

## ПАЛЛИАТИВНАЯ АНТРОПОЛОГИЯ

*Ведерникова В.Г., Серова И.А., Ягодина А.Ю.*

В статье проводится сравнительный анализ результатов опроса студентов-медиков и медиков со стажем об отношении к эвтаназии, который подтверждает вектор настроений на её легализацию в будущем. Проблемы хосписа как гуманитарной альтернативы эвтаназии обсуждаются в контексте ограниченности ресурсов.

Ключевые слова: эвтаназия, рыночные условия, хоспис, паллиативная помощь.

### PALLIATIVE ANTHROPOLOGY

*Vedernikova V.G., Serova I.A., Yagodina A.U.*

In the article comparative analysis of the results of interrogation of medical students and experienced healthcare workers about their attitude to euthanasia is made. The analysis confirms the trend of the legalization of euthanasia in future. The problems of the hospice as humanitarian alternative of euthanasia are discussed in the circumstances of the lack of the resources.

**Keywords:** euthanasia, market, hospice, palliative care.

Социальный институт отечественного здравоохранения и социальной помощи находятся в ситуации бесконечных пертурбаций, в которых акценты расставляются не комплексно, а в предполагаемых точках роста, соответственно, многие виды заботы, в частности, о неизлечимо больных людях, не относятся к стратегическим ориентирам. Согласно статистике в России насчитывается около 2,5 миллионов онкобольных. Ежегодно выявляется более 450 тысяч новых случаев, т.е. 1 диагноз в минуту. В Пермском крае наблюдается постоянный рост онкологической заболеваемости, на конец прошлого года на учете состоит 22631 человек. Выживаемость более 5 лет после постановки диагноза – менее 50%. Гуманитарные проблемы обустройства тяжелобольных людей в социуме далеки от разрешения.

Философия хосписа гиперчувствительна к проблемам, обсуждаемым биоэтикой.[1] Разработанная А.Я.Иванюшкиным, В.А.Рыбиным, А.М. Дюкаревой классификация эвтаназии, образованная тремя группами парных категорий: активная - пассивная, добровольная - принудительная, прямая - непрямая, довольно полно описывает возможные ситуации и служит основанием для изучения векторов настроений граждан по этой проблеме,

которая в век высоких технологий обнаруживает неожиданное звучание. Прогноз по поводу развития взглядов на эвтаназию и, соответственно, возможностей ее законодательного разрешения был сделан на базе данных об изучении мнения 450 студентов 2 и 4 курсов ВолГМУ Д.С.Лопастейским и Ю.М.Андреевым.[2] Они пришли к следующим выводам:

1. В недалеком будущем большинство врачей будет выступать за введение эвтаназии по желанию пациента в ситуациях, когда качество жизни ниже минимального.

2. Врачи никогда не возьмут на себя ответственность за введение эвтаназии, так как считают это прерогативой органов власти.

3. Студенты основывают свои суждения по вопросу эвтаназии, в основном, на ценностных моментах, они недостаточно осведомлены о клинической стороне вопроса, поскольку проблема поднимается в различных учебных курсах, но специально на клиническом материале не изучается.

Начатое исследование векторов настроений медиков по отношению к эвтаназии предполагает продолжение. Мы обратились с аналогичными вопросами к медицинским работникам со стажем 10-15 лет. Для сравнительного анализа результатов опроса студентов-медиков и медиков со стажем об отношении к эвтаназии дополнительно было опрошено 110 респондентов. В изучаемой группе представления об эвтаназии лишены абстрактности. Это медицинские сестры, которые ежедневно встречаются с неизлечимыми больными. Их суждения более осторожны, но, тем не менее, они поддерживают общий тренд – настроение на легализацию эвтаназии в будущем. Эвтаназия по желанию больного или медицинским показателям вызывает сочувствие у более чем 52% респондентов в обеих исследуемых группах.

Респонденты со стажем с большей осторожностью относятся к законодательным инициативам в нашей стране. Видимо, российский менталитет не позволит законодателям в обозримом будущем представить новеллы по этому вопросу, поскольку исполнительное производство у нас

еще далеко от европейских стандартов, хотя и в Европе юридическое сопровождение вопросов эвтаназии также необычайно болезненно.

Тем не менее, дискуссии на эту тему необходимы, потому что острей вектора настроений по проблеме легализации эвтаназии выражено в данных по двум вопросам: считаете ли Вы эвтаназию гуманной мерой по отношению к безнадежным больным и является ли эвтаназия неизбежным решением проблемы безнадежных больных на современном уровне развития медицины? В обеих группах совокупный положительный ответ на два вопроса доминирует, хотя медики со стажем акцент делают на гуманитарных аспектах проблемы.

Существует ли гуманитарная альтернатива эвтаназии? Традиционно альтернативой рассматривается паллиативная помощь, классическим способом организации которой стал хоспис, работающий на реализацию принципа «хорошей смерти» (Е. О'Салливан).

