

Paliatyvioji pagalba – galimybė tenkinti sergančiųjų gyvybei pavojingomis ligomis ir jų šeimų psichosocialinius poreikius. Europos Sąjungos Ministrų Tarybos rekomendacija Rec (2003) ES 24 valstybėms narėms dėl paliatyviosios pagalbos organizavimo

Margit Marija Rubaževičienė

(Vilniaus universitetas)

1. Požiūrio į mirtį ir mirštančiuosius kitimo ypatumai

Anksčiau mirtis buvo tragedija – dažnai komiška, – vaidinama tam, kuris tuojau mirs. Šiandien mirtis – komedija, visada dramatiška, vaidinama tam, kuris nežino, kad tuojau mirs.

Philippe Aries

Mirties ir mirštančiųjų samprata žmonijos istorijoje visada buvo susijusi su vyraujančia pasaulėžiūra ir visuomenėje paplitusia ideologija, o pasaulėžiūra betarpiškai rėmėsi pasaulio pažinimu, konkretaus meto mokslo bei technikos pažanga.

Rutuliojantis mokslui, keitėsi ir požiūris į mirtį bei mirimą.

Pirmykščiame žmogui mitai padėdavo suvokti aplinkinį pasaulį: išgyvenant mitus, vaizduojant juos kulto apeigomis ir simboliškai jas atliekant, žmogui atsiskleidavo būties tvarka. Jis suvokdavo būtį, o joje ir save patį. Tai buvo tarsi žmonių įsiliejimas į aplinką, susijungimas su gamta ir jos reiškiniiais (Guardin, 1994).

Tokiame fone ir mirtis buvo natūralus, įprastas reiškinys, pakartojantis gamtos kitimo ritmą.

Viduramžiais mirtis taip pat buvo natūrali gyvenimo dalis. Philippe Aries, nagrinėdamas mirties sampratą Vakarų kultūros istorijoje, tokią mirtį vadino „prijaukinta“. Buvo nevalia iš mirštančiojo atimti mirtį. Taip pat reikėjo, kad jis pats tam vadovautų. Žmogus viešai gimdavo, viešai ir mirėdavo (Aries, 1993). Išlydėti mirštantįjį buvo patikėta kunigui, t. y. *dvasiniam draugui*.

XV a. pradžioje (apie 1415 m.) lotynų kalba buvo išleistas pirmasis Europoje *mirimo vadovas: Ars moriendi (Mokėjimas mirti)*, parašytas, kaip spėjama, nežinomo dominikonų vienuolio. Knygoje pateiktos *gero mirštančiojo elgesio* taisyklės ir patarimai, kaip *reikia* elgtis šalia mirštančiojo*.

Knyga ilgai buvo labai populiari; išversta į daugelį Vakarų Europos kalbų.

Iš kitų rašytinių šaltinių savitumu ir, anot psichologo Carlo Gustavo Jungo, gilia psichologine mirties nuovoka išsiskiria tibetiečių *Tibeto mirusiųjų knyga*. Pažodinis sutrumpintas originalo

* Knygą sudaro 6 skyriai, kuriuose: aiškinama, kad mirtis turi ir teigiamybių, todėl jos nereikia bijoti; nurodomos penkios pagundos (primenančios Tibeto mokymus) – netikėjimas, neveltis, nekantrumas, dvasinė puikybė ir godumas, tykančios mirštančiojo, ir kaip jų išvengti: išvardyti septyni klausimai, kuriuos reikia duoti mirštančiajam, kad jis apmąstytų prisikėlimą žadančią Kristaus meilės galią; nurodomas būtinumas sekti Kristaus gyvenimo pavyzdžiu: artimiesiems ir draugams patariama, kaip elgtis šalia mirštančiojo ir kokias maldas už jį sukalbėti (pagal Blake, 1982).

pavadinimas – *Išsilaisvinimas* [pomirtiniame] *tarpsnyje klausantis* [pamokymų]. Šis vadovas priskiriamas VIII a. guru Rinpočei, kuris paslėpė knygą kaip tikrąjį „dvasinį lobį“. Ji buvo rasta XIV a. (Tibeto mirusiųjų knyga, 2002).

Mokymuose aiškinamos individualios pasiruošimo mirčiai praktikos ir įvairios pagelbėjimo mirusiesiems metodikos. Mokymai remiasi tikėjimu, kad mirusysis gali girdėti ir įgyvendinti su juo dvasinį ryšį turėjusių gyvųjų (lamų, dvasios brolių ar artimų draugų) pamokymus. Mirštančiajam reikia padėti mirties valandą sutelkti dėmesį į amžinus dalykus ir baigti šį gyvenimą ramiai, jaučiant dvasios palaimą netgi tada, kai dėl ankstesnės blogos *karmos* (skr. *karma* (*n*) – žmogaus veiksų etinių padarinių visuma, nuo kurios priklauso, į kokią būtybę jis persikūnys po mirties) buvo tekę sunkiai sirgti.

Reikia džiaugtis mirtimi tarytum grįžtant į tėvų namus, mokė didis tibetiečių mokytojas Conkapa (1357–1410, cit. pagal Tibeto mirusiųjų knygą, p. 40), tačiau laiminga, šviesaus budrumo lydima mirtis nėra tikslas, o tik dvasios ugdymo padarinys.

Tibetiečiai – teisingu mąstymu ir doru elgesiu – mirčiai ruošiasi visą gyvenimą. *Be abejo, daugelis mūsų norėtų mirti ramiai, bet aišku ir tai, kad negalime viltis ramios mirties, jei gyvendami smurtaujame, jei mūsų protą nuolatos trikdo tokios emocijos kaip pyktis, aistringas prierašumas ar baimė. Tad norėdami laimingai mirti, turime dorai gyventi. Tikėdamiesi ramios mirties, turime puoselėti savo dvasios ir gyvenamos ramybės* (Dalai Lama. Įvadinis S. Rinpočės knygos *Tibetiečių gyvenimo ir mirties knyga, 2007*, žodis)**.

Vėlyvųjų viduramžių ir Renesanso laikais žmogus dar noriai dalyvavo savo mirtyje, nes ją laikė ypatingu momentu, kai asmenybė *įgauna galutinę formą*.

Mirtis buvo paprasta, todėl mirties apeigos buvo atliekamos iškilmingai, tačiau be dramatiškumo ir kraštutinių emocijų. (Aries, 1998)

Tobulėjant racionaliui mąstymui, mokslui ir technikai, vis labiau tolstama nuo paprasto mirties suvokimo.

XX amžiuje galutinai susiformavo materialistinė pasaulėžiūra. Mokslas, kaip pasaulio pažinimo metodas, atsiribojo nuo – kaip nevertų tyrinėti – visų reiškinių, kurių negalėjo „pamatuoti“ ir išreikšti skaičiais arba formulėmis; kartu nuo mirties bei mirimo.

Materialistinių pažiūrų žmogui mirtis – iracionalus, beprasmiškas, neturintis jokios naudos „baubas“.

Senatvė, kaip svarbus pasiruošimo mirčiai tarpsnis, tame kontekste irgi prarado savo prasmę: tarsi gamtos ar evoliucijos netobulumas, akivaizdžiai nešantis vien praradimus ir netektis, kaip „klaida“, kurios privalome visais įmanomais būdais išvengti arba bent jau kuo labiau ją atitolinti. *Žmonės verčiami bent jau „stengtis“ išlikti amžinai jauni, išsaugoti fizinę sveikatą, stiprumą, nepriklausomybę, vengiant visko, kas kelia liūdesį ar rūpestį, dedantis visada laimingais, net jei slegia didelis sielvartas* (Ricmann, 1987).

** Tibeto religija skelbia džiaugsmingą išvalgą: mūsų dvasioje glūdi ne „pirmąpradė nuodėmė“, o **Šviesa**, atsiskleidžianti prieš pat mirštant ir po mirties. Mirimas – arba *mirties prieangio* tarpsnis – vienas iš keturių (Gyvenimo, Mirties prieangio, Esmės ir Tapimo) būties tarpsnių. Pati mirtis yra lygi koridoriui, kuris gali būti nepaprastai pavojingas nepasirengusiems ar paklaidintiems blogų įpročių bei pažiūrų. Kad pasiektų išsilaisvinimą iš *sansaros* (skr. *sangsara, samsara* – priverstinis gimimų ir mirimų procesas, kentėjimo ir vargo „ratas“, kurį suka bukumas, nežinojimas ir žalingos emocijos – gašlumas, pyktis, puikybė, godumas, pavydas – bei jų paskatinti veiksmai) mirusiajam tereikia atpažinti, kad jo regimi vaizdiniai, šviesų spindėjimas yra jo paties sąmonės energijos apraiškos.

Prasidėjo mirties ir mirimo slėpimas. *Tai, kas turėjo būti iškilminga, apsukriai apeinama... Ligonis niekada neturi žinoti (išskyrus išimtinus atvejus), kad artinasi galas. Naujas paprotys reikalauja, kad jis mirtų nesuvokdamas, jog miršta. Net jeigu ir viską atspėja, dedasi nežinąs. Tai tapo moraline taisykle* (Aries, 1993, p. 216).

Mirtis, o pamažu ir senatvė, tapo gėdingas ir uždraustas dalykas.

Pasikeitė ir mirties vieta. Į ligoninę vykstama ne pasigydyti, bet numirti. Nes mirti namuose – „nepadoru“.

Vis labiau artėjama prie vartotojiško idealo – mirtį, kaip ir kitas problemas, išspręsti greitai ir patogiai, be vargo. Todėl, artėjant mirčiai, yra pasiūloma nauja „geros mirties“ forma: mirti greitai ir be skausmo, t. y. taikant *eutanaziją* (gr. *euthanasia*: *eu* – gerai, *thanatos* – mirtis) – lengvą mirtį, neskausmingą neišgydomo ligonio numarinimą.

Situacija pradėjo keistis XX a. antrojoje pusėje.

Susiformavo naujieji mokslai (kvantinė fizika, sistemų teorija, t. t.), kurie skatino naują, holistinį požiūrį į žmogų ir jį supančią aplinką.

Medicinos mokslo bei technikos pažanga iš esmės pakeitė situaciją sveikatos apsaugos sistemoje. Skiepai sustabdė ligų, epidemijų plitimą, o antibiotikai padėjo išgydyti iki tol nepagydomas ligas. Pailgėjo gyvenimo trukmė ir visuomenėje greitai pradėjo didėti pagyvenusių žmonių skaičius. Buvo pastebėta, kad vis daugiau jų kenčia nuo psichosomatinių sutrikimų, emocinių problemų, kai senstant ar progresuojant ligai, susiduriama su vienatvės ir izoliacijos sukelta kančia. Taip pat ir medicina pradėjo daryti „stebuklus“ – vis dažniau pavykdavo atgaivinti pacientus po klinikinės mirties. Pasikeitė ir mirties fakto nustatymo kriterijai.

Atsirado atskiras, mirtį ir su mirtimi susijusius reiškinius tiriantis mokslas – *tanatologija* (gr. *thanatos* – mirtis, *logos* – mokslas). Mokslininkai (kartu ir psichologai) pradėjo tirti mirties fenomeną ir mirties artumo išgyvenimus (R. Moody, E. Kübler-Ross, A. Polcz, K. Ring, B. Jakoby ir kt.). Pasirodė vis daugiau mokslinės literatūros šia tema.

Vėliau buvo išspausdinta naujų knygų – autentiški atgaivintųjų pasakojimai apie esant klinikinės mirties būklės patirtus išgyvenimus (Jankovich, 1998^{***} ir kiti). Jose pabrėžiama, kad, teikiant pagalbą, labai svarbu atsižvelgti į dvasinius paciento poreikius.

I. Jankovich žodžiais, *mirštančiajam didžiausia pagalba – kai jis jaučia, kad stovime greta kupini meilės* (Jankovich, 1998, p. 184). Be to, šis autorius savo knygoje primena popiežiaus Jono Pauliaus II 1980 m. rugsėjo 3 d. Dubline pasakytus žodžius:

Humanistinis žmogaus idealas – kaip teigė Kristus – skleisti meilę ir dėmesį kitiems žmonėms. Tai nėra kliūtis savirealizacijai. Žmogaus esmė – ne materialinės gėrybės, bet meilė. (Jankovich, 1998, p. 188)

Tirdamas mirties artumo išgyvenimus, K. Ring atkreipė dėmesį, kad po tokio išgyvenimo žmonės iš esmės pasikeičia. Jie labiau brangina gyvenimą, siekia tenkinti aukštesnius poreikius (pagal psichologo A. Maslow poreikių hierarchiją). Glaustais paties K. Ringo žodžiais: *Jie išmoko labiau mylėti ir prasmingiau bei dvasingiau gyventi* (Ring, 1998).

Pamažu pradėjo keistis požiūris į mirtį ir mirimą. Kartu pradėjo formuotis naujas, mirštančiųjų ligų simptomus lengvinantis gydymas – *paliatyvioji globa*, buvo įsteigtos pirmosios tokio pobūdžio sveikatos priežiūros įstaigos.

^{***} Netrukus lietuvių kalba pasirodys nauja I. Jankovich knygos *Išgyvenau savąją mirtį* laida.

2. Naujas požiūris į mirštančiųjų ir jų artimųjų poreikius

*Paliatyvioji pagalba tarsi švelnumo skraistė apgaubia
mirštantįjį paskutinėmis jo gyvenimo akimirkomis.
Robert Twycross*

Paliatyviosios pagalbos principai susiformavo XX a. antrojoje pusėje.

Terminas *paliatyvus* yra kilęs iš lotynų kalbos, lotyniškai *pallium* – *kaukė* arba *apsiaustas*. Žodžio kilmė rodo, kad *paliatyvioji pagalba iš esmės yra nepagydomos ligos padarinių slėpimas, ar apsiautimas apsiaustu tu, kurie yra palikti šaltyje, nes gydomoji medicina jiems padėti nebegali* (Paliatyviosios pagalbos organizavimas, 2005).

Šiuolaikinės paliatyviosios pagalbos pradininkė Cicely Saunders (1918–2005) – slaugytoja, socialinė darbuotoja ir gydytoja – 1967 m. Londone atidarė pirmąją paliatyviosios pagalbos ligoninę, Šv. Kristoferio *hospisą* (terminas *hospice* viduramžiais Europoje buvo vartojamas apibūdinti piligrimų ar keliautojų prieglaudą).

C. Saunders tyrė mirštančiųjų ir jų šeimų poreikius, skatino teikti visapusę pagalbą pacientams ir jų artimiesiems ligos metu bei gedint. Hospise buvo suburta specialistų komanda, kuri teikė pagalbą atsižvelgdama į kiekvieno paciento unikalumą.

Šioje ligoninėje nuo pat jos įsteigimo greta mirštančiųjų priežiūros vyko moksliniai tyrimai ir specialistų rengimas. Pagal hospiso nuostatus, jame daug dėmesio skiriama mirštančiųjų ir jų šeimų emocinėms, socialinėms bei dvasinėms reikmėms tenkinti. Sergantiesiems mirtina liga yra labai svarbu naujai suvokti dvasinius savo būties aspektus, todėl personalas yra atviras paciento norui kalbėti šiomis temomis. Dvasinė palyda – labai svarbi pagalbos dalis. Pacientui pageidaujant yra pakviečiamas jo konfesijos dvasininkas. Eutanazija arba aktyvi pagalba mirštant su hospiso principais yra nesuderinama.

Hospisas remiasi krikščioniška atsakomybe užtikrinti žmogui nežeminančias jo orumo sąlygas mirti, nes teigiama, kad mirimo fazė yra *intensyvi* gyvenimo fazė.

C. Saunders iš esmės pakeitė požiūrį į mirštančiųjų ir jų šeimų poreikius, o jos ligoninės patyrimas buvo pradėtas skleisti visame pasaulyje.

Didelę įtaką paliatyviosios pagalbos koncepcijos formavimuisi turėjo psichiatrės Elisabeth Kübler Ross (1926–2004) moksliniai ir praktiniai darbai. Ji susirūpino medicinos darbuotojų elgesiu su mirštančiais. Tai paskatino ją tirti, ką jaučia ir išgyvena mirštantieji, kokios pagalbos jie norėtų sulaukti iš aplinkinių.

Mirtis mūsų dienomis yra daug niūresnė, dažnai mirštama vienu metu, nesąmoningai, taip, kaip nederėtų žmogui. (Kübler Ross, 2001)

E. Kübler Ross atkreipė dėmesį, kad išnyko tikėjimas, kuris ankstesniais laikais palengvindavo žmonėms kančias. Neliko ideologijos, paaiškinančios žmogaus būties, gyvenimo Žemėje tikslą. Kančia prarado prasmę.

E. Kübler Ross ištyrė apie 200 nepagydomai sergančių ir mirštančių pacientų ir nustatė penkis mirties priėmimui būdingus etapus:

1. **Neigimas ir izoliacija** – kai pacientas pradeda suvokti, kad „nėra jokios klaidos“, neigimas išnyksta.
2. **Pyktis** – kai neigti ilgiau nebegalima, atsiranda pyktis, įsiūtis, pavydas ir pagieža visiems gyviems ir sveikiems aplinkui.
3. **Derybos** su Dievu ar medikais. Šis etapas mažiausiai žinomas.

4. **Depresija.** Gausėjant simptomų ir ligoniui silpnėjant, pyktį ar įtūžį pakeičia didelio praradimo jausmas. Tai autorė vadino „paruošiamuoju sielvartu“, kurį privalo išgyventi nepagydomas ligonis, kad pasirengtų galutiniam išsiskyrimui su šiuo pasauliu.
5. **Susitaikymas.** Artėjančios pabaigos ligonis laukia pavargęs ir dažniausiai bejėgis, jau daugiau nori pabūti vienas. Tai laikas, kai paramos ir supratimo ypač reikia šeimai. Kaip nurodo autorė, šį, paskutinį etapą išgyvena tik labai nedaug mirštančiųjų.

Kiekviename etape pacientas turi kitokius poreikius ir, atsižvelgiant į tai, pagalba turi būti skirtinga. Šie etapai artimi gedėjimo ir bet kokio praradimo, – pavyzdžiui, darbo netekimo, skyrybų, t. t. – išgyvenimo etapams.

E. Kübler Ross teigė, kad mirties baimė iš esmės yra būdinga visiems, kartu ir medicinos darbuotojams. Be to, medicinos darbuotojų tikslas yra įveikti ligą, kuo ilgiau išsaugoti gyvybę. Tačiau mirtis nėra liga, todėl mirštančiajam reikia ne gydymo, o specifinės globos ir palaikymo.

E. Kübler Ross *praradimo modelis* buvo patikima atrama organizuojant paliatyviąją pagalbą.

3. Paliatyviosios pagalbos organizavimas: Europos Sąjungos Ministrų Tarybos rekomendacija

Būdas, kaip mes nustatome ir reaguojame į unikalius ir individualius mirštančiųjų ir jų šeimų poreikius, artėjant netekčiai, yra jautrus rodiklis, parodantis mūsų kaip visuomenės brandumą.

(Paliatyviosios pagalbos organizavimas, 2005)

Europos Sąjungos Ministrų Tarybos komiteto rekomendacija Rec (2003) ES 24 valstybėms narėms dėl paliatyviosios pagalbos organizavimo (toliau – Rekomendacija) buvo priimta ES Ministrų Tarybos komiteto 2003 m. lapkričio 12 d. 860-ajame ministrų pavaduotojų susirinkime. Visos 45 Europos Tarybos (ET) šalys priėmė Rekomendaciją ir ji buvo išversta į 17 Europos šalių – tarp jų ir lietuvių – kalbas. (Lietuvių kalba Rekomendaciją 2005 metais išleido Lietuvos paliatyviosios medicinos draugija.)

Paaiškinamajame Rekomendacijos memorandume konstatuojama, jog senstančioje Europoje per ateinančius 10–15 metų numatomas 20 procentų sergamumo piktybiniais navikais ir kitomis gyvybei pavojingomis ligomis padidėjimas. Vadinasi, žmonių, kuriems reikia paliatyviosios pagalbos, skaičius didėja. Tai visoms Europos šalims iškilusi problema.

Atsižvelgiant į didėjantį paliatyviosios pagalbos poreikį ir buvo paskelbtas šis svarbus dokumentas.

Dokumente konstatuojama, kad paliatyvioji pagalba yra aktyvi, visapusė pagalba pacientams, sergantiems mirtinomis ir progresuojančiomis ligomis, kurios tikslas – skausmo ir kitų simptomų kontrolė ir psichologinės, socialinės bei dvasinės paramos teikimas.

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) apibrėžimu, paliatyvioji pagalba — būdas, kuriuo gerinama pacientų ir jų šeimų, susiduriančių su problemomis, susijusiomis su gyvybei pavojų keliančiomis ligomis, gyvenimo kokybė, stengiantis išvengti ir palengvinti kančias tokiomis priemonėmis kaip ankstyvoji diagnostika ir tikslus įvertinimas bei skausmo ir kitų problemų – psichosocialinių bei dvasinių – gydymas****.

PSO nurodo ir esminius paliatyviosios pagalbos principus:

**** Pasaulio sveikatos organizacija spalio 8-ąją paskelbė Paliatyviosios medicinos dieną.

- mažina skausmą ir kitus kankinančius simptomus;
- stiprina gyvenimą ir laiko mirimą normaliu procesu;
- nesiekia nei pagreitinti, nei atitolinti mirtį;
- integruoja psichologinius ir dvasinius paciento priežiūros aspektus;
- siūlo paramos sistemą, t. y. stengiasi padėti pacientui gyventi kuo aktyvesnį gyvenimą iki pat mirties;
- siūlo padėti šeimai susidoroti su paciento liga ir netektimis;
- taiko komandinį požiūrį ir stengiasi patenkinti paciento ir jo šeimos poreikius, jei reikia, konsultuoja netekties atvejais;
- gerina gyvenimo kokybę, gali teigiamai veikti ligos eigą;
- yra taikoma ankstyvosiomis ligos stadijomis kartu su kitais gydymo būdais, kurių reikia pailginti gyvenimą – chemoterapija, spindulinė terapija; atlieka tyrimus, kurių reikia geriau suvokti ir kontroliuoti sunkias ligos komplikacijas.

Paliatyvioji pagalba laiko mirimą normaliu procesu. Pacientai, kuriems reikia paliatyviosios pagalbos, negali būti traktuojami kaip medicinos nesėkmės. Nepaisant to nurodoma, kad daugelyje šalių didžioji dalis sveikatos priežiūros biudžeto yra išleidžiama žmonėms jų paskutiniaisiais gyvenimo metais, jie ne visada gauna labiausiai jų poreikius atitinkančią pagalbą.

ET kreipimosi tikslas – skatinti Europos šalių parlamentus, vyriausybes organizuoti ir plėtoti paliatyviosios pagalbos institucijų sistemą (ligonines, dienos klinikas, pagalbą namuose), rengti visų lygių specialistus****.

Reikia visiškai naujos paliatyviosios pagalbos sistemos, būtina parengti specialistų, teikiančių visavertę, kvalifikuotą daugelio profesijų (medicinos, socialinę, psichologinę, dvasinę) pagalbą ne tik pacientui, bet ir šeimai. (A. Šeškevičius)

Dokumente pabrėžiama, kad vienas iš svarbiausių mirštančiojo psichosocialinių poreikių yra bendravimas. Bendravimas turi vykti tarp paciento ir sveikatos priežiūros darbuotojų, tarp paciento ir jo šeimos narių ir tarp sveikatos priežiūros specialistų. Bendravimo tikslai – *keitimasis*

**** Šioje srityje nemaža nuveikta ir Lietuvoje:

1995 m. įkurta Lietuvos paliatyviosios medicinos draugija.

- Sveikatos apsaugos ministro 2001 m. liepos 12 d. įsakymu Nr. 379 sudaryta darbo grupė Skausmo ir paliatyviosios medicinos strategijai Lietuvoje parengti; 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-798 patvirtinta darbo grupė rengti paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimus ir bazines kainas; 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14 patvirtintas Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas.
- Socialinės apsaugos ir darbo ministerija patvirtino Socialinės globos pagyvenusiems žmonėms normas, kuriose (7.2.) numatyta, kad *Gyventojui mirštant, garantuojamas jo dvasinių, socialinių, psichologinių, fizinų, religinių apėigų reikmių tenkinimas, suteikiant privatumą užtikrinančią ir orumą išlaikyti padedančią pagalbą (L. Žalimienė, 2005).*
- Rengiami specialistai: paliatyviosios pagalbos kursas dėstomas Vilniaus universitete socialiniams darbuotojams ir Kauno medicinos universitete – slaugytojams; jau keletą metų Vilniaus universitete ginami bakalauro ir magistro darbai, tiriantys nepagydomai sergančiųjų psichosocialinius poreikius.
- Panevėžyje įsteigtas paliatyviosios globos dienos centras.

Organizuojamos respublikinės (*Holistinis požiūris į žmogų gyvybės ir mirties sandūroje*, 2003 m. ir 2004 m.) ir tarptautinės konferencijos (*Holistinis požiūris paliatyviojoje medicinoje*, 2005 m.) paliatyviosios pagalbos problemoms nagrinėti ir taip toliau.

informacija, abipusis supratimas ir parama, sunkių ir kartais skausmingų klausimų sprendimas, su šiais klausimais susijusios emocinės įtampos mažinimas. Šis procesas reikalauja laiko, atsidavimo ir nuoširdaus noro išgirsti, suvokti, kas jaudina kitą žmogų. Iš dalies tai yra atsakymas į klausimus, tačiau daugiausia tai tiesiog buvimas su žmogumi, kai nėra jokių atsakymų, ir bandymas įsijausti į jo skausmą (Paliatyviosios pagalbos organizavimas, 2005).

Paliatyvioji pagalba reikalauja koordinuoto komandinio požiūrio. Pagrindinę komandą sudaro gydytojas, slaugytojas ir socialinis darbuotojas.

ET rekomendacija ir PSO nuostatos skatina naujai pažvelgti į mirstančiųjų ir jų šeimų poreikius, suteikiant visas galimybes būti svarbiam ir gerbiamam iki pat gyvenimo pabaigos: turėti teisę mirti kuo oriau, atsižvelgiant į asmens kultūrinės ir dvasinės vertybes.

Iki to momento, kai liga natūraliai nutraukia gyvenimą, pacientai privalo turėti galimybę gauti visą įmanomą fizinį, emocinį ir dvasinį komfortą. Reikia atkreipti dėmesį, kad eutanazija ir savižudybė, padedant gydytojui, nėra įtrauktos nė į vieną paliatyviosios pagalbos apibrėžimą. Paliatyvioji pagalba integruoja psichologinius ir dvasinius pacientų priežiūros aspektus. Puiki fizinė priežiūra yra gyvybiškai svarbus dalykas, tačiau vien jos nepakanka. Mes negalime žvelgti į žmogų kaip į paprastą biologinę būtybę (Paliatyviosios pagalbos organizavimas, 2005).

Dokumente valstybių narių vyriausybės skatinamos aktyviai remti tikslingą Rekomendacijos bei jos aiškinamojo memorandumo platinimą.

PALIATYVIOSIOS PAGALBOS ORGANIZAVIMAS

Rekomendacija Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms

Vertimas iš anglų kalbos*****

Mokslinis redaktorius prof. Arvydas Šeškevičius. KMU

Lietuvos paliatyvosios medicinos draugija. Kaunas, 2005

ES Ministrų Tarybos komiteto rekomendacija Rec (2003) ES 24 valstybėms narėms dėl paliatyvosios pagalbos organizavimo

*(priimta ES Ministrų Tarybos komiteto 2003 m. lapkričio 12 d.
860-ajame ministrų pavaduotojų susirinkime)*

Ministrų Tarybos komitetas, remdamasis ES Įstatų 15.b straipsnio nuostatomis ir:

- atsižvelgdamas į tai, kad ES Taryba siekia didesnės savo narių vienybės ir šį tikslą įgyvendina *inter alia*, t. y. priimdama bendras sveikatos priežiūros normas;
- remdamasis Europos socialine chartija dėl teisės į sveikatos apsauga ir Žmogaus teisių ir bio-medicinos konvencijos (ETS Nr. 164) trečiuoju straipsniu, reikalaujančiu, kad susitariančios šalys suteiktų vienodas galimybes gauti tinkamos kokybės sveikatos priežiūrą, bei ketvirtuoju straipsniu, reikalaujančiu, kad bet kurie sveikatos priežiūros srities veiksmi, kartu ir moksliniai tyrimai, būtų vykdomi laikantis profesinių įsipareigojimų bei standartų, ir remdamasis 10-uoju straipsniu, pabrėžančiu kiekvieno žmogaus teisę žinoti visą bet kokio pobūdžio informaciją apie savo sveikatą;
- pripažindamas, kad sveikatos priežiūros sistema turėtų būti orientuota į pacientą ir piliečiai būtinai turėtų dalyvauti priimant sprendimus dėl jų sveikatos priežiūros;
- remdamasis ES Ministrų Tarybos komiteto rekomendacija šalims narėms ir Rekomendacija Nr. R (2000) 5 dėl tam tikrų struktūrų plėtros, nurodančią, kad pilietis ir pacientas turi dalyvauti priimant sveikatos priežiūros sprendimus;
- įsitikinęs, kad pagarba ir mirtinomis ligomis sergančių ar mirštančių žmonių orumo gynimas pirmiausia yra tinkamos aplinkos ir priežiūros suteikimas, sudarantis sąlygas oriai mirti;
- prisimindamas Parlamento Asamblėjos rekomendaciją 1418 (1999) dėl mirtinomis ligomis sergančių bei mirštančių žmonių teisių bei orumo gynimą;
- remdamasis Rekomendacija Nr. R (89) 13 dėl sutelktos specialistų komandos vėžiu sergančioms pacientams prižiūrėti;
- pripažindamas, kad paliatyvioji pagalba turi būti ir toliau plėtojama Europos šalyse;
- prisimindamas 1998 m. Poznanės deklaraciją dėl paliatyvosios pagalbos Rytų Europoje;
- pripažindamas, kad teisės į sveikatos priežiūrą tikslas yra pasiekti didžiausią įmanomą paciento gerovę, neatsižvelgiant į amžių, tautybę, ekonominę ar socialinę padėtį bei ligos ar negalios pobūdį;
- atsižvelgdamas į tai, kad žmonių, kuriems reikia paliatyvosios pagalbos, skaičius didėja;
- atsižvelgdamas į tai, kad paliatyvosios pagalbos pasiekiamumo ir kokybės skirtumų klausimai Europoje turi būti sprendžiami glaudinant šalių tarpusavio bendradarbiavimą;

***** Šiam leidiniui Rekomendacijos lietuvių kalbos tekstą redagavo STEPP žurnalo redaktorė.

- suvokdamas, kad paliatyvioji pagalba yra aktyvi, visapusė pagalba pacientams, sergantiems mirtinomis progresuojančiomis ligomis, kurios tikslas – skausmo bei kitų simptomų kontrolė ir psichologinės, socialinės bei dvasinės paramos teikimas;
- žinodamas, kad paliatyviosios pagalbos tikslas yra pasiekti kuo geresnę pacientų ir jų šeimų gyvenimo kokybę;
- žinodamas, jog paliatyvioji pagalba stengiasi padėti vyrams, moterims bei vaikams, sergantiems mirtinomis progresuojančiomis ligomis, mėgautis kuo geresne gyvenimo kokybe iki pat gyvenimo pabaigos ir neketina nei pagreitinti, nei nukelti mirties vėlesniam laikui;
- atsižvelgdamas į tai, kad paliatyvioji pagalba teigia gyvenimą ir laiko mirimą normaliu procesu ir nesivadovauja beviltiškumo ar fatalizmo principais;
- atsižvelgdamas į tai, kad paliatyvioji pagalba yra sudedamoji sveikatos priežiūros sistemos ir neatskiriama piliečio teisės į sveikatos priežiūrą dalis ir vyriausybės pareiga yra garantuoti, kad paliatyvioji pagalba būtų teikiama visiems, kuriems jos reikia;
- atsižvelgdamas į tai, kad būtina plėtoti kokybišką, humanišką pagalbą ir paversti ją svarbiausia sveikatos priežiūros dalimi pacientų gyvenimo pabaigoje;
- pripažindamas, jog visi žmonės gyvenimo pabaigoje trokšta, kad sveikatos priežiūros specialistai elgtųsi su jais kaip su svarbiais žmonėmis ir nori kvalifikuotos pagalbos, padedančios išlaikyti orumą ir skatinančios savarankiškumą, mažinančios simptomus ir gerinančios gyvenimo kokybę;
- pripažindamas, kad paliatyvioji pagalba, kaip ir visa medicinos pagalba, turėtų būti orientuota į pacientą, vadovautųsi paciento poreikiais, atsižvelgtų į paciento vertybes ir prioritetus, pripažintų, kad orumo ir autonomijos klausimai yra svarbiausi pacientų paliatyviosios pagalbos klausimai;

rekomenduoja valstybių narių vyriausybėms:

- 1) priimti strategijas, įstatymus ir kitas priemones, būtinas nuosekliai bei visapusei nacionalinės politikos sistemai paliatyviosios pagalbos klausimais garantuoti;
- 2) imtis šios rekomendacijos pabaigoje nurodytų priemonių, atsižvelgiant į savo šalies aplinkybes;
- 3) skatinti tarptautinių organizacijų, mokslinių tyrimų institucijų ir kitų įstaigų, aktyviai teikiančių paliatyviąją pagalbą, ryšius;
- 4) aktyviai paremti tikslingą šios rekomendacijos ir jos aiškinamojo memorandumo platinimą, jei reikia, pateikti ir vertimą.

**ES MINISTRŲ TARYBOS KOMITETO REKOMENDACIJOS REC (2003) ES 24 VALSTYBĖMS
NARĖMS DĖL PALIATYVIOSIOS PAGALBOS ORGANIZAVIMO PRIEDAS**

Bendras aptarimas

Nors daugelyje šalių didžioji sveikatos priežiūros biudžeto dalis yra išleidžiama žmonėms jų paskutiniaisiais gyvenimo metais, jie ne visada gauna labiausiai jų poreikius atitinkančią pagalbą.

Paliatyvioji pagalba nėra skirta specifinei ligai, ji apima laikotarpį nuo mirtinos progresuojančios ligos diagnozavimo iki mirties; gali trukti nuo kelerių metų iki kelių savaičių ar (rečiau) dienų. Tai nėra mirstančiųjų slaugos sinonimas, bet ją apima.

Labai svarbu, kad visos ES šalys narės pripažintų paliatyviosios pagalbos svarbą.

Visuomenei, įskaitant pacientus ir jų šeimas, turi būti aiškinama paliatyviosios pagalbos svarba ir galimybės.

Keletas neseniai atliktų tyrimų, kurie pagrįsti duomenimis, gautais iš 35 Europos šalių, atskleidė įvairių šalių paliatyviosios pagalbos skirtumus. Tarp jų yra apmokėjimo (kur tai taikoma) skirtumai, sveikatos priežiūros sistemos organizavimo bei paliatyviosios pagalbos vietos šioje sistemoje skirtumai; skirtingi etiniai ir kultūriniai veiksniai; nevienoda ir nacionalinių organizacijų įtaka bei tarptautinis bendradarbiavimas plėtojant paliatyviąją pagalbą; galimybė gauti opiatus ir medikų mokymas bei ugdymas.

I. Pagrindiniai principai

Paliatyviosios pagalbos strategijos turi remtis Europos Tarybos išskeltomis vertybėmis: žmogaus teisės ir paciento teisės, žmogaus orumas, socialinis aktyvumas, demokratija, lygybė, solidarumas, vienodos lyčių galimybės, visuomeninės veiklos ir pasirinkimo laisvė.

Pagrindinės paliatyviosios pagalbos dalys:

- simptomų kontrolė;
- psichologinė, dvasinė ir emocinė parama;
- parama šeimai;
- parama netekties atvejais.

Pagrindiniai paliatyviosios pagalbos principai:

1. Paliatyvioji pagalba yra labai svarbi sudedamoji sveikatos paslaugų dalis. Rūpinimasis jos plėtote ir funkcinė integracija turėtų būti įtrauktas į nacionalines sveikatos strategijas.
2. Bet kuris asmuo, kuriam reikia paliatyviosios pagalbos, turi neatidėliojant ją gauti, sudarius tinkamiausią, atitinkančią pacientų poreikius bei prioritetus aplinką.
3. Paliatyviosios pagalbos tikslas – pasiekti ir išlaikyti geriausią įmanomą pacientų gyvenimo kokybę.
4. Paliatyvioji pagalba stengiasi spręsti fizinius, psichologinius ir dvasinius klausimus, susijusius su mirtinomis progresuojančiomis ligomis, todėl būtinos aukštos kvalifikacijos ir atitinkamai finansuojamos sutelktoji specialistų ir daugiaprofesinė komandos.
5. Ūminiai atvejai turėtų būti gydomi, jeigu pacientas to nori, bet jų nereikėtų gydyti, jei pacientas nenori, tačiau geriausia paliatyvioji pagalba tokiam pacientui ir toliau turi būti teikiama.
6. Paliatyviosios pagalbos pasiekiamumas turėtų būti pagrįstas poreikiu; pasiekiamumas neturėtų priklausyti nuo ligos rūšies, geografinės vietovės, socialinės ir ekonominės padėties ar kitų veiksnių.
7. Paliatyviosios pagalbos mokymo programos turėtų būti įtraukiamos į visų sveikatos priežiūros specialistų mokymo programas.
8. Turi būti vykdomi pagalbos kokybės gerinimo moksliniai tyrimai. Visos paliatyviosios pagalbos procedūros turi būti kuo labiau pagrįstos mokslinių tyrimų duomenimis.
9. Paliatyvioji pagalba turėtų gauti tinkamą ir lygiateisį finansavimą.
10. Sveikatos priežiūros teikėjai, susiję su paliatyviąja pagalba, turėtų gerbti paciento teises, laikytis profesinių įsipareigojimų ir standartų ir nepažeisti paciento interesų.

II. Sąlygos ir paslaugos

1. Paliatyviąją pagalbą teikia sutelktoji specialistų ir daugiaprofesinė komandos, jie rūpinasi paciento poreikiais, atsižvelgdami į neformalius priežiūros teikėjus, pavyzdžiui, šeimos narius.
2. Paliatyvioji pagalba privalo siūlyti daugelį paslaugų – priežiūrą namuose, paliatyviosios pagalbos ligoninėse, specialiuose ligoninių skyriuose, paliatyviosios pagalbos dienos klinikose bei ambulatorinėse klinikose, teikti staigios pagalbos bei atokvėpio paslaugas. Jos turi būti

visapusiškos ir atitikti sveikatos priežiūros sistemą bei kultūrą, be to, tenkinti kintančius pacientų poreikius bei norus.

3. Būtina palaikyti neformalius priežiūros teikėjus (ligonio artimuosius); teikdami priežiūrą, jie neturėtų patirti didžiulių socialinių kliūčių, pavyzdžiui, prarasti darbą, ir pan. Jiems galėtų būti suteikta teisė pasiimti slaugymo atostogas.
4. Visi profesionalai, slaugantys mirtinomis progresuojančiomis ligomis sergančius pacientus, privalėtų lengvai gauti specifinę ekspertizę, jeigu jiems to reikia.
5. Speciali paliatyvioji pagalba turėtų būti teikiama visiems pacientams, kai jiems to reikia, bet kuriuo metu ir bet kuriais atvejais.
6. Turi būti skiriami asmenys, plėtojantys nacionalinę paliatyviąją pagalbą, tinkamai koordinuojantys paslaugas, atsakantys už savo veiklą. Kaip viena iš gerų priemonių rekomenduojamas regioninių tinklų formavimas.
7. Pacientams turėtų būti garantuojamas paliatyviosios pagalbos pasiekiamumas be didelių finansinių kliūčių. Finansavimas turėtų būti taip sutvarkytas, kad būtų garantuotas paliatyviosios pagalbos tęstinumas – ji būtų pritaikyta prie paciento poreikių.
8. Turėtų būti pakankamai atokvėpio skyrių, galinčių pasiūlyti laikiną poilsį pervargusiems priežiūros namuose teikėjams.

III. Strategija ir organizacija

1. Paliatyvioji pagalba privalo būti sudedamoji šalies sveikatos priežiūros sistemos dalis ir vyriausybė turi garantuoti, kad ši pagalba įeitų į visus sveikatos priežiūros planus bei specialias programas, kaip antai vėžio, AIDS ar geriatrijos.
2. Vyriausybė turėtų tirti paliatyviosios pagalbos poreikius, įvertinti skirtingo lygio specialistų paslaugų poreikį ir skirtingų profesijų (kartu ir savanorių) mokymo poreikius.
3. Remdamasi poreikių vertinimu, šalies ar regioninės vyriausybės, artimai bendradarbiaudamos su specialistais, pacientais, jų šeimomis ar jų atstovais, turi stengtis sukurti ir įgyvendinti visapusiškas ir racionalias paliatyviosios pagalbos strategijas.
4. Kai kurių strategijų esmė – vyriausybė neturėtų sudaryti teisinių, socialinių, ekonominių, kultūrinių, administracinių ir (arba) fizinių kliūčių paliatyviosios pagalbos paslaugoms gauti. Turėtų būti skatinamos iniciatyvos ir programos, siekiančios sumažinti šias kliūtis, padedančios išvengti nelygybės.
5. Įstatymai turėtų leisti vartoti opiatus ir kitus skausmą malšinančius vaistus medicinos reikmėms pakankamomis dozėmis ir reikiamomis vaistų formomis. Piktnaudžiavimo baimė neturėtų kliudyti gauti būtinų ir veiksmingų vaistų. Šalys gali norėti įvertinti, ar šios rekomendacijos įgyvendinimas reikalaus priimti naujus įstatymus ar esamų įstatymų pataisas.
6. Rekomenduojama sudaryti pagrindines nacionalines ir regionines ar vietines sutelktų specialistų paliatyviosios pagalbos grupes ar tarybas, apimančias ir pacientus, ir šeimas, ir kitus žmones, ir skiriančias pakankamą politinį ir socialinį dėmesį paliatyviosios pagalbos organizavimui. Pagrindinė, kad tokios grupės bendradarbiautų su vyriausybėmis ir kitais organais, rengdamos būtiną veiklos strategijas.
7. Norint palengvinti paliatyviosios pagalbos kokybės stebėseną, yra būtina vienoda minimali duomenų sistemos (MDS) struktūra, bent jau nacionalinė.
8. Lygybė yra labai svarbus veiksnys, todėl specialus dėmesys turi būti skirtas neprivilegiuotų grupių (pavyzdžiui, turinčių mokymosi negalią, benamių, pabėgėlių) paliatyviajai pagalbai

ir skirtingiems kultūriniais bei etniniais poreikiams. Labai svarbu skirti specialų dėmesį ir vaikų paliatyviajai pagalbai.

9. Profesionalūs slaugytojai turi teisę gauti tinkamą atlygį ir pripažinimą už savo darbą bei kompetenciją.
10. Turėtų būti leidžiama kasmetinė nacionalinė paliatyviosios pagalbos organizavimo ir veiklos ataskaita.

IV. Kokybės gerinimas ir moksliniai tyrimai

1. Turėtų būti skatinamas geros paliatyviosios pagalbos vertinimas ir patirties perteikimas, įvertinant visus pagalbos būdus, atsižvelgiant į paciento poreikius.
2. Paliatyviosios pagalbos klinikinė praktika, pagrįsta geriausiais tyrimų duomenimis, turėtų būti nuolat plėtojama, įtraukiant į šį procesą ir pacientus.
3. Kokybei kontroliuoti yra būtinas nuolatinis grįžtamasis ryšys su praktika, kurį įgyvendina auditas.
4. Slaugos paslaugos bei medicinos procedūros turėtų būti vertinamos kiekybiniais ir kokybiniais moksliniais metodais, nors jie paliatyviosios pagalbos atvejais ir gali kelti specifinių sudėtingų etinių problemų. Visais tyrimų atvejais pagrindinis dėmesys yra skiriamas pacientui.
5. Turėtų būti skatinama bendradarbiauti atliekant ir nacionalinius, ir europinius tyrimus.
6. Turėtų būti steigiamos ir nacionalinės, ir regioninės institucijos, renkančios, apdorojančios ir platinančios patikimą informaciją apie paliatyviosios pagalbos plėtrą ir kokybę.

V. Švietimas ir įgūdžių formavimas

1. Ir moksliniams tyrimams, ir švietimui yra svarbus akademinis paliatyviosios pagalbos pripažinimas.
2. Paliatyvioji pagalba turėtų būti įtraukta į visas gydytojų bei slaugytojų bakalauro studijų programas. Turėtų būti parengta standartinė magistro studijų programa, praktinis mokymas ir mokomosios programos paliatyviosios pagalbos specialistams.
3. Reikia skatinti tarptautinį mokymo srities paliatyviųjų medikų bendradarbiavimą, pavyzdžiui, sudarant paliatyviosios pagalbos centrų, norinčių įsitraukti į mokymo programas, žinyną.
4. Visi paliatyviosios pagalbos srities profesionalai ir neprofesionalai turėtų būti tinkamai parengti; juos reikia konkrečiai, atsižvelgiant į paciento kultūrą, mokyti visais mokymo lygiais.
5. Paliatyviosios pagalbos mokslas turėtų apimti vienos specialybės ir daugelio specialybių medikus.
6. Paliatyviosios pagalbos mokymą reikia nuolat vertinti, pavyzdžiui, stebėjimo forma.
7. Kiekvienoje šalyje turėtų būti steigiami centrai, mokantys paliatyviosios pagalbos.
8. Idealiu atveju specialistams turėtų būti skirti trys mokymosi lygiai: pradinis, vidurinis ir aukštasis.
9. Rekomenduojama, kad šalys skirtų nemažą dėmesį visuomenės švietimui apie paliatyviąją pagalbą.
10. Ir visuomeninių kampanijų, ir profesinio mokymo metu turėtų būti taisomas neteisingas neigiamas pacientų, jų šeimų, specialistų ir visuomenės požiūris į opiatų; reikia pabrėžti esminį skirtumą tarp klinikinio jų taikymo ir galimo piktnaudžiavimo jais.

VI. Šeima

1. Svarbiausia pagalba paciento artimiesiems (iš esmės šeimos nariams) yra plėtoti jų gebėjimą emociškai ir praktiškai palaikyti pacientą, prisitaikyti prie proceso bei įveikti sielvartą ir netektį. Ypatingas dėmesys turi būti skiriamas profilaktikai ir gydymui nuo depresijos bei išsekimo.

VII. Bendradarbiavimas su pacientu ir jo šeima

1. Paliatyvioji pagalba reikalauja sudaryti tokią atmosferą, nustatyti tokį požiūrį į medikų ir paciento santykius, kurie skatintų paciento ir jo šeimos atvirumą.
2. Specialistai turėtų atsižvelgti į tai, kiek daug pacientai nori būti informuojami apie savo situaciją, turėtų būti krepiamas dėmesys į kultūros skirtumus.
3. Pateikdami informaciją specialistai turėtų prisitaikyti prie emocinių ir pažinimo užtvarų, kurių dažnai atsiranda, sergant mirtinomis progresuojančiomis ligomis.
4. Kai dėl jų pačių ar tėvų ligos yra įtraukti vaikai, bendravimas turi būti pritaikytas prie jų poreikių.

VIII. Komandos, komandinis darbas ir pagalbos planavimas

1. Paliatyviąją pagalbą teikia ir vienos, ir daugelio sričių specialistai: gydytojas, slaugytojas ir kiti sveikatos priežiūros darbuotojai, turintys būtiną kompetenciją ir galintys patenkinti fiziologinius, psichologinius bei dvasinius paciento ir jo šeimos poreikius. Tokių komandų veikla turėtų būti palengvinama.
2. Sprendimų priėmimas, ypač individualių pagalbos planų sudarymas, stebėseną ir nuolatiniai pokyčiai turėtų būti derinami su pacientu, jo šeima ir komanda, kai yra tinkamas laikas ir neprieštarauja pacientas. Turi būti garantuotas tinkamas bendravimas tarp paslaugų teikėjų (gydančiųjų ir paliatyviosios pagalbos).
3. Svarbi komandos dalis gali būti savanoriai. Jie neperima specialistų darbo, tačiau turi savo darbo sritį ir kompetenciją. Savanorių paslaugų teikimo ir virsmo savanoriu procesas turėtų būti lengvesnis.
4. Visi komandos nariai turėtų būti geri savo sričių specialistai ir žinoti savo ir kitų komandos narių galimybes ir ribas.
5. Pacientui ir jo šeimai svarbiausia gauti vienareikšmę informaciją iš pacientą prižiūrinčio personalo, todėl labai svarbus optimalus keitimasis informacija tarp pacientą prižiūrinčio personalo, norint išvengti nesusipratimų ar prieštaravimų. Patartina skirti koordinatorių – vadovų. Geriausia, kad, atsižvelgiant į aplinkybes, juo būtų pagrindinis gydytojas.
6. Bet kokie pokalbiai tarp specialistų apie pacientą ar jo šeimą turi būti laikomi profesine paslaptimi, visiškai gerbiama paciento teisė į medicinos konfidencialumą ir šeimos teisė į privatumą.
7. Paliatyvioji pagalba dažniausiai teikia pasitenkinimą, tačiau gali būti ir labai sunki, reikalaujanti daug vidinių pastangų, todėl rūpinimasis pagalbos teikėjais yra svarbi paliatyviosios pagalbos dalis. Įstatymų dėmesio centre turėtų būti paliatyviosios pagalbos darbuotojų profesinė sveikata.

IX. Netektis (gedėjimas)

1. Netekties atveju šeimos nariams, kuriems reikia paramos, turėtų būti pasiūlytos paslaugos.
2. Visi profesionalūs paliatyviosios pagalbos darbuotojai turėtų pastebėti ir atkreipti dėmesį į komplikuotą ar sutrikusį netekties išgyvenimą.

**PALLIATIVE CARE – POSSIBILITIES TO MEET PSYCHOSOCIAL NEEDS
OF PATIENTS WITH LIFE-THREATENING ILLNESS AND THEIR FAMILIES
RECOMMENDATION REC (2003) 24 OF THE COMMITTEE OF MINISTERS TO
MEMBER STATES ON THE ORGANIZATION OF PALLIATIVE CARE**

Margit Marija Rubaževičienė

SUMMARY

Since the society's attitudes towards death and dying are usually determined by the progress of science and technology of a given era, they have been changing over time along with the new scientific discoveries.

Starting from the people of the primitive cultures and from the mediaeval perception, where death was perceived as a simple and a natural part of life, when the connected rituals were performed with solemnity, on its way to the twentieth century this perception has changed to a such one where the materialistic viewpoint "has hidden" the death and dying and the consumer society was offered a "good death" – the euthanasia.

In the second half of the 20th century the new sciences have encouraged to take a new look at the death and dying. Both at the first hospice established by Cicely Saunders in London and in the scientific research carried out among the dying people by Elisabeth Kübler-Ross it was underlined that the psychosocial and the spiritual needs are extremely important to the dying person. This was further affirmed by the people saved by the "miracles" of the medicine – the people revived from the clinical death that had had Near Death Experiences.

Considering that there is a growing number of elderly people in need of care when "cure" doesn't help, the European Council has presented the Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care (adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies).

The Recommendation recognizes palliative care as the active, total care for the patients with advanced, progressive diseases aiming to help those people enjoy the best possible quality of life until the very end, and intends neither to hasten nor postpone death.

This kind of care provides relief from pain and other distressing symptoms and affirms life and regards dying as a normal process; it integrates the psychological and spiritual aspects of patient care. Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

The Recommendation encourages the member states to start and to improve the systems of palliative care in each state.

LITERATŪRA

1. **Aries Ph.** *Mirties supratimas Vakarų kultūros istorijoje*. Vilnius: Baltos lankos, 1993. 287 p.
2. **Blake N. F.** "Ars Moriendi". *Dictionary of the Middle Ages*. 1982. Vol. I. P. 547-8. (cit. pagal http://en.wikipedia.org/wiki/Ars_moriendi#_ref-blake_1).
3. **Edgerton D. F.** *Eiki ramybėje: vadovas kenčiantiems netekties skausmą*. Vilnius: Katalikų pasaulis, 2000. 56 p.
4. **Fenigsen R.** *Eutanazija*. Vilnius: Katalikų pasaulis, 2000. 160 p.
5. **Guardini R.** *Išganytojai: mitai, apreiškimas, politika*. Vilnius: Katalikų pasaulis, 2001. 65 p.
6. **Jakoby B.** *Ir tu gyveni amžinai. Naujausi tyrinėjimai apie pomirtinį gyvenimą*. Vilnius: Alma litera, 2000. 176 p.
7. **Jankovich I.** *Išgyvenau savąją mirtį*. Vilnius: Vaga, 1998. 194 p.
8. **Kübler Ross E.** *Apie mirtį ir mirimą: pašnekesiai su mirtiniais ligoniais*. Vilnius: Katalikų pasaulis, 2001. 335 p.
9. *Paliatyviosios pagalbos organizavimas*. Rekomendacija Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms. Kaunas: Lietuvos paliatyviosios medicinos draugija, 2005. 56 p.
10. **Polcz A.** *Meghalok én is?* Budapest: PONT, 2000. 120 p.
11. **Riemann F.** *Az öregedés művészeté*. Budapest: Háttér Kiadó, 1987. 120 p.
12. **Ring K.** *Lessons from the Light*. What We Can Learn from the Near-Death Experience. New York and London: Insight Books, Plenum Press, 1998. 340 p.
13. **Rinpočė, S.** *Tibetiečių gyvenimo ir mirties knyga*. Kaunas: Mijalba, 2007. 408 p.
14. **Šeškevičius A.** *Dešimt ieškojimo metų. Lietuvos paliatyviosios medicinos draugijai – dešimt metų 1995-2005*. Kaunas: Naujasis lankas, 2005. 80 p.
15. *Tibeto mirusiųjų knyga*. Kaunas, R. Anankos leidykla, Dharma leidykla, 2002. 336 p.
16. **Twycross R.** *Introducing Palliative Care*. Calicut, India: A publication of Institute of Palliative Medicine, Pain and Palliative Care Society, 2003. 191 p.
17. **Žalimienė L.** *Socialinės globos pagyvenusiems asmenims kokybė ir jos vertinimas*. Vilnius: Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2005. 199 p.
18. **Žemaitytė B.** *Palydėsiu į Tėvo Namus: Gydytojos reanimatologės dienoraštis*. Alytus: Don Bosko Sauležiečių I-kla, 1998. 464 p.