

ISSN 1682-0363

БЮЛЛЕТЕНЬ СИБИРСКОЙ МЕДИЦИНЫ BULLETIN OF SIBERIAN MEDICINE



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

5. 2006

Этика паллиативной помощи и ВИЧ/ТБ: опыт, полученный в Томске*

Келли М.¹, Миллер С.², Соловьева С.А.³

The Ethics of Palliative Care and HIV/TB: Lessons from Tomsk, Siberia

Kelley M., Miller S., Solovieva S.A.

¹ Университет штата Алабама, г. Бирмингем, США

² Медицинский колледж Бейлора, г. Хьюстон, США

³ Томский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, г. Томск, Россия

© Келли М., Миллер С., Соловьева С.А.

В 2006 г. Томск стал местом для реализации пилотной программы по паллиативной помощи ВИЧ- и ТБ-инфицированным в рамках проекта «ГЛОБУС». В статье обсуждаются этические аспекты оказания паллиативной помощи и опыт реализации программы «Паллиативная помощь и уход при ВИЧ/СПИДе» на базе Томского областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Ключевые слова: паллиативная помощь, хоспис, ВИЧ- и ТБ-инфицированные, нравственный смысл жизни и смерти.

In 2006, Tomsk become an initial pilot site for a Globus Program initiative on palliative care, HIV and MTB. The paper presents a discussion on the ethical aspects of palliative care and some lessons of the program «Adjusting Teamwork in Palliative Care», utilizing Tomsk Regional Center for AIDS and other Infectious Diseases.

Key words: palliative care, hospice, HIV and MTB, moral meaning of life and death.

УДК 616.98-08-039.75

Обычно опыт клинической врачебной практики подразумевает и подтверждает дихотомию лечения заболевания и обеспечения пролонгированного (длительного) медицинского ухода, с одной стороны, и улучшения благополучия пациента и облегчения его страдания — с другой [7]. Понятие практической философии медицины еще больше осложняется совершенно различающимися личными, общественными и религиозными взглядами на смысл жизни и смерти, на процесс угасания жизни человека у различных людей, а также верой некоторых из них в вечную духовную жизнь. Мы считаем, что паллиативная помощь — это аспект медицинской помощи, и ее можно и нужно оказывать совместно с другими медицинскими процедурами. В данной работе показано, что, используя интегрированный подход при оказании медицинской помощи, можно учитывать указанные индивидуальные и культурные ценности в лечебном процессе. Чтобы четко понять суть подобного подхода, следует разобраться в некоторых часто встречающихся неверных

представлениях о природе паллиативной помощи и услугах, имеющих к ней отношение, например, таких как хоспис, а также обсудить этические аргументы в защиту интегрированного подхода в лечении.

1. В чем разница между хосписом и паллиативной помощью?

Понятие «паллиативная помощь» произошло от латинского слова «*palliare*», что означает «укрывать». Данная форма медицинской помощи уделяет основное внимание уменьшению тяжести симптомов, сопутствующих заболеванию. Это подход, улучшающий качество жизни пациентов и их семей, которые столкнулись с проблемами, возникшими из-за смертельного заболевания» (ВОЗ). При таком понимании паллиативная помощь более широкое понятие, чем многие люди (в том числе и врачи) привыкли считать. Это больше чем просто наблюдение и уход за умирающим пациентом. Таким образом, основной принцип паллиативной помощи — забота и лечение, даже

* Перевод с английского Т.С. Толстихиной

если полное выздоровление невозможно. Хоспис — более специфичная философия в рамках паллиативной медицины, ее составная часть, основное внимание в которой уделяется концу жизни. Слово «хоспис» произошло от латинского слова «*hospitium*», что означает «гостеприимство, приют» и французского «*hospes*» — «гость». Понятие хосписа возникло в Средние века, когда согласно историческим данным были места, где находили приют паломники и другие странники. В XIX в. в Ирландии и Англии религиозные ордена создавали заведения, специально предназначенные для ухода за смертельно больными. Американский врач Эндрю Вайл предложил свое понимание связи между лечением и смертью, сказав, что можно умереть и будучи здоровым (Weil). Хоспис обычно заботится о потребностях смертельно больных пациентов, продолжительность жизни которых оценивается меньше чем в шесть месяцев. Делая акцент на оказании паллиативной помощи в конце жизни, хоспис рассматривает это время как дверь к возможности исцеления даже посредством смерти. Цель заключается в исцелении духа, освобождении от телесных страданий, помощи семье, друзьям и любящим.

