

Упражнение 03 & 04 2023/2024 г.

Морални критерии при подхода към хронично болните и техните близки. Терминално болни. Палиативни грижи. Евтаназия

ас. д-р Костагин Костадинов

Морални критерии при подхода към хронично болните и техните близки

С увеличаване средната продължителност на живота се увеличи броят на хората с хронични болести, наблюдава се и „подмладяване“ на страдащите от тях. Хроничната болест може да промени социалните роли и позиции, които пациентът изпълнява в семейно-битовата, професионално-трудова и обществена среда. Затова хроничната болест не бива да се възприема само като ограничение или загуба, а и като предизвикателство за болните да се справят с болестта. В процеса на това „справяне“, което в съвременната етика се дефинира като *„копингова структура“*, не е достатъчно да участват само лекарят и пациентът. Освен терапевтичния екип, необходимо е включване на семейството, на обществото и на различни други специалисти като психолози, социални работници.

Малка част от възрастните с увреждания са некомпетентни (напр. пациентите в слединсултно състояние), но дори и тези, които са със запазена способност да вземат решения за себе си, често срещат проблеми с упражняването на автономността си. Те често са изключени от процеса на вземане на решения поради свръх-протективност от страна на близките или патерналистично отношение от обществените институции. У някои пациенти се развива чувство на тежест за околните и обществото. От друга страна, ограниченията, наложени от увреждането, не позволяват пълно разгръщане на компетентност дори и при наличие на физически и психически предпоставки за такава.

Етични проблеми при хроничните болести

1. Проблеми, свързани с благополучието на пациента:

1. Насърчаване на участието на пациента във вземане на решения за терапията или налагащи се промени в стила на живот.
2. Уважение на пациента. Практиката често може да постави терапевта между пациента и близките, които поемат инициативата и вземат решения вместо него, понякога без да го информират. Уважението на пациента включва зачитане на неговата индивидуалност и избягване на готовите стереотипи. Пациентът трябва да е наясно с целите на терапията и с постигнатите резултати във всеки един момент (право на информираност).

3. Подкреждане на приоритети в зависимост от нуждите и възможностите на пациента.
 4. Проблеми породени от несъобщаване на истината на пациента и несъгласие с взето от лекаря решение.
2. Професионален морал:
1. Запазване на професионализъм в отношенията особено при обслужване на пациента в домашни условия.
 2. Поддържане на професионална компетентност и съгласуване на решенията с по-опитни колеги в ситуации на несигурност за избягване на нанасянето на вреда на пациента
 3. Колегиалност — запазване на лоялност и доверие между здравните професионалисти.
 4. Защита на интересите на пациента
3. Икономически съображения:
1. Вземане на трудни решения за изписване на пациента, когато той не е напълно възстановен и способен да се справя безопасно в домашна среда, но настоява да се прибере в дома си
 2. Недостиг на ресурси, водещ до нискокачествени грижи.
 3. Утилитарен подход към разпределянето на ресурсите, при който водещи са не желанията на пациента и семейството, а най-доброто оползотворяване на наличните ресурси за всички пациенти.

Цели на лечението на хронично болните

1. Да „заживее с болестта“ – тя най-често остава с него до края на живота, затова пациентът трябва да свикне да живее в новата реалност
2. Да достигне оптималното „качество на живот“ в рамките на съществуващото заболяване.

При определяне качеството на живот (КЖ) подходът трябва да е мултидисциплинарен и да включва:

1. Определяне на физикалния статус
2. Извеждане на основните симптоми, свързани с болестта и появяващи се след лечението
3. Определяне на психологическия статус
4. Информация относно социалния статус и обкръжението на болния.

Хронично болният човек има определен потенциал на здраве. Този потенциал трябва да се изследва, съхранява и повишава. Изследването става с помощта на специални инструменти (скали, въпросници), с които се измерва качеството на живот на всеки отделен пациент. Това се прави с цел да се разкрият остатъчните възможности на организма, резервите, които могат да бъдат включени в процеса на справяне с болестта. Доказано е, че най-добре се справят пациенти, които след получаване на подробна информация, участват при взимането на решения, свързани с тяхното състояние. С това се реализира принципът на автономност.

Възприемане на болестта

1. Предизвикателство – болният е решен да се справи по възможно най-добрия начин с ограниченията
2. Враг – има враждебно отношение към факта, че точно на него се е случило
3. Наказание – обикновено силно религиозните хора възприемат болестта като наказание за различни свои прегрешения
4. Слабост – пациентът си мисли, че това му се е случило, защото не е достатъчно силен; или – мисли си, че оттук нататък няма шанс да бъде това, което е бил
5. Освобождаване – понякога болният възприема болестта като нещо, което го освобождава от задължения, които не желае да изпълнява напр.: не обича да ходи на работа и е доволен, че болестта го е освободила от това задължение
6. Загуба или увреда – при такъв начин на възприемане справянето е трудно
7. Шанс – ако на млади години не е успял да придобие някаква професия, сега в рамките на болестта, ако му предложат преквалифициране, би могъл да избере желаната професия

Възприемане на лекаря:

1. Придружител – болният гледа на лекаря като на човек, който ще го съпътства в процеса на боледуване
2. Съветник – доверява се на съветите на лекаря
3. Приятел – става много близък с него и го чувства като приятел
4. Образец за поведение – дотолкова му се възхищава, че лекарят става модел за подражание
5. Помощник – може да го възприеме като помощник в трудната ситуация, в която е попаднал
6. Авторитет – лекарят е абсолютен авторитет. Спазва се всичко, което той препоръчва
7. Организатор – възприема го като организатор на всички мероприятия, свързани със състоянието му
8. Враг – това е най-неблагоприятният вариант за възприемане, защото не може да се изгради доверие между двете страни, а това винаги има негативни последици.

Фактори влияещи върху копинговата структура

1. Възраст – възрастта повлиява справянето. Малките деца и възрастните хора имат ограничени възможности за включване на такива механизми. Най-облагодетелствани са хората в млада и средна възраст, които имат възможност да включат различни занимания – упражняване на професията при облекчени обстоятелства; смяна на професията, с подходяща за практикуване в условията на болестта; хоби; спорт
2. Пол – доказано е, че жените се справят по-добре в условията на хронично заболяване. Те са угнетени, ако заболяването създава естетически дискомфорт, но при загуба на работното място не страдат толкова, колкото мъжете, защото компенсират загубата с домашни ангажименти
3. Образование – доказано е, че хората с по-високо образование се справят по-лесно
4. Личностни особености – субстанционалната и релационна същност на индивида определено влияят.

Този, при който здравето е на първо място в ценностната система, ще понесе по-трудно новината за заболяването си. Ако пациентът е бил известна личност – политик, актьор и е прикован на легло, това ще го угнекти много. Липсата на възможност за изпълняване на предишните социални роли обикновено влияе

стресиращо, а това рефлектира върху справянето с болестта. В процеса на справяне с болестта не бива да се пренебрегват важните психологически и социални аспекти при диагностициране и мениджмънт на хроничната болест. В този процес играят активна роля семейството и обществото, с което се реализира включването на социалните аспекти на проблема.

Семейството на хронично болния

Семейството има водеща роля сред механизмите за справяне с болестта. Когато член от семейството заболяе от хронична болест, това променя изцяло стила и начина на живот на всички. Напр. Ако болният е диабетик и трябва да спазва диетата, всички в къщи трябва да се съобразяват с това. При тежко хронично болните пациенти, когато болният е на легло и има нужда от непрекъснати грижи, се наблюдават различни варианти на динамика на семейните отношения. В условията на хроничната болест:

1. Семейството може да се сплоти и да оказва безрезервна подкрепа на болния. В тези случаи лекарят трябва да съветва членовете на семейството за по-конструктивна подкрепа. Напр.: Ако болният има възможност да се обслужва, но не желае и кара член от семейството да напусне работата си, лекарят трябва да обясни, че това не е правилно. Животът на семейството ще продължи и след болния, не бива с грижите, фокусирани върху него, да се пренебрегват другите членове на семейството.
2. Семейството може да се разпадне: тук е ролята на съвместните усилия от страна на лекар, психолог, социални служби, държавата, които трябва да съдействат това да не се случи.

Освен лекарят и семейството, приятелите, колегите и съседите също могат да играят значителна роля в процеса на справяне с болестта. Болният човек не бива да се чувства като социален статут, изоставен от най-близките в новата ситуация, в която е попаднал. Контактите с него трябва да продължат по начина, по който са се реализирали преди заболяването.

Обществото и хронично болния

Въпрос на културно израстване на едно общество са грижите, които то полага за тежко хронично болните и инвалидизирането. Чрез социалната подкрепа се:

1. компенсират ограниченията в способността на пациента да взема решения, вследствие на хроничното заболяване и психотравмата от него – ако обществото подпомогне инвалидизирания с помощни средства, така че той да заживее не самостоятелно (напр. инвалиден стол за придвижване), той може да разшири сферата на областите, в които е възможно да се реализира, (защото в случая престава да бъде прикован към леглото – престава да бъде зависим).
2. отговаря се на очакванията на болния да получи конкретна помощ, когато се нуждае от нея – реализира се принципът на солидарност. Болният е „дал“ на обществото (вносял си е редовно осигуровките) и сега, когато той има нужда, ще получи

Социалната подкрепа:

1. повишава знанията на човека за здравето и рисковите фактори
2. подпомага самооценката и оценката на самата ситуация

3. съдейства за изработване на план за действие и справяне с последиците
4. създава увереност, че усилията ще се увенчаят с успех
5. насочва вниманието на човека към неговите позитивни преживявания.

Към социалната подкрепа спадат и групите за самопомощ. Това са групи, в които се събират хора с подобни проблеми – напр. „Дружество на диабетиците“. Доказано е, че такива групи влияят позитивно при справянето с хроничната болест – човек като контактува с хора с идентични проблеми, преодолява по-лесно своите. В тези групи няма лекар – той отива само, ако е поканен и ако участниците в групата имат нужда от това – да им изнесе лекция, да им говори за примери с други хора. Всички изброени компоненти имат отношение към изработване на копингова структура от пациента с хронична болест. За да се справи с болестта, той трябва да изпълни няколко задачи, включени в модела за справяне с болестта:

Модел за справяне с хроничната болест

1. Справяне с дискомфорта, с недостига на сили, с наличието на болки и с усещането за загуба на контрол върху ситуацията
2. Справяне с различните диагностични и лечебни процедури, тестове, режими, техники
3. Поддържане на адекватна комуникация със здравните специалисти
4. Съхранение на чувството за контрол и компетентност, на личното достойнство и на самоуважението
5. Съхранение на взаимоотношенията в семейството
6. Подготовка за несигурното бъдеще
7. Справяне със социалната изолация.

Справянето с болестта не е еднократен акт – то е продължителен процес, успешният изход на който зависи от потенциала на самия пациент, от лекаря и други специалисти, от семейството и приятелите, от активното участие на обществото.

Терминално болни. Палиативни грижи

За жалост медицината все още не може да се справи с всяко състояние или заболяване. Съществуват ситуации, пред които е безсилна, макар че учените не спират да търсят отговори на всички въпроси за решаване на такива проблеми. Като пример могат да бъдат дадени проблемите, които възникват при терминално болните пациенти. Терминално болен е този пациент, който има неизлечима болест с висока вероятност за смъртен изход, независимо от това дали болестта е лечима или не (т.е. смъртта е съвсем предстоеща и неизбежна).

Терминът „палиативни“ произлиза от латински „pallium“ – покривам с мантия, предпазвам. Глаголът „palliate“ е облекчаване без лечение. Терминът „палиативни грижи“ се налага след 1973 г. До тогава са използвани термините „терминални грижи“ и „хоспис“. Световната здравна организация (СЗО) през 1990 г. дефинира понятието „палиативни грижи“ като „активна, цялостна грижа за пациенти, чиято болест не се поддава на медикаментозно лечение. Преобладава контролът на болката и други симптоми, както и на психологични, социални и духовни проблеми. Целта на палиативната грижа е постигане на възможно най-добро качество на живот на пациентите и техните близки“. От представената дефиниция на СЗО,

особено внимание прави началният момент, от който следва да започне палиативната грижа – а именно от момента на поставяне на диагнозата на пациента. В редица европейски страни, процесът по предоставяне на палиативна грижа за пациента и неговото семейство обхваща периода от поставяне на диагнозата до една година след настъпване на леталния край на пациента, като в крайния момент фокусът е поставен върху семейството на пациента и възможността да преодолееят чрез социална подкрепа загубата му

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

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

При лечението на терминално болни пациенти, които поради естеството на физическото и емоционално си състояние са много уязвими, лекарите трябва да поддържат висок стандарт на професионални и етични грижи. То ва изискване се базира на признаването на ценността на пациентите като човешки същества и тяхната уникалност като индивиди. Терминално болните, както всички други човешки същества, имат право на зачитане на личното им достойнство и индивидуалност. В Декларацията на СМА за правата на пациента (известна като Декларация от Лисабон) е записано: *„Пациентът има право на хуманни терминални грижи, които да бъдат проведени с цялата възможна подкрепа, за да бъде смъртта колкото е възможно по-достойна и лека.“*

Историческо развитие на палиативните грижи

Съществуват данни от дълбока древност за предоставяне на грижа на тежко болни пациенти по домовете им. Подобна форма на грижа преимуществено е почивала на религиозни и философски схващания, традиционни за различните народи в световен аспект.

Най-всеобхватната концепция за палиативни грижи е представена чрез теоретичния модел на **Шефилд**, според който палиативните грижи започват **от момента на поставяне на диагнозата**. Ефективното лечение постепенно намалява с развитие на заболяването и отстъпва място на симптоматичния контрол. Палиативните грижи достигат максимума си непосредствено около момента на смъртта, като най-често те се предоставят в рамки те на **хосписа програма**. С настъпване на смъртта започват грижите за подкрепата и утешаването на семейството, които продължават обикновено **1 година след смъртта**.

През последните десетилетия в световен мащаб се отделя изключително голямо внимание на този вид грижи. В редица страни вече е призната нова медицинска специалност *„палиативна медицина“*. Палиативната медицина е съсредоточена върху контролирането на болката и други симптоми, облекчаване на страданието и подобряване на качеството на оставащия живот на терминално болните. Тя интегрира психологичните и духовни аспекти на грижите, за да позволи на пациентите да изживеят остатък от своя живот с достойнство, предлагайки също така подкрепа на семействата, както по време на заболяването на пациента, така и в периода на изживяване на тежката загуба на близкия.

В съответствие със спецификата на същността и организацията на палиативните грижи интерес представляват специализираните заведения за палиативни грижи, наречени **хосписи**. За разлика от болницата, в която всичко се прави с цел излекуване, основната идея на хосписите е вече не самото лекуване, а възможно най-пълноценното изживяване на последните месеци от живота на болния, облекчаване на болката

и страданието и оказване на морална и психологическа подкрепа на близките на терминално болния, така че смъртта да се възприеме като естествен завършек и като неотменим елемент на самия живот. Вместо да се опитват да лекуват нелечимото, грижите в хосписите програми са фокусирани върху облекчаване на страданието на терминално болните, поддържането им в състояние на контакт и социализирани по време на последния стадий от живота им.

Първите хосписи обикновено са се разполагали край пътищата, откъдето са минавали християнските поклонници. Те са били своеобразни домове за почивка и грижи за болелите странници, макар че помощ не била отказвана и на местните жители. В ранно християнските хосписи са полагани грижи най-вече за душевния мир на пребиваващите и те не са били създавани специално за обгрижване на умиращите. Думата „хоспис“ става синоним на грижата за умиращите през късните години на XVIII век, когато „Ирландските сестри на милосърдието“ отварят такъв хоспис в Дъблин. Модерното хоспис движение обаче е сравнително ново начинание и води началото си от усилията на д-р Сесили Сондърс, която открива хосписът „Свети Кристофър“ в югоизточен Лондон през 1967 г., който е първият съвременен хоспис. Малко по-късно нейният опит е възприет и в САЩ, където през 1974 г. е основан първият хоспис в Кънектикът. В началото на 80-те години идеите на хосписното движение се разпространяват в цял свят и в днешно време обхващат вече повече от 100 страни от всички континенти с над 8000 хосписни програми.

У нас първи стъпки в хосписните грижи се бележат през 1989 г., когато **Донка Паприкова** поставя началото на първия по рода си хоспис в България за самотни, тежко болни и умиращи хора. В началото на функционирането си този дом е известен като **„Майка Тереза“**. Впоследствие прераства в сдружение **„Хоспис Милосърдие“**.

Безспорно подобна информация свидетелства за наличието на хуманност и загриженост от страна на обществата през отминалите периоди. В исторически план съществуват два модела в развитието на палиативните грижи:

1. немедицински модел – грижата за пациентите се е извършвала в **хосписи**. В Западното Средиземноморие е бил основан първият хоспис. В края на 18-ти век терминът „хоспис“ става синоним на грижа за умиращите;
2. интегративен модел – този модел е пренесен и в съвременните здравни системи, като включва по своето съдържание интегриране на палиативната грижа в здравната система. Това се постига чрез създаване на специализирани отделения за палиативни грижи към болничните заведения, болнични грижи по домовете и самостоятелни институции към лечебните заведения. Моделът е трайно утвърден и в съвременните здравни системи на САЩ, Холандия, Франция, Великобритания, Италия, Германия и други. По-слабо развит е в страни, като България, Албания, Сърбия, Турция, Африка и други.

Законодателни основи на палиативните грижи

Официално хосписите се признават за лечебни заведения през 1999 г. с приемането на Закона за лечебните заведения, където те са включени в графа „други“. През 2000 г. Министерство на здравеопазването публикува Методично указание за устройството и дейността на хосписите. В Националния рамков договор от 2002 г. палиативните грижи за терминално онкологично болни се включват за пръв път като самостоятелна клинична пътека, която се запазва и в следващите години. Същата година се създава Българска асоциация по палиативни грижи. През 2003 г. се разработва Рамков стандарт

за палиативни грижи и ръководство за прилагането му, които обаче така и не се въвеждат официално нормативно в работата на хосписите.

Основните **функции** на хосписите са да осигуряват:

1. Непрекъснато медицинско наблюдение, медико-социално обслужване и квалифицирани всеобхватни грижи в хосписа или в домовете на болни в напреднал стадий
2. Професионални здравни грижи за тежко болните; подкрепа за техните семейства
3. Обучение на болните и техните семейства
4. Предоставяне на специализирано оборудване в дома на болния, което подобрява качеството на неговия живот
5. Осигуряване възможности за рехабилитация там, където се намира болният
6. Помощ при снабдяване с медикаменти и пособия
7. Персонални грижи, запазващи достойнството на болния
8. Емоционална, духовна и социална подкрепа на болния
9. Обучение на доброволци за работа с терминално болни.

Някои от нормативните документи уреждащи правата на пациентите в терминално състояние са:

1. В българското законодателство правото на грижи при терминални заболявания е залегнало в **Закона за здравето** (в сила от 01.01.2005 г.). В Глава трета, раздел II, Права и задължения на пациента е записано:
 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 на неблагоприятните психологични и социални ефекти, свързани с нея.
 3. Палиативните медицински грижи включват:
 4. медицинско наблюдение;
 5. здравни грижи, насочени към обгрижване на пациента, премахване на болка та и психо-емоционалните ефекти на болестта;
 6. морална подкрепа на пациента и неговите близки.
2. Палиативни медицински грижи се оказват от личния лекар, от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, от диспансери и хосписи.
3. Нарочна наредба, свързана с определяне на изискванията за предоставяне на палиативна грижа, по реда на чл. 96, ал. 3 от Закона за здравето **не е издадена** от Министъра на здравеопазването и до настоящия момент. Законът за здравето е приет в настоящия си вид през 2004 г., като до момента е претърпял редица изменения. Наредбата за определяне на изискванията за оказване на палиативни грижи не е издадена от министъра и след 19 години. Следва да се има предвид, че става дума за нелечимо болни пациенти, чиято продължителност на живот трудно би могла да бъде определена. Трудно би могло да се предвиди и в пълен обем настъпилите усложнения, водещи до болки и страдания за терминално болния. Подобна „нормативна празнина“ поставя в пряка зависимост оперативната самостоятелност за взимане на решения от медицинските специалисти за облекчаване на страданието на пациента въз основа на съществуващите нормативни възможности, разписани в различни наредби.
4. В Закона за лечебните заведения, чл. 27 е формулирано определение за организационната форма и предмета на действие на „дом за медико-социални грижи за пълнолетни лица е лечебно заведение,

в което медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение и специфични грижи за лица над 18-годишна възраст от различни възрастови групи с хронични заболявания, специфични грижи по домовете на лица с хронични инвалидизиращи заболявания и медикосоциални проблеми". Следва да отбележим, че тази форма по своя предмет на дейност е най-близка до хосписите, като вид лечебни заведения.

5. В чл. 28 от Закона за лечебните заведения е разписано, че: „Хосписът е лечебно заведение, когато в него медицински и други специалисти осъществяват палиативни грижи за терминално болни пациенти. Хосписите – лечебни заведения, могат да предоставят социални услуги при условията и по реда на Закона за социалните услуги“

Етични принципи при полагане на палиативни грижи

1. **Уважението на автономността** изисква от лекаря да съобщи на пациента цялата информация за състоянието му, включително и самата диагноза и неблагоприятната прогноза, т.е. на терминално болния трябва да бъде съобщена истината. В някои страни това е общоприето задължение на лекаря. В други страни, обаче, пациентите не научават песимистичните новини, а те са съобщавани на семейството. Уважението на автономността също така предполага да се даде възможност на терминално болните пациенти предварително да изразят волята си относно терапевтичните мерки за времето, когато те няма да бъдат компетентни да взимат такива решения;
2. **Принципът на благодеяние** задължава лекаря не само да облекчава болката като основен симптом при терминалните състояния, но и да съдейства за подобряване на качеството на живот на пациента. Терминът *“качество на живот”* носи голяма степен субективен смисъл. За външния наблюдател качеството на живот на един човек може да е ниско, докато за самия човек то може да е добро и удовлетворяващо. Обикновено се приема, че качеството на живот е ниско, когато то падне под определен стандарт – това може да се изразява в наличие на болка, влошаване на психическата дееспособност, загуба на зрение, слух или подвижност, влошаване на социалните контакти и т.н. С други думи, качеството на живот включва субективното удовлетворение (във физически, психически и социален контекст) на самия човек и обективната оценка на неговите качества и умения.
3. **Принципите на ненасяне на вреда и справедливост** изискват да не се нанася вреда на пациентите и те да получават грижата, на която имат право. Вредата, както по-рано беше споменато, може да бъде от физически или психически характер. Нарушение на принципа за ненасяне на вреда при терминално болния е например поднасянето на истината по неподходящ начин. Нанесената по този начин психическа вреда е не по-малка за пациента от подлагането му на физически риск.

Съобщаване на терминална диагноза

Почти всички терминално болни осъзнават какво се случва с тях и по-голямата част от тях оценяват положително съобщаването на истината. Макар че в духа на уважение на автономността на пациента, наложил се в медицината и етиката във втората половина на XX век, преобладават възгледите в полза на съобщаването на истината на пациента, все още част от лекарите застават на позиции против.

1. Аргументи **„против“** съобщаването на истината

1. Опасение от отнемането на надеждата на пациента.
2. Истината потиска пациента и може да предизвика ненужна болка и дискомфорт.
3. Пациентът често сам не желае да научи перспективите поради страх от отрицателни емоции.
4. Стрес при дискутирането на прогнозата, както и недостатъчна подготовка по отношение на преценката на оставащата продължителност на живота и комуникативните умения
5. Чувствителност към културните норми на пациентите и семействата.
6. Уважение към изразените желания на пациентите и/или на семейството. Понякога пациентите се безпокоят за ефекта на информацията за заболяването им върху близките им и как те биха се справили със смъртта им. В някои случаи се стига до тежък патологичен кръг на мълчание. От една страна, близките настояват истината да не се съобщава на болния, защото той не би я понесъл и така те са лишени от възможност за ефективно сближаване с него. От друга страна, болният най-често е наясно със състоянието си, но не го обсъжда със семейството си от страх да не ги разстрои
7. Изтъквани бариери са и недостатъчното време за дискусия, организацията на работата в клиниките и недостигът на персонал.
8. Затруднява се терапевтичният процес. Пациентът може да изпадне в депресия, да направи опит за самоубийство; да откаже необходими профилактични мерки и др. Депресията наистина е възможна. Тя е една от дефинираните фази на психологическа реакция при пациентите, които са информирани за характера и прогнозата на заболяването си:
 1. фаза на отричането — това е буфер след неочаквания шок, позволяващ на пациентите да се съвземат и да мобилизират защитните си сили;
 2. фаза на протест ("Защо трябваше да се случи точно на мен?");
 3. фаза на сделка - опит да се спечели време, да свърши всички онези неща, които винаги е искал, да поправи разрушени взаимоотношения с близките си.
 4. фаза на депресия, в която има опасност от суицидни опити.
 5. фаза на философско възприемане на неизбежното.
9. От патерналистична гледна точка, не можем да съобщим цялата истина на пациента, тъй като той не е в състояние да я осмисли поради факта, че е болен. В такова състояние пациентът не може да направи най-добър избор за себе си, а лекарят е обучен и има желание да му помогне.
10. Съобщаването на истината е трудно за самия лекар.
11. Неблагоприятната диагноза и прогноза може да са резултат от лекарска грешка.
12. Истината е относителна - нелечимото днес е лечимо утре.

2. Аргументи „за“ съобщаването на истината

1. Пациентът има право да знае истината - принцип на уважение на автономността.
2. Пациентът може да уреди някои семейни и други проблеми и да изпълни последните си желания.
3. Осигурява се по-ефективно палиативно лечение без страх за дългосрочните ефекти.
4. С прикриването на истината пациентът се лишава от възможността за естествен "отговор на смъртта". В повечето общества далеч преди развитието на медицината в съвременния ѝ вид, хората са се подготвяли за смъртта, когато са чувствали, че краят наближава. В Средния Изток, например, умиращият е лягал, обкръжен от приятели и роднини; заедно са преминавали мислено отново през преживяното и след последната изповед умиращият спокойно е чакал смъртта.
5. Лъжата поставя пациентите в позиция да не участват повече във вземането на решения, засягащи здравето им, както и на първо място решението дали да бъдат пациенти. Неразкриването на истината компрометира информираното съгласие. Ако истината е

видоизменена поради различни причини, не можем да приемем съгласието за валидно. Дори и обсъждането на хирургични интервенции и терапия с всичките им подробности не е пълно и съответно съгласието не би било валидно, ако пациентът не е наясно какво същност се стремим да лекуваме с тези мерки.

6. Терминално болните са особено уязвими, неспособни да защитят автономността си и сами да предприемат действия, за да научат истината.
7. Своевременното съобщаване на истината на пациента, който и без това вече я подозира, съчетано с регулярна подкрепа след това улеснява възприемането и нагаждането към нея.
8. Непредоставянето на информация може да доведе до повишена тревожност у пациентите.
9. Палиативните грижи се осъществяват в екип и решението на някои членове на екипа да не се съобщава истината може да срещне неодобрение то на останалите членове на екипа.

Съобщаването на истината се е превърнало в изкуство, на което медицинският професионалист трябва да бъде обучен. Всеобща слабост на подготовката на бъдещите лекари е недостатъчното внимание, което се отделя на важността и придобиването на умения за ефективна комуникация с пациентите.

Букман предлага 6 стъпки в съобщаването на лоши новини:

1. Начало. Подсигурява се спокойна обстановка насамо с пациента, като впоследствие се изяснява кои други лица пациентът би искал да бъдат включени. Пациентът се предразполага за последващия разговор: Как се чувстваш днес?
2. Установяване какво вече е известно на пациента. Какво вече ти е известно за заболяването ти?
3. Установяване какво би искал да знае пациента. „Някои пациенти искат да им представя само общата картина, а други се интересуват от всички детайли. Ти какво би искал да знаеш?“
4. Споделяне на информацията. Лекарят трябва да се подготви предварително с информацията, която ще предложи на пациента: диагноза, лечение, прогноза, подходи за подпомагане на пациента. Информацията трябва да се предоставя на малки порции с паузи за оставяне време на пациента да осъзнае чувството.
5. Реагиране на чувствата на пациента.
6. Планиране. Нужно е изготвяне на конкретен план, който да се обясни стъпка по стъпка на пациента. Той трябва да знае кога ще бъде осъществен следващия контакт с него и да разполага с координати за връзка в случай, че възникне нещо преди насрочената следваща среща.

В резюме при съобщаването на истината е важно:

1. Да се намери подходящ начин да се съобщи истината, за да не се пренебрегне принципът за ненанасяне на вреда на пациента. Трябва да се осигури емоционална подкрепа на болния и семейството му.
2. Да се подберат подходящите думи, да не се използват сложни медицински термини, които могат да бъдат разбрани погрешно.
3. Да се осигури подходяща обстановка — уединено място, без прекъсвания (пейджърите и мобилните телефони да са изключени); в този момент болния трябва да види, че няма нищо по-важно за лекаря от неговата съдба. От значение са множество на пръв поглед незначителни детайли, които обаче могат да подпомогнат значително комуникацията като:
 1. скъсяване на дистанцията между лекаря и пациента (да не се позволява прекия контакт между двамата да е възпрепятстван от предмети;

2. Вместо да седнат от двете страни на бюрото, по-добре да са един срещу друг – на една ръка разстояние, така че ако пациентът почувства нужда да стисне ръката на лекаря или дори да го прегърне в някой момент, да може да го направи;
3. наличие на чаша вода, пакетче носни кърпички и др.
4. Да се подбере подходящ момент за съобщаване на истината, за да може да се окаже подкрепа на болния при преминаване през различните етапи на психологическата реакция.
5. Да се осъществи в подходящо обкръжение. Съобщаването на истината е пряко задължение на лекаря, но това не означава, че то трябва да става на четири очи. Препоръчва се сформирание на т.нар. клинични конференции или срещи, в които да се включват и другите членове на екипа, особено медицинската сестра, която е най-близко до болния; специалист по етика или психолог; близките на болния, освен, ако той изрично не е подчертал, че не желае близките да знаят истината. На така организираната среща трябва да бъде предоставена възможност на всички участници да споделят тревожащите ги въпроси и чувства.

Елементи на палиативната грижа

Основната задача на медицинския работник при обгрижване на терминално болни е да направи оставащата част от живота им колкото е възможно по-удобна и по-комфортна. Това означава най-вече облекчаване на **болката**. Тук възникват няколко проблема:

1. От една страна, облекчаването на болката би подобрило качеството на живот на тези болни. От друга страна, обаче, използваните за тази цел медикаменти най-често са опиоидни аналгетици, чиито страничен ефект е добре известен – респираторна депресия. Допълнителен утежняващ ситуацията факт е, че при терминално болни обикновено са нужни много по-големи дози, за да се купи болката, тъй като към тези медикаменти бързо се развива толеранс. Оттук произтича и проблемът за двойния ефект, чиято същност е в това, че големите дози медикаменти при терминално състояние могат да съкратят живота на пациента вследствие на страничните действия и продължителността на прилагането им. Кога е морално и правно приемливо пациентът да почине в резултат на високи дози опиати? Общоприето становище е, че водеща в случая е първоначалната цел на медицинския работник:
 1. Ако медицинският работник е дал по-високата доза с цел да облекчи болките на пациента и да подобри качеството му на живот, а не умишлено да съкрати живота му, това се счита за морално и правно приемливо.
 2. Ако целта на медицинския работник е била да ускори смъртта на пациента, давайки му по-висока доза болкоуспокояващи, тогава това се счита за морално неприемливо и за престъпление от правна гледна точка.
2. Облекчаването на болката с помощта на съвременната фармакотерапия поставя и друг проблем – запаването на пациента в съзнание, контактен, за да може да общува с близките си.
3. На трето място се поставя въпросът за привикването към опиоидните (наркотични) аналгетици. Този проблем не трябва да се пренебрегва, но когато става дума за терминално болни, чиито „дни са преброени“, всички ав тори са единодушни, че осигуряването на възможно най-спокоен край на живота следва да има приоритет пред опасността от привикване. Болката има не само физическа компонента, но е свързана и с **духовно страдание**. Психиката на човека се променя и той възприема себе си и околния свят различно. Комплексността на болката е описана от Сесили Сондърс още

В 1964 г. Тя предлага термина „**тотална болка**“ и идентифицира нейните 4 елемента: **физическа, психологическа (емоционална), социална (практическа) и духовна болка**. Разглеждането на болката като многокомпонентно явление е полезен подход за ефективно повлияване на този симптом.

4. Облекчаване на **психическите страдания**

1. Лекарят и психологът правят психологическа оценка на влиянието на терминалното състояние върху пациента и семейството му
 2. При необходимост се търсят допълнителни специалисти
 3. Изготвя се и се прилага програма за справяне със скръбта, която продължава за семейството и след смъртта на болния
 4. Оценява се влиянието на извършената дейност върху персонала – работата с терминално болни е много деликатна, депресираща и изчерпваща. При нея често при специалистите се наблюдава т.нар. синдром на Бърнаут. Това налага конкретна работа на психолога с членовете на екипа.
5. Уреждане на социалния статус на пациента – тази дейност се контролира от социалния работник, съвместно със семейството

Палиативен екип

Мултидисциплинарната грижа е интегриран екипен подход съобразно международните и национални стандарти в здравеопазването. Определяне на алгоритъма за лечение често включва участието на различни медицински и други специалисти, с цел да се предостави модерно и навременно лечение за пациента. Често тези мултидисциплинарни екипи включват различни специалисти, които обхващат физическите, емоционални, психически, духовни и други нужди на пациента и неговите близки. От особено значение е екипната работа на специалистите с цел, на първо място, да се гарантира най-високо качество на предоставената медицинска грижа и до колкото е възможно да се намали стреса при работа с нелечимо болни пациенти. Броят на специалистите, които са ангажирани със състоянието на терминално болния пациент, зависи от диагнозата и алгоритъма за лечение, предвиден в медицинските стандарти.

Най-често в мултидисциплинарните екипи са включени:

1. лекар – това е водещата фигура, която участва активно в целия процес от момента на поставяне на диагнозата, през лечението до настъпване на леталния край;
2. медицинска сестра – притежава ключова роля в цялостния процес по оказване на медицинска помощ на пациента. Участва активно в процеса по лечение на пациента, като спазва правилата за добра медицинска практика, защита правата на пациента и се придържа към утвърдения протокол за лечение на пациента. Медицинската сестра изпълнява и функцията на координатор на екипа. Води пациентското досие за болката и ефекта от прилаганото лечение
3. социален работник – основната функция е предоставяне на социални услуги на терминално болния пациент, предвидени в нормативната уредба с цел подкрепа и улесняване на условията на живот на болния и неговото семейство;
4. духовно лице – в моменти, когато човек е застигнат от тежка диагноза, която има трайно негативно влияние върху физическия и емоционален статус на живот, най-често опора се търси във вярата. Според Ритър „свещениците могат да помогнат на пациентите по начини, които не са достъпни за медицината и свързаните с нея професии“.

5. С оглед структурата на дейност, финансовите възможности и целите, които си поставя организацията, предоставяща палиативни грижи, към изброените до тук субекти, участие в мултидисциплинарния екип могат да вземат и психолог, физиотерапевт, музикотерапевт, трудотерапевт, диетолог, специалисти по нетрадиционна медицина, фармацевти и доброволци

Организационни форми за предоставяне на палиативна грижа

Международната асоциация за хосписни и палиативни грижи обособява пет основни организационни форми за хосписни и палиативни грижи:

1. болнично отделение за палиативни грижи в рамките на многопрофилна болница за активно лечение или специализирана болница;
2. болничен екип за палиативни грижи работещ с или без специализирани легла в многопрофилна болница за активно лечение;
3. хоспис;
4. дневен хоспис;
5. палиативни грижи в общността.

За да се определи формата и начинът на предоставяне на палиативна грижа, с оглед различните форми на настаняване, които съществуват, следва да се направи оценка в стационар за спецификата и характера на поставената диагноза, продължителността на лечение, спецификата на необходимите медицински интервенции и медикаментозна терапия.

Най-широко разгърнати са хосписните грижи в дома, което съответства на тенденцията, че много терминално болни биха искали са прекарат колко-то е възможно по-дълго в дома, и ако е възможно да умрат в дома си.

1. Предимства на хосписните грижи в дома:

1. Грижите в дома са обикновено по-евтини от институционалните грижи.
2. Семейството се третира като една единица и то поддържа контрол над средата, в която се обгрижва терминално болният.
3. Стилът на живот на пациентите остава непроменен и те удовлетворяват предпочитанията си за храна и активност.
4. Налице е сестра от хосписа, която обучава и наблюдава физическия и психологически статус на пациента, съветва и помага на семейството в разрешаване на конфликти като насърчава позитивната комуникация.

2. Проблеми, свързани с хосписните грижи в дома:

1. Членовете на семейството, обгрижващи болния в дома, се изтощават от 24-часовите грижи.
2. Не винаги се предоставя ценово реимбурсиране на професионалните услуги и материали от някои осигурителни програми.
3. Възприемането на спешните ситуации от болногледачите може да създаде тревожност и да намали възможностите им за справяне.

4. По-голямата част от грижите може да бъде стоварена върху плещите на едно лице предоставящо помощ, ако няма адекватно планиране и подготовка за разпределение на задачите сред другите лица.

Евтаназия

Проблемите на смъртта и умирането все повече привличат общественото внимание през последните десетилетия. Нарастват и критиките към увеличаващата се сила на модерната медицина, която прилага всяка налична техника без да се съобразява дали и до каква степен пациентът би извлякъл полза от това. Съвременното общество е развило отчуждение от процеса на умирането, фокусът на медицината е към лечението, а не към качеството на живота, страданието е самотен процес. В търсене на по-добра смърт дебатът за и против евтаназията се разгаря с нова сила.

Понятието „евтаназия“ означава „лека, бяла, приятна смърт“. За първи път се използва официално в художествената литература през XVII в., където английски автор използва това понятие, за да обозначи желанието на свой герой в произведението за такава смърт. Наречена е още „mercy killing“, което означава безболезнено умъртвяване на неизлечимо болни, причинено съзнателно чрез лекарства поради състрадание и милост към такива болни. Макар евтаназията да е едно от най-обсъжданите понятия, то и досега няма пълно единство и покритие в смисъла на използваните термини. Съгласно доклада на специалния комитет към Сената в Канада евтаназията се определя като „предумишлено действие, предприето от едно лице с намерение за прекратяване на живота на друго лице с цел облекчаване на страданието му, което действие е причина за смърт“. Според Холандското и Белгийското законодателство евтаназията е преднамерено прекъсване от лекаря на живота на пациента по негова молба

На човешката личност ѝ се полага не само достоен живот, но и достойна смърт, особено, когато става въпрос не за внезапна смърт при различни непредсказуеми обстоятелства, а за реалния завършек на една безвъзвратно обречена и страдаща човешка индивидуалност. Какво е разбирането за „добра смърт“? В ранните години, последвали появата на първия модерен хоспис „Свети Кристофър“, за „добра смърт“ е била приемана смърт без физическа болка и други неприятни симптоми и елиминиран дискомфорт в психологическата, духовната, социалната и емоционалната сфера. Понастоящем проблемът за „добрата смърт“ представлява широко обсъждан обществен въпрос, а не само научен интерес в литературата, посветена на терминално болните и палиативните грижи.

Определението на Института по медицина (Вашингтон) за „добра смърт“ акцентира върху три основни страни „добра смърт е тази, която е

1. без стрес и страдание за пациентите, семействата и обгрижващите лица;
2. която съответства на желанията на пациентите и семействата;
3. и която е в разумен баланс с клиничните, културни и етични стандарти“.

12 принципа на добра смърт

1. Пациентът: – да знае кога идва смъртта и да разбира какво може да се очаква;
2. да е в състояние да контролира това, което се случва;

3. да му е гарантирано достойнство и уединение;
4. да има контрол над облекчаването на болката и другите симптоми;
5. да може да избере къде да настъпни смъртта (в дома или другаде);
6. да има достъп до информация и необходим професионален опит;
7. да има достъп до духовна или емоционална подкрепа;
8. да има достъп до хосписни грижи където и да е, не само в болница;
9. да контролира кой да присъства и споделя неговия край;
10. да може да изрази предварителна воля относно желанията си;
11. да има време да се сбогува и да контролира други времеви аспекти;
12. да може да напусне живота навреме без безполезно удряване.

Дефинирането на „добрата смърт“ може да зависи и от ситуацията, към която фокусираме вниманието си. Понятието „смърт“ се използва в литературата по палиативни грижи по отношение на 3 различни и последователни ситуации: процес на умиране, настъпване на смъртта, състояние на смърт. Понятието „добра смърт“ може да се отнася до целия комплекс от ситуации или само до някоя от тях. Например, контролът на болката е характеристика на добрата смърт относно самия процес на умиране. Смъртта в съня е характеристика на добрата смърт по отношение на настъпването на смъртта. Уважителното третиране на човешкия труп пък е характеристика на добрата смърт по отношение самото състояние на смърт.

Възприемането на смъртта зависи от това дали човек цени повече качеството на живота или неговото количество. Тези, които ценят качеството на живота, търсят физически комфорт, липса на болка, завършеност на делата си, запазен интелект и мобилност, за да могат да продължат любимите си дейности. Такива хора обикновено избират палиативните грижи пред агресивното лечение, когато са изправени пред терминално заболяване. От друга страна, хората, които гледат на живота като на ценна придобивка, се стремят да спечелят всяка минута в повече и искат да поддържат телесните функции по всякакви възможни начини. Те рядко предпочитат палиативни грижи пред агресивна терапия. Така погледнато за постигане на „добра смърт“ е необходима работа с терминално болния и семейството му за преодоляване на скръбта и преоценка на гледна точка от количеството към качеството на живота.

Исторически преглед

В Древна Гърция и Рим евтаназията и самоубийството били етично приемливи и практикувани като медицинска услуга. Лекарят е можел да окаже помощ за извършване на самоубийството и да присъства при осъществяването му. Исторически пример за това е Сенека, на когото лекарят помогнал да умре, като му дал отрова. Платон е предвиждал в своята идеална държава специални места, където да бъдат оставяни децата с телесни недъзи, препоръчвал е също прилагане на активна евтаназия спрямо психично болните. Единствените противници на това схващане — членовете на религиозната секта на питагорейците, нямали широка обществена подкрепа. Хипократовата клетва, създадена в тази школа, отхвърля евтаназията и самоубийството като допустима практика на лечителя. По-късно хуманитарните учения и християнство то облагородяват суровите древни обичаи, започва да се култивира милосърдие спрямо болните, недъгавите, непълноценните и възрастните индивиди. Например юдео-християнската традиция признава на всяко новородено присъща за него човешка стойност, поради което обявява убийството на дете, независимо от социалния му или здравен статус, за престъпление. През Средновековието евтаназията се отрича напълно.

За юдейството, християнството и исляма евтаназията и самоубийството са грях. Християнската религия отхвърля допустимостта на умишленото отнемане на чужд или своя живот, дори и по милосърдни причини. Идеята е, че страданието е изпратено от Бог за изкупление на греховете. По това време евтаназия се практикува единствено по отношение на тежко ранените в бой. Те били доубивани от състрадание със специално предназначен за тази цел къс меч, наричан „мизерикордия“ (милосърдие), защото се използвал като средство за избавление от предсмъртните мъки. Църквата разрешавала убийство на болните от бяс. След църковните събори в Брага (562 г.) и Толедо (693 г.), изповядващите християнска религия започват да третират самоубийството и евтаназията като непроситим грях.

