

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП

Обсуждено на заседании кафедры
Протокол № 16
от 30.08.2022

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

для проведения занятия со студентами

1 курса лечебного факультета по

дисциплине «Биомедицинская этика

**Тема: ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ И ЭВТАНАЗИИ.**

Время: 3 часа

1. УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, МОТИВАЦИЯ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ, ТРЕБОВАНИЯ К ИСХОДНОМУ УРОВНЮ ЗНАНИЙ.

Мотивационная характеристика темы: Отношение человека к смерти является одной из важнейших характеристик его культуры, равно как отношение к смерти, принятое в той или иной группе людей, является критерием культуры данного общества.

Однако многие ожидания пациентов на сегодняшний день иллюзорны: зачастую продлевается жизнь, а не молодость, пересадка органов приводит к значительному снижению иммунитета и риску умереть от инфекционных заболеваний, болевой синдром купируется с последующей лекарственной зависимостью или вообще не купируется и т.д.

В связи с неэффективностью медицины во многих тяжелых случаях все чаще встает вопрос об эвтаназии, как способе прекращения страданий. Таким образом, многие надежды людей на медицину не оправдались и сегодня не менее актуально, чем раньше стоит вопрос об адаптации к мысли о смерти. Ведь без правильного отношения к смерти, как и всегда, человек не может быть свободен и не может обрести смысл жизни.

Учебные цели занятия: формирование у студентов осознанной этической позиции в отношении достижений современной биомедицинской науки в областях, связанных со смертью, умиранием, продлением жизни.

Воспитательные цели занятия: формирование у студентов осознанной этической позиции в отношении достижений современной биомедицинской науки в областях, связанных с паллиативной помощью и эвтаназией.

Задачи занятия:

- выяснить суть эвтаназии, понять различие между активной и пассивной эвтаназией, дать этическую оценку либеральной и консервативной позициям в отношении эвтаназии;
- понять этический смысл стадий адаптации человека к мысли о смерти и их связь с психологической зрелостью человека.

Требования к исходному уровню знаний.

В результате проведения занятия студент должен:

– Знать:

- понятие эвтаназии;
- формы эвтаназии;
- организацию паллиативной помощи;
- историю и принципы хосписного движения;
- этические аспекты лечения хронической боли;
- причины отказа от лечения.

– Уметь:

- оказывать поддержку близким умирающего пациента;
- оказывать психологическую помощь медицинскому персоналу;
- соблюдать специфику общения с онкологическими пациентами.

2. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН.

1. Понятие «биологической смерти»
2. Дефиниция и клиническое определение смерти.
3. Философские проблемы адекватности определения смерти мозга.

3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ.

1. Паллиативная помощь. Социальная организация паллиативной помощи. История и принципы хосписного движения. Хосписы в Республике Беларусь.
2. Качество жизни умирающего. Поддержка близких умирающего пациента. Психологическая помощь медицинскому персоналу («синдром выгорания» как состояние эмоционального и физического истощения).
3. Этические аспекты лечения хронической боли.
4. Эвтаназия. Исторические воззрения на эвтаназию.

5. Формы эвтаназии: активная, пассивная, добровольная, недобровольная. Ассистируемое самоубийство. Самоубийство и проблема моральной ответственности. Либеральная и консервативная позиции в моральной оценке эвтаназии.

6. Проблема эвтаназии новорожденных с тяжелыми пороками развития

4. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ.

1. Паллиативная помощь. Социальная организация паллиативной помощи. История и принципы хосписного движения. Хосписы в Республике Беларусь.

Паллиативная медицина – область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний преимущественно в терминальной стадии развития ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны [1].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), *паллиативная помощь* – это деятельность, направленная на улучшение качества жизни, раннее выявление болезни и предупреждение физических, психических, психологических, социальных и духовных страданий больных со смертельным диагнозом, с различными нозологическими формами хронических заболеваний.

Вопросы паллиативной помощи, особо остро заявили о себе в 70-е гг. XX в. и инициировали создание специальных учреждений – хосписов.

В Республике Беларусь и других странах мира понятие «паллиативная помощь», возникшее когда-то в связи с лечением онкологических больных, – было ориентировано на потребности умирающих от онкологического заболевания, а также их близких. Однако сегодня это понятие подразумевает уход и поддержку больных с самыми различными неизлечимыми заболеваниями, инвалидов, стариков. Каждый третий пациент, которому необходима паллиативная помощь, – пожилой и одинокий. Доля таких людей в структуре населения стабильно растет и должна удвоиться буквально к 2050 году. Основными хроническими заболеваниями, которые становятся причиной смерти, остаются сердечно-сосудистые и онкологические.