Ключевая концепция хосписа заключается в том, что умирающий пациент страдает физически, психологически, социально и духовно. Хосписная помощь включает в себя работу целой команды, которая обеспечивает достойную поддержку по разным направлениям.[3] Философия хосписа стала известна в нашей стране благодаря работам Роберта Дж. Твайкросса и Дэвида Р.Фрамптона, обобщившими опыт работы разных специалистов в хосписе «Сэр Майкл Собелл Хаус». Философия хосписа подняла проблемы сознательного отношения к раку (К.В. Петингэйл), качества жизни больных раком (К. Кальман), заботы о родственниках умирающих (Б.Лунт, С Нил, Буда Франческо), воспитания надежды у неизлечимо больных людей (К. Херт), религиозного сопровождения (П. Спек), поведения в период утраты (М. Остервейс, Ф. Солмон, Г. Морис), морального выздоровления после понесенной утраты (С М. Паркс), терапии горя (ЖВ Ворден).

Хосписное движение явилось частично реакцией против недостатков современной медицинской помощи. Оно поставило вопрос: не лучше ли оказывать помощь умирающему вне системы здравоохранения?



*Figure 3. Hospice Utilization in U.S.*

### **Рисунок 1. Более 38% американцев умирает в хосписе [4]**

Вместе с тем, практика заботы об умирающих показала, что организация хосписа требует больших затрат: обычно от 120 до 250 долларов в день. В США хосписная помощь на дому пациентов старше 65 лет, а так же тех, кто инвалидизирован более двух лет, бесплатна, поскольку покрывается медицинской страховкой ( в 83% – Medicare – медицинское страхование лиц, старше 65 лет; в 5% – Medicaid – медстрахование лиц, прожиточный минимум которых ниже установленного в данном штате уровня, а также 8% – частными страхователями и 3% – благотворительными фондами). Онкологическое лечение в стационаре, в отличие от хосписной помощи, обходится семье очень дорого, поскольку даже у пациентов Medicare соплатежи составляют 20 %. Если пациент включен в хосписную программу, то госпитализация в стационар не рекомендуется, возможно лишь кратковременное пребывание в больнице для устранения некоторых симптомов, например, коррекции анемии, почечной недостаточности, дегидратации и т.д.

В соответствие со страховкой Medicare помощь хосписа поделена на несколько сертификационных периодов. Сначала пациенту предоставляют 2 периода по 90 дней, затем предоставляется неограниченное количество

периодов по 60 дней. В течение каждого из периодов врач должен подтверждать, что пациент неизлечимо болен. Теоретически пациент может находиться в хосписе больше 6 мес. На практике такое случается редко. Пребывание в большинстве американских хосписов довольно короткое. Много больных поступает из стационаров, когда уже нет необходимости проводить терапию. В хосписах завершают свой путь не только онкологические больные, но и умирающие от других заболеваний.

Таблица 1.

### Первичный диагноз при поступлении в хоспис. [5]

Первичный диагноз	2007	2006
Новообразования	41,3%	44,1%
Болезни сердца	11,8%	12,2%
Олигофрения	11,2%	11,8%
Болезнь Альцгеймера	10,1%	10,0%
Болезни легких, включая ХОБЛ	7,9%	7,7%
Инсульт, кома	3,8%	3,4%
Заболевания почек	2,6%	2,9%
Заболевания печени	2,0%	1,8%
Амиотрофический латеральный склероз	2,3%	2,0%
ВИЧ/СПИД	0,6%	0,5%
Другие заболевания	6,5%	3,7%

К сожалению, многие пациенты поступают в хоспис за несколько дней до смерти.[6] В исследованиях, проведенных в 2003 г. 20 % пациентов попали в хоспис по программе Medicare за 7 дней и раньше до летального исхода.[7] Встает вопрос - почему? Как по мнению пациентов, так и врачей, основной недостаток хосписной помощи в США - ограничение доступа к лечению. Хоспис не правомочен платить за мероприятия по купированию метастатической гиперкальциемии у пациентов с метастазами, за лучевую терапию при метастазах в головной мозг. Специфическое противоопухолевое лечение, включая участие в клинических испытаниях, не допускается. [8] Идея хосписа стала проблемой. Многие врачи не решаются прибегнуть к

помощи хосписа даже в случае необходимости, т.к. боятся потерять контроль над лечением пациента, направленного в хоспис.[9] Хоспис заинтересован в ограничении медицинских услуг. Пациенты и их семьи убеждены в том, что при направлении в хоспис медицинская помощь будет оказана не в полном объеме, и это приведет к более быстрому летальному исходу. Таким образом, пациент поставлен перед экзистенциальным выбором: либо борьба с болезнью всеми имеющимися в современной медицине средствами, сопряженная с зачастую неподъемными для семьи затратами и серьезными возможными побочными эффектами онкологического лечения, либо комфортное, бесплатное обслуживание в хосписе, которое, по известной классификации, реализует программу добровольной, пассивной, не прямой эвтаназии.

Старость – внутренне дифференцированный этап жизни, требующий исследования различных техник преодоления приземленности физиологических и психологических подходов к ней. Нemoшь также имеет существенные философские характеристики. А именно: это наличие статуса «подлинного бытия» с соответствующей позицией переинтерпретации смыслов, это способность иметь будущее в продолжение начатых дел, это способность, по-особому, чувствовать время и ценить пространство жизни.