В епохата на Ренесанса лекарското съсловие отхвърляло активната евтаназия, но с одобрение се е ползвала пасивната, разбирана като доброволен отказ от животоспасяващи действия. Томас Мор в „Утопия“ (1516) защитава правото на хората да умират по собствено желание и призовава да не бъде преследван лекарят, който им е помогнал за това. Гражданското и юридическото отричане на евтаназията се оформя с нарастване на хуманността на обществото и признаване правото на неприкосновеност на отделната личност, прокламирано от Френската революция. През втората половина на XX век силата на организираното про-евтанатично движение нараства. През 20 век – посоката е увеличаване на хуманността, уважение на човешките права, което прави идеята за евтаназия неприемлива за повече държави. Разбира се, има и такива, в които тя е приета със закон. Един от класиците на века – Франц Кафка я подкрепя безпрекословно: „Убийте ме, в противен случай, вие сте убиеца“. При формиране на общественото мнение значителна роля играе религията. За християните, юдеите и изповядващите исляма евтаназията и самоубийството са грях. Отнемането на живот (свой или чужд), дори по милосърдни причини, бива отхвърляно и осъждано.

В САЩ (Калифорния – 1976 г., а до 1999 г. и в останалите щати) е узаконен документ, който позволява на медицинските практики да откажат или прекъснат приложението на медицински мерки, включително и животоспасяващи, на базата на предварително изказано желание от пациента. През 1982 г. в Швейцария е създадено „Обединение за хуманна смърт“, което да защитава правото на човека да избере смъртта при терминална болест. Дружеството издава „ръководство“ за извършване на самоубийство и активна евтаназия. През 1980 г. е основана международна организация на привържениците на евтаназията – „Световна федерация на обществата за право на смърт, която до 1990 г. обединява евтанатични общества от над 21 страни. Тяхната цел е признаване правото на „самоопределение чрез смърт“. За първи път законодателно решение е прието в Австралия през 1995 г. чрез Закон за терминално болните, който действа само една година, след което е бил суспендиран.

Проучвания на общественото и медицинското мнение (вкл. и в България) показват подкрепа на евтанатичните идеи. Постоянно нараства относителният дял на гражданите, считащи, че лекарят има право да извърши активна евтаназия, както и на лекарите, склонни да окажат такава помощ. В доктрината първите опити научно да се опише и анализира евтаназия датират от края на деветнадесети век. Появяват се статии в САЩ и Англия на тема форми за „управление на смъртта“ в случаи на жени, болни от рак на яйчниците, за които се е считало, че високи дози на медикаменти за овладяване на болката е оправдано, дори да доведат до смърт. През 1903 г. в щата Ню Йорк се гласува резолюция за допустимостта и узаконяването на евтаназията не само като право, но и като задължение на лекаря. През 1936 г. английският парламент отхвърля законопроект за приложение на евтаназията след възражения от лекарските среди.

Видове евтаназия

1. В зависимост от компетентността и волята на пациента.
 1. Доброволна евтаназия. Предприеманото от лекаря действие е съобразено с желанието на пациента, който е напълно компетентен да вземе решение за прекратяване на неговия живот.
 2. Недоброволна евтаназия. При нея или пациентът е некомпетентен или е компетентен, но не е изразявал желание за прекратяване на живота. Обществото или някое лице (най-често лекарят) взема решение да сложи край на страданията на болния.
2. В зависимост от характера на предприеманото действие:
 1. Активна (пряка) евтаназия. Предприетото от лекаря или друг член от екипа активно действие предизвиква директно смъртта на болния (напр., смъртоносна инжекция, смъртоносна доза таблетки и др.).
 2. Пасивна (непряка) евтаназия. Смъртта на пациента е резултат от съзнателно бездействие или въздржане от започване на действие, което би продължило живота на пациента.

Асистирано самоубийство

Твърде често евтаназията се разглежда заедно с понятието „асистирано самоубийство“. Основание за това е фактът, че и двете включват предприемане на съзнателно действие за прекратяване или подпомагане на прекратяването на живота на друго лице, за да се облекчи болката и страданието. С други думи, и двете действия имат за резултат смърт на дадено лице и са породени от съчувствие или състрадание към безнадежно болния, **но се различават по извършителя** – винаги друго лице при евтаназията и самият пациент при асистираното самоубийство.

В противоположност на евтаназията обаче асистираното самоубийство представлява преднамерено подпомагане на самоубийството на друго лице, чрез предоставяне на необходимата информация и средства за извършване на такова действие. Когато лекарят е този, който предоставя помощ, то се нарича асистирано от лекаря самоубийство – напр., лекарят улеснява смъртта на пациента чрез снабдяване със сънотворни медикаменти и го информира за смъртоносните дози, макар и да е убеден, че пациентът може да извърши самоубийство. Следователно, лекарите са тясно свързани с реалността на евтаназията и асистираното самоубийство в обществото поради работата им с умиращи пациенти и поради това, че най-честите средства за безболезнено прекратяване на живота са предписаните от лекаря медикаменти. Разгледаното в предходната глава „действие с двоен ефект“ не се прие ма за евтаназия, тъй като при него смъртта на пациента не е съзнателно търсена, а е случаен резултат на странични ефекти на наркотичните аналгетици.

Правната рамка на евтаназията

Въпросът дали да се легализира такава смърт се дискутира във всички държави и има философски, медицински и правни аспекти. Принципите, около които се провежда дискусията, се съсредоточават в следното: да се разреши ли юридически да се сложи край на живота на едно лице, което страда от неизлечима

болест и желае смъртта си, или да не се разреши. От друга страна, се поставя и въпросът може ли да се регламентира друго лице (обикновено медицински персонал) да сложи край на живота на страдащия безболезнено, чрез медицински средства.

Принципно в повечето държави законодателствата **не разрешават официално евтаназията**. В някои държави се разреши евтаназия (Холандия, Белгия, Франция, Италия, Швейцария, Япония, Испания отделни щати в САЩ), но отделните закони уреждат по различен начин условията и правния режим.

В Холандия през 2001 г. се приема Закон за активна евтаназия. Според него легалната евтаназия се извършва при спазването на строги материални и процесуални правила: 1. лицето трябва да разбира значението на желанието си; 2. желанието му трябва да е доброволно и периодически повтарящо се; 3. желанието трябва да е изрично документирано по специален начин; 4. необходима е консултация на екип от специалисти, които нямат пряко отношение към лечението на пациента

Процедурата по разрешаване на евтаназията е следната: Ако са налице тези кумулативно предвидени условия, се сезира съдът и той дава разрешение за извършване на евтаназията. Едно от скорошните законодателни решения заслужава повече внимание, а именно допълнението на Закона за евтаназията в Белгия през 2014 г. За първи път държава допуска евтаназия на деца. Според белгийския закон право на евтаназия може да имат тези деца, при които са налице „постоянно и нетърпимо физическо страдание, не подлежащо на облекчение и породено от случайно увреждане или от патологично тежко и нелечимо състояние.

Друга особеност, свързана с разрешението за евтаназия е инцидентната съдебна практика на Великобритания по делото „Даян Прити срещу Обединеното кралство“. Съдът призна правото на пациентката да бъде извършена евтаназия, по нейна молба, поради парализа, причинена от заболяване с прогресиращ характер и фатален край към момента. Случаят е специфичен поради няколко отлики от традиционното схващане за евтаназия в законодателствата и обществото. Този казус илюстрира още по-силно философските тези за съпоставимостта между правото на живот и ползността на живот.

