

о. Ігор Бойко

Роль священника та інших фахівців у наданні паліативної опіки¹

*Школа біоетики, кафедра богослов'я Українського католицького університету,
Львівська Духовна Семінарія Святого Духа УКГЦ*

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2015.2(2):105-110; doi 10.15574/IJRPM.2015.01.105

Ми живемо в епоху, коли людство досягло такого стану добробуту, який годі було собі уявити ще кілька десятиліть тому. Ми є свідками того, як на наших очах здійснюються заповітні мрії людини: *трансплантація органів* дає людині змогу відновлювати основні частини свого організму; через *розшифрування геному людини* тепер можна розуміти причини виникнення невиліковних хвороб, зокрема білокрів'я, дитячої екземи, діабету; застосування реанімаційних технологій послабило виразність межі між життям і смертю. Вчасне виявлення багатьох хвороб за допомогою сучасної діагностики сприяє їх ефективнішому лікуванню та є запорукою одужання. Завдяки розширенню терапевтичних можливостей сучасної медицини сповільнено природний розвиток таких невиліковних хвороб, як злоякісні пухлини, СНІД, хронічна ниркова недостатність, хвороба Паркінсона, хвороба Альцгеймера, деякі серцево-судинні патології, хронічні гепатопатії, а життя хворих на них людей подовжено на багато років.

Отже, значно зросла кількість хронічно хворих пацієнтів, котрі – не без допомоги сучасної медицини – більше не помирають від своєї недуги так скоро, як це було колись, але й до кінця не одужують. Медицині вдається приховати певні симптоми хвороби, покращити стан здоров'я людини й дати їй шанс прожити довше. Інколи постає навіть певного роду ілюзія, що людині вдасться жити на землі вічно та що в цьому житті не буде

ні страждання, ні болю. Психіатр Віктор Франкл, який вижив у нацистському концентраційному таборі, писав, що людину нищить не страждання як таке, а її нищить страждання, яке не має сенсу [2]. Надаючи перевагу матеріальному добробуту, людина часто втрачає значення сенсу страждання, забуваючи при цьому, що страждання є частиною нашого існування. Страждання не є благом, до якого треба прагнути, але воно є невід'ємною частиною людського життя, до якого слід пристосуватися і яке слід прийняти. Воно може знищити людину, однак може також зробити її сильнішою. Людина повинна боротися зі стражданням для того, щоб дати собі та іншим людям можливість жити й приготуватися до неминучого – смерті, однак не для того, щоб плекати нереальні сподівання уникнути смерті.

Тому є необхідним, щоб у суспільстві зростала свідомість того, що людське страждання, особливо наприкінці життя, може бути дуже великим. Люди поважного віку, хворі та вмираючі, як ніхто інший, потребують солідарності та співчуття, що допомогли б їм спокійніше прийняти свою долю. І це є виразним свідченням конкретного гуманного ставлення, яке належиться кожній людині. Надаючи таку допомогу, ті, хто є здоровими сьогодні, виявляють свою солідарність, і одного дня, коли надійде їхня година, зможуть також отримати належну увагу. Це почуття свідомості заохочує до поширення та розвитку медичних структур, які мають назву «хоспіс».

¹ «Паліативна опіка – це повний комплекс опіки, яка надається пацієнту від моменту, коли хвороба не піддається більше лікуванню. Життя і смерть сприймаються як природний процес, без бажання пришвидшити або віддалити смерть. Увагу зосереджують на подоланні болю та інших симптомів; при цьому в наданні пацієнту допомоги беруть до уваги психологічні та соціальні аспекти. Таким чином здійснюється постійна підтримка хворого аж до останньої миті його життя, а також підтримка родини для того, щоби протистояти хворобі та жалобі» [1].

I. Історія виникнення хоспісів та сучасний стан в Україні

У Середньовіччі під словом «*hospicium*» (з латинської – *Hospitium*) розуміли пристановище для паломників, котрі подорожували з Північної Європи до Риму та до Єрусалима. Найдавніші з них були організовані монахами, щоб опікуватися виснаженими, хворими й умираючими людьми.

