Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования

Читинская Государственная Медицинская Академия

Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Кафедра медицинской биоэтики

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Тема: Этические проблемы умирания и смерти

Чита - 2009 г.

ПЛАН

Введение

. Информирование терминальных больных

. О компетентности терминальных больных

. О роли завещаний и адвокатов при некомпетентности терминальных больных

. Этика лечения детей в терминальном состоянии

. Кардиолегочная реанимация

Заключение

Введение

Ежедневно на планете Земля умирает сто тысяч человек, или один человек в секунду. Однако тема смерти как естественного окончания человеческой жизни во все времена была, да пожалуй, и остается запретной или даже неприличной. Только после Второй мировой войны ситуация несколько изменилась, и мы наблюдаем значительное оживление внимания общественности к этой проблеме. Джозефу Флетчеру принадлежит замечательный афоризм: "Контроль над смертью, как и контроль над рождаемостью - основы человеческого достоинства". В более поздней монографии Дж.Хинтона "Умирание" (1967) рассматриваются проблемы эмоций и других психологических явлений, сопровождающих умирание, а также вопросы продления жизни и ускорения смерти. Э. Кюблер-Росс обсуждает отношение врачей, сестер, церкви, родственников к умирающему больному в книге "О смерти и умирании" (1969).

В 1973 г. вышла книга под редакцией Р. Вильямса "Жить и умереть: когда, почему и как". Книга заканчивается такой "молитвой жизни": "О пусть в продлении жизни будет как можно больше качества и меньше количества: тогда в окончании жизни будет минимум страданий и максимум смысла".

Масштаб проблемы отражен. Около двух миллионов россиян умирают ежегодно, кроме того, около миллиона еще живут, имея терминальные состояния, заставляющие заботиться о них родственников и медицинских работников. Не странно ли, что наибольшую дискуссию о правах больных вызывает право на достойную смерть, хотя смерть - это последнее, чего хотят наши больные?

Безнадежный больной - это умирающий (терминальный) от неизлечимой болезни или несовместимой с жизнью травмы человек, чья жизнь поддерживается с применением методов искусственного замещения жизненных функций.

1. Информирование терминальных больных

Имеет ли право больной знать, что его состояние оценивается как терминальное? - Да.

Нет никаких юридических оснований для скрытия такой информации от пациента. Если в середине нашего столетия от 60 до 90% врачей предпочитало скрывать от больных безнадежный диагноз, то сейчас у 97% врачей характерно стремление говорить больному правду. (Данные опросов, в которых российские врачи не принимают участия.) Цифра демонстрирует, как изменить подходы, как более реалистично оценивается состояние умирания, более бережно относятся врачи к правам тех, кто, уходя из жизни, должен сделать последние распоряжения, попрощаться с близкими.

На мой взгляд, ссылки противников правды для терминальных больных на то, что больной не должен терять надежды до последних минут, сомнительны. Для умирающего это - ложь. Врач должен сказать правду и заверить умирающего, что все, что облегчает его страдания, будет по возможности сделано. В случае, если больной не готов к правде и отказывается от информации, врачу уместно тактично поинтересоваться, кого из близких больного следует осведомить о диагнозе и прогнозе. Однако такие случаи, на самом деле, бывают очень редки. Имеет ли право умирающий требовать, чтобы о его терминальном диагнозе не знали члены его семьи? Да, пациент имеет право ожидать, что врачи и сестры выполняют это требование. В противном случае будет нарушено право на конфиденциальность, возникнет судебный прецедент. Единственное объяснение для врачей, осведомляющих семью вопреки воле больного, отнесенного к категории безнадежных, в том, что врач относится ко всей семье, как к "пациенту". Ведь в этой ситуации может возникнуть изоляция больного от семьи, члены которой не знают о нависшей над ним беде. А приближающаяся смерть грозит стать посмешищем.

2. О компетентности терминальных больных

Компетентность больных - одна из главных составляющих полноценного информированного согласия. Она означает, что больной может понимать сущность и последствия заболевания, а также характер и последствия предлагаемого лечения. Если больной понимает информацию о заболевании, значит, он компетентен дать согласие или отказаться от лечения. Неосведомленный больной не может считаться компетентным в своих решениях.