Каждый год в мире умирает пятьдесят два миллиона человек. Установлено, что десятки миллионов из них умирают, испытывая страдания. Паллиативная медицина – область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний преимущественно в терминальной стадии развития в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны.

Паллиативная помощь больным не ставит целью достижение длительной ремиссии заболевания и продление жизни (но и не укорачивает ее). Облегчение страданий — это этический долг медицинских работников. Каждый пациент с активным прогрессирующим заболеванием, приближающийся к смертельному исходу, имеет право на паллиативную помощь.

Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Главный принцип – от какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжелым это заболевание не было, какие средства не были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни.

Паллиативная помощь не допускает эвтаназию и самоубийство при посредничестве врача. Просьбы об эвтаназии или о содействии в самоубийстве обычно свидетельствуют о необходимости улучшения ухода и лечения больного. При развитой современной междисциплинарной паллиативной помощи пациенты не должны испытывать непереносимых физических страданий и психосоциальных проблем, на фоне которых чаще всего возникают подобные просьбы.

Современная паллиативная медицина тесно связана с официальной клинической медициной, поскольку она обеспечивает действенный и целостный подход, дополняющий специальное лечение основного заболевания.

Целью паллиативной помощи пациентам с поздними стадиями активного прогрессирующего заболевания и небольшой предполагаемой продолжительностью жизни является максимальное повышение качества жизни, не предусматривающее ускорение или отдаление смертельного исхода. Поддержание максимально возможного качества жизни пациента является ключевым моментом в определении сущности паллиативной медицины, так как она ориентирована на лечение больного, а не поразившей его болезни. [2].

Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни инкурабельного пациента – медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и купирования других патологических симптомов, необходимы психосоциальная и духовная поддержка пациента, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты. Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики, существенную часть которой составляет паллиативная помощь.

Хосписы. В развитии некоторых заболеваний (например, злокачественных опухолей) раньше или позже наступает момент, когда активная терапия делается невозможной. Место борьбы за спасение жизни пациента занимает паллиативная помощь (обезболивание, уход, социально-психологическая поддержка). Основная задача такой помощи – защитить пациента от психофизических страданий и болей, а также обеспечить достойное умирание. Умирающие испытывают страх перед смертью, болью, зависимостью от других. Основатель современных хосписов (организаций по физической и моральной поддержке умирающих) англичанка С. Сондерс еще в 1948 г. пришла к простой мысли: умирающему пациенту можно и нужно помочь. Сложившаяся с тех пор система паллиативной помощи стала реализацией этой простой и гуманной цели. Умирающий пациент с помощью грамотного паллиативного лечения может быть избавлен от боли и получает возможность общаться с семьей и друзьями. В рамках хосписного движения ведется также активная психологическая и социальная поддержка членов семьи умирающих. [1,7]

Одним из критериев успешного паллиативного лечения является расширение возможностей самообслуживания пациента, что одновременно увеличивает его самоуважение. Умирающий человек особенно остро чувствует недостаток заботы о нем, поэтому имеет право на капризы и даже на чувство злости. Надо уметь соглашаться с пациентом, а принятый в хосписах обычай выполнения последнего желания есть логическое завершение этой линии поведения, всей философии паллиативного лечения.

Хоспис – это медицинское (медико-социальное) учреждение/отделение, где команда профессионалов оказывает комплексную помощь пациенту, который нуждается в облегчении страдания – физического, психосоциального и духовного, связанного с заболеванием, излечить которое невозможно, и оно неминуемо должно привести к смерти в обозримом будущем (3-6 мес).

Хосписная служба – это вид паллиативной помощи пациентам в терминальной стадии любого хронического заболевания (рак, СПИД, рассеянный склероз, хронические неспецифические заболевания бронхолегочной и сердечно-сосудистой системы и др.), когда лечение уже не дает результатов, прогноз неблагоприятный в отношении выздоровления и жизни.

Хоспис – это не только учреждение, – это философия, в основе которой лежит отношение к пациенту как к личности до самой последней минуты его жизни и желание облегчить его страдания, учитывая его желания и предпочтения. Пациент направляется в хоспис не умирать, а для проведения мероприятий, направленных на купирование боли, уменьшение одышки или других симптомов, с которыми он и его лечащий врач не могут справиться в домашних условиях. Кроме того, пациентам и их родственникам в хосписе предоставляется психологическая, социальная и духовная поддержка [2].