Сучасні хоспіси почали виникати з кінця XIX століття [3]. Систему паліативного лікування було започатковано в Англії у 60-х роках XX ст. зусиллями Сесілі Сондерс (Cecily Saunders, народилася в Англії 1918 р.), колишньої дипломованої медсестри, а відтак лікаря, яка розуміла, наскільки недостатнім було лікування, котре невиліковно хворі пацієнти отримували у звичайних лікарнях. Ця харизматична жінка заснувала в 1967 р. Хоспіс св. Христофора в Лондоні (St. Christopher's Hospice). Для неї особисто легендарний св. Христофор був тим, хто допоміг Ісусові перейти небезпечний брід через ріку й не полишив його навіть тоді, коли під час переправи виникли труднощі. «Наші пацієнти, – казала вона, – є немов подорожні; вони переходять ріку, мандруючи з одного життя до іншого». Прагненням Сесілі було надавати допомогу вмираючим, багатим чи бідним (переважна більшість із них – це онкологічно хворі), котрі потребували лікарів, медсестер та досвідчених соціальних працівників, які могли б розуміти їхні потреби, бути поруч із ними, які не полишали б їх у важких моментах і допомогли б їм зберегти гідність аж до настання смерті. Як бачимо, поняття *hospicium* має глибоке коріння в християнській духовності.

На думку Сесілі Сондерс, хоспіси повинні стати місцем, у якому людина віднаходить «певність і мир серця». Головною метою Сесілі було дбати про цілісну опіку, яка задовольняла б медичні, фізичні, психологічні, соціальні та духовні потреби пацієнтів. Традиційно складається так, що лікарі готуються до надання фізичної та медичної допомоги, залишаючи соціальні та духовні аспекти іншим фахівцям. Тому Сесілі Сондерс вважала дуже важливою справою вміння розуміти потреби пацієнтів «з півслова» і надавати їм цілісну допомогу, застосовуючи при цьому відповідну мову.

Хоспіси почали розвиватися як окремі «ідеальні» світи. Вони не інтегрувалися в тодішню медичну систему – навпаки їхня діяльність викликала підозри «медичної системи», якій було важко погодитися на зміни та реформи. Проблема інтеграції поняття *паліативна опіка з офіційною медициною* залишалася не вирішеною.

Розвиток хоспісів в Англії у сімдесятих та вісімдесятих роках тривав, однак знадобилося понад

30 років для того, щоб хоспіси набули поширення в Канаді, США, Австралії, відтак у Європі та Україні, а тепер і в Азії та Південній Америці. Станом на сьогодні хоспіси стали відповіддю на чимало проблем дегуманізації сучасної медицини. Ці центри почали творитися «знизу», завдяки ініціативі волонтерів або родин померлих пацієнтів.

Упродовж останніх років сфера паліативної опіки зазнала великих покращень і розвивається надзвичайно швидко. Це стосується також мережі хоспісів як центрів надання паліативної допомоги, яких значно побільшало, а разом із їх числом у суспільства активніше твориться культура паліативної опіки. Не менш важливу роль відіграє фактор виховання і навчання, зокрема в медичних університетах, коледжах та училищах, де вчать медсестринської спеціальності. Приклад Англії, де існують численні університетські кафедри паліативної медицини, які щороку випускають дипломованих фахівців, міг би бути гарним для України, де тепер ведуться певні розмови про необхідність відкриття таких кафедр. Для розвитку паліативної та хоспісної опіки в Україні у 2008 р. створено Координаційну раду з питань розвитку паліативної і хоспісної допомоги при МОЗ України, Інститут паліативної та хоспісної медицини, відкрито кафедру паліативної та хоспісної медицини в НМАПО ім. П.Л. Шупика. 26–27 вересня 2012 р. відбувся I Національний конгрес з паліативної допомоги за участі українських та закордонних доповідачів. Окремі програми діють у Києво-Могилянській академії та Українському католицькому університеті. На базі Українського католицького університету у Львові успішно діє Школа біоетики та дві ключові програми: сертифікатна програма з біоетики під назвою «На службі охорони життя», яка вже діє шість років, та модульна програма для фармацевтів «Етичні цінності у фармацевтичній діяльності». За цей час випускниками Школи стали понад 170 осіб. Одним із пріоритетних напрямків Школи біоетики УКУ є вишкіл фахівців у сфері паліативної опіки, які працюватимуть у хоспісах та відділеннях паліативної допомоги в Україні.

