

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и П

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 АСПЕКТЫ СМЕРТИ И УМИРАНИЯ.

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.

Поскольку за последнее столетие медицина активно развивает способы реанимации (реаниматология), продления жизни и молодости (геронтология, социальная медицина, трансплантология), очевидно, что новые медицинские технологии активно изменяют отношение к смерти людей. В связи с этим можно утверждать, что медицина активно меняет отношение людей к смерти и современную культуру.

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 высокопрофессиональной, разносторонне развитой и нравственно зрелой личности.

Задачи занятия:

- выяснить отношение к смерти в различные эпохи и в различных культурах и понять значение отношения к смерти для формирования культуры;
- дать современное определение смерти и выделить стадии умирания и критерии смерти;
- 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:

- моральный смысл смерти;
- историю вопроса медиализации смерти;
- критерии клинической и биологической смерти;
- понятие эвтаназии;
- формы эвтаназии;
- организацию паллиативной помощи;
- историю и принципы хосписного движения;
- этические аспекты лечения хронической боли;
- этико-деонтологические принципы в онкологии;
- 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. Дефиниция и клиническое определение смерти.

2. Понятие «биологической смерти»
3. Философские проблемы адекватности определения смерти мозга.

3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ.

1. Смерть как этико-философская проблема в традиционных и современных обществах. «Смерть как переход» и «смерть как ничто» (Сократ).
2. Моральный смысл смерти.
3. Медикализация смерти: история вопроса.
4. Смерть и умирание в эпоху новых медицинских технологий.
5. Проблема критериев смерти. Клиническая и биологическая смерть.
6. Смерть мозга: медицинские и моральные проблемы.
7. Этика реаниматологии. Психология терминальных пациентов.
8. «Смерть как стадия роста» в концепции Э. Кюблер-Росс.
9. Жизнеподдерживающее лечение и отказ от него.
10. Этические дилеммы, связанные с окончанием человеческой жизни.

4. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ

1. Смерть как этико-философская проблема в традиционных и современных обществах. «Смерть как переход» и «смерть как ничто» (Сократ).

Право человека на смерть. Наряду с необходимостью морально-этического взвешивания ценности человеческой жизни в ее начальной фазе существует настоятельная потребность в осмыслении ее заключительной фазы – умирания. В связи с этим особенно актуальной становится проблема границы жизни и смерти. Огромное количество философских, юридических, медицинских работ посвящается «праву человека на смерть». Эти новые этические вопросы выдвинуты на первое место благодаря сравнительно молодому направлению в медицине – реаниматологии. Здесь врачи и человечество столкнулись с новой областью объективной реальности: впервые предметом изучения медицины становятся не только болезнь и здоровье, но и сам процесс умирания. Реанимационная практика привела к пересмотру традиционных критериев смерти, к появлению таких понятий, как «клиническая смерть», «смерть мозга», поставивших перед медиками новые этические, философские и правовые проблемы. Если смерть – это умирание, переход одного качества в другое, то «клиническая смерть» – это вид существования, где проходит граница бытия и небытия. Специфическая особенность «клинической смерти» в ее принципиальной обратимости [1].

Меры реанимационной помощи в случаях клинической смерти направлены к тому, чтобы как можно скорее восстановить жизнедеятельность организма. Поэтому так важен временной интервал, характеризующий клиническую смерть: 5–6 минут.

Проблема критериев смерти человека и морально-мировоззренческое понимание личности. Биологическая и клиническая смерть.

2. Моральный смысл смерти.

Как следует и как не следует вести себя с умирающим пациентом:

1. Не следует занимать жесткую позицию, например: «В таких случаях я всегда информирую пациента». Пусть пациент будет гидом. Многие пациенты хотят узнать диагноз, а другие – нет. Следует выяснить, что пациенту уже известно о прогнозе его заболевания. Не лишайте пациента надежды и не переубеждайте его в случае, если отрицание является основным механизмом защиты, до тех пор, пока он может получить и принять необходимую помощь. Если пациент отказывается принять ее в результате отрицания своей болезни, в мягкой форме и постепенно дайте ему понять, что помощь необходима и будет ему оказана. Убедите пациента, что забота о нем будет проявлена вне зависимости от его поведения. [2,4].

2. Следует побыть с пациентом после сообщения ему информации о его состоянии или диагнозе.

После этого пациент может испытать сильный психологический шок. Побудите его задавать вопросы и давайте правдивые ответы. Скажите, что вы вернетесь, чтобы ответить на вопросы пациента или его семьи. Следует по возможности вернуться к пациенту спустя

несколько часов, с тем, чтобы проверить его состояние. Если у пациента возникает значительная тревога, ему можно назначить успокоительные препараты возможно в течение 24–48 ч.

3. Следует дать советы членам семьи пациента, касающиеся его заболевания.

Порекомендуйте им чаще общаться с пациентом и позволять ему рассказывать о своих страхах и переживаниях. Членам семьи не только придется столкнуться с трагедией потери близкого человека, но также и с осознанием мысли о собственной смерти, которое может вызвать тревогу.

4. Следует облегчить боль и страдания пациента. [2]

С древности и почти до XX века от врача не требовалось находиться у постели пациента до самой его смерти. Врач, убедившись, что пациент безнадежен, прекращал лечение и приглашался священник, который часто и констатировал смерть. Когда же государственные власти пытались узаконить медицинское освидетельствование смерти, они встречали активное сопротивление медиков.

3. Медикализация смерти: история вопроса.

Медики в своем нежелании констатировать смерть часто ссылались на Гиппократов, учившего, что к тем, кто уже побежден болезнью, медицина не должна «протягивать своей руки», когда достаточно известно, что в данном случае она не может помочь. И во многих последующих документах, регламентирующих нормы врачебной этики и поведения врача, не ставился вопрос о том, что врач должен заниматься пациентом после того, как он убедился в невозможности победить смерть. Врачей, напротив, еще с древних времен учили распознавать знаки смерти – показатели не самой кончины, а ее приближения, не для того, чтобы констатировать смерть, а как раз для того, чтобы прекратить лечение. Это мотивировалось, как опасением повредить репутации, навлечь немилость родственников человека, которого не удалось спасти, так и тем, что попытки продлить жизнь безнадежного пациента неэтичны. Но примерно с середины XIX века ситуация начинает меняться. Постепенно медицинская профессия приобретает исключительное право, а затем и обязанность констатировать смерть. Этот процесс в культуре называют **медикализацией смерти**. [1,2]

Другая сторона процесса медикализации смерти связана с местом, где человек расстается с жизнью: этим местом все чаще становится больница. Процент умерших в больницах за последнее время продолжает расти. В результате многие люди, оказываясь дома с умирающим родственником, просто не знают, как себя вести.

Говоря об умирании как процессе, необходимо подчеркнуть то обстоятельство, что если констатация смерти – это одномоментный акт, то смерть, протекающая под наблюдением медиков, имеет длительность.

Таким образом, в результате медикализации смерти к настоящему времени врачи оказались непосредственно вовлеченными в трагическую, сложную и наделенную глубоким смыслом область человеческого существования.

Вывод: медицинская профессия обрела новый источник власти в обществе, однако всегда следует помнить, что это навлекло на нее и новую чрезвычайно серьезную ответственность [3].

4. Смерть и умирание в эпоху новых медицинских технологий.

Многие из рассматриваемых проблем порождены научно-техническим прогрессом. Так, смерть традиционно определялась по таким критериям, как необратимая остановка дыхания и кровообращения. Однако бурный научно-технический прогресс биомедицины в XX веке привел к тому, что теперь можно поддерживать процессы дыхания и кровообращения, снабжать организм пищей и водой с помощью искусственных средств поддержания жизни. Тем самым появилась возможность спасать жизни пациентов, которые были обречены, однако эти же научно-технические достижения привели к появлению трудностей морально-этического, юридического характера.

Чем быстрее констатируется смерть, тем быстрее признается, что дальнейшее лечение бесполезно, вследствие этого становится возможным высвободить персонал, который его проводит, используемые препараты и оборудование, весьма дорогостоящие и дефицитные. В современной медицине складывается такое положение, когда заповедь «Бороться за жизнь больного до последнего вздоха» утрачивает универсальную применимость.

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. Умиравшие 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. Умиравший 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.

Одним из критериев успешного паллиативного лечения является расширение возможностей самообслуживания пациента, что одновременно увеличивает его самоуважение. Умиравший 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 [2,7].

5. Проблема критериев смерти. Клиническая и биологическая смерть.

Проблема «смерти мозга».

