



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-ПЛОВДИВ
ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ“

Лекция №5

ЕТИЧНИ ГРИЖИ В КРАЯ НА ЖИВОТА

1

Проф. д-р Силвия Янкуловска, дмн

Терминът **терминално болни** се отнася за болни, при които:

- Диагнозата е вече потвърдена, т.е. пациентът е неизлечимо болен.
- Смъртта е сигурна и не е много далече, т.е. прогнозата е сигурна.
- Медицинските и сестринските грижи са се превърнали от активно лечение в палиативна помощ.

Национален рамков договор

"Пациентът има право на съответни грижи и *обезболяване* при хронична болка и терминални състояния."

ЗАКОН ЗА ЗДРАВЕТО

Раздел II

Права и задължения на пациента

Чл. 95 (1) При нелечими заболявания с неблагоприятна прогноза пациентът **има право на палиативни медицински грижи.**

(2) **Цел на палиативните медицински грижи** е поддържане качеството на живот чрез намаляване или премахване на някои непосредствени прояви на болестта, както и неблагоприятните психологични и социални ефекти, свързани с нея.

ЗАКОН ЗА ЗДРАВЕТО

Раздел II

Права и задължения на пациента

Чл. 96 (1) Палиативните медицински грижи включват:

1. Медицинско наблюдение;
2. Здравни грижи, насочени към обгрижване на пациента, премахване на болката и психо-емоционалните ефекти на болестта;
3. Морална подкрепа на пациента и неговите близки.

Чл. 96 (2) Палиативни медицински грижи се оказват от личния лекар, от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, от диспансери и хосписи.

(3) Изискванията за оказване на палиативни медицински грижи се определят с наредба на министъра на здравеопазването.

Ревизирана Декларация от Лисабон:

"Пациентът има право на **хуманни терминални грижи**, които да бъдат проведени с всички възможни средства, за да се направи смъртта колкото е възможно **по-достойна и лека**."

Декларация на СМА относно терминалните заболявания

- При грижите за терминално болните основните отговорности на лекаря са да подпомага пациента в поддържането на оптимално качество на живот чрез контролиране на симптомите и отделяне на внимание на психологичните нужди и **да се създаде възможност на пациента да умре с достойнство и в комфорт.**

Добра смърт

I. Абстрактни характеристики

- Смърт с достойнство
- Автономност и контрол
- Приемане на смъртта

*фази на психологична реакция
по д-р Елизабет Къблър-Рос*

1. Отричане

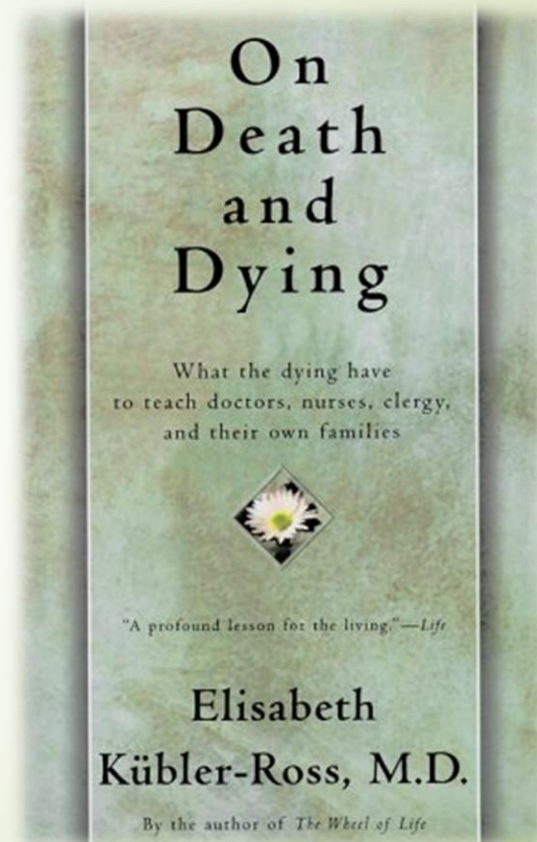
2. Гняв

3. Сделка

4. Депресия

5. Приемане на смъртта

- Навременна смърт
- Позитивен ефект върху семейството



Добра смърт

II. Конкретни характеристики

- **Без болка и страдание**
- **Информираност за настъпващата смърт**
- **Естествена смърт**
- **Внезапна смърт**
- **Смърт в обкръжението на близките**
- **Смърт в съня**
- **Смърт в собствения си дом**

Основни етични принципи при грижите за терминално болните

Уважение на автономността:

- съобщаване на истината на болния
- даване възможност на терминално болните да изберат лице, което ще взема решения вместо тях, когато те няма да бъдат вече компетентни
- предварителна воля (решение)

Декларация на СМА относно терминалните заболявания

- Терминално болния **има право да откаже лечение и да поиска палиативни мерки** за облекчаване на страданието.
- Лекарите **трябва да признават правото на пациентите да подготвят писмено предварителни волеизявления**, които описват техните желания относно грижите в случаите, когато те няма да са в състояние да общуват...