Основная деятельность хосписа, как и паллиативной помощи, направлена на удовлетворение медицинских, эмоциональных и духовных потребностей пациентов и их семей. Благодаря мультипрофессиональной команде используется более всесторонний, гуманный подход, чтобы облегчить боль и уменьшить страдание во время приближения смерти. Самый важный аспект заключается в том, что паллиативная помощь призывает врачей вспомнить об основополагающих медицинских навыках. Главный навык в этом процессе — общение. При помощи диалога согласовываются медицинские и социальные услуги в контексте семейных ценностей и ценностей пациента, при этом уточняются цели и особое внимание уделяется процедурам, где центральной фигурой является пациент. Сострадание — основное качество данного процесса. Иметь сострадание к пациенту означает уметь слушать с состраданием, не упускать простые возможности облегчить страдание, даже если лечебная техника больше не является эффективной: возможность смочить пересохший рот, поддержать за руку, рассказать что-нибудь, успокоить семью. Важно постоянно помнить, что паллиативная помощь больше чем просто лечение с помощью болеутоляющих средств (Brugera). Это, если

выражаться простым языком, хорошее интегрированное лекарство.

2. Нравственные аспекты применения паллиативной помощи

Далеко не каждый понимает необходимость обучения паллиативной помощи, поэтому полезным будет рассмотреть нравственные причины для популяризации паллиативной медицины в наших обучающих программах.

Первый нравственный аспект — это возможность облегчить страдание и улучшить качество жизни. Благодаря техническому прогрессу стало реальным продление жизни, но пациент при этом не живет полноценной жизнью. Например, не так давно пневмония считалась большим «другом» пожилых и уносила жизни многих людей. Теперь же благодаря применению высоких технологий можно поддерживать жизнь у пациентов, не способных жить полноценно. Эти технологии ведут к тому, что общество не замечает цель медицины: лечение и облегчение страданий. Даже если у нас есть доступ к более высоким технологиям, может быть, наилучшим средством все же является возможность поддержать пациента за руку или облегчить у него одышку.

Второй аспект — уважение человеческой гордости и сострадание. Многие заболевания жестоко подрывают человеческую гордость и причиняют длительное страдание. Люди уникальны благодаря своей способности видеть и понимать страдания других и сочувствовать. Шотландский философ Дэвид Хьюм назвал это замечательное качество «нравственным коридором зеркал». Мы видим боль в глазах других, и это находит отклик в нас самих. Страдание вызывает в нас волнение, беспокойство как в зеркале. Мы с сочувствием реагируем на боль других людей и сами ощущаем ее. Подобная мысль также характерна для древней африканской этической концепции, называемой Ubuntu, что означает «общая гуманность». Она основывается на том принципе, что человек может открыть гуманность в себе только благодаря гуманности других. Гуманность связывает и объединяет нас, и такие качества, как сопереживание, сострадание, уважение внутренней гордости другого человека, отражают эту связь. Врачи вынуждены принимать во внимание основные концепции при оказании помощи пациентам, их семьям и обществу в борьбе с заболеванием и

смертью. Что же делает жизнь стоящей жизни? Как это сделать милосердно? Как можем мы, как медики, помочь пациентам сберечь чувство гуманности? Чего боятся наши пациенты больше всего? В чем они видят свою последнюю надежду? Навыки, обретенные благодаря паллиативной помощи, являются механизмом, позволяющим вернуть больному самоуважение. Они служат основой для команды медиков при оказании помощи больным и их семьям в случае заболевания, смерти, утраты.

Третий аспект — наличие у тех, кто занимается лечением, определенных профессиональных качеств. Здесь мы также имеем в виду, что лечение может быть разных видов. Лечение подразумевает не только избавление от заболевания, но и сопряжено с профессиональным стремлением обеспечить максимум комфорта, облегчить страдание, раскрыть с сочувствием сердце, открыть разум пониманию слабости пациента, ставшей результатом заболевания. Всем медикам следует признать тот факт, что все мы смертны. Паллиативная помощь позволяет направить имеющийся опыт и заботу на обеспечение достойной жизни и комфорта пациентов в конце жизни и доказывает, что работники здравоохранения обладают уникальными навыками и зачастую оказывают помощь, которую семьи оказать не могут.

Эти аспекты представляют собой основу для нравственных обязательств оказания паллиативной помощи.

3. Типичные недопонимания сути паллиативной помощи

Существует ряд недопониманий в отношении паллиативной помощи:

- паллиативная помощь означает отказ от медицинского ухода;
- паллиативная помощь предполагает отсутствие хирургических и других медицинских вмешательств;
- выбор в пользу паллиативной помощи означает отказ от пациента или любимого человека;
- следует быть осторожным при лечении при помощи болеутоляющих средств, так как пациент может привыкнуть к этому;
- паллиативная помощь может быть оказана только в хосписе;
- паллиативная помощь имеет отношение только к окончанию жизни.

Основные этические аспекты, касающиеся этих недопониманий, основываются на личностных, теологических и культурных разногласиях в отношении смысла жизни, процесса умирания и нравственного восприятия того, что применение паллиативного лечения не может быть целью помощи. Каков смысл хорошей жизни и «хорошей» смерти?

Что является «хорошей» смертью и кому это решать? Какая смерть лучше: когда рядом находится любимый человек или же когда ты находишься в одиночестве? Следует ли смириться со смертью или же стараться избегать ее всеми возможными способами? Хорошая смерть безболезненна или связана со страданиями (например, из-за боли)? Что желает, хочет пациент? Кто определяет критерии «хорошей» смерти и этических границ? Принимает ли решения пациент (согласно этической концепции независимости) или врач (согласно этической концепции патернализма)? Кем должны приниматься окончательные решения: семьей, медиками, обществом или Богом? Процесс умирания — это целый спектр симптомов, которые влияют на пациентов. Ссылаясь на наш профессиональный опыт, мы признаем, что взгляды людей на фундаментальные вопросы о жизни и смерти зачастую различны. Некоторые из пациентов не имеют четких взглядов или не осознают наличие этой проблемы.

Разные нравственные взгляды на смысл жизни и смерти:

- одни люди верят в духовную жизнь после смерти, другие — нет;
- некоторые считают, что ни в коем случае не следует лишать человека жизни, даже если он на это согласен;
- некоторые полагают, что решение помочь человеку умереть, когда он этого хочет, *не всегда* является неправильным;
- одни верят в чудо и важность молитв, другие — нет;
- одни верят, что все предрешиено судьбой и на все есть воля вышестоящих сил, другие — нет.

Во многих странах существующие инструкции предлагают использование этических способов для работы с подобными разногласиями или для выявления ценностей пациентов. Нравственным обоснованием применения этих инструкций является: 1) защита права пациента выбирать медицинские процедуры; 2) защита права пациента контролировать ощущения

при приближении смерти; 3) выявление других пожеланий пациента, в том числе тех, о которых умирающий пациент не может сообщить медицинским работникам. В инструкциях заложен механизм, позволяющий отказаться от методов, где внимание уделяется только лечению, в пользу тех методов, где признается важность существующих личностных ценностей.

Одной из основных концепций при использовании инструкций является ограничение лечения, известное как ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ. Право пациента отказаться от лечения является основой информированного согласия. Это может быть механизмом обретения «хорошей», или достойной, смерти с точки зрения пациента и представляет собой соглашение между медиками, семьей и пациентом.

Еще один документ, который помогает при принятии решения, известен как ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ. Это механизм, который помогает врачам узнать об определенных пожеланиях пациента относительно лечения, если пациент оказывается не в состоянии изъявить свою волю. В некоторых случаях семья пациента знает о нравственных ценностях пациента и может предоставить эту информацию медикам, если пациент не способен это сделать сам. Это называется инструкцией для врачей от доверенного лица. Медицинская доверенность — другой процесс, при котором пациент назначает определенного представителя для принятия решения от своего имени.

Все указанные процессы предполагают качественное и продуктивное общение между врачом, пациентом и его семьей. Они позволяют учитывать личностные приоритеты при определении цели терапии. Это способ предоставить пациенту возможность, заглянув в будущее, сказать: «Именно это я ценю и этого хочу». Это освобождает семью от конфликта и замешательства относительно пожеланий пациента, который, возможно, не в состоянии выразить свою волю.

