближе к концу рейтинга. По нашему мнению, главная проблема российского здравоохранения – катастрофический недостаток хосписов, вызванный традиционным неуважением к человеку как таковому. «Смерть – это провал, несчастный случай. Так считает врач, ибо в этом оправдание его существования. Но и он выражает здесь лишь то, что чувствует само общество. Смерть – знак бессилия, беспомощности, ошибки или неумелости, который стоит поскорее забыть» [1, с. 490]. Так как традиционная медицина видит в смерти неизбежную неудачу и не уделяет ей должного внимания, хосписное движение в нашей стране сталкивается с большими трудностями.

В связи с этим можно утверждать, что за качество жизни борется вся медицина, а за качество смерти – только паллиативная помощь.

Очевидно, что повышения качества оказания помощи в хосписах не добиться без изменения отношения к смерти со стороны всего общества. Это возможно при условии большей информированности населения по проблеме смерти и умирания. Поэтому нужно больше говорить о смерти, писать книги, снимать фильмы, устраивать выставки, рассказывать о ней населению. Индекс качества смерти важен как напоминание о должном отношении к смерти. Но основой любой серьезной работы в этом отношении должна быть адекватная оценка ситуации с паллиативной медициной в стране. Россия, где соответствующие исследования не проводятся, а статистика смертей непрозрачна, находится на старте улучшению качества помощи умирающим.

Специфичность паллиативной помощи в том, что в умирающем больном окружающие должны увидеть личность. Смысл паллиативной терапии в том, чтобы ни ускорять, ни приближать смерть, а сделать всё возможное, чтобы человек в стадии умирания прожил до смерти с личностным достоинством. Базируясь на основе целостной (холистической) концепции физического, социального, психологического и духовного ухода, умирание становится неизбежным «естественным» процессом. Экзистенциальная практика врачевания – это опыт оказания помощи в экзистенциальный промежуток между жизнью и смертью [7, с. 33].

Философские основания хосписного движения могут быть представлены заповедями, которые сформулировал один из ведущих специалистов в области танатологии А.В. Гнездилов. Позже их дополнила и обобщила директор первого московского хосписа В.В. Миллионщикова [14, с. 19].

Квинтэссенцией данных положений может быть следующий девиз: «Хоспис – это не дом смерти, это – дом жизни, где есть комфортные условия и достойная жизнь до конца».

Данные заповеди обеспечивают понимание духа хосписа как новой организации медико-социальной помощи, являются важнейшими в обсуждениях вопросов профессионального отбора медицинского персонала и волонтеров для работы в нем. Также заповеди хосписного движения мобилизуют душевный потенциал работников, мотивируют к совершенствованию профессионального мастерства, раскрывают доброту и великодушие, учат толерантности, готовности к бескорыстной помощи.

Один из основополагающих подходов в концепции работы хосписа – «принцип открытости диагноза» [15, р. 555].

Дилеммой является то, что в нашей стране до сих пор решения по данному вопросу принимаются патерналистски, т.е. станет ли известна пациенту достоверная информация о смертельной болезни, об отрицательных результатах анализов и неблагоприятном прогнозе, по существу, не зависит от него самого. Сегодня очень часто решение принимают за него врачи, родственники или они вместе. Таким образом, нарушается базовый биоэтический принцип – автономия пациента, который подразумевает, что пациент должен самостоятельно принимать решения о дальнейших действиях, располагая полной картиной о состоянии своего здоровья.

В нашей стране принцип автономии пациента удостоверяет Федеральный закон № 323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Передавая основной смысл закона, нужно указать на то, что, во-первых, врач не может начать любые манипуляции, не предоставив пациенту информации о целях, продолжительности, методах (в том числе альтернативных), рисках и последствиях вмешательства. Это правило называется «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство», о нем говорится в ст. 20. Во-вторых, в ст. 22 сказано, что каждый пациент имеет право получить в «доступной для него форме» информацию о состоянии своего здоровья, результатах медицинского обследования, наличии заболевания и т. д. Эту информацию обязан предоставить больному лечащий врач. Еще говорится, что информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. И это немаловажный момент. Это значит, что, если пациент дает врачу понять, что он не хо-

чет чего-то знать, врач не может это навязать. То же самое сказано в Международной конвенции по биоэтике 1997 г. [9].