Принцип на благодетяние:

- **облекчаване на болката**
- **подобряване на качеството на живот**

Принцип на ненанасяне на вреда:

- **Спестяване на излишни процедури**
- **Избягване на странични ефекти**
- **Подходящо съобщаване на истината**

Принцип на справедливост:

Терминално болните да получават грижата, на която имат право, т.е. недискриминация по прогноза.

Компоненти на етичните грижи за терминално болните

- 1. Внимателна преценка на физическото състояние и поставяне на диагноза**
- 2. Установяване на етична комуникация – съобщаване на истината на болния.**
- 3. Определяне на целите на грижите и даване възможност на пациента да избере лицето, което ще взема решения вместо него, когато той вече е некомпетентен.**
- 4. Облекчаване на болката.**
- 5. Палиативни и хосписни грижи.**

Съобщаване на истината на терминално болния

Аргументи в полза на съобщаването на истината:

- Пациентът може да уреди някои семейни и други проблеми.
- Пациентът има възможност да изпълни последните си желания.
- Осигурява се по-ефективно палиативно лечение без страх от дългосрочните ефекти.
- Спестяват се разходи на близките в търсене на чудодейни лекарства и лечители.
- Пациентът има право да знае.

Аргументи против съобщаването на истината:

- ❖ **Истината потиска пациента и създава отрицателни емоции у него.**
- ❖ **Съобщаването на истината е трудно и за самия медицински работник.**
- ❖ **Пациентът често сам не желае да научи перспективите.**
- ❖ **Желанието да се научи истината често е закодирана надежда за утешение.**
- ❖ **Истината е относителна и може да е резултат на лекарска грешка.**

Правила при съобщаване на истината:

- ❖ Да се намери **подходящ начин** и да се осигури емоционална подкрепа на болния и семейството му.
- ❖ Да се подберат **подходящите думи**.
- ❖ Да се подбере **подходящ момент** за съобщаване на истината, за да може да се окаже подкрепа на болния – от тази гледна точка най-удачен е момент, който е достатъчно отдалечен от изписването на болния.
- ❖ Разумно е да бъдат посветени **и близките** на пациента.

Облекчаване на болката

Кога е морално и правно приемливо пациентът да почине в резултат на високи дози опиати –

ДЕЙСТВИЕ С ДВОЕН ЕФЕКТ? Водеща в случая е **първоначалната цел** на медицинския работник:

■ С цел да облекчи болките на пациента и да подобри качеството му на живот, а не умишлено да съкрати живота му ⇒ морално и правно приемливо.

■ Целта е да се ускори смъртта на пациента, давайки му по-висока доза болкоуспокояващи ⇒ морално неприемливо и престъпление от правна гледна точка.

Други проблеми свързани с използването на опиоди:

- Запазването на пациента **в съзнание**, контактен, за да може да общува с близките си.
- **Привикването** към медикамента. Когато става дума за терминално болни, осигуряването на възможно най-спокоен край на живота следва да има приоритет пред опасността от привикване.

Палиативни грижи

ЕТИМОЛОГИЯ НА ТЕРМИНИТЕ

- **hospes** - чужденец, гост
- **hospitalis** - гостоприемен
- **hospitium** - приятелски, топли отношения между домакин и гост
- **pallium, palliare** – покривам с мантия, предпазвам
- **palliate** - облекчаване без лечение

Концепцията за палиативни грижи постепенно разширява обсега си.

1. Палиативни грижи = терминални грижи.

Палиативните грижи се свързват с карциномно болните и с период непосредствено преди смъртта.

2. Палиативните грижи, така като се приемат от СЗО, представляват  **активни общи грижи** за пациентите в момент, когато заболяването вече не се повлиява от лечение и когато  основни стават **контрола над болката** и другите симптоми, както и **психологичните, социалните и духовните проблеми**.

- ❖ Всеобхватната цел на палиативните грижи е постигането на възможно най-добро *качество на живот* за тези пациенти и техните семейства.
- ❖ Палиативните грижи утвърждават живота и разглеждат *смъртта като нормален процес*.
- ❖ Те предлагат система за *подпомагане на семейството* по време на процеса на умирање на пациента и *утеха след настъпване на смъртта*.