Отношение человека к смерти человека моделирует всю систему моральных взаимосвязей и взаимозависимостей. Проблема смерти – является одной из основных тем философского, морально-религиозного и биомедицинского размышления. Различие клинической смерти (обратимого этапа умирания) и биологической смерти (необратимого этапа умирания) явилось определяющим для становления реаниматологии – науки, изучающей механизмы умирания и оживления умирающего организма. [2,8].

Смерть – прекращение жизнедеятельности организма и вследствие этого – гибель индивида как обособленной живой системы.

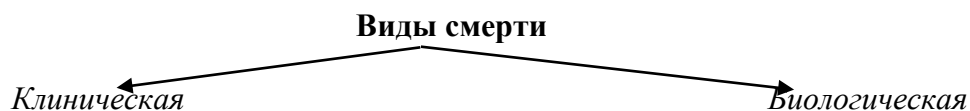


Рисунок 1 – Виды смерти

Клиническая смерть – особый вид существования – терминальное состояние, граница бытия и небытия живого; процесс умирания как переход одного качества в другое. Специфическая особенность клинической смерти – ее принципиальная обратимость, поскольку с биологической точки зрения при ней сохраняется еще достаточное количество «элементов жизни», многие функции которых лишь приостановились. Временной интервал, характеризующий клиническую смерть – 5–6 минут (иногда менее) – количественно выраженная мера еще сохраняющейся жизни. Этический императив требует от медиков отношения к клинической смерти как состоянию, нуждающемуся в неотложных мерах помощи.

Критерии смерти – признаки, определяющие окончательную степень деградации жизненного процесса и объективное наступление смерти. Современные концепции предлагают считать таким критерием смерти человеческого индивида омертвление головного мозга, ибо именно в этом случае утрачивается автономность и индивидуальность личности.

6. Смерть мозга: медицинские и моральные проблемы.

Формирование в 60-70-е годы реаниматологии многие считают признаком революционных изменений в медицине. Это связано с преодолением традиционных критериев человеческой смерти – прекращения дыхания и сердцебиения – и выходом на уровень принятия нового критерия – «смерти мозга». Коренные изменения, вносимые достижениями медицинской науки во временное пространство смерти, оборачиваются ростом этической напряженности врачебной деятельности. Безусловно, комплекс технических средств для поддержания жизни дает возможность предотвратить смерть ряду пациентов, но в то же время для других это «поддержание» оказывается лишь способом продления умирания.

Говоря о коматозных пациентах, профессор Б. Г. Юдин очень метко называет период между состоянием «определенно жив» и «определенно мертв» – «зоной неопределенности». Об этой «зоне» типичны такие суждения врачей: «Человек еще жив, но он без сознания, необходимо дождаться его физической смерти от голода, инфекции», или, что одно и то же, «человек мертв, но он еще дышит, необходимо прекратить дыхание». В границах новых достижений медицины бьющееся сердце и дыхание – не есть признаки жизни. Констатация «смерти мозга» определяет смерть, в границах которой допустима «растительная» (на клеточном уровне) жизнь. Новые медицинские постулаты с большим трудом адаптируются в общественном сознании, для которого очень странно суждение о том, что смерть констатирована, но человек еще дышит. Пытаясь освободить от моральной и юридической ответственности невольных исполнителей «воли зоны» – врачей, культура обращается к принципу эвтаназии – умышленному, безболезненному умерщвлению безнадежно больных людей [4,5].

7. Этика реаниматологии. Психология терминальных пациентов.

Решение о начале проведения реанимационных мероприятий – сложное как для врача, так и для пациентов и их родных. Среди факторов, влияющих на принятие такого решения являются: личные факторы, национальные и локальные традиции, юридические, этические, религиозные, общественные и экономические аспекты. Некоторые пациенты сами выражают нежелание продолжать лечение, это их прижизненная воля. Именно поэтому важно понимание работниками службы оказания медицинских услуг основных принципов принятия решения о начале реанимационных мероприятий. [2].

Выделяют четыре таких основных принципа:

- Принцип действия ради пользы пациента;
- Принцип непричинения вреда;

- Принцип справедливости;
- Принцип автономии пациента.

Принцип действия ради пользы для пациента означает действия работников здравоохранения на основании оценки пользы от проведения таких действий и возможных рисков. Чаще всего решается вопрос о начале реанимации, однако иногда – о его прекращении. О принципе действия ради пользы для пациента также говорят, когда решаются общественно важные потребности, например, внедрение программы общего доступа к дефибрилляции.

Принцип ненанесения вреда означает не наносить вред своими действиями. Реанимация не должна начинаться в ситуациях с заведомо неблагоприятным прогнозом или когда пациент не хотел быть реанимированным (воля пациента выраженная в полном сознании письменно).

Принцип справедливости означает обязательное разделение прав и действий в обществе для пользы с одновременным учетом риска. Реанимация должна быть доступна всем, кому может принести пользу, конечно, в пределах доступных средств.

Принцип автономии пациента заключается в праве пациента принимать сознательное самостоятельное решение, а не полагаться на решения, принимаемые его врачами или медсестрами. Этот принцип внедряется в течение последних 30 лет, он отвечает постановлениям Хельсинкской декларации прав человека со следующими ее модификациями и дополнениями. Согласно этому принципу, пациент должен быть надлежащим образом уведомленным, сознательным, не поддаваться одному стороннему давлению, а его решения должны быть обязательными к исполнению.

Отдельным пунктом в решении данного вопроса является засвидетельствование воли пациента.

Засвидетельствование воли внедрена во многих странах мира, оно особым образом подчеркивает значение автономии пациента. Ни в коем случае нельзя начинать мероприятия реанимации, если они противоречат письменной воле лица, в момент засвидетельствования воли была в здравом уме и полностью осознавала возможные последствия такого решения для своего будущего.

Воля пациента может быть задокументирована в разной форме. Если он четко и ясно выразил в устной форме свой отказ от реанимации при наличии свидетелей, то она имеет такой же статус, как письменное заверение свободы. Пациент обязан обязательно убедиться, что медицинский персонал и его родные четко осознают его волю, если появится необходимость ее внедрения.

В случаях внебольничной остановки кровообращения воля пациента обычно не известна, реанимация начинается немедленно. Стоит отметить, что нет никакой этической разницы между прерыванием попытки реанимации, которая была начата, и нерозпочинанием реанимации, если спасателям будут представлены засвидетельствования воли, ограничивающий средства лечения.

В каждой стране существует своя методика медицинской интерпретации записей засвидетельствования воли. Так, например, в Великобритании и Украине юридическую силу имеет засвидетельствование воли, выраженное только в письменной форме. Если же воля пациента не была сформулирована достаточно четко, то выполняются обоснованные действия с целью его реанимации. [2,3].

Остается открытым для дискуссии вопрос, в каких случаях нецелесообразно начинать попытки реанимации.

Пациент имеет право отказаться от предоставления медицинских услуг в любой ситуации, однако не может автоматически требовать таких услуг настаивать на инициации мероприятий реанимации независимо от обстоятельств. Пациент не имеет права требовать предоставления тех или иных медицинских услуг, если они противоречат клинической оценке, сделанной врачом. Такие решения достаточно часто сложные и должны приниматься опытными членами медицинского персонала.

Решение о прекращении реанимации вызывает вопросы нравственного и этического характера, а именно: что свидетельствует о бесполезности мероприятий реанимации; от чего собственно воздерживаемся; кто должен принимать решение о прекращении реанимационных мероприятий; с кем нужно консультироваться при принятии такого решения; кого в первую очередь необходимо об этом проинформировать.

Что свидетельствует о бесполезности попыток реанимации?

Если меры реанимации не приведут к увеличению приемлемого качества жизни пациента, то такие попытки считают напрасными. Хотя информация о факторах, на основании которых можно предвидеть последствия неудачной реанимации, достаточно доступна, ни один из этих факторов не имеет достаточной прогностической ценности при применении в независимой группе. Кроме этого, результаты зависят от многих факторов, а именно – время до начала сердечно-легочной и мозговой реанимации и время для выполнения дефибрилляции. Сложно предсказать, какое влияние на результаты лечения эти факторы будут в отдельных лиц.

В практике врача принятия таких решений избежать не удастся, при этом сомнения всегда будут появляться в ситуациях, когда потребуются субъективный вывод, например, в случае хронической недостаточности кровообращения, тяжелой дыхательной недостаточности, асфиксии, травмы головы и тому подобное.

Декларация о неприменении попытки реанимации (Do Not Attempt Resuscitation – DNAR) означает, что в случае остановки кровообращения или дыхания сердечно-легочную и мозговую реанимацию не начинайте. Другие формы лечения, а именно применение анальгетиков и седативных средств необходимо продолжать согласно показаниям. Применение вентиляции, использование антибиотиков, инфузионной терапии, вазопрессорных средств продолжают согласно показаниям, если они улучшат качество жизни.