4. Страхи пациента и просьба об эвтаназии

Всем авторам данной статьи знакомы ситуации, когда пациент просил об эвтаназии. Прежде всего следует отнестись к такой просьбе как к признаку страха и отчаяния. Подобные страхи зачастую возникают из-за тревоги, что высокотехнологичная медицинская помощь отсрочит приближение смерти, при этом пациент потеряет контроль над своим телом и разумом. Очень часто пациенты падают духом, по-

скольку зависимы от других при проведении гигиенических процедур. Многие пациенты очень боятся стать обузой для членов своей семьи. Когда они физически становятся зависимыми от других, они зачастую начинают думать, что прожили слишком много.

На фоне тяжелого эмоционального душевного страдания и нежелания в перспективе полностью зависеть от других некоторые пациенты могут обратиться к врачу с просьбой об эвтаназии. Хотя некоторые специалисты по этике спорят относительно важности принципов автономии и права пациента на отказ от лечения, большинство не согласны, что это является достаточным основанием для врача, чтобы принять решение об эвтаназии. Подробное обсуждение указанных вопросов выходит за рамки тематики данной статьи. Однако ее авторы считают, что оказание паллиативной помощи может доказать пациенту ненужность эвтаназии. Для некоторых это является дополнительным аргументом в пользу отказа от эвтаназии (Argas). К тому же эвтаназия не благо для пациента, так что потенциальный риск при применении подобной практики не оправдан.

В определенных случаях, когда пациенты испытывают невыносимую боль, можно рассмотреть вопрос о применении максимальной дозы болеутоляющего средства, даже если доза обезболивающего препарата может стать смертельной. Данная ситуация затрагивает сложные вопросы нравственных границ медицины и моральных качеств медицинских работников. С одной стороны, доза препарата должна быть увеличена, несмотря на возможный печальный исход и то, что это может ускорить приближение смерти (как в случае вероятной легочной недостаточности), если целью ставится облегчение боли и страдания. Нравственные проблемы возникают, когда врачи увеличивают дозу препаратов с целью ускорить наступление смерти [6]. Подробное рассмотрение вопроса о применении максимальной дозы болеутоляющего средства также выходит за пределы тематики данной статьи. Однако медики должны иметь четкое понимание смысла жизни и смерти и уметь признавать взгляды членов своей команды, которые отличаются от их собственных.

5. Пилотная программа по паллиативной помощи в городе Томске

Основателем хосписного движения в России был Виктор Зорза, журналист. Мотивом послужило оказа-

ние помощи его дочери в британском хосписе во время его пребывания в Англии в 1977 г. Благодаря собственному опыту тяжелой утраты и сотрудничеству с доктором Андреем Владимировичем Гнездиловым в 1990 г. в Лахте, неподалеку от Санкт-Петербурга, был основан хоспис. К 2004 г. в России существовало 93 службы по паллиативной помощи (91 — для взрослого населения и 2 — для детей). В Сибирском федеральном округе существует 2 отделения по паллиативной медицине (в Новокузнецке и Омске) и 8 хосписов (в Иркутске, Кемерове, Омске, Томске и других городах).

В 2006 г. Томск вошел в число десяти территорий, которые стали местом для реализации пилотных программ по паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным в рамках проекта «ГЛОБУС». Эта программа носит название «Паллиативная помощь и уход при ВИЧ/СПИДе» и реализуется на базе Томского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями при поддержке государственных, медицинских и других организаций. Обучение основного персонала, участвующего в оказании паллиативной помощи, прошло в Москве и Санкт-Петербурге. Помимо сотрудников Томского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями обучение прошли сотрудники и других лечебно-профилактических учреждений: врачи-инфекционисты, фтизиатры, сотрудники службы исполнения наказания и др.

Исторически сложилось, что в России нет опыта оказания паллиативной помощи. В советские времена в отношениях между врачом и пациентом доминировал деонтологический принцип, согласно которому врачи были обязаны ограждать пациентов от знания о своей неизлечимой болезни. Хотя семье могли рассказать о страшном диагнозе, пациента намеренно оставляли в неведении. Целью этого принципа было стремление не нанести моральную травму пациенту, не лишать его надежды на выздоровление. Этической предпосылкой данного принципа является патернализм. В действительности он препятствовал общению между пациентом и врачом. Этот этический принцип не характерен для культуры России. При общении пациента с семьей, врачами в процессе оказания паллиативной помощи особое значение должно придаваться независимости пациента.