3. ТЕОРИТИЧЕН МОДЕЛ НА ШЕФИЙЛД

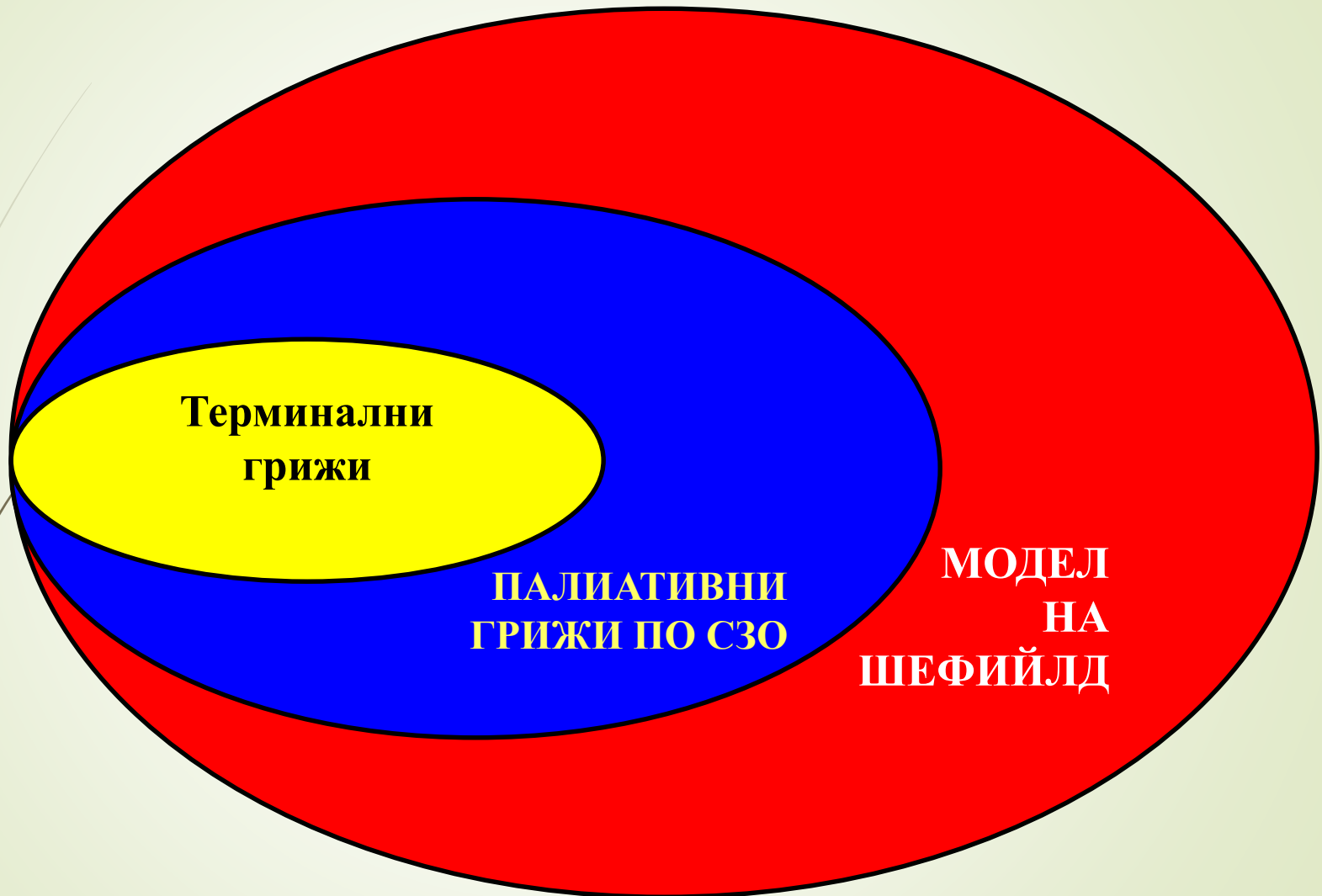
ПОСТАВЯНЕ НА
ДИАГНОЗАТА

СМЪРТ



Взаимовръзката между трите концепции може да се представи графично по следния начин:

27

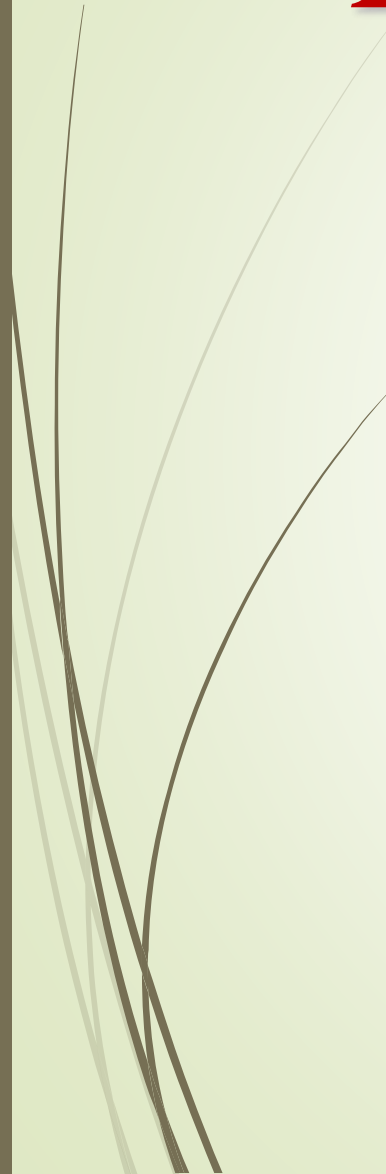


**ТЕРМИНАЛНА ФАЗА
РАКОВО БОЛНИ**

**НЕИЗЛЕЧИМО
БОЛНИ**

ДИАГНОЗА

ХОСПИСИ



Според дефиницията в Закона за лечебните заведения:

“Хосписът е лечебно заведение, когато в него медицински и други специалисти осъществяват палиативни грижи за терминално болни пациенти. .”

Международният институт и колеж за хосписите дефинира **пет основни организационни форми:**

- 1. Хоспис в дома**
- 2. Хоспис като самостоятелна институция с легла**
- 3. Дневен хоспис**
- 4. Болнично базирано специализирано отделение за палиативни грижи**
- 5. Болничен екип за палиативни грижи и борба с болката**

ИСТОРИЧЕСКО РАЗВИТИЕ

- Ранните хосписи - *различни религиозни ордени* - Ирландските сестри на милосърдието.
- *Сесили Сондърс (1918 - 2005)* – основателка на модерното хосписно движение – хоспис „Свети Кристофър“ (1967).

Класификация на страните в света според нивото им на развитие на палиативните грижи

- 1. Страни в процес на интеграция на палиативните грижи в здравната система;**
- 2. Страни с локализирано предоставяне на хосписни/палиативни грижи;**
- 3. Страни, изграждащи компетентност в областта;**
- 4. Страни с неразвити палиативни дейности.**

ОСНОВНИ МОМЕНТИ В РАЗВИТИЕТО НА ХОСПИСНИТЕ ГРИЖИ В БЪЛГАРИЯ

- 1989 г. – Донка Паприкова – дом “Майка Тереза”
- 1992 г. – Първи обучителен курс по палиативни грижи по линия на „Отворено общество“
- 1994 г. – фондация “Хоспис Милосърдие”
- 1996-1997 г. – Центрове за контрол на болката към онкодиспансери Плевен и Враца
- 1998 г. – Отрито отделението за палиативни грижи Враца
- 1999 г. – Закон за лечебните заведения
- 2000 г. – МЗ - Методично указание за устройството и дейността на хосписите
- 2002 г. – НРД Клинична пътека за палиативни грижи при онкоболни
- 2002 г. – Българска асоциация по палиативни грижи
- 2003 г. – MATRA проект за развитие на палиативни грижи в България
- 2003 г. - Рамков стандарт за палиативни грижи и ръководство
- 2004 г. – Първа национална конференция по палиативни грижи с международно участие посветена на болковия контрол, Банско

ЕТИЧНИ АСПЕКТИ НА ЕВТАНАЗИЯТА И АСИСТИРАНОТО САМОУБИЙСТВО

Терминът “евтаназия” произхожда от гръцкото *eu* - **добър, приятен** и *thanatos* - **смърт**, т.е. в буквален превод евтаназията означава **“лека, приятна смърт”**.

Дефиниция според Холандското законодателство: **Евтаназията е акт на безболезнено прекратяване на живота на безнадеждно болен пациент по негова молба от лекар.**

Видове евтаназия

В зависимост от желанията и компетентността на лицето:

● ***Доброволна еутаназия*** – желание от страна на компетентен пациент.

● ***Недоброволна еутаназия:***

Компетент пациент без изразено желание

Некомпетентен пациент

В зависимост от характера на предприеманото действие:

- *Активна (пряка) евтаназия* – съзнателно действие предизвиква директно смъртта на болния (напр. смъртоносна инжекция, смъртоносна доза таблетки и др.).
- *Пасивна (непряка) евтаназия* – съзнателно бездействие (напр. непредприемане на лечение).