В Беларуси действует 8 хосписов для взрослых, а также открыты отделения паллиативной медицинской помощи в 24 стационарах – всего 431 койка. Помимо стационара существуют выездные патронажные службы, которые оказывают помощь на дому.

2. Качество жизни умирающего. Поддержка близких умирающего пациента. Психологическая помощь медицинскому персоналу («синдром выгорания» как состояние эмоционального и физического истощения).

Качество жизни умирающего пациента – это основополагающий этический принцип здравоохранения. Он заключается в уважении моральной автономии, прав человека, гарантии, защита прав пациента на получение достоверной информации о своем состоянии, заболевании, на сознательный выбор между лечением и нелечением, на духовное или моральное утешение и т.д. так или иначе связаны с новой сверхзадачей врачевания – обеспечение оптимального качества жизни пациента. ВОЗ определило «качество жизни» как степень удовлетворения физических, психологических, социальных потребностей, материальных и духовных нужд личности. Качество жизни можно определить только в количественных показателях физиологической, психологической и социальной активности, функционирования конкретного индивида. [2,3].

Поэтому необходимо учитывать:

- комплексное влияние болезни на жизнь пациента, сравнивать эффективность различных медицинских вмешательств при одном и том же заболевании, различных заболеваниях или стадиях болезни;

- определять отношение самого пациента к болезни, к отдельным ее симптомам.

Поэтому снижением качества жизни будет являться потеря автономности человека – физиологическая, психологическая, социальная, духовная. Человек свободно самостоятельно принимает решения, касающиеся его здоровья и жизни. Врачи и медицинские работники должны создавать необходимые условия для принятия правильного решения (альтернативы методов лечения). Уважать человеческое достоинство умирающего пациента, особенно в терминальных стадиях.

Целью паллиативной помощи будет являться стремление поддержать и улучшить (насколько возможно) качество жизни пациента, если заболевание уже не поддается лечению, создание условий для подобающего качества жизни.

Психологическая помощь родственникам и близким умирающего включает в себя умение слушать, быть внимательным к другим людям, сострадать. Такая поддержка не сразу дает ощутимые результаты, но в дальнейшем может помочь перенести утрату. Близкие должны понимать, что чувство утраты и скорбь являются естественными состояниями и обычно не требуют медицинского вмешательства. Надо только проявлять свои эмоции, поскольку их подавление может нанести вред здоровью. Необходимо познакомить близких со стадиями горя, подготовить к реакциям пациента, чтобы они могли вести себя соответствующим образом.

Поскольку период утраты включает в себя не только болезнь, но и смерть, помощь в виде психологической поддержки должна быть направлена и на родственников, переживающих и понесших потерю.

После того как родственники узнали от врача правду о заболевании и тяжести состояния пациента, сестра может отвечать на последующие вопросы, связанные с уходом и обеспечением достойного качества жизни. Следует помочь родственникам снять вину и напряжение от вынужденной разлуки с больным, находящимся в лечебном заведении. Некоторых родственников нужно научить, как наносить визиты к больному. Следует при этом вести себя так, как если бы они находились в домашних условиях, например, сидеть и читать книгу, газету, вместе смотреть телевизор, поскольку для умирающего, больного человека бывает важно само присутствие близких, ощущение, что он не одинок.

Ухаживая за умирающими и помогая их семьям пережить потерю, нужно стараться оказывать им поддержку, нужно помнить, что семья и близкие умирающего человека проходят те же стадии горевания, которые проходит он сам.

Членам семьи будет легче пережить потерю, если они будут видеть, что уход за близким им человеком осуществляется добросовестно, в палате поддерживается комфортная обстановка.

Сообщение близким о смерти больных телеграммой – дело естественное. Все, что принадлежало умершему, не просто предметы, подлежащие инвентаризации, – это дорогая память для близких, поэтому такт по отношению к ним требует бережного сохранения этих вещей. Близкие родственники умершего требуют заботы, сочувствия, особого внимания. Прежде всего следует быть готовым к проявлению сильных аффектов, уметь не только стерпеть их, но и помочь тем, кого постигло несчастье.

Работа с родственниками умирающих с целью оказания им психологической поддержки часто может опираться на те же церковные традиции. Мы часто просим близких больного читать возле него Библию или молитвослов. Торжественность и серьезность момента, текст «вечной» книги, обращающейся к человеческой душе, оказывают часто глубокое и сильное впечатление на самих больных и родственников. Они перестают плакать, их эмоции избавляются от отчаяния.