Больной может быть признан некомпетентным из-за технического заболевания или умственной отсталости, старческого слабоумия, приема лекарств, боли, приема алкоголя и т. п. Но признание того факта, что он умственно неразвит или находится в психиатрической больнице, еще не означает, что он некомпетентен.

Больная Е., 60 лет, была госпитализирована в психиатрическую больницу с диагнозом шизофрения. Когда у нее был обнаружен узел в грудной железе, она не дала согласия на биопсию. Ее отказ обосновывался тем, что ее тетя умерла после удаления груди и поэтому она боялась операции. На судебном слушании больная подтвердила свой отказ от процедуры из-за того, что "она вмешается в ее половую сферу, лишит ее способности иметь детей и помешает стать киноартисткой". Суд решил, что, несмотря на спутанность сознания, она в "светлые времена" возражала против операции и поэтому была компетентна в своем решении. Суд специально подчеркнул, что отказ больной от биопсии не был следствием бредовых идей и что она знала о возможности смерти в результате отказа.

Все взрослые больные считаются компетентными, если не доказано обратное. Поэтому любой врач, стремящийся лечить больного без согласия, должен сначала доказать его некомпетентность. Отказ от процедуры, даже если он и кажется "нерациональным", еще не доказывает некомпетентность.

Может ли компетентный взрослый больной отказаться от лечения, даже если он умрет без него? Да. Компетентные взрослые могут отказаться от любого лечения, включая неотложное, реанимационное, искусственное питание и гидратацию. Если закон наделяет больного правом соглашаться с лечением, он равно узаконивает его право на отказ.

Также существуют ограничения на право компетентного больного отказаться от лечения? Теоретически они могут возникнуть в случае столкновения интересов государства с индивидуальным выбором. Это может быть 1) при необходимости в острой ситуации сохранения жизни, 2) для защиты интересов третьих лиц и 3) для предупреждения самоубийства. Рассмотрим их подробнее.

1. Сохранение жизни

Здесь вопрос может возникнуть лишь при подозрении на некомпетентность больного. Как указал Массачусетский Верховный Суд: "Конституционное право личности - это выражение святости права пациента на свободный выбор и самоопределение как фундаментальных составляющих жизни". Другими словами, жизнь без свободы - это не тот миг жизни, который должно защищать государство.

2. Защита интересов третьих лиц

Пожалуй, это одна из самых злободневных проблем, встающих перед медиками и больными. Чаще всего она возникает в случаях, когда необходимо настаивать на лечении, если, например, смерть родителей будет иметь отрицательный психологический и финансовый эффект на их детей.

3. Предупреждение самоубийства

Отказ от лечения не означает, что больной стремится умереть. Скорее, он не хочет подвергаться определенному лечению и хочет принять смерть как следствие этого решения. De facto, здесь нет смертоносного средства, употребляемого для самоубийства, не по воле больных развилась их болезнь или осложнения, от которых они умирают.

А как обстоит дело с поддержанием жизни у некомпетентных больных? Кто имеет право на отказ от лечения в этом случае? Это одна из самых противоречивых областей медицинского права. Общественность, суды, врачи начали понимать, что и некомпетентные больные не должны лишаться права на отказ от лечения только из-за того, что не способны выразить свое желание. Нужен способ, позволяющий им сделать это.

Во многих учебниках по медицинской этике приводится случай судебного разбирательства в Нью-Джерси в 1976 г. Карен Анна Квинлан, 27 лет, находилась в "хроническом вегетативном состоянии". Она нуждалась в постоянном лечении и могла сразу умереть после удаления респиратора. Осматривавшие ее врачи заключили, что она страдает неизлечимым заболеванием мозга и никогда не выйдет из коматозного состояния. Ее родители настаивали на прекращении искусственного дыхания, однако врачи отказывались сделать это. Отец настаивал, чтобы его назначили опекуном, но суд отказал ему в этом.

После апелляции Верховный Суд штата Нью-Джерси решил, что в подобных случаях следует назначать опекуна, который должен своей волей защитить врачей от гражданской ответственности за прекращение лечения. Для облегчения этой задачи суд установил, что если семья настаивает на прекращении лечения, а пациент не способен вернуться в нормальное, "разумное состояние", и больничный комитет по этике, состоящий из врачей, юристов, социальных работников и священника, согласился с заключением консилиума, тогда лица, принявшие решение о прекращении лечения, будут свободