

Хоспис: социальный институт постиндустриального общества

К.Ф. Лях

Гуманитарный факультет МГТУ, кафедра философии

Аннотация. Раскрываются цели, задачи и особенности современной хосписной службы как реализация философских идей биоэтики в социальной и духовной сферах общества конца XX – начала XXI вв.

Abstract. In the paper objects, tasks and peculiarities of modern hospis service as realization of philosophical ideas of bioethics in social and spiritual spheres of society at the end of XX – beginning of the XXI centuries have been considered.

1. Введение

Хоспис – это иностранное слово уже примелькалось в русском языке, но еще не успело утвердиться, устояться, поэтому его трактуют по-разному – в силу многозначности самого понятия.

Хоспис – это и дом, и пристанище, и философия, помогающая практикам-врачам и добровольцам вникнуть в суть одного из сложнейших вопросов, связанных с жизнью и смертью.

В постиндустриальном обществе как высшей стадии эволюции человечества на первый план выдвигается производство услуг и знания, обновляется система социальных ценностей. Характерным социальным институтом постиндустриального общества являются хосписы (и другие учреждения паллиативной медицины), в деятельности которых регулятивный этический принцип уважения к жизни человека закономерно трансформируется в идею "права человека на достойную смерть". Реализация в хосписах права человека на "смерть с достоинством" по своему социокультурному значению выходит за рамки медицинской реальности и отражает характерные черты цивилизации в целом.

2. Исторический опыт хосписного движения

Когда на рубеже 80-90 гг. XX в. в нашей стране организовывался первый хоспис, внимание к этому событию было огромным, что выражалось в десятках публикаций не только в местной, но и центральной прессе. Первый хоспис для раковых больных в России организовал в Ленинграде (Лахта) врач-психиатр профессор Андрей Владимирович Гнездилов в 1990 г. Он существует и по сей день. Сейчас хосписы, отделения и кабинеты паллиативной помощи оказывают необходимое лечение больным более чем в 30 регионах России. Этот факт сам по себе свидетельствует, что общество оценило данное событие как, по крайней мере, не рядовое. И надо сказать: интуиция журналистов их не подвела, т.к. возникновение хосписов в современном обществе – это явление цивилизационного масштаба.

По данным Г.А. Новикова и соавторов, в нашей стране в год умирает от онкозаболеваний около 300 тыс. человек, из них нуждается в паллиативной медицинской помощи около 75 %, страдает от хронического болевого синдрома около 120 тыс. человек. Всего в России, по данным тех же авторов, открыто в постперестроечный период 69 хосписов (в том числе, в городе Мурманске). Паллиативная медицинская помощь также оказывается в 68 кабинетах противоболевой терапии и 33 отделениях паллиативной помощи в многопрофильных больницах (Новиков и др., 2004). Даже не имея данных социологического анализа о достаточности и эффективности оказания паллиативной медицинской помощи в настоящее время в России, можно с уверенностью сказать, что эта помощь крайне не достаточна, ведь в Российской Федерации 89 субъектов, во многих из них, кроме городов с более чем миллионным населением (Нижний Новгород, Самара, Екатеринбург и др.), десятки и десятки городов поменьше, не говоря уже о российской сельской глубинке. Современные хосписы, эти социально-медицинские учреждения, оказывающие квалифицированную, эффективную помощь умирающим, обеспечивающие им "смерть с достоинством", есть реализация идей Ф.Бекона, которые он высказал почти 400 лет назад. Да и сама категория "права человека на достойную смерть" могла быть четко сформулирована лишь в более широком философском контексте учения о правах человека, а первый набросок такой философской концепции Локк создал более 300 лет назад. И здесь возникает вопрос – почему же хосписы современного типа появились только в последней трети XX в.? Отвечая на этот вопрос, можно воспользоваться широко известной мыслью Маркса: человечество всегда ставит перед собой такие цели, которых может достичь (Маркс, 1949). Слово "хоспис", имея латинские корни, пришло к нам из английского языка и означает приют, богадельню. В средние века, в эпоху крестовых походов, по путям следования крестоносцев возникали монастыри, одной из функций которых было давать кров, приют паломникам, путешественникам (тем же крестоносцам, возвращавшимся домой), среди которых

было немало больных, раненых. Это и были первые хосписы как функция средневековых монастырей давать кров и предоставлять помощь больным, в т.ч. умирающим людям.