В България за първи път евтаназията се регламентира изрично в Закона за здравето, който влиза в сила през 2005 г. Според чл. 97 от Закона за здравето **на територията на Република България се забранява изрично евтаназията**. Правните последици от тази забрана са следните. При извършване на активна евтаназия ще се приложи чл. 5 от наказателният кодекс за убийство или чл. 127 за подпомагане към самоубийство. При извършване на пасивна евтаназия ще се приложи чл. 134 и чл. 138 за неосъществяване на медицинска помощ на лице, което се нуждае от такава. През 2011 г. беше внесен проектозакон в пленарна зала на Народното Събрание, но не беше приет. Според чл.1 (2) на отхвърления от народните представители на РБ проектозакон „Евтаназията е удовлетворяване на молбата на неизлечимо болния или неговите близки за ускоряване на неговата смърт по безболезнен начин, включително и чрез прекратяването на изкуствените системи за поддържане на живота.“

Етични аспекти на евтаназията

Наблюдава се нарастващ натиск за решаване на въпроса дали лекарите и други здравни професионалисти биха могли при определени обстоятелства да участват в съзнателно ускоряване на смъртта на даден пациент и дали тази практика трябва да бъде приета от обществото като цяло. Етичните, правни и обществени аспекти на този проблем заслужават внимателно разглеждане поради следните причини:

- С навлизането на модерните медицински технологии от средата на XX век стана възможно удължаване на живота на болните извън нормалната способност на тялото за функциониране и поддържане. Някои приемат тези технически постижения като неестествени, болезнени и унижителни и настояват да им бъде разрешено да умрат по естествен начин или да им бъде дадено право да прекратят живота си с медицинска помощ. Обществото обаче няма готова морална, научна, религиозна, философска и нормативна база в отговор на тези въпроси
- В условията на високи технологични постижения обемът и стойността на медицинските грижи за умиращите и терминално болните непрекъснато нарастват и възниква проблемът за справедливото разпределение на здравните ресурси на макро- и микро ниво.
- Удължаването на средната продължителност на предстоящия живот доведе до промяна във възрастовата структура на населението и нарастване на дела на възрастните и стари хора, а оттук – и на хроничните неизлечими заболявания.
- Променя се ценностната система на съвременния човек, поставя се акцент върху качеството на живота във всички жизнени фази, включително и при неизлечими заболявания, което може да постави пациента пред алтернативата да продължи да живее или да избере смъртта.

Аргументи в полза евтаназия

1. Уважение на автономността на пациента. Ако зачитаме правото на пациентите да вземат решения по отношения на здравето си, защо да не могат да определят и времето и начина на настъпване на смъртта.
2. Благодейние за терминално болните. Евтаназията облекчава непоносимото страдание на терминално болните.
3. Медицинска отговорност. Прогресът на медицината е довел до удължаване на живота без нужното качество на живот и болезнена и пролонгирана смърт. Следователно, отговорност на медицината е да разреши създаденият проблем.
4. Какво е сам по себе си животът? Сенека казва: „Трябва да се уважава не изобщо животът, а добрият живот.“

Аргументи против евтаназия

1. Ако приемаме уважението на автономността за приоритетен принцип, би трябвало да защитаваме по-скоро асистираното самоубийство, отколкото евтаназията.
2. Молбите за евтаназия не винаги отразяват желание за прекратяване на живота. Те може да са свързани със симптоми на терминалната фаза — болка, апнея, анорексия и др. Може да съществуват вътрешни мотиви като неудовлетворение от живота, липса на надежда, чувство на безсмислие и да бъдеш тежест за околните. Проучване през 1991 г. разкрива, че главната причина за обществена подкрепа на евтаназията е страхът: страх от карцином или друго изтощаващо заболяване; страх да не се превърнеш в тежест за семейството.
3. Аргумент на наклонената плоскост. Ако днес сметем за морално приемливо извършването на евтаназия при страдащи терминално болни, утре може да я приемем при новородени с увреждания, после при инвалиди и така ще се изправяме пред нови все по-тежки етични дилеми и определянето на границата между морално допустимото и недопустимото ще става все по-трудно.

4. Ценността на човешкия живот и неприложимостта на утилитарния подход към него. Човешкото съществуване не може да бъде оценявано единствено от позицията на ползата, която то носи на индивида и на обществото.
5. Активната евтаназия е несъвместима с хуманността на медицината. Мотивите за съчувствие и състрадание, които се привеждат в подкрепа на евтаназията не могат да гарантират, че тя ще бъде ограничена само към лица, които я желаят доброволно.
6. Допускането на евтаназия фактически сменя от лекаря отговорността за живота на болния. Не е изключена възможността за професионални пропуски и дори престъпления, немарливост и бездушие.
7. Активната евтаназия повишава ятрогенността на медицината, тъй като в очите на болните тя може да изглежда като лекарска капитулация и решаване на проблемите по пътя на най-малкото съпротивление.
8. Възможни са грешки в преценката за възможностите за излекуване на болния.
9. 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 лекаря в свой екзекутор. В Холандия, където повече от десетилетие има открита практика на евтаназия се отчитат обезпокоителни тенденции на намаляване на обществената толеранс към терминално болните.
10. Евтаназията е ненужна, ако са налице добре развити палиативни грижи. Движението в подкрепа на евтаназията се заражда като протест срещу нарастващата тенденция в медицината да отчуждава индивида от собствената му смърт, както и в търсене на по-добра смърт. Увеличаващите се знания и опит в областта на палиативните грижи, от друга страна, довеждат до твърдения, че ефективните палиативни грижи превръщат дискусията около приемането на евтаназията в ненужна.

Религиозни аспекти на евтаназията

1. **Юдаизъм.** Според еврейските разбирания човекът е Божие създание и само Бог трябва да реши кога и как да умре. Никой няма право да прекъсва живота си, защото той не му принадлежи. Когато животът е застрашен от заболяване или нараняване, трябва да бъде предприето всичко възможно за запазването му. Смъртта никога не бива да бъде ускорявана. Следователно, на евтаназията се гледа като на убийство.
2. **Католицизм.** Евтаназията се приема като противоречаща на Християнската традиция. На страдащите и терминално болните обаче се разрешава да се въздържат от живота-поддържащи мерки излизащи извън рамките на обичайните и подлагащи пациентите на непропорционален на ползата дискомфорт и страдание.
3. **Протестанство.** По принцип протестантските виждания по въпросите на живота и смъртта не са коренно различни от католическите, но до XVII век е имало известни разминавания. Например, обратно на католическото схващане за самоубийството като непроситим грях, протестантите смятат, че тази преценка трябва да се прави единствено от Бог.
4. **Ислям.** Аллах е създател и собственик на живота. Само Той може да определя момента на смъртта. Самоубийството и евтаназията са забранени за мюсюлманите. Животът на всеки трябва да бъде уважаван независимо дали става въпрос за неродено дете или възрастен, болен или инвалидизиран човек. Пророкът Мохамед ясно забранява всички методи на самоубийство като приемане на отрова, скачане от планина или използване на железен инструмент. Наказанието е адът.

5. **Хиндуизъм.** На смъртта се гледа като на един от етапите на живота. Тя не е трагично явление. Трагична е преждевременната смърт, която отнема възможността на човека да се освободи от кръга на преражданията. Особено значение се отдава на качеството на живота особено в края на пътя. От тази гледна точка се подкрепя прекратяването на живота на страдащия. Не се подкрепя приложението на всякакви възможни технологични средства в търсене на удължаване на живота
6. **Будизъм.** За будистите висша ценност е състраданието. Тогава логично би било да се предположи положително отношение към евтаназията в случаите на агонизиращи пациенти. В действителност обаче на ускоряването на смъртта се гледа отрицателно, тъй като това би лишило умиращия от последните моменти на живота, в които той има възможност да постигне духовно прозрение. Облекчаването на болката е насърчавано и действието с двоен ефект е морално приемливо, тъй като целта не е да се съкрати живота на пациента, а да се облекчи страданието му. При отпадане на мозъчната дейност прекъсването на животоподдържащите средства е морално приемливо.