Полную ответственность за решение о прекращении реанимационных мероприятий и кто консультирует при принятии такого решения несет консилиум врачей с привлечением лечащего врача, кардиореаниматологи и невропатолога, участвующих в лечении. Хорошей практикой считается вовлечение в процесс принятия таких решений родных пациента, хотя они не имеют достаточного юридического статуса. Если пациент сознательный, то согласия ожидают собственно от него. Если же пациент не хочет информировать семью о состоянии его здоровья, то его воли обязательно необходимо соблюдать. [2].

Решения, которые в дальнейшем выносят на рассмотрение суда, часто принимают в атмосфере напряжения, неуверенности и хуже с опозданием. Именно поэтому, когда между сторонами-участниками налицо конфликт интересов, обязательным для его решения является привлечение судебных инстанций. В исключительно сложных ситуациях врач может обращаться за помощью к своим коллегам-врачам с просьбой выдать юридическое заключение.

Кого необходимо проинформировать?

После принятия решения о прекращении реанимационных мероприятий вывод необходимо ясно передать всем юридическим лицам, кого оно касается, включая пациента. В частности, необходимо сообщить родным, если пациент позволяет это сделать. Решение, основания для его принятия и информация о привлеченных к дискуссии лиц должны обязательно быть внесены в медицинскую документацию, оптимально на специальном формуляре DNAR – с четко указанной датой принятия решения. Решение также должно быть зафиксировано в медсестринской документации и сообщено всем, кто ухаживает за пациентом.

Когда прекратить реанимацию?

Большинство начатых попыток реанимации заканчивается неэффективно, поэтому должны быть прекращены. Несколько факторов влияют на решение о прекращении реанимации. Среди них: ход лечения, время от остановки кровообращения до начала сердечно-легочной и мозговой реанимации, время до дефибрилляции и продолжительность

специализированных реанимационных мероприятий по устойчивой асистолией.

Во многих случаях, особенно в случае внебольничной остановки кровообращения, ее причина может быть неизвестна. Решение о начале реанимационных мероприятий принимают во время сбора детальных сведений о пациенте. Когда же становится понятно, что непосредственная причина остановки кровообращения делает реанимацию бесполезной, ее необходимо прекратить, если пациент остается в асистолии, несмотря на выполнение специализированных реанимационных мероприятий. Дополнительная информация о пациенте (такая, как засвидетельствования воли пациента) также иногда может быть доступной и, в свою очередь, влиять на принятие этически правильного решения о прекращении реанимации.

Реанимационные мероприятия нужно продолжать до тех пор, пока продолжается фибрилляция желудочков (ФЖ). Общеизвестно, что возможно прекращение сердечно-легочной и мозговой реанимации после 20-минутной асистолии, несмотря на применение специальных реанимационных мероприятий. Диагноз асистолии устанавливают только при наличии записи электрокардиограммы.

Решение о прекращении выполнения реанимационных мероприятий принимает руководитель бригады после консультации с другими ее членами. Окончательное решение базируется на клинической оценке отсутствия эффективности специализированных реанимационных мероприятий.

Часто в случае внебольничной остановки кровообращения участвуют немедицинские спасатели, которые также сталкиваются с проблемой решения эффективности попытки сердечно-легочной и мозговой реанимации. В случаях установления диагноза смерти лицом, не являющимся врачом, такой диагноз позже подтверждает врач (в большинстве стран это могут делать только врачи).

Решение о начале реанимации или распознавания смерти могут принимать также медсестры в домах ухода за престарелыми или в хосписах. Все подопечные этих учреждений должны иметь возможность засвидетельствовать свою волю, что, в свою очередь, дает основания для предоставления или непредоставления реанимационных мероприятий в ситуациях, которые в этом нуждаются. [1].

8. «Смерть как стадия роста» в концепции Э. Кюблер-Росс.

Психология терминальных пациентов. Право на правду о последнем диагнозе.

Реакции пациентов на сообщение врача о наличии у них смертельного заболевания могут быть разнообразными. Элизабет Кюблер-Росс в книге «О смерти и умирании» описывает реакцию пациента как последовательность стадий. [1].

Первый этап: отрицание и изоляция.