Нельзя обойти проблемы поддержки и очищения родных и людей, ухаживающих за больным после его смерти. Еще в старых традициях люди, соприкасающиеся со смертью, нуждались в обряде «очищения». Имеются эти традиции и в христианской религии – отпевание, дни поминовения. Подавление слез ненормально так же, как затыкание рта при смехе. И когда тело предано земле, хоронившим выносили воду в ведре и омывали руки, а полотенце выбрасывали. Это ли не очищающее «через воду» психотерапевтическое действие!

Синдром эмоционального выгорания – термин, используемый в психологии с 1974 года, для обозначения процесса нарастания физического, умственного, морального истощения личности. По мере усиления выраженности расстройства присоединяются глобальные изменения в сфере межличностных коммуникаций вплоть до формирования стойких когнитивных дефектов. Среди предложенных психологами разъяснений сути синдрома эмоционального выгорания, по мнению многих ученых наиболее достоверной является трехфакторная модель, созданная К. Маслач и С. Джексон. В их представлении синдром эмоционального выгорания – многомерная конструкция с тремя составляющими: психическим и физическим истощением; расстройством самовосприятия (деперсонализации); изменением в сторону упрощения индивидуальных достижений (редукцией). [2,5]

Основной компонент синдрома эмоционального выгорания – истощение ресурсов личности в физическом, психологическом и когнитивном аспекте. Основные проявления развития патологического процесса: сниженные психические реакции, равнодушие, безразличие, душевная апатия.

Второй элемент – деперсонализация оказывает огромное влияние на ухудшение качества взаимоотношений индивида в обществе. Расстройство самовосприятия может проявляться двояко: либо усилением зависимости от других людей, либо сознательным проявлением крайне негативного отношения к определенной группе окружающих, циничности требований к ним, беспардонностью высказываний, бесстыжестью помыслов.

Третье звено подразумевает изменение человека личностной оценки: чрезмерной критики в свой адрес, в сознательном преуменьшении профессиональных навыков, умышленном ограничении реально существующих перспектив в карьерном росте.

Опираясь на теорию Дж. Гринберга, выделяют следующие стадии синдрома эмоционального выгорания:

первая стадия – рецидивирующие стрессы в рабочем плане, которые способны уменьшать физическую энергию человека на фоне удовлетворения работника предоставляемой трудовой деятельностью;

вторая стадия – снижение интереса к трудовой сфере, нарушение сна, чрезмерная усталость;

третья стадия – работа без выходных, отмечается наличие переживаний, и человек становится уязвимым к заболеваниям;

четвертая стадия – в организме прогрессируют хронические процессы, которые связаны с неудовлетворенностью собой как личностью, а также в рабочем плане;

пятая стадия – трудности физического и психоэмоционального плана способствуют развитию опасных для жизни заболеваний.

3. Этические аспекты лечения хронической боли.

Хроническая боль (ХБ) значительно отличается от острой боли по многообразным проявлениям, обусловленным постоянством и силой чувства боли, а также часто возникающей резистентностью к различным лечебным воздействиям. ХБ занимает одно из ведущих мест в онкологии среди тяжелых патологических синдромов и встречается примерно у 70-90% больных в стадии генерализации онкологического процесса [2].

Ввиду того, что боль имеет многоуровневую природу, часто необходимо рассуждать о ней, **пользуясь концепцией тотальной боли**. Эта концепция указывает на то, что страдание имеет физический, психологический, социальный и духовный аспекты, с которыми нельзя не считаться в процессе лечения ХБ.

Физические факторы страдания: симптомы болезни, ограничивающие повседневную жизнь больного; побочные эффекты лечения; другие симптомы.

Психологические факторы: гнев; разочарование; столкновение с бюрократией/отчаяние; сокрытие диагноза от больного/чувство изоляции; отгороженность врачей от общения с больным/чувство беспомощности; неадекватное лечение/гнев и потеря доверия со стороны больного; страх больницы/тревожность; страх боли/тревожность; перестают навещать друзья/больной чувствует себя брошенным и никому не нужным.

Социальные факторы: потеря статуса/заниженная самооценка; потеря доходов от труда/чувство своей бесполезности и волнения о финансовых проблемах; тревога о финансовом положении семьи; потеря уверенности/понижение самооценки; бессонница и хроническая усталость.

Духовные факторы: духовные метания; страх смерти и страх перед процессом умирания; чувство вины ("меня обвиняют"); потеря уверенности в будущем - потеря надежды; и др.

4. Эвтаназия. Исторические воззрения на эвтаназию.

Эвтаназия (греч. εὖ – хорошо + θάνατος – смерть) – практика прекращения жизни человека или животного, страдающего неизлечимым заболеванием, находящегося в терминальном состоянии, с целью избавления его от страданий. Этот термин был предложен английским философом Френсисом Бэконом еще в XVII веке для определения "легкой смерти". [1]

В приложении к практической медицине оно означает оказание медработником помощи в уходе из жизни тяжело страдающего, больного безнадежным заболеванием человека по его просьбе.

Считается, что впервые термин ввел английский философ Френсис Бэкон (1561-1626 гг.). Однако первый эпитаф к излагаемому разделу показывает, что данное деяние было известно еще со времен Гиппократов.

Практически со времен Гиппократов врачи отрицали эвтаназию. Общественное мнение также поддерживало эту позицию. В основе такой позиции лежали как философские, так и врачебные этические положения и требования.

Философская позиция в этом вопросе заключалась в следующем. «Намеренное умерщвление невинного всегда является нравственным злом. Эвтаназия – намеренное умерщвление невинного человека. Значит с точки зрения морали эвтаназия – зло».

Врачебные этические правила во все времена также требовали, чтобы, до тех пор, пока в больном человеке теплится хоть самая малая искорка жизни, врач обязан всеми имеющимися в его распоряжении средствами бороться за его жизнь.

Такая позиция основана на следующем. В практике любого врача бывают случаи, которые заставляют еще и еще раз убеждаться в необходимости бороться за жизнь человека до истощения всех возможностей организма, до последнего сердцебиения. Тем более, что в практике врачей трудно исключить и врачебные ошибки.

Кроме возможности ошибочного диагноза следует учитывать еще и другое. Дело в том, что состояние, оцениваемое сегодня как безнадежное, может не оказаться таковым спустя самое короткое время. Красноречивее всего об этом свидетельствуют успехи реаниматологии - службы, борющейся за жизнь людей, находящихся в состоянии кажущейся (или, как говорят медики, клинической) смерти [3].

5. Формы эвтаназии: активная, пассивная, добровольная, недобровольная. Ассистируемое самоубийство. Самоубийство и проблема моральной ответственности. Либеральная и консервативная позиции в моральной оценке эвтаназии.

Выделяют два вида эвтаназии: *пассивная* (намеренное прекращение медиками поддерживающей терапии больного) и *активная* эвтаназия (введение умирающему лекарственных средств либо другие действия, которые влекут за собой быструю смерть) [1,3].

К активной эвтаназии часто относят и самоубийство с врачебной помощью (предоставление больному по его просьбе препаратов, сокращающих жизнь).

Различают три формы активной эвтаназии:

1. Убийство из сострадания (если жизнь является мучением для пациента, то она прерывается другим человеком, причем без согласия на это страдающего пациента).

2. Добровольная активная эвтаназия (врач по просьбе пациента делает ему летальную инъекцию).

3. Самоубийство при помощи врача (врач передает в руки пациента средство, позволяющее покончить с собой. Пример: американский врач Джек Кеворкян – «доктор-смерть», который создал устройство, вызывающее смерть тогда, когда сам пациент приведет его в действие).

Проблема эвтаназии поднимает такие важные вопросы, как ускорение смерти тех, кто переживает тяжкие страдания, забота об умирающих, предоставление человеку возможности умереть. Проблема эвтаназии порождает многочисленные дискуссии, в которых одни отвергают эвтаназию как акт убийства, другие рассматривают ее как панацею от всех бед.

Эвтаназия вступает в противоречие с клятвой Гипократа: «Клянусь не давать смертельного лекарства, даже если меня об этом попросят, или советов, которые могут привести к смерти». Сегодня использование медициной новейших средств позволяет продлить биологическое существование человека на бесконечно долгий срок, превращая порой несчастных пациентов и их близких в заложников сверхгуманизма.

Христианство, иудаизм, ислам выступают против эвтаназии. В основе христианства лежит постулат о том, что жизнь священна и неприкосновенна. На нее никто не имеет права посягать, в том числе ни врач, ни сам человек.

Право человека распоряжаться собственной жизнью и отказ от негуманного, уничтожающего его достоинство лечения, выступают 64 основным аргументом сторонников активной эвтаназии. Святость человеческой жизни, возможность врачебной ошибки при безнадежном диагнозе, развитие медицины и вероятность излечения в скором будущем тех болезней, которые сегодня еще не лечатся, опасность злоупотреблений, если эвтаназия будет узаконена и т. п. являются вескими аргументами против активной эвтаназии. Все эти проблемы свидетельствуют о том, что эвтаназия – это междисциплинарная научная и комплексная социокультурная проблема, требующая для своего разрешения профессиональных и нравственных усилий философов, медиков, юристов, священнослужителей, всех заинтересованных людей.

В обществе отношение к смерти обсуждается довольно активно. Сегодня с демократизацией общества и возрастанием прав человека все больше людей считают, что каждый имеет право умереть, не позволяя продлевать свою жизнь искусственно. Решающий аргумент – чрезмерные страдания умирающего, которые врачи не могут облегчить. Однако если осознание права человека на достойную смерть постепенно укореняется в культуре, то поиск путей его реализации остается сложнейшей биоэтической проблемой, которая

интенсивно обсуждается в двух направлениях: как проблема эвтаназии и как проблема паллиативной медицины, находящей свое воплощение в создании хосписов.

На территории Республики Беларусь осуществление эвтаназии, в том числе с помощью медицинских (фармацевтических) работников, запрещено (Ст. 31 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»). Лицо, сознательно побудившее другое лицо к эвтаназии и (или) осуществившее эвтаназию, несет ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь. [7].

Суицид – это добровольный уход индивида из жизни в виду психоэмоциональных, душевных или физических травм. В настоящий момент суицид – это чума XXI века. Как правило, чаще добровольно уйти из жизни решают жители больших агломераций, среди жителей районных центров и поселков количество суицидальных попыток значительно ниже.

Загадку самоубийства пытаются разгадать с разных сторон: с позиций социологии и психологии, культурологии и антропологии, психиатрии и биологии. В каждой из них самоубийство находит свою проекцию и через нее раскрывает частичку своей тайны.

Основания для этико-психологического анализа:

1. Если человек решает лишить себя жизни – это означает, что в его сознании претерпела серьезные изменения фундаментальная этическая категория – "смысл жизни". Человек решается на самоубийство, когда под влиянием тех или иных обстоятельств его существование утрачивает смысл.

2. Утрата смысла жизни – это необходимое, но не достаточное условие суицидального поведения. Нужна еще переоценка смерти. Смерть должна приобрести нравственный смысл – только тогда представление о ней может превратиться в цель деятельности.

3. У всех многообразных событий и конфликтов, приводящих к самоубийству, есть один общий этический аспект: на уровне морального сознания все они апеллируют к нравственным ценностям: именно в этом качестве выступают все представления о счастье, добре, справедливости, долге, чести, достоинстве. Иными словами, "суицидогенные события" – это мощные удары по моральным ценностям личности.

4. Само суицидальное решение – это акт морального выбора. Отдавая предпочтение самоубийству, человек соотносит его мотив и результат, принимает на себя ответственность за самоуничтожение или перекладывает эту ответственность на других. Так или иначе, когда человек выбирает этот поступок, – он видит в самоубийстве, не просто действие, причиняющее смерть, но и определенный поступок, несущий положительный или отрицательный нравственный смысл и вызывающий определенное отношение людей, их оценки и мнения.

Следовательно, предметом этического анализа может служить и отношение общества к самоубийству, тесно связанное с теми же этическими категориями – смысл жизни, счастье, добро, долг и т.п., но выступающими уже как элемент не индивидуального, а общественного морального сознания.

Исходным в этико-психологическом анализе самоубийств следует считать категорию "жизненного смысла" – одну из наиболее общих, интегральных характеристик жизнепонимания и жизнеощущения личности.

Источники ощущения и осознания жизненного смысла:

а) конкретные моменты жизни – ситуации, действия человек соотносит в своем сознании с так называемыми "дальними целями", жизненными программами, формирующимися в сознании на ранних этапах развития личности и корректирующийся на всем протяжении жизненного пути; в результате складывается представление о степени самоактуализации личности;

б) существующее положение дел в жизненном пространстве личности соотносится с нравственными нормами и идеалами, в результате чего складывается представление о степени соответствия "должного" и "сущего";

в) личность соотносит свой жизненный путь с жизненными путями других людей и общества в целом, и в результате в той или иной степени ощущает сопричастность к их судьбам.

Несмотря на всю многомерность и широту категории смысла жизни, на ее интегральный характер и глубинную природу ее оснований – качественные и количественные характеристики смысловых представлений меняются от этапа к этапу индивидуального жизненного цикла. Наиболее чувствительны в этом плане юношеский и пожилой возрасты – в эти периоды человек особенно часто обращается к проблематике смысла жизни, пересматривает и формирует основания для его оценки. Это положение подтверждается статистикой суицидального поведения. "Пики" суицидальной активности приходятся на возраст от 18 до 29 лет ("пик молодости") и на возраст старше 45 лет ("пик инволюции"), причем в молодом возрасте преобладают суицидальные попытки, а в инволюционном – самоубийства.

В этическом аспекте кризисные состояния можно характеризовать как "перекрытие" источников жизненного смысла: блокаду жизненных целей, представление о невозможности самоактуализации, разрыв между "должным" и "сущим", между собственной и окружающей жизнью. Результирующая всех этих воздействий выражается в утрате жизненного смысла, интереса к жизни, перспективы, а, следовательно, и стимулов к деятельности. Возникают феномены отчуждения и безнадежности. Появляется отрицательное эмоциональное отношение к жизни: от ощущения ее тягостности, мучительности до отвращения. Подобные состояния могут возникать как в итоге длительного ряда жизненных трудностей, так и под действием острых, одномоментных тяжелых психотравм.

Для появления суицидального поведения требуется не только негативное отношение к жизни, но и своеобразное позитивное ценностное отношение к смерти.

Главный механизм, специфичный для суицидального поведения и запускающий акт самоубийства – это инверсия (переворот) отношений к жизни и смерти. С этого момента начинается формирование цели самоубийства и разработка плана ее реализации.

Целью истинных самоубийств и покушений является лишение себя жизни. В качестве конечного результата предполагается смерть, хотя степень действительной желательности этого результата в разных случаях чрезвычайно различна, – отсюда и различия в условиях и способах суицидальных действий.

Так, самопорезы бритвой могут быть отнесены к числу истинных суицидальных попыток, если конечной целью была смерть от кровопотери; к разряду демонстративно-шантажных покушений, если целью было оказать давление на окружающих, получить ту или иную выгоду; к самоповреждениям – если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль, как это бывает у психопатических личностей в моменты аффективных разрядов; к несчастным случаям – если, к примеру, по бредовым соображениям самопорезы преследовали цель "выпустить из крови бесов".

Даже при истинных самоубийствах их непосредственная цель – прекращение жизни – в большинстве случаев не совпадает с мотивами поведения самоубийц. Суицидальный акт является как бы средством, обслуживающим иной, вышестоящий мотив, причем не смертельный, а вполне жизненный.

Можно представить пять основных типов личностного смысла самоубийства: "протест", "призыв", "избежание", "самонаказание", "отказ".

Смысл суицидов "протеста" заключается в непримиримости, в желании наказать обидчиков, причинить им вред хотя бы фактом собственной смерти.

Суть суицидального поведения типа "призыва" в том, чтобы активизировать реакции окружающих, вызвать своей смертью их сочувствие, сострадание.

При суицидах "избежания" смысл заключается в устранении себя от непереносимой угрозы личностному или биологическому существованию.

"Самонаказание" можно определить как протест во внутреннем плане личности при своеобразной оппозиции двух "Я": "Я – судьи" и "Я – подсудимого".

Цель самоубийства и мотив поведения при суицидах "отказа" почти совпадают, а потому и смысл самоуничтожения можно характеризовать как "полную капитуляцию".

Моральный выбор и общественное сознание

В этическом аспекте решение о самоубийстве есть результат субъективного выбора, связанного с представлениями об ответственности за свой поступок. В зависимости от того, кому приписывает индивид ответственность за сложившуюся ситуацию, он и устанавливает ответственность за суицид. При позиции "протеста", "призыва" или "избежания" и соответствующих им типах суицидального поведения моральная ответственность за суицид адресуется ближнему или дальнему окружению; при позиции "самонаказания" ответственность принимается на себя; а при позиции отказа она приписывается "судьбе", "року", "устройству жизни".

Этический анализ дает возможность увидеть за фасадом конкретных событий и поступков моральный смысл конфликта, определить степень его влияния на жизнеощущение индивида, на его отношение к жизни и смерти, т. е. установить насколько данная ситуация стала кризисной и суицидоопасной. Становится возможным выявить "зоны сохранной моральной мотивации", выступающие в качестве антисуицидальных факторов. Таковыми могут быть у разных лиц чувства долга и ответственности, достоинство, гордость, совесть, стыдливость и др. Влияя на эти зоны, а также восстанавливая "пострадавшие" моральные структуры, удастся купировать суицидальные переживания, снять позитивное ценностное отношение к смерти, повысить ценность жизни, вернуть утраченный жизненный смысл. На следующих этапах реабилитации решаются задачи гармонизации и укрепления структур сознания, т. е. формирования устойчивой жизненной позиции. Данный подход можно назвать нравственно-ценностной переориентацией личности. Его преимущества заключаются в непосредственном воздействии на нравственно-смысловую сферу личности, деформации которой разделяют ответственность за кризисные состояния и суицидальное поведение [4].

6. Проблема эвтаназии новорожденных с тяжелыми пороками развития.

Неизлечимая болезнь является одним из основных требований для одобрения эвтаназии. Помимо этого, показанием к процедуре должны стать сильные боли, которые невозможно снять ни одним из доступных обезболивающих препаратов. Пациенту необходимо также получить заключение психолога о том, что он находится в светлой памяти и в состоянии принимать обдуманные решения. В случае с несовершеннолетними необходимо еще и согласие родителей. Активная эвтаназия запрещена в большинстве развитых стран мира. Исключениями в Европе являются Бельгия, Люксембург и Нидерланды. В остальных странах Европы разрешена так называемая пассивная эвтаназия, когда врачи отключают приборы жизнеобеспечения, если надежды на излечение пациента нет. В список таких стран входит и Германия. [2].

5. ХОД ЗАНЯТИЯ.

1. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, возникшие в процессе самостоятельной работы с учебным материалом.

2. Обсуждение основных вопросов по теме занятия.

3. Студенты делают тесты и решают ситуационные задачи по теме занятия.

6. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ.

1. Сущность эвтаназии.

2. Принципы работы хосписа.

3. Смерть и умирания как стадии жизни.

7. ЛИТЕРАТУРА.

1. Шамов, И. А. Биомедицинская этика [Электронный ресурс] : учебник для студентов мед. вузов / И. А. Шамов. – 2-е изд. – Москва : ИНФРА-М, 2018. – 288 с. : фот.авт. – (Высшее образование). – Рек. УМО вузов России по мед. и фармацевт. Образованию – Режим доступа: <https://znanium.com/catalog/document?id=346307>. – Дата доступа: 29.08.2022.

2. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении [Электронный ресурс] :

учеб.-метод. пособие / А. Т. Щастный [и др.] – Витебск, 2018. – 310 с. – Режим доступа: https://www.elib.vsmu.by/bitstream/123/17827/1/Biomeditsinskaia_etika_i_kommunikatsii_v_zdra_vookhranении_Shchastnyj-AT_2018.pdf. – Дата доступа: 29.08.2022.

3. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению [Электронный ресурс] / Респ. научно-практический центр мед. технол., информатизации, управления и экономики здравоохранения ; редкол.: Е. Л. Богдан [и др.]. – Минск, 2017. – 119 с. – Режим доступа: <https://e-catalog.nlb.by/Record/BY-NLB-br0001459558/Details#holdings>. – Дата доступа: 29.08.2022.

4. Хрусталева, Ю. М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья [Электронный ресурс] : учебник / Ю. М. Хрусталева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 400 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433287.html>. – Дата доступа: 29.08.2022.

5. Орлова, И. И. Сборник тестовых заданий по курсу «Биомедицинская этика» [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие для студентов 2 курса лечеб. и мед.-диагност. фак. мед. вузов / И. И. Орлова ; УО "ГомГМУ", каф. социально-гуманитарных дисциплин. – Гомель : ГомГМУ, 2016. – 54 с. – Режим доступа: <https://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/3176>. – Дата доступа: 29.08.2022.

6. Конституция Республики Беларусь 1994 года [Электронный ресурс] : с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 17 окт. 2004 г. и 27 февраля 2022 г. – Минск : Амалфея, 2006. – 48 с. – Режим доступа: <https://pravo.by/pravovaya-informatsiya/normativnye-dokumenty/konstitutsiya-respubliki-belarus>. – Дата доступа: 29.08.2022.

7. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 11.12.2020 № 94-З : с изм. и доп. // Нац. правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>. – Дата доступа: 29.08.2022.

8. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 7 янв. 2012 г. № 340-З : с изм. и доп. от 30 июня 2016 г. № 387-З. – Режим доступа: [http://www.pravo.by/pdf/2012-8/2012-8\(020-153\).pdf#page=1](http://www.pravo.by/pdf/2012-8/2012-8(020-153).pdf#page=1). – Дата доступа: 29.08.2022.

9. О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 18 июля 2002 г., № 963 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2002. – № 84. – Режим доступа: <http://pravo.levonevsky.org/bazaby/org507/sbor8/text7679.htm>. – Дата доступа: 29.08.2022.

Ассистент

Д.В.Ковалевский