Якщо у світі загалом тенденція до розвитку паліативної опіки позитивна, то в Україні ситуація є дещо іншою. Станом на сьогодні в Україні діє не більше 30 установ, що надають паліативну допомогу, – хоспісів, відділень паліативної допомоги, відділень інтенсивного сестринського догляду. Проте люди, які працюють там, у змозі опікуватися лише 3–4 тисячами пацієнтів на рік. А кількість осіб, які потребують такої опіки, – майже 100 тисяч. Орієнтовна кількість ліжок для паліативної опіки становить в Україні близько одного на 100 тисяч населення. Натомість у більшості країн світу

з розвинутою системою паліативної допомоги на 100 тисяч населення існує в середньому 90 стаціонарних та амбулаторних паліативних ліжок. За оцінками світових експертів, потреба в паліативній допомозі становить 100–120 лікарняних ліжок на 1,5 млн населення. На даний час в Україні ситуація щодо надання паліативної допомоги трагічна: більшість хворих, які її потребують, помирають, так і не діставши адекватного полегшення фізичних, моральних і духовних страждань.

II. Місце і роль духовенства та фахівців у наданні паліативної допомоги

Історія терміна «паліативна медицина» сягає корінням легендарної події з життя св. Мартина з Туру. Якось він натрапив при брамі міста Ам'єна на важкохворого вмираючого бездомного чоловіка (сьогодні б сказали «бомжа»). Побачивши його, св. Мартин зняв свій плащ (з латинської – *pallium*), розрізав мечем навпіл і віддав цьому чоловікові одну половину. При цьому він сказав: «Мій приятелю, я не маю нічого, чим міг би тебе лікувати, але можу тобі допомогти, щоб ти не мерз від холоду». А вночі св. Мартинові з'явився уві сні Христос, одягнений у половину того плаща, яким він поділився з чоловіком на дорозі. Найцікавішим елементом цієї історії є бажання поділитися з іншим. Адже навколо нас є так багато людей, яких ми не в змозівилікувати, але яким можемо допомогти не відчувати холоду, болю, відрази та байдужості інших. Ми можемо допомогти їм, ділячись тим, що маємо.

Всесвітня організація охорони здоров'я у 1990 р. дала паліативній опіці таке визначення: «Паліативна опіка – це постійна, активна та цілісна опіка над пацієнтом та його близькими, яку здійснює група різних фахівців. Основна мета паліативної опіки – дбати про високу якість життя як пацієнта, так і його найближчих. Опіка над пацієнтом покладається на відповідального партнера. Паліативна опіка відповідає на духовні потреби пацієнта й забезпечує їх належною підтримкою» [4].

Аналізуючи це визначення, слід зазначити, що:

а) мова йде про цілісну опіку, яка охоплює фізичний, психічний, соціальний та духовний виміри пацієнта й поширюється також на його родичів,

для того щоб могли зрозуміти весь контекст, у якому проходить життя довіреної опіці особи;

б) для надання такої опіки необхідна праця інтердисциплінарної групи фахівців, до складу якої входять лікарі, медсестри, психологи, соціальні працівники, священики, а також волонтери. Детальніше про їхні обов'язки буде сказано пізніше;