Паллиативная помощь в России стала развиваться как помощь пациентам с онкологическими заболева-

ниями. Поэтому на сегодня мы ограничены в опыте, знаниях, исследовательских материалах по наблюдению и уходу за ВИЧ-инфицированными и больными туберкулезом. Частичное объяснение этому — относительно недавнее появление эпидемии ВИЧ-инфекции в России и, соответственно, отсутствие до недавнего времени потребности в хосписной помощи. В связи с распространением эпидемии ВИЧ-инфекции сейчас ситуация меняется.

Программа «Паллиативная помощь и уход при ВИЧ/СПИДе» в рамках проекта «ГЛОБУС» позволила применить концепцию паллиативной помощи при наблюдении и уходе за ВИЧ-инфицированными и больными туберкулезом. Ранее, до появления в регионе проекта «ГЛОБУС» основное внимание уделялось профилактике заболеваемости ВИЧ/ИППП, повышению информированности населения об уменьшении риска заражения. Сейчас же осуществление медицинского ухода в течение всего заболевания и во время приближающей смерти становится актуальной проблемой. Эта пилотная программа, рассчитанная на год, послужила механизмом для развития необходимой образовательной инфраструктуры, междисциплинарной поддержки и принятия обществом паллиативной помощи.

Основной целью было развитие и укрепление общения врачей различных специальностей и командной работы, которая базировалась на уже существующих моделях оказания паллиативной помощи. Спектр оказываемой помощи включал: услуги медицинские, психологические, духовные, социальные, материальную помощь и медицинский уход. Мультипрофессиональная команда состояла из основного персонала, специализирующегося на инфекционных заболеваниях, фтизиатрии, эпидемиологии, психологии, а также из социального работника и волонтеров.

Критерии отбора пациентов для участия в программе основывались на признании того, что все ВИЧ-инфицированные нуждаются в паллиативной помощи. Во время этой подготовительной работы основной целью было отобрать 50 пациентов для участия в программе, при этом предпочтение отдавалось ВИЧ-инфицированным, у которых болезнь была на последних стадиях. Это позволило бы быстрее оценить масштаб проблем. Социальное неравенство также учитывалось при проведении отбора. Например, если у пациентов была сопутствующая инфекция, туберкулез,

беременность, психологические проблемы в семье или у них отсутствовало место жительства, они имели наибольшие шансы получить мультипрофессиональную поддержку. Если в одной и той же семье было двое или более ВИЧ-инфицированных, включая детей, это было дополнительным преимуществом. Гражданские и законные права всех пациентов соблюдались. Более того, если пациенты активно просили об услугах поддержки, было возможно первоочередное рассмотрение об их включении в программу.

Масштаб и комплексность потребностей пациентов стали очевидными по мере набора пациентов в программу. Несмотря на переоценку исторических, культурных ценностей, произошедшую в связи с социальными преобразованиями в России, доктор Гнездилов считает духовный аспект паллиативной помощи одним из основных. Это подтвердил и опрос пациентов программы: 60% опрошенных заявили о своей приверженности религии. При этом 53% составляли православные христиане, 6% — неправославные христиане и 1% — приверженцы мусульманского вероисповедания. В то же время только 21% из опрошенных выразили желание получить дополнительную религиозную поддержку. Большинство из них считали, что они достаточно самостоятельны в своих духовных пристрастиях. Студенты старших курсов Томской духовной семинарии принимали участие в реализации этой программы и посещали некоторых пациентов на дому, оказывая им духовную поддержку и физическую помощь. Благодаря реализации пилотной программы по паллиативной помощи впервые появилась возможность оказания материальной помощи (продуктовые наборы, гигиенические наборы, лекарственные препараты). Материальную помощь получили 77% участников программы.

Помимо получения материальной и духовной помощи 100% участников получили медицинскую и психологическую помощь. Оказанная психологическая помощь включала эмоциональную поддержку, семейное консультирование, интеграцию в сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИД, кризисное консультирование, которое необходимо при сообщении о диагнозе ВИЧ, психологическую помощь членам семей.

При реализации программы пришлось столкнуться с трудностями, мешающими эффективному оказанию помощи.

Наиболее востребована на сегодня, но наименее обеспечена социальная помощь. Мы не можем предос-

тавить жилье или помочь в его оплате, а среди наших клиентов каждый третий не имеет собственного жилья. Практически не решается вопрос с трудоустройством, так как пациенты, как правило, не имеют специального образования, многие являются потребителями наркотиков, а специальных программ по трудоустройству «особых» категорий граждан не существует. Оказание полноценной помощи, интеграция наших клиентов в общество невозможны без реализации программ по избавлению от наркотической или алкогольной зависимости, табакокурения. В Томске есть учреждения, оказывающие эти услуги, но стоимость лечения достаточно высокая, к тому же применяемые методы лечения не приспособлены для лечения ВИЧ-инфицированных.