Асистираното самоубийство

представлява преднамерено самоубийство с помощта на друго лице (в частност лекаря или друго медицинско лице), което умишлено и съзнателно предоставя необходимата информация и/или средства за извършване на такова действие.

ЗАКОНОДАТЕЛНА ПОСТАНОВКА

Има единични примери в света на ***легално разрешена активна евтаназия*** -

Холандия, Белгия, Люксембург, Колумбия, щатите Орегон, Вашингтон и Вермонт в САЩ (само за местното население).

Асистираното самоубийство в Европа е законово допустимо в Швейцария, Белгия, Холандия и Люксембург. Само в Швейцария е допустимо асистирано самоубийство на чужденци.

ЗАКОНОДАТЕЛНА ПОСТАНОВКА

В *България* няма законов текст, който да допуска евтаназия.

- Такова деяние ще се квалифицира като предумишлено убийство или подпомагане на самоубийство.
- В случаите на извършване на пасивна евтаназия могат да влязат в сила разпоредбите, засягащи престъпления за неоказване помощ на лице, което е изложено на опасност поради болест.

Законодателство в Холандия

Изисквания за нужните грижи

1. Молбата на пациента да е доброволна и добре обмислена.
2. Пациента да е в продължително и непоносимо страдание.
3. Пациента да е информиран за състоянието си и перспективите.
4. Пациента да вярва, че не съществува друго разумно разрешение за ситуацията, в която се намира.
5. Да е извършена консултация с поне един независим лекар, който е дал писменото си заключение за изпълнението на горепосочените условия.
6. Внимателно и компетентно изпълнение.

Декларация на СМА относно терминалните заболявания

- СМА осъжда като неетични както евтаназията, така и асистираното самоубийство.

Резолюция на СМА

- ☐ Против активната евтаназия
- ☐ Подкрепа на пасивната евтаназия
- ☐ Асистираното самоубийство е неетично

Становище на СЗО

Евтаназията и асистираното самоубийство са неетични и осъдителни.

АРГУМЕНТИ “ЗА” ЕВТАНАЗИЯТА

1. Уважение на автономността

☛ Многозначителност на молбите за евтаназия

- ❑ пациентите често искат не да умрат, а да не изпитват симптомите в терминалната фаза - болка, задух, анорексия, констипация;
- ❑ чувство на обременяване на околните.

☛ Ако автономността е от водещо значение, защо да не дадем приоритет на асистираното самоубийство

2. Благоедеяние - Евтаназията е в интерес на терминално болните пациенти, тъй като облекчава тяхното страдание.

- ☛ Преценката на това, което би било в интерес на пациента е трудна.

- ☛ Чии интереси се защитават – на пациента или на обществото?

3. Отговорност на медицината. Медицината е създала проблема с удължаването на живота, но в незадоволително качество. Следователно, медицината трябва и да го разреши като предотврати продължителният и болезнен процес на умирање.

АРГУМЕНТИ ПРОТИВ ЕВТАНАЗИЯТА

- **Ценността на човешкия живот** - човешкото съществуване не може да бъде оценявано единствено от позицията на ползата, която то носи на индивида и на обществото.
- **Активната евтаназия е несъвместима с хуманността на медицината**, тъй като не може да се гарантира, че тя ще бъде ограничена само към лица, които я желаят доброволно.

● Аргумент за “наклонената плоскост”.

Ако днес приемем, че евтаназията е морално допустима и дори в интерес на терминално болните, утре можем да решим, че тя е допустима и при инвалиди, увредени новородени и т.н.

● **Парадокс** – дебата около евтаназията е отзвук-протест срещу нарастваща мощ на медицината; но с евтаназията ние прибягваме точно до съвременните възможности на медицината.

- Възприемането на активна евтаназия може да доведе до нарастващо безотговорно отношение към случаи на прикрито умъртвяване в обществото.
- Допускането на евтаназията фактически сменя от медицинския работник отговорността за живота на болния.

- Активната евтаназия **повишава ятрогенността на медицината**, тъй като в очите на болните тя може да изглежда като лекарска капитулация и решаване на проблемите по най-лесния начин.
- Възможни са **грешки в преценката** за възможностите за излекуване на болния.

❖ Проблемът за евтаназията отразява **готовността на обществото да се грижи за тежко болните, социално неприспособимите и престарели индивиди. Недопустимо е обществото да решава своите проблеми чрез медицински мерки и да превръща медицинския работник в свой екзекутор.**