«Нет, только не я, не может быть!» Такое первоначальное отрицание присуще и пациентам, которым сказали правду в самом начале развития болезни, и тем, кто догадался о печальной истине самостоятельно. Отрицание – во всяком случае, частичное – присуще почти всем пациентам не только на первых стадиях болезни, но и впоследствии, когда оно проявляется время от времени. Отрицание играет роль буфера, смягчающего неожиданное потрясение. Оно позволяет пациенту справиться с мыслями, а позже пользоваться другими, менее радикальными формами защиты. Отрицание чаще всего является временной формой защиты и вскоре сменяется частичным смирением.

Второй этап: гнев.

Первой реакцией на ужасную весть становится мысль: «Неправда, со мной такого случиться не может». Но позже, когда человек наконец-то понимает: «Да, ошибки нет, это действительно так», у него возникает другая реакция. К счастью или сожалению, очень немногие пациенты способны до самого конца цепляться за выдуманный мир, в котором они остаются здоровыми и счастливыми. Когда пациент уже не в силах отрицать очевидное, его начинают переполнять ярость, раздражение, зависть и негодование. Возникает следующий логичный вопрос: «Почему именно я?» В противоположность этапу отрицания, с этапом гнева и ярости семье пациента и сотрудникам больницы справиться очень трудно. Причина

заключается в том, что возмущение пациента распространяется во всех направлениях и временами выплескивается на окружающих совершенно неожиданно. Проблема заключается в том, что лишь немногие люди пытаются поставить себя на место пациента и представить, что может означать эта раздражительность. Если к пациенту относятся с уважением и пониманием, уделяют ему время и внимание, тон его голоса скоро станет нормальным, а раздраженные требования прекратятся. Он будет знать, что остается значимым человеком, что о нем заботятся, хотят помочь ему жить как можно дольше. Он поймет: для того, чтобы его выслушали, не обязательно прибегать к вспышкам раздражения.

Третий этап: торговля.

Третий этап, когда пациент пытается договориться с болезнью, не так хорошо известен, но тем не менее очень полезен для пациента, хотя длится совсем недолго. Если на первом этапе мы не могли открыто признать печальные факты, а на втором чувствовали обиду на окружающих и на Бога, то, возможно, нам удастся прийти к некоему соглашению, которое отсрочит неизбежное. Смертельно больной пациент прибегает к сходным приемам. По опыту прошлого он знает, что всегда существует слабая надежда на вознаграждение хорошего поведения, исполнение желаний за особые заслуги. Его желание практически всегда заключается сначала в продлении жизни, а позже сменяется надеждой на хотя бы несколько дней без болей и неудобств. По существу, подобная сделка представляет собой попытку отсрочить неизбежное. Она не только определяет награду «за примерное поведение», но и устанавливает некую «окончательную черту» (еще одно выступление, свадьба сына и т. д.). С психологической точки зрения, обещания могут указывать на скрытое чувство вины. По этой причине очень важно, чтобы сотрудники больницы с вниманием относились к подобным заявлениям пациентов.

Четвертый этап: депрессия.

Когда обреченный пациент уже не может отрицать свою болезнь, когда ему приходится идти на очередную операцию или госпитализацию, когда проявляются новые симптомы недуга, а пациент слабеет и теряет вес, небрежной улыбкой грустные мысли уже не отбросишь. Оцепенение или стоическое отношение, раздражительность и обиды вскоре сменяются ощущением огромной потери. Интенсивное лечение и пребывание в больнице усугубляются денежными расходами, так как не все пациенты могут позволить себе в начале лечения роскошные условия, а затем и предметы первой необходимости. Причины депрессии хорошо известны любому, кто имеет дело с пациентами. Однако мы часто забываем о подготовительной скорби, которую переживает смертельно больной, когда готовится к окончательному прощанию с этим миром. Чуткий человек без труда выявит причину депрессии и избавит пациента от неоправданного чувства вины, которое нередко сопутствует депрессии.

Пятый этап: смирение.

Если в распоряжении пациента достаточно много времени (то есть речь не идет о внезапной и неожиданной смерти) и ему помогают преодолеть описанные выше этапы, он достигнет той стадии, когда депрессия и гнев на «злой рок» отступают. Он уже выплеснул все прежние чувства: зависть к здоровым людям и раздражение теми, чей конец наступит еще не скоро. Он перестал оплакивать неминуемую утрату любимых людей и вещей и теперь начинает размышлять о грядущей смерти с определенной долей спокойного ожидания. Пациент чувствует усталость и, в большинстве случаев, физическую слабость. Смирение не следует считать этапом радости. Оно почти лишено чувств, как будто боль ушла, борьба закончена и наступает время «последней передышки перед дальней дорогой», как выразился один из пациентов. Кроме того, в это время помощь, понимание и поддержка больше нужны семье пациента, чем ему самому. Большинство пациентов умирали на стадии смирения, не испытывая страха и отчаяния.