в) мета паліативної опіки – гарантувати «високу якість життя пацієнта і його найближчих». З огляду на це, основна увага зосереджується на тому, щоб тамувати або послаблювати біль, контролювати інші симптоми хвороби, гарантувати повне медичне забезпечення. Це повне медичне забезпечення полягає також у тому, щоб подолати страх людини та дати відповідь на питання про значення цього випробовування як на особистісному, так і на релігійному рівні, котрі виникають у неї наприкінці життя, а також надавати підтримку родичам, зокрема в час жалоби;

г) паліативна опіка починається тоді, коли з медичного погляду специфічне лікування від хвороби вже не є ефективним, навіть якщо не завжди існує чітка межа між зворотною і незворотною хворобою. Передовсім ця опіка надається онкологічним хворим¹, хворим на СНІД, а дедалі частіше – і тим, хто хворіє на інші хвороби (пошкодження специфічних органів, таких як нирка, серце, печінка)².

Особливістю паліативної медицини є її швидке поширення серед медсестер та лікарів. Можливо, вона ще не до кінця інтегрована в офіційну медицину, але її більше не ігнорують. Існують добрі програми, які допомагають у підготовці та вишколі молодих, а також і старших, лікарів та медсестер, котрі бажають працювати не лише руками, але й серцем. Паліативне лікування – це не лише сукупність добре визначених процедур медичного догляду, а й своєрідна філософія медичної допомоги, яка висуває за мету домогтися максимальної гармонії між професійною майстерністю і гуманним ставленням до безнадійно хворої людини. В основі добре продуманої паліативної медицини – яку розуміють не просто як професійне вміння давати знеболювальне – має бути закладене позитивне бачення кінця життя, що сприймається не як поразка медицини, а як уміння гідно провести невиліковно хвору людину в останню путь. Саме

¹ Найчастіше застосовують *паліативну онкотерапію* (хірургія, променева терапія, хіміотерапія) – до пацієнтів, стан яких є таким, що можна боротися лише із симптомами хвороби.

² Тут мова йде про *підтримуюче лікування*: знеболювальна терапія, яка не усуває причину хвороби, але намагається пом'якшити чи усунути біль; контроль за харчуванням і гідроелектронне регулювання; лікування побічних інфекцій; фізіотерапевтичні реабілітаційні процедури; психологічна підтримка, якій належить особливо важлива роль у наданні допомоги хворому та його рідним; психологічне спостереження з боку групи лікуючих лікарів, умілий емоційний підхід яких до хворого є найкращою основою терапії на цій особливій стадії невиліковної хвороби.

така «філософія» останньої медичної допомоги повністю виправдовує й обґрунтовує участь у процесі догляду за безнадійно хворим команди фахівців: лікаря зі спеціалізованого центру, професійної медсестри, психолога, консультантів різного профілю, духовного наставника, працівника служби соціальної допомоги, фахівця з етики, добровільного помічника. Тобто тих осіб, які вміють оцінювати потреби та ресурси пацієнтів і їхніх сімей, знають принципи застосування знеболювальних фармакологічних препаратів і контролю за іншими симптомами й здатні запропонувати адекватну психологічну підтримку.

Роль *лікаря*, який відіграє головну роль у команді, може бути різною, залежно від потреб пацієнта. Надзвичайно важливу й фундаментальну роль для всіх, без винятку, хворих відіграє *медсестра*: вона перебуває біля пацієнта переважно більшість часу, надає йому активну підтримку та медичну допомогу. *Психолог* допомагає хворому заспокоїтися і змиритися з думкою про смерть, готує найближчих родичів до важких випробувань, що чекають на них, допомагає працівникам закладу охорони здоров'я долати стрес, спричинений тим, що вони щодня спостерігають смерть своїх пацієнтів. *Добровільний помічник (волонтер)* може надавати потрібну хворому та його сім'ї допомогу матеріального й суто людського змісту, проте він має бути адекватно підготовлений (практично та психологічно), перш ніж увійти до команди. *Духовний наставник* бере на себе обов'язок утїшати хворого та його сім'ю, коли в цьому виникає потреба, і бере участь у підготовці до жалобної церемонії. *Фахівець із фізичної реабілітації* допомагає пацієнтові відновити деякі серйозно порушені моторні функції і цим поліпшує якість його життя.

Також слід наголосити, що паліативне лікування застосовують не лише до онкологічно хворих, а до всіх пацієнтів, які страждають на невиліковну патологію і чия хвороба прогресує. Метою паліативного лікування є не продовження тривалості життя хворого, а *поліпшення якості його життя*. Таке лікування не продовжує й не скорочує тривалість існування пацієнта, але воно *утверджує цінність життя і трактує смерть як природну подію* [5].

III. Пошана до людської гідності

Однією з найважливіших проблем паліативної допомоги є збереження людської гідності пацієнта, життя якого невпинно наближається до завер-

шення. Украй важливо, щоб пацієнт не перетворився на об'єкт, про який слід дбати й забезпечувати всі фізичні потреби його тіла: харчування, подання води, штучну вентиляцію легень або дренаж із використанням катетера. Пацієнт входить у термінальну фазу свого життя тоді, коли хвороба не піддається більше лікуванню, або коли лікування наносить більшу шкоду, ніж користь, і пацієнт, у порозумінні зі своїм лікарем, вирішує перервати його.

З наближенням смерті багато людей починають відчувати страх, у них з'являються підозри щодо лікування, вони втрачають довіру, починається поступовий процес фізичного занепаду. За таких обставин великої непевності та втрати довіри чимало пацієнтів впадають у стан депресії, у них з'являється думка про самогубство або евтаназію [6]. У багатьох випадках належна допомога, поєднана з контролем за фізичним болем та іншими симптомами, тепло і приязнь можуть створити нову стабільність, навіть коли пацієнт перебуває в стані несвідомості. Таким чином твориться новий простір – духовний простір, у якому є досить часу й можливостей для того, щоб завершити те, чого людина не встигла зробити. У цьому разі якість життя вимірюється якістю стосунків, котрі пацієнти можуть вибудувати й підтримувати. Чимало хворих на цьому етапі можуть прийняти наближення смерті, і вони самі стають великою підтримкою для інших людей. Думка про те, що життя не завершується з настанням фізичної смерті, є надзвичайно важлива і зміцнює людину на силі. Для християн смерть є переходом до вічного життя: «Істинно, істинно говорю вам: Хто вірує, той живе життям вічним» (Ів. 6:47).

Завдяки наданню адекватної допомоги пацієнтам, котрі думали про самогубство або евтаназію¹, зазвичай відмовляються від свого бажання, вони змінюються та, наповнені новою надією і новим «життям», стають щасливими. Настає переміна і в шляхах досягнення своєї надії – перехід від нерационального бажання вилікуватися (часом навіть у чудесний спосіб) до більш реалістичного очікування на спокійну смерть. Здобута надія дозволяє вірити в те, що подруг і діти продовжуватимуть жити й після цієї втрати та зможуть будувати нове життя.

Таким чином, основна діяльність паліативної допомоги скерована на те, щоб створити смертельно хворому духовний простір і полегшити йому процес призначення до його теперішнього стану,

¹ «Евтаназія – це дія або бездіяльність, яка за своєю природою або через намір того, хто діє, призводить до смерті з метою припинення всіляких страждань» [7].

пильнуючи при цьому, щоб воля пацієнта завжди була взята до уваги та виконана відповідно до його бажання.

Доречно процитувати тут один із документів Церкви, у яком говориться про застосування знеболювальних засобів з метою полегшення страждання пацієнта:

«У сучасній медицині дедалі більшого значення набуває так звана «паліативна медицина», призначена пом'якшити страждання в кінцевій стадії хвороби і забезпечити хворому необхідну людську підтримку. В цій площині, зокрема, вирізняється проблема можливості застосувати всілякі засоби для гамування і заспокоєння болю, для полегшення страждань хворого, навіть якщо це спричиняє небезпеку вкоротити йому життя. Коли хтось доброхить приймає муки, відмовляючись від знеболення, щоби зберегти притомність і (якщо він віруючий) свідомо мати частку в стражданнях Ісуса, то такий приклад гідний похвали, але не означає, що геть усі зобов'язані до такої «героїчної» постави. Уже Пій XII дозволяв використання наркотиків для послаблення болю, навіть коли це призводить до потьмарення свідомості й скорочення життя, «якщо не існує інших засобів і якщо це за даних обставин не перешкоджає виконанню їхніх моральних і релігійних обов'язків» [8]. Бо в цьому разі хворий не прагне і не шукає смерті, хоча й усвідомлює її ризик; він прагне єдино пом'якшити біль, вдаючись до знеболювальних засобів, що їх має в розпорядженні сучасна медицина. Проте «не слід позбавляти присмертного свідомості без поважних причин» [8]. Перед наближенням смерті люди повинні бути в змозі виконати свої моральні й родинні обов'язки, а особливо мати можливість у повній свідомості приготуватися до остаточної зустрічі з Богом» [9].

Література

1. *Ventafredda V. Cure palliative in: S. Leone e S. Privitera (a cura di). Dizionario di Bioetica, Bologna-Acireale, 1994, c. 221; переклад автора.*
2. *Frankl V.E. Man's Search for Meaning, New York: Simon-Shuster, 1984.*
3. *Du Boulay S., Rankin M., Saunders C. The founder of the Modern Hospice Movement. London: Society for Promotion Christian Knowledge, 2007.*
4. *Russo (a cura di) G., voce: "cure palliative" di K. Gloser, in Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia, Editrice ELLEDICI, Leumann (Torino), 2004, c. 593.*

¹ Конгрегація у справах віровчення, Декларація *Iura et bona*, про евтаназію (5 травня 1980 року), № 4: «За згодою пацієнта допустимо переривати застосування таких засобів, коли результати не відповідають очікуванню. Приймаючи таке рішення, необхідно брати до уваги свідоме бажання пацієнта і його сім'ї, а також думку компетентних лікарів. Зокрема, лікарі повинні визначити, чи співмірні витрати та зусилля медперсоналу з очікуваним результатом та чи співмірні страждання пацієнта, які він зносить під час такого лікування, з благом, яке він, ймовірно, отримає».

Особлива ситуація може скластися з онкологічно хворими. Трапляється так, що витрати на лікування є надзвичайно високими, а єдиний ефект, якого можна досягнути, – це продовжити процес умирання. Належна оцінка ситуації, з урахуванням усіх затрат і користі від них, може привести до рішення відмовитися від лікування, яке не покращує стану пацієнта, а лише продовжує і погіршує його страждання. У такому разі допустимо дозволити пацієнту померти, бо продовжувати його життя за будь-яку ціну не є справедливим¹. Наполягаючи на лікуванні, від якого пацієнт свідомо відмовляється, лікар помиляється: коли лікування, навіть якщо і продовжує життя, спричиняє тим самим більше страждання, аніж блага, пацієнтові слід дозволити померти [10].

Висновок

До недавнього часу, до початку розвитку сучасних методів паліативної медицини, можна було б говорити про одну альтернативу: помирати від болю або застосувати евтаназію. Станом на сьогодні ми можемо говорити про іншу альтернативу, котра поширюється швидкими темпами по цілому світі, – паліативну опіку. Виклик, перед яким недовзі опиниться наше суспільство, полягатиме в тому, щоб змінити наше ставлення до опіки над страждаючими і вмираючими, але ніяк не в легалізації евтаназії. Усе це вимагає відповідної мотивації, належного часу та чимало економічних затрат. Але якщо ми не хочемо, щоби здійснилися песимістичні прогнози, які з'являються в Інтернеті, що до 2075 року всі країни світу легалізують евтаназію, нам слід подбати про належне впровадження невідкладних заходів для поширення паліативної опіки в Україні.