На наш взгляд, в идеале гуманитарные технологии обустройства человека в паллиативном пространстве в нашей стране могут быть представлены следующим образом:

Основное звено – **выездная служба помощи на дому**, предусматривающая:

- консультации семейного врача (в перспективе врача паллиативной помощи) не реже 1 раза в неделю и, при необходимости, «узких» специалистов;
- возможность лабораторного и инструментального обследования;
- регулярные посещения медицинской сестры для контроля состояния, проведения манипуляций, назначенных врачом, обучения

родственников правилам ухода за тяжелобольным человеком, решение психологических проблем пациента и родственников;

- возможность круглосуточного дежурства медицинской сестры, контактов с ней или врачом по телефону;
- специальная помощь социального работника;
- помощь волонтеров (транспорт, досуг, хобби);
- возможность помещения одиноких в дом инвалидов.

**Дневной стационар** (на базе хосписа или отделения сестринского ухода, дома ветеранов) с часами работы с 10.00 до 17.00 для решения социальных (одиночество), психологических и некоторых медицинских проблем. Длительность пребывания: 3-4 недели 1 раз в квартал.

**Круглосуточный стационар** с не регламентированным временем пребывания при невозможности управления симптомами в домашних условиях:

- ежедневный осмотр врача,
- при необходимости, консультации узких специалистов, участкового терапевта,
- необходимый объем обследований и манипуляций: малые операции, кислород, массаж, арттерапия, музыкотерапия и пр.,
- питание по заказу,
- круглосуточный доступ родственников,
- наличие детского уголка для посетителей с детьми,
- наличие домашней церкви и траурной комнаты.

#### **Служба помощи скорбящим.**

Работа специалистов на дому или в специальном помещении хосписа (психологи, юристы, социальные работники, волонтеры).

Работа групп самопомощи.

**Служба поддержки детей и подростков, один из родителей которых умер:** специальные выездные (лагерные) группы в период каникул, помощь волонтеров в учебе, организации быта и досуга.

Все виды помощи для больного (и родственников) бесплатны.

**Служба благотворительности.**

Традиционно российской медицине был присущ патернализм, сейчас исторически сложившиеся особенности российского общества не учитываются. Существует настойчивая тенденция реформировать медицину на основе рыночных отношений, сделать здравоохранение сегментом рынка, но в медицине формула «товар-деньги-товар» не так действенна, как многим кажется. Не отрицая необходимости развития коммерческих услуг в сегменте оказания помощи incurable больным, следует подчеркнуть, что наполнение времени жизни тяжелобольных людей за счет расширения социального пространства – это не только развитие отношений врача и пациента, но и освоение современных гуманитарных технологий взаимопомощи (волонтерство, благотворительность, глубокие социальные дискурсы по экзистенциальным проблемам, обустройство семей, попавших в сложные жизненные обстоятельства и т.д.). Философия хосписа - концепция, расширяющая социальное пространство и удлиняющая время жизни тяжелобольных людей, поскольку давно известно, что заполненное пространство жизни дает эффект живого, продуктивного времени.

Учитывая специфику развития российского общества, где всегда была и сейчас остается наиболее психологически приемлемой патерналистская модель отношения к немощности, можно предположить, что именно гуманитарные технологии обустройства социального пространства для тяжелобольных людей, обязательно под патронатом государства, нуждаются сегодня в пропаганде и внедрении в практики повседневности.

Литература

1. Ведерникова В.Г., Серова И.А., Ягодина А.Ю. Биоэтика хосписа. //Биоэтика, 2008, №2, с.35-41

2. Лопастейский Д.С., Андреев Ю.М. Что думают студенты-медики об эвтаназии.//Биоэтика, 2008, №2, с. 46
3. Higginson, IJ, Edmonds, P. Services, costs and appropriate outcomes in end of life care. *Ann Oncol* 1999; 10:135.
4. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care In America.// [www.nhpco.org/files/public/.../](http://www.nhpco.org/files/public/.../)
5. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care In America.// [www.nhpco.org/files/public/.../](http://www.nhpco.org/files/public/.../)
6. McCarthy, EP, Burns, RB, Ngo-Metzger, Q, et al. Hospice use among Medicare managed care and fee-for-service patients dying with cancer. *JAMA* 2003; 289:2238; Earle, CC, Neville, BA, Landrum, MB, et al. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol* 2004; 22:315; Christakis, NA, Iwashyna, TJ. Impact of individual and market factors on the timing of initiation of hospice terminal care. *Med Care* 2000; 38:528.
7. McCarthy, EP, Burns, RB, Ngo-Metzger, Q, et al. Hospice use among Medicare managed care and fee-for-service patients dying with cancer. *JAMA* 2003; 289:2238
8. Byock, I, Miles, SH. Hospice benefits and phase I cancer trials. *Ann Intern Med* 2003; 138:335.
9. Caring for the Dying, Educational Resource Document. Project of the American Board of Internal Medicine, 1996.