9. Жизнеподдерживающее лечение и отказ от него.

Под влиянием научно-технического прогресса в сфере биомедицины приходится переосмысливать не только определение и критерии смерти. Немало проблем порождается в

силу того, что во многих случаях современные средства и процедуры позволяют продлевать жизнь человека. Но не всегда эта жизнь бывает действительно полноценной для того, кто ее проживает. Если в прошлом с обнаружением «знаков смерти» врач мог считать свою миссию законченной, то сегодня процесс умирания проходит при участии и под контролем медицинского персонала. Данная проблема биоэтики имеет несколько подходов ее разрешения. [1,2].

Основной подход опирается на различие ординарных (привычное лечение) и экстраординарных (необычное, отходящее от принятой практики лечение) методов лечения. Согласно этому подходу предполагается, что если для продления жизнеподдерживающего лечения достаточно ординарных мер, то оно должно быть продолжено. Если же приходится прибегать к чрезвычайным, экстраординарным мерам, то необходимости нет.

В 1973 г. съезд Американской медицинской ассоциации счел морально оправданным прекращение лечения в случае, если пациент или его ближайшие родственники, посоветовавшись с врачом, решают не начинать или прекратить использование экстраординарных средств продления жизни тела, когда существуют неопровержимые свидетельства того, что биологическая смерть близка.

Необходимо подчеркнуть, что во всех этих случаях речь идет о выборе, который осуществляется не врачом, а пациентом и его близкими. Аналогичная норма, позволяющая пациенту отказаться от лечения, в том числе и жизнеподдерживающего, содержится в законодательстве многих стран. Согласно закону, пациент в праве выбирать соглашаться ли ему на жизнеподдерживающее лечение либо отказаться от него [3].

При работающем сердце и искусственной вентиляции легких биологическая смерть констатируется на основании доказательства полной и необратимой утраты функции головного мозга – смерти мозга. Смерть мозга устанавливается комиссией врачей лечебно-профилактического учреждения, где находится пациент.

Основным документом является Протокол установления смерти мозга, который имеет значение для прекращения реанимационных мероприятий и для забора органов с целью их трансплантации в установленном законодательством порядке. В Протоколе установления смерти мозга должны быть указаны данные всех исследований, фамилии, имена и отчества врачей – членов комиссии, их подписи, дата, час регистрации смерти мозга и, следовательно, констатации биологической смерти.

Назначение состава комиссии и утверждение Протокола установления смерти мозга производится заведующим реанимационным отделением, где находится пациент, а во время его отсутствия – ответственным дежурным врачом учреждения. В комиссию не могут включаться специалисты, принимающие участие в заборе и трансплантации органов.

Ответственными за констатацию биологической смерти являются врачи, установившие диагноз смерти мозга, того лечебно-профилактического учреждения, где пациент умер.

10. Этические дилеммы, связанные с окончанием человеческой жизни.

Феномен смерти человечество пытается разгадать с глубокой древности. Смерть как сон, из которого невозврата в реальный мир, смерть как переход в иной, внеземной мир, смерть как прекращение жизнедеятельности организма человека... Эти и другие варианты объяснения феномена смерти сменяли в истории человечества друг друга и до настоящего времени существуют в рамках различных культур.

Понимание того, что представляет собой жизнь и смерть человека является одновременно и ответом на вопрос о том, что такое сам человек – одна из форм материи, имеющих место быть в земных условиях или нечто другое.

В биоэтике проблема смерти и умирания человека рассматривается с позиций современных научных представлений о том, что смерть – это состояние полного прекращения жизнедеятельности человека. Прекращается функционирование всех органов и систем человеческого организма и наступает состояние, при котором невозможны никакие виды активности человека – ни духовная, ни психологическая, ни социальная, ни физиологическая. Вся духовная и социальная жизнь человека понимается как результат

психической деятельности, а психика является свойством высокоорганизованной материи – мозга. Смерть мозга становится для человека одновременно смертью и во всех остальных отношениях. Необратимость физиологических изменений, наступающих в момент биологической смерти, означает прекращение существования человека в определенном качественном состоянии как материального объекта – во всей полноте его физиологических, психологических, социокультурных, духовных характеристик как человека, представителя земного рода *homo sapiens*. Человек гибнет как целостная биосоциальная сущность. Смерть – это естественное состояние, которым завершается жизнь человека.