Но вместе с этим мы имеем следующую формулировку: «В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников, если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация» [11]. Вот здесь и проявляется та самая альтернатива – сообщить либо пациенту, либо родственнику. То есть, в случае тяжелого диагноза, врач, по сути, может сразу идти с неблагоприятными новостями к родным пациента.

Вызывает вопросы формулировка «доступная» и «деликатная» формы, который декларирует данный закон. Разные люди это могут интерпретировать по-разному. Сказать человеку, что у него онкология, но не объяснить ему, что это значит, что теперь делать, как теперь жить, какое лечение предстоит – это ли доступная форма? А обстоятельно рассказать про будущую терапию, выслушать, обнадежить, но не донести до больного, что его болезнь неизлечима и он скоро умрет, – вроде доступно, но деликатно ли?

Те малочисленные социально-психологические исследования по данной проблеме, которые проводились в России, демонстрируют следующее. При анкетировании жителей Москвы в 1992 г. на вопрос «Имеют ли право умирающие больные получить правдивую информацию о состоянии своего здоровья?» – «да» ответили 47% опрошенных, 41% – указали, на то, что это должен решать врач. На вопрос московским врачам «Предоставляете ли вы достоверную информацию пациентам о диагнозе и прогнозе?» – 40% ответили «почти всегда», 30% – «часто», 19% – «иногда». На вопрос «Полагаете ли вы, что больной человек обязан знать о смертельном прогнозе заболевания?» – утвердительно ответили 27%, а негативно – 46% врачей. Наконец, на вопрос о действительном, фактическом информировании безнадежно больных 61% врачей ответили – «обычно нет», 11% – «иногда», 2% – «часто», 3,5% – «почти всегда». Можно сделать вывод, что 27% участвовавших в исследовании отечественных врачей в принципе за правдивое информирование умирающих больных. И только порядка 5% практикуют в своей клинической практике неправдивое общение с умирающим человеком [5, с. 161].

Проведенное нами социально-психологическое исследование выявило, что большая часть работающих врачей допускают возможность не говорить пациенту информацию при определенных обстоятельствах (86 %), что типично для врачей, которые следуют патерналистской модели взаимоотношений между врачом и пациентом. Наиболее подходящей причиной для этого врачи считают физический, психологический, моральный и социальный вред, который наносится пациенту при правдивом информировании (68 %).

Мнения неопытных врачей по данной проблеме коррелируют с требованиями законодательства. Можно признать возможным, что основания применения добродетельного обмана оказывают меньшее влияние на мнение респондентов в возрасте до 40 лет в сравнении с группой врачей, имеющих продолжительный профессиональный стаж. Специалистов, убеждения которых совпадают с нормами закона, больше, чем тех, кто на практике соблюдает закон. По данным, полученным в ходе нашей работы, больше процент студентов, поддерживающих критерий правды. Вместе с тем нужно отметить, что, как и у врачей, большая часть студентов продемонстрировала амбивалентность сознания, так как считают вероятным исказить информацию, если она может навредить пациенту [2, с. 130].

Деятельность хосписов показывает, что значительная часть умирающих не подготовлены к смерти, скорее всего, мысль о смерти вытесняется, она не встроена в «картину жизни» умирающих людей, а также в «картину современной медицины», в сознание большинства врачей. И это несмотря на то, что большая часть ученых-танатологов приходят к выводу, что отрицание факта смерти делает жизнь примитивнее. Принятие же людьми факта своего умирания и смерти оказывает благоприятное влияние на качество оставшихся дней жизни. Но зачем вместо того, чтобы «смотреть смерти в лицо» с достоинством, автономно принимать решения, человек старается избежать её и попадает в экзистенциальный вакуум, жизнь без смысла [13, с. 309].

Подтверждают то, что танатогенез (качество процесса умирания) напрямую зависит от принятия или непринятия факта собственной близкой смерти, следующие факты. В тех случаях, когда люди принимали свое состояние, это было примерно у 20%, они уходили из жизни спокойно, умиротворенно, их страдания достаточно легко купировались. Если возникали единичные эмоциональные проявления, то они носили слабовыраженный характер и также легко купировались. А 80% больных, которые не приняли свой смертельный диагноз, умирали в неспокойном состоянии, с тяжелыми симптомами, почти не поддававшись купированию [3, с. 113].

Отрицание факта приближающейся смерти является регрессирующим фактором важнейших сторон жизни умирающего, что проявляется в тяжелом психическом состоянии: в эмоциональном угнетении (возможно агрессии), смысловом вакууме, в дисгармоничных социальных отношениях. Важно подчеркнуть, что, если члены общества, защищаясь от страха, отворачиваются от смерти, то это проблематизирует общество как таковое. И, как исход, каждый человек, который напоминает обществу о том, что все не так спокойно, как хотелось бы думать, отвергается жестоким образом. Естественной реакцией на тех, кто расшатывает ложную безопасность, является их отвержение [10, с. 363].

Опыт хосписов демонстрирует, что при эффективной паллиативной помощи, когда боль находится под контролем, терминальный этап жизни человека, осознающего, что он умирает, становится нередко этапом интенсивной творческой работы. Хоспис – это такие условия для жизни пациента, такой его образ и качество жизни, когда самодостаточным и актуальным является настоящее, наличная ситуация.

Идеология хосписного движения противопоставляется, в то числе, идеям активной эвтаназии, сторонники которой уверены, что бессмысленные страдания изменяют мировосприятие человека и нравственную мотивацию поведения. Паллиативная помощь, практикуемая в хосписах, показывает, что боль может контролироваться средствами медицины и гуманитарной помощью.

Как пишет Е.С. Введенская, «целью паллиативной помощи является обеспечение всесторонней помощи для предупреждения и уменьшения всех аспектов страдания пациента. Компоненты паллиативной помощи или аспекты помощи и лечения, которые должны быть реализованы, вытекают логически из причин, приводящих к страданию. Каждый из этих компонентов должен быть реализован как часть всеобъемлющей паллиативной, или тотальной, помощи. Купированию боли и других физических симптомов уделяется первоочередное внимание, так как если они не будут устранены, будет невозможно осуществить все другие составляющие компоненты паллиативной помощи» [6, с. 22].

Паллиативная помощь не ограничивается избавлением пациента от физических страданий. Она избавляет его от психологических, моральных и социальных страданий, это достигается, прежде всего, за счет атмосферы уважения к его личности, содействия в удовлетворении его желаний и сохранении его связей с внешним миром, поддержания в нем интереса к жизни.

«Американский журнал гериатрической психиатрии» опубликовал на своих страницах результаты исследования, которое было основано на анализе 36 опросов умирающих пациентов, их родных и ухаживающих за пациентами медицинских работников [16, р. 406].

Обобщив эти результаты, авторы выявили 11 главных принципов «хорошей» смерти. Вот они:

1. Возможность самому человеку определять, как именно он умрет.
2. Отсутствие страданий.
3. Вовлеченность в какую-либо религиозную или духовную практику.
4. Положительное эмоциональное состояние.
5. Чувство завершенности жизни, уверенность, что мы оставим что-то после себя.
6. Возможность выбора лечения.
7. Шанс сохранить свое достоинство в процессе умирания.

8. Присутствие семьи и возможность с ней попрощаться.
9. Достойные условия жизни в период умирания.
10. Дружеские отношения с медицинским персоналом.
11. Прочее: некоторые пожелания, связанные с культурными особенностями, наличие домашних животных, стоимость медицинских услуг и т. д.

Таким образом, хосписное движение сегодня – это новая этико-философская парадигма, которая дает нам новое понимание окончания человеческой жизни. Она заключается в праве человека на достойное умирание, лишенное физических, психологических и моральных страданий.

Философия хосписа – это философия утверждения жизни, строящаяся на убеждении, что благодаря персонифицированному уходу и заботе окружающих, пациенты и их родственники должны полноценно, и поэтому достойно, преодолеть период умирания, подготовиться к смерти.

Список литературы

1. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти / пер. В.К. Ронина. М.: Издательская группа «Прогресс»–«Прогресс-Академия», 1992. 528 с.
2. Башилов Р.Н. Проблема социальной ответственности в дискурсе биоэтики: дис. ... канд. филос. наук. Тверь, 2005. 164 с.
3. Башилова С.М. Танатологический дискурс и социальные практики адаптации: дис. ... канд. филос. наук. Тверь, 2011. 175 с.
4. Бэкон Ф. Соч.: в 2 т. М: Мысль, 1972. Т. 1. 582 с.
5. Введение в биоэтику: учеб. пособие / под общ. ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. М.: Прогресс-Традиция, 1998. 384 с.
6. Введенская Е.С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2010. 496 с.
7. Гуманитарное измерение боли и социальные практики анестезии / под науч. ред. Е.А. Евстифеевой, С.И. Филиппенковой. Тверь: РИЦ ТГМА, 2012. 187 с.
8. Гусейнов А.А., Иррлиц Г. Краткая история этики. М.: Мысль, 1987. 589 с.
9. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (Овьедо, 4 апреля 1997 года). Серии европейских договоров - (ETS № 164) [Электронный ресурс] URL:<http://docs.cntd.ru/document/901808464> (дата обращения – 10.05.2017 г.).
10. Орестова Е.В., Фредерика де Граф. Смерть как экзистенциальная ситуация // Философские проблемы биологии и медицины. М.: Принтбери», 2009. Вып. 3. С. 368–371.
11. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс] URL:<https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025> (дата обращения – 10.05.2017 г.).

12. Философия и психология здоровья: новые модели врачевания / под науч. ред. Е.А. Евстифеевой, С.И. Филиппченковой. Тверь: РИЦ ТГМА, 2010. 180 с.
13. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
14. Хосписы: сб. материалов: литературный обзор, рекомендательные и справочные материалы. 2-е изд., испр. и доп. М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2011. 528 с.
15. Seale C.F. What happens in hospice: a review of research evidence // *Social Science Medicine*. 1989. V. 28. № 6. P. 551–559.
16. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016. V. 24.
17. The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. A report by The Economist Intelligence Unit, 2015.
18. Clark D., Wright M. Transition in End of Life Care. Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia. David Clark, Michael Wright, Open University Press, 2003. 229 p.
19. WHO Palliative Cancer Care Guidelines – The Scottish office // CRAG / SPAPCC. 1994.

BIOETHICAL PRACTICES AND PALLIATIVE MEDICINE

R.N. Bashilov, S.M. Bashilova

Tver State Medical University, Tver

The article examines bioethical aspects of application of palliative medicine concept ensuring easy dying for incurably sick people. General problems arising in the process of palliative care at hospices are outlined in the interdisciplinary perspective. The main principles of the hospice movement are studied.

Keywords: *bioethics, palliative care, hospice, quality of life, death, dying.*

Об авторах:

БАШИЛОВ Роман Николаевич – кандидат философских наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь. E-mail: bashilov.r@mail.ru

БАШИЛОВА Светлана Михайловна – кандидат философских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФДПО, интернатуры и ординатуры, ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь. E-mail: bashilova.c@mail.ru

Authors information:

BASHILOV Roman Nikolaevich – Ph.D., Assoc. Prof., Dept. of Philosophy and Psychology with the courses of bioethics and Russian history, Tver State Medical University, Tver. E-mail: bashilov.r@mail.ru

BASHILOVA Svetlana Mikhailovna – Ph.D., Assoc. Prof., Dept. of Public Health and Health Service with the courses of management, Tver State Medical University, Tver. E-mail: bashilova.c@mail.ru