5. Згречча Е., Спаніоло А.Дж., ді П'єтро М.Л. Біоетика. Підручник для медичних вищих навчальних закладів / Переклад з італійської В.Й. Шовкун: Підручник. Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2007, с. 573.
6. Janssens R.J., Ten Have H.A., Zylicz Z. Hospice and Euthanasia in The Netherlands: An Ethical Point of View, *J Med Ethics* 1999, 25, с. 408-412.
7. Іван Павло II, Енцикліка *Evangelium Vitae*, про цінність і недоторканність людського життя (25 березня 1995 року), № 65
8. Пій XII, Промова до міжнародної групи лікарів (24 лютого 1957 року.).
9. Іван Павло II, Енцикліка *Evangelium Vitae*, про цінність і недоторканність людського життя (25 березня 1995 року), № 65
10. Aramini M. *Introduzione alla bioetica, seconda edizione. Milano: Giuffrè Editore, 2003, с. 426.*

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

о. Ігор Бойко – доктор морального богослов'я, кандидат філософських наук, директор Школи біоетики та доцент кафедри богослов'я Українського католицького університету, член-кореспондент Папської Академії Pro Vita (Ватикан), ректор Львівської Духовної Семінарії Святого Духа УКГЦ.

Стаття надійшла до редакції 15.10.2015 р.

НОВОСТИ

Доступ к качественному обезболиванию является основной проблемой паллиативных больных

Ежегодно количество тех, кто в Украине нуждается в помощи в сохранении человеческого достоинства на последнем этапе жизни, достигает 600 тысяч человек, около 18 тысяч из них – дети.

Доступ к качественному обезболиванию является основной проблемой, с которой сталкиваются паллиативные больные на последних стадиях жизни.

Об этом заявили эксперты на пресс-конференции в УНИАН на тему: «Право на достойную смерть» ко Всемирному дню паллиативной и хосписной помощи, который отмечался 12 октября.

По словам руководителя проекта «Обеспечение защиты прав паллиативных больных силами организаций гражданского общества» Анны Котенко, ежегодно количество тех, кто в Украине нуждается в помощи в сохранении человеческого достоинства на последнем этапе жизни, достигает 600 тысяч человек, около 18 тысяч из них – дети.

«Эти люди находятся на том этапе, когда прощаются с жизнью, часть из них страдает от боли, но их состояние можно улучшить. Уже есть и законодательные основания для этого, но не всегда врачи назначают адекватное обезбоживание», – сказала Котенко. Она отметила, что с 2013 года в Украине появился таблетированный морфин. Также значительно либерализовали законодательство в сфере оборота сильнодействующих обезбоживающих в учреждениях здравоохранения. Кроме того, по ее словам, последние нормативные препятствия в возможности врача унять боль пациентов в конце жизни снято приказом Минздрава №494.

Вместе с тем, отметила Котенко, неизлечимо больные продолжают обращаться с жалобами на отсутствие обезбоживания и других видов медицинской и социальной помощи. Она сообщила, что в Украине реализуется проект, направленный на защиту прав паллиативных больных «Обеспечение защиты прав паллиативных больных силами организаций гражданского общества».

Проект предусматривает предоставление правозащитниками консультаций людям, которые находятся на последних стадиях жизни, или их родственникам. «Правозащитники работают с февраля в пяти городах – Харькове, Сумах, Ривне, Киеве и Ивано-Франковске, но они предоставляют консультации всем, кто к ним обращается», – сказала Котенко. По ее словам, в течение февраля-сентября этого года правозащитниками рассмотрено обращение около 500 клиентов, четвертая часть из которых касается нарушений прав пациента, половина случаев нарушения прав связана с отказом в предоставлении адекватного обезбоживания.

«Говоря о правах пациента, мы в первую очередь говорим о достоинстве пациента. Люди не должны страдать от пыток, а отказ в обезбоживании – это те же пытки», – сказала Анна Котенко.

Эксперты отметили, что первоочередными задачами по обеспечению прав больных, нуждающихся в паллиативной помощи, является принятие Кабмином документа, в котором будут определены пути развития системы паллиативной и хосписной помощи – то есть Стратегии развития паллиативной помощи в Украине на 2015–2025 годы.

Источник: med-expert.com.ua