Первые учреждения, основной функцией которых была помощь умирающим, возникают в Европе в XIX в. Первой возникшей в России общиной сестер милосердия была петербургская Свято-Троицкая обитель (1844 г.). Здесь наряду с женской больницей, приютом для приходящих детей, отделением сестер милосердия была также богадельня на 6 коек для неизлечимо больных (*Иванюшкин, Хетагурова, 2003*). Естественно, аналогичные функции выполняли церковные общины и в других европейских странах, в частности, во Франции, но особенно важна история таких учреждений в Великобритании, т.к. именно здесь в 1967 г. был впервые открыт хоспис современного типа. В 1879 г. ирландские сестры-благотворительницы открыли в Дублине приют девы Марии, а в 1905 г. был образован приют св. Христофора в Лондоне, где основное внимание уделялось помощи умирающим. С этого момента слово "хоспис" (приют) стало отождествляться с больницей, оказывающей помощь умирающим (*Сондерс, 1982*).

Интересной иллюстрацией к уже упоминавшемуся нами тезису Маркса может служить следующий исторический факт. В 1935 г. в США для студентов Гарвардской медицинской школы домашним врачом А. Уорсестером была подготовлена очень содержательная работа "Уход за престарелыми, умирающими и забота об усопших". Однако в последующие десятилетия эта классическая работа оказалась забытой и невостребованной.

Период становления хосписов современного типа занимает два десятилетия – с конца 40-х до конца 60-х гг. XX в. Первый такой хоспис был открыт в Лондоне в 1967 г. Его основательницей стала Сесилия Сондерс, сама личность которой выразила междисциплинарный подход в современных службах помощи умирающим: в течение своей карьеры она последовательно получила дипломы медсестры, социального работника и врача. Философия и этика хосписного дела стала складываться еще в конце 40-х годов XX в. С. Сондерс была тогда социальным работником, и у нее оказался очень трудный клиент, умиравший от рака. Только изменив господствовавшему в те годы во всем мире правилу "Не сообщать таким больным правду о прогнозе их заболевания", она все-таки смогла оказать клиенту в столь тяжелой кризисной ситуации социальную и психологическую поддержку. Так родилась исходная идея философии современного хосписного движения: "Умирающему пациенту нужно и можно помочь!"

3. Особенности современной хосписной службы

Хоспис – это больница особого типа, куда пациентов направляют не для выздоровления. Все, кто попадают сюда, обречены, и цель обслуживающего персонала – облегчить пациентам физические и духовные страдания в преддверии ухода в мир иной.

Среди пациентов хосписов преобладают онкологические больные. Кто возьмет такого пациента в больницу? Кому нужны высокие показатели больничной летальности? Кто организует ему постоянное наблюдение и адекватное лечение на дому, если не помогают уже самые сильные обезболивающие средства и другие лекарства? Как помочь ему избавиться от нестерпимой боли, удушья, постоянной тошноты и рвоты, зуда и бессонницы? Как помочь ему осознать неизбежность происходящих перемен и поддержать психологически? Как поддержать его близких и дать им передохнуть от изнурительной и непрестанной работы – уходу за тяжелым или умирающим больным? Как помочь одинокому старику умереть с миром и не проклинать нерадивых родственников, которые его бросили?

Все эти задачи берет на себя хосписная служба, которая обеспечивает адекватную грамотную медицинскую помощь терминальному больному, смягчает не только физические страдания, но помогает решить его психологические и духовные проблемы, а также оказывает психологическую помощь близким пациента во время его болезни и в период переживания тяжелой утраты.

Научными предпосылками формирования хосписов современного типа стали достижения в области эффективного лечения хронической боли (опыт "клиник боли", которые тоже возникли в конце 40-х гг. XX в.); создание психотропных средств (эра современных психотропных средств наступила в начале 50-х гг.); достижения в области противораковой химиотерапии и радиотерапии; в области медицинской психологии.

Типичные структура и функции хосписа таковы: 1) помощь умирающим пациентам на дому; 2) стационарная помощь тем пациентам, у которых не удается поставить под контроль симптомы, связанные с умиранием (стационарируют также тех пациентов, члены семьи которых в неотложном порядке нуждаются в отдыхе); 3) дневной стационар, в котором пациенты хосписа не просто находятся в течение дня, пока их родные на работе, но жизнь пациентов здесь наполнена общением, какими-то посильными, интересными для них занятиями; 4) некоторые хосписы ведут научную, учебно-методическую и практически-педагогическую деятельность в области паллиативной медицины. Важной особенностью хосписного дела, хосписного движения является участие в оказании помощи умирающим

пациентам непрофессионалов (волонтеров). В западных странах в некоторых хосписах число волонтеров подчас превышает число работающих там профессионалов (одни волонтеры вносят свою посильную помощь хоспису один-два раза в неделю, другие – реже, а третьи – чаще). Например, именно волонтеры привозят на своих автомобилях пациентов в дневной стационар. Важной функцией хосписа является поддержка членов семьи умирающего пациента, причем эта поддержка нередко осуществляется и после смерти пациента.

В настоящее время в мире существуют различные формы организации хосписной службы. Например, в США система организации хосписов чрезвычайно многообразна – по объему обеспечиваемой помощи, структуре хосписных служб, источникам финансирования. Наиболее важная особенность, с точки зрения развития эффективной помощи умирающим в нашей стране, американской системы хосписного дела заключается, как мы полагаем, в следующем. В 1981 г. Национальная организация хосписов США приняла стандартный список основных документов и принципы, лежащие в основе работы междисциплинарной команды специалистов хосписа. Для того, чтобы рассчитывать на финансовую поддержку, любой хоспис должен соответствовать этим требованиям.

На основании этих принципов Международной организацией детских хосписов в 1993 г. сформулированы "Стандарты хосписного попечительства над детьми". Чтобы особо выделить этот момент – роль профессиональных стандартов при обеспечении качественной помощи в современном здравоохранении вообще и при оказании квалифицированной эффективной помощи умирающим, в особенности – пациентам-детям, воспроизведем несколько моментов из упомянутого выше документа. Этот документ имеет, с одной стороны, сугубо практическое значение, а с другой – отражает и философскую сторону дела (как "философию хосписа в действии"). В нем отмечается, что для детей с угрожающими жизни заболеваниями и их семей характерны особые нужды. Прием под опеку хосписа не ограничивает ребенка и его семью в выборе между продолжением лечения или поддерживающей терапией (паллиативным лечением). Программы хосписа являются уходом, сфокусированным на семье, с целью повышения качества жизни умирающего ребенка. Команда хосписа старается помочь каждому ребенку и семье наслаждаться жизнью насколько это доступно в конкретной ситуации. Все это особенно помогает ребенку жить нормальной жизнью. Программа хосписа предлагает помощь, которая подотчетна опекаемым детям и их семьям. Основная команда хосписа регулярно встречается и разрабатывает определенный план действий по уходу, необходимый для помощи каждому ребенку и его семье. Представители других дисциплин (т.е. физиотерапевт, терапевт, логопед, консультант по питанию, специалист по арттерапии) по мере необходимости подключаются к команде. В команду также могут входить психологи, педагоги, специалисты по отдыху и развлечениям, ассистенты по уходу и другие сотрудники специальных служб.

В хосписе работает активная добровольческая программа. Все волонтеры тщательно отбираются и по мере участия в работе находятся под наблюдением сотрудников хосписа, их работа оценивается не реже одного раза в год. Службы хосписа всегда (7 дней в неделю, 24 часа в сутки) в распоряжении детей и их семей в лечебных учреждениях и дома. Дети должны, насколько это возможно, быть свободны от всех симптомов. Обезболивание достигается всеми доступными способами. В хосписе работает структурированная активная программа "утрата". Поддержка после смерти ребенка предоставляется всем членам семьи и/или значимым для семьи лицам. Особое внимание необходимо уделять детям, которые не в состоянии разяснить свои нужды. Обслуживание в связи с утратой возможно предоставить в течение 13 месяцев, следующих после смерти ребенка; если возможно и необходимо, оно может быть продлено и на второй год.

Когда в одном из важнейших документах по современной медицинской этике, а именно в "Лиссабонской декларации о правах пациента" Всемирной медицинской ассоциации (1981 г.), было сформулировано "право пациента на смерть с достоинством", это имело глубокий мировоззренческий смысл. Во-первых, современный человек достиг определенной зрелости на пути научного познания заключительной стадии человеческого индивида – умирания и смерти. Во-вторых, современный человек распространил действия важнейших современных этических принципов клинической и исследовательской медицины, а именно "принципа уважения жизни" и "принципа уважения человеческого достоинства" на практики профессиональной медицинской деятельности при оказании помощи умирающим пациентам. Диагноз "умирающий больной", конечно, имеет клиническое содержание, но в то же время его смысл выходит за пределы клинического дискурса. Последнее подтверждается, во-первых, самой природой хосписов как особых социальных учреждений, а во-вторых, содержанием и характером профессиональной подготовки и деятельности специалистов хосписов и волонтеров. В силу сказанного хосписы можно называть не просто специальными социально-медицинскими учреждениями, но новым социальным институтом постиндустриального общества.

Однако, может быть, еще более важно, чтобы современное общество, включая профессионалов и

волонтеров в хосписах, постигло, скажем так, философию хосписа: это не просто специализированная больница, но во многом – отрицание идеи больницы. Как философия как таковая всегда противопоставляет "мир по истине" "миру мнений" (т.е. истинам массового сознания), так и философия хосписа утверждает, что хоспис – это не "дом смерти", но "дом жизни" (Гнездилов и др., 1994). Сами проекты хосписов как строительных, архитектурных сооружений принципиально отличаются от привычного устройства больницы. В современных больницах, как правило, насыщенных новейшей техникой, все их устройство (например, рентгеновские отделения, операционные и родильные залы и т.д.) приспособлено для решения сложных диагностических и лечебных задач, но при этом жизненная среда человека-пациента оказывается почти целиком подчиненной применяемой здесь технике, логике и ритму применяемых технологий. Философски говоря, прогрессирующая медиализация жизни современного человека оборачивается новыми формами отчуждения его личности. В хосписах жизненная среда человека максимально приближена к таковой в его обычной жизни. Например, в московских хосписах (почти все они построены по типовому проекту) предусмотрены палаты на 1, 2 и 4 пациентов. Из каждой палаты можно выкатить коляску, а при желании и функциональную кровать с пациентом, прямо в полный зелени (летом) двор. В Первом московском хосписе пациентов по их желанию таким же образом привозят в православную часовню во дворе. Как правило, родственники пациентов хосписа могут находиться рядом с пациентом, сколько им хочется.

В последние 100-150 лет общественное здравоохранение и медицинская технология все больше вытесняют смерть и мысли о смерти из центра общественного внимания. Сегодня в западных странах в 70-80 % случаев смерть происходит в больнице. Что касается больных раком, то, например, в Финляндии 90 % из них умирает в больницах. В то же время опросы как здоровых, так и смертельно больных людей показывают, что большинство из них хотело бы умереть дома. Хосписы сглаживают это противоречие не только тем, что в них созданы условия для пребывания рядом с умирающим его близких, но также и тем, что философия хосписного дела не оставляет без внимания феномен человеческого горя. Оказание психологической поддержки, помощи родным и близким умирающего человека – важный аспект деятельности и специалистов, и добровольцев в хосписах.

Добровольцы в хосписе – это еще одна гражданская инициатива, сродни экологическим движениям и т.д. Многие из добровольцев тяжело пережили потерю близкого человека, пройдя уже однажды вместе с ним "путь к смерти". Смерть человека – это крушение мироздания для него, микрокосма человеческой личности. Добровольцы в хосписе – это "коллективный Герасим" Л.Толстого, словами которого можно исчерпывающе определить их моральную позицию: "Все умирать будем, отчего же не потрудиться?". Подвижники, они своим трудом как бы протестуют против тотальной медиализации смерти в наше время, препятствуют превращению умирания человека в просто биотехнологический процесс. Малое число добровольцев в российских хосписах – это еще одна серьезная проблема самого сегодняшнего российского общества, выходящая за пределы сектора здравоохранения.

4. Разграничение ординарных и экстраординарных методов как философия паллиативной медицины

Выше подчеркивалось, насколько важны для эффективной помощи умирающим профессиональные стандарты сестринской помощи (обезболивания и т.д.). Благодаря деятельности хосписов стало общепризнанным, что в "просто больницах" основная масса врачей и медсестер недооценивает значение "чужой боли". И как следствие, большая часть из них не владеет многими достижениями современной медицины, применение которых в состоянии лечить и предупреждать боль. Распространение информации о том, как можно избавить пациента от боли, уже более 20 лет считается одним из приоритетных направлений деятельности служб здравоохранения. Реализация права на владение такой информацией пациентами и их близкими – есть еще один признак цивилизованности общества.

В плане современной тактики ведения терминальных больных положение медицинской этики о "высочайшем уважении к жизни пациента" конкретизируется с позиций философии паллиативной медицины. Во-первых, врачи и медсестры в работе с терминальными больными должны различать ординарные и экстраординарные медицинские средства и методы. Во-вторых, они должны владеть современными подходами лечения хронической боли, а также купирования (снятия) другой тягостной симптоматики, как правило, сопровождающей умирание. В-третьих, профессиональный долг всех специалистов, работающих в системе оказания паллиативной медицинской помощи, заключается также в социальной, психологической и духовной поддержке терминальных больных и их семей. При этом требуют осмысления новые подходы к решению труднейшего этического вопроса информирования

таких больных об их состоянии. Комплексная оценка эффективности оказания паллиативной медицинской помощи терминальным больным отражается в понятии "качество жизни" таких больных.

Первоначально идея разграничения ординарных и экстраординарных медицинских средств при лечении терминальных больных восходит к 1957 г., когда тогдашний глава римско-католической церкви папа Пий XII дал свои разъяснения по поводу пределов оказания реанимационной помощи, если при этом применяются новейшие медицинские методы – прежде всего ИВЛ (искусственная вентиляция легких). Необходимо подчеркнуть, что углубленное клиническое исследование состояний "смерть мозга" (когда в ходе реанимации мозг целиком погиб, а сердце в течение нескольких суток еще сокращается) и "стойкое вегетативное состояние" (когда погибла только кора головного мозга, и такой "человек-растение" может жить десятилетиями) начнется через несколько лет. Первое описание "смерти мозга" относится к 1959 г., а критерии диагностики были разработаны в 1968 г., однако в данном рассуждении папы Пия XII мы уже находим современный этический анализ оказания медицинской помощи пациентам в критическом состоянии. Собственно медицинские проблемы определения момента смерти, показаний к прекращению реанимации и т.д. у папы Пия XII связаны с каноническими вопросами. Когда больной в бессознательном состоянии достаточно долго находится на аппаратном дыхании и улучшения его состояния не наступает, возникают вопросы – не рассталась ли уже здесь душа с телом, можно ли в этом случае проводить таинство соборования и т.д. Папа Пий XII подчеркивает, что вопрос о критерии смерти не богословский, а медицинский, однако он важен для церкви, т.к. христианские таинства могут совершаться только над живым человеком. Новый критерий смерти, как смерти мозга, был принят спустя десятилетие, в 1968 г., "Сиднейской декларацией о констатации смерти" Всемирной медицинской ассоциацией. Признание пациента мертвым, если все функции его головного мозга (в том числе стволовые) необратимо отсутствуют, стало медицинским, моральным, а во многих странах – юридическим основанием прекращения в таких случаях реанимации – отключения ИВЛ. Предвосхищая такое решение проблемы продолжения абсолютно бесперспективной реанимации, папа Пий XII говорит в 1957 г., что отключение ИВЛ здесь не будет безнравственным. При этом он подчеркивает важнейший момент современных этических подходов, при решении столь сложных моральных проблем врачи должны считаться с волей близких, с семьей.

Именно обсуждая проблему пределов использования таких медицинских средств, как ИВЛ, папа Пий XII разграничивает "ординарные" и "экстраординарные" медицинские методы: "Долг врача – применять все разумные, приемлемые меры для восстановления самостоятельного функционирования жизненно важных органов сознания, а при необходимости применять и чрезвычайные средства, которые имеются в распоряжении врача и предназначены для этих целей. Однако в безнадежных случаях совершенно необязательно использовать такие чрезвычайные средства неопределенно долго" (Зильбер, 1998). Таким образом, если ординарные медицинские методы этически обязательны при лечении терминальных больных, то экстраординарные – этически необязательны.

По мере развития хосписного движения, становления других современных форм организации помощи терминальным больным идея разграничения ординарных и экстраординарных медицинских методов становится основополагающей в философии современной паллиативной медицины. В 1982 г. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) принимает "Венецианскую декларацию о терминальном состоянии", где, в частности, говорится: "Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания – по просьбе родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца... Врач должен воздерживаться от применения экстраординарных способов терапии, которые, по его мнению, не окажут реальной пользы больному" (*Врачебные ассоциации...*, 1995).

В 1989 г. Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке и активной поддерживающей терапии дает системное определение понятия паллиативного лечения.

"Паллиативное лечение:

- поддерживает у больного стремление к жизни, рассматривает смерть как естественный процесс;
- не торопит смерть, но и не оттягивает ее наступление;
- обеспечивает уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов;
- включает психологическую и духовную поддержку больного;
- предлагает систему, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь вплоть до самой его смерти;
- предлагает систему оказания помощи семье больного во время его болезни, а также после его кончины" (*Обезболивание...*, 1992).

Два первых положения этого классического определения паллиативного лечения, по сути дела, основываются на доктрине отказа от экстраординарных медицинских методов у терминальных больных. Далее в Докладе экспертов ВОЗ подчеркивается, что именно здесь проходит демаркационная линия,

отделяющая прежнюю, привычную всем систему ценностей в медицине (основная цель медицины – спасение жизни) от новой системы ценностей (новой философии), на которой зиждется именно паллиативная медицина: "... агрессивное поддержание жизни по неприемлемой для больного цене нельзя считать правильным" (*Обезболивание...*, 1992).

Медицина имеет свои пределы, применение экстраординарных методов можно считать продлением функций, которые являются для пациента пролонгацией процесса умирания, а не продлением жизни.

В паллиативной медицине "жизнеподдерживающим" считается любое лечение, продлевающее жизнь больного, медицинское состояние которого таково, что, с одной стороны, отмена этого лечения неминуемо приведет к его скорой смерти, с другой же стороны, дальнейшее применение этого лечения все больше и больше усугубляет страдания больного, снижает его качество жизни. Как правило, к такому лечению относят искусственную вентиляцию легких, экстракорпоральный диализ с помощью аппарата "искусственная почка", антибиотикотерапию, искусственное питание, гидратацию (введение жидкости в организм). Когда больной умирает от рака, нередко приходится делать выбор – использовать ли еще раз химиотерапию, которая может продлить его жизнь, но будет сопровождаться болью, тошнотой, нарастающей слабостью и т.д. Иными словами, когда обсуждается проблема жизнеподдерживающих методов лечения в паллиативной медицине, акцент делается на инвазивности (инструментальные вмешательства во внутреннюю среду организма), обременительности этих методов для больных, и именно это обстоятельство делает отказ от таких методов тождественным сознательному выбору между жизнью и смертью.

Для разграничения ординарного (этически обязательного) и экстраординарного (этически необязательного) лечения умирающего пациента предлагались различные критерии: обычность, естественность, сложность, инвазивность, расходы, баланс "польза – тяготы" и т.д. Ординарные и экстраординарные методы невозможно различить, скажем так, с сугубо объективной точки зрения. Например, на искусственное питание и гидратацию часто ссылаются как на объективно ординарные методы (авторитеты католической биоэтики считают их этически обязательными и потому – не подлежащими отмене). Однако клинический опыт показывает, что искусственное питание и гидратация могут оказаться очень обременительными для больного. Они зачастую лишают его возможности передвигаться, сопровождаются дополнительными неудобствами (причиной которых могут быть специальные меры, мешающие больному удалить назогастральную трубку), содержат в себе высокий риск (например, хирургический, связанный с фиксацией гастростомической трубки, риск аспирационной пневмонии и т.д.). Помимо этого, дискомфортные симптомы могут быть облегчены, так что смерть, которая наступает после отказа от искусственного питания, не очень мучительна.

5. Заключение

Приведенный в статье в чрезвычайно кратком виде исторический, фактический материал необходим для философских обобщений относительно роли и значения развития хосписного движения в истории цивилизации на рубеже XX-XXI вв.

Хоспис – это вид паллиативной помощи больным в терминальной стадии любого заболевания (рак, СПИД и других), когда лечение уже не имеет смысла, но больной очень нуждается в медицинской помощи и психологической поддержке.

Идеология хосписной помощи определяет смерть как нормальный процесс и последнюю фазу жизни умирающего – особенное время для объединения и примирения. Она считает, что умирающий должен жить полноценно с достоинством и комфортом до самой смерти. Оказываемая помощь не ускоряет и не откладывает срок приближающейся смерти. Она направлена на постоянную поддержку семьи и друзей умершего в период тяжелой утраты. Философия хосписных организаций предполагает важность передачи информации о принципах хосписной помощи другим организациям и структурам. Образовательные курсы проводятся для сестер, семейных врачей, врачей стационаров, представителей социальных служб и добровольных организаций. Они состоят из лекций, семинаров, индивидуальных занятий и практических занятий для команд.

Следует ожидать, что хосписы оказывают, и еще больше окажут в будущем благотворное влияние на всю остальную медицину. Во-первых, накопленное здесь особое искусство ухода за тяжело больными, в том числе, умирающими, должно использоваться врачами и медсестрами, работающими с подобными пациентами вне хосписов. Во-вторых, в наш век высокотехнической, крайне специализированной медицины необходимо реабилитировать древнейшую этическую заповедь медицины "Salus aegroti suprema lex" ("Благо больного – высший закон").

Реализация в хосписах права человека на "смерть с достоинством" по своему социо-культурному значению выходит за рамки медицинской реальности и отражает характерные черты цивилизации в целом.

Философия хосписного дела утверждает этические подходы при оказании помощи умирающему человеку. В практике паллиативной медицины как приоритетной заботы о качестве жизни умирающего пациента этический принцип уважения к жизни претерпевает развитие, что ведет к обоснованному разграничению ординарных (этически обязательных) и экстраординарных (этически необязательных) методов лечения умирающих. Одновременно применение этического принципа уважения автономии и достоинства личности ведет к трансформации традиционной медицинской "святой лжи" в одну из этических дилемм, характерных для современной прикладной этики в целом.

Литература

Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. *Сборн. офиц. докум. под редак. В.Н. Уранова, М., ПАИМС, с.24, 1995.*

Гнездилов А.В., Иванюшкин А.Я., Миллионщикова В.В. Дом для жизни. *Человек*, № 5, с.116-121, 1994.

Зильбер А.П. Трактат об эйтаназии. *Петрозаводск, ПетрГУ, с.319, 1998.*

Иванюшкин А.Я., Хетагурова А.К. История и этика сестринского дела. *М., ГОУ ВУНМЦ, с.20, 2003.*

Маркс К. К критике политической экономии. Предисловие. *М., Политиздат, с.8, 1949.*

Новиков Г.А., Чиссов В.И., Прохоров Б.М. Состояние и перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. В 2 т. *М., т.1, с.1-17, 2004.*

Обезболивание при раке и паллиативное лечение: доклад Комитета экспертов ВОЗ (Серия технических докладов). *Женева, с.36, 1992.*

Сондерс С. Помощь умирающим. *Здоровье мира*, № 11, с.16-19, 1982.