Задачей биоэтики является рассмотрение феномена смерти человека как биосоциальной системы, включенной в систему социокультурных отношений общества. Биоэтический анализ предполагает рассмотрение и других точек зрения, существующих в рамках теологического, философского, психолого-эзотерического и других подходов.

В настоящее время в медицине различают клиническую и биологическую смерть. Главным признаком биологической смерти считается смерть мозга. Для биологической смерти характерно полное и необратимое исчезновение функций мозга и всех органов. Клиническую смерть характеризуют: остановка дыхания, остановка кровообращения, искусственное поддержание кровотока и вентиляции легких, сохраняющее функции центральной нервной системы.

При теологическом понимании жизни и смерти человека исходными понятиями становятся душа и тело. Физическое тело смертно, подвержено разрушению, душа – бессмертна. Во всех мировых религиях биологическая смерть понимается как переход от одной формы жизни (земной) к другой ее форме – жизни души в иной, внеземной области мироздания.

Третья позиция в понимании феномена смерти представляет собой сочетание научных и религиозных идей, основанное на данных современных психофизиологических исследований деятельности мозга, исследований психики представителями трансперсональной психологии и др.

Р. Моуди провел исследование опыта людей, переживших клиническую смерть. Проанализировав истории болезней и рассказы людей, переживших клиническую смерть, он пришел к выводу, что у всех наблюдалось чувство отделения от собственного физического тела, способность видеть и понимать, что происходит с его физическим телом, но невозможность вступить в контакт с людьми, которых человек видит и слышит, затем быстрое перемещение по темному тоннелю, в конце которого видит свет. Оказавшись в потоке этого света, люди слышали чей-то голос, который решал, что им нужно (или можно) вернуться назад, к прежней жизни.

Результаты этого исследования Р. Моуди оцениваются учеными очень неоднозначно, прежде всего, потому что экспериментально это проверить чрезвычайно сложно. С позиций современной науки, данные явления объясняются преимущественно гипоксией головного мозга, которая возникает в момент клинической смерти. Поскольку деятельность мозга прекращается не одномоментно, а постепенно отключаются его различные отделы, то возникает ряд образов и связанных с ними переживаний.

При теологическом подходе описанные Р. Моуди состояния, возникающие у человека в момент его клинической смерти – это переживания выхода души из физического тела и общение с Богом, который решает: вернуться ли человеку к его земной жизни или остаться в мире ином.

Что происходит с человеком в момент его умирания, а затем смерти – узнать стороннему наблюдателю невозможно в силу отсутствия полных объективных данных, того, что сам человек уже не может поделиться содержанием своего опыта смерти. «Опыт переживания акта смерти и участие в процессе смерти не прозрачны для наблюдателя. Из всей драмы умирания и смерти «другого» остается только мертвое молчащее тело, которое порождает скорбь живых, но не раскрывает тайну бытия «за чертой» и «на черте», -

сходятся во мнении врач реаниматолог-анестезиолог, профессор А.Д. Беляевский и философ, профессор Д.В. Матяш.

Смерть человека амбивалентна по своей сути. С одной стороны, она - мучительный переход в другое физическое состояние, разрыв связей со всем, что было дорого, любимо, приносило радость, а с другой стороны, - освобождение в результате этого перехода от всего неприятного, болезненного, имевшего место в жизни, в том числе и страданий, вызванных болезнью. «Аннигиляция всего нашего сознательного опыта подразумевает исчезновение не только всех мучительных воспоминаний, но также и всех приятных», - пишет Р.Моуди².

Процесс умирания может быть растянут во времени (месяцы, годы), а может быть свернут до нескольких минут (внезапная смерть). Когда процесс умирания тянется достаточно долго и сопровождается мучительными страданиями человека, возникает вопрос об эвтаназии.

Свободен ли человек в своих действиях относительно своей смерти, особенно в случае неизлечимой болезни? Общество признало за человеком право на жизнь, право на здоровье, право по своей воле распоряжаться своим здоровьем (право на информацию о своем здоровье, право вести какой угодно образ жизни и т.д.), но право на свободу воли относительно собственной смерти окончательно не признано.

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–ХІІ : 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