В то же время достигнуты немалые успехи. Спектр и качество медицинской помощи расширились и улучшились. Появились дополнительные услуги по социальной, духовной и материальной поддержке. Заметны позитивные перемены в отношении пациента к своему здоровью и медицинскому персоналу. Часть пациентов изъявила желание участвовать в работе группы взаимопомощи. Психологическая и духовная поддержка оказывалась не только пациентам, но и их семьям, чему раньше не уделялось внимания. Установлено сотрудничество со студентами Томской духовной семинарии. Медицинский персонал прошел переподготовку по паллиативной помощи, что стимулировало и укрепляло мультипрофессиональную команду. Уменьшилось число пациентов с безразличным отношением к своему здоровью. Дополнительной психологической поддержкой для части ВИЧ-инфицированных стала забота и об их детях. Местные СМИ также способствовали информированности населения о возможных услугах и концепциях паллиативной помощи.

Заключение

Мультипрофессиональная команда имеет возможность предоставлять качественную помощь, по своему уровню и объему занимающую положение между стационарной помощью и просто уходом на дому. Пилотная программа в Томске позволила апробировать предоставление помощи пациентам в последней фазе заболевания. Команда стала инструментом, обучающим общество, и могла реагировать на неправильные представления или отсутствие знаний компонентов паллиативной помощи. Взятие в программу пациентов

на ранних стадиях заболевания приводило к тому, что команда по паллиативной помощи имела время установить доверительные отношения с пациентом и его семьей. Цели оказания паллиативной помощи для разных клинических случаев были разными, но основным был диалог между пациентом и врачом. Данная модель паллиативной помощи представляет собой убедительный пример более эффективного оказания медицинской помощи и ухода на всех стадиях заболевания. При этом помощь и уход можно и нужно оказывать, даже если лечение прекращено.

Философия и практика хосписа имеют нравственную и этическую основу. Всестороннее, координированное облегчение боли и страдания смертельно и неизлечимо больных пациентов является в полной мере нравственной ответственностью врачей [8]. Современные методы устранения боли доступны и эффективны. Хотя пациенты могут не захотеть рассказать обо всех страданиях, переживаниях, отношениях в личной жизни и религиозных верованиях, это не уменьшает эффективности паллиативной помощи [8]. Сопереживание и уважение ценностей больного являются предпосылками хороших отношений между врачом и пациентом. Навыки оказания паллиативной помощи лежащему больному включают технические знания, гуманность и сострадание. Они не являются идеологией. В то время как мы вместе с пациентом идем на

встречу приближающейся смерти, не оставляем его одного, он не только становится способным к душевному исцелению, но и ощущает влияние взаимного сочувствия и, возможно, чувствует и исцеление нашей души.

Литература

1. http://www.eolc-observatory.net/global_analysis/russia_current_services.htm Accessed December 19, 2006
2. Arras J.D. Physician-Assisted Suicide: A Tragic View // Battin, Rhodes, Silvers, ed. *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York; London: Routledge Press, 1998. P. 279—300.
3. *Palliative Care in the Developing World, Principles and Practice*.
4. Ed. Eduardo Bruera, Liliana De Lima, Robert Wenk, William Farr (1st edition).
5. *Publisber: International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC)*, 2004.
6. Van der Maas P.J. et al. Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life // *Lancet*. 1991. № 338. P. 669—674.
7. Morrison R.S., Meier D.E. Palliative Care // *NEJM*. 2004. Jun. 17. № 350 (25). P. 2582—2590.
8. Pellegrino E.D. Emerging Ethical Issues in Palliative Care // *JAMA*. 1998. № 279. P. 1521—1522.
9. Quill T.E., Lo B., Brock D.W. A Comparison of Voluntarily Stopping Eating and Drinking, Terminal Sedation, Physician-Assisted Suicide, and Voluntary Active Euthanasia // *Journal of the American Medical Association*. 1997. V. 278. № 23. P. 2099—2104.
10. World Health Organization. 1990. *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. World Health Organization Technical Report Series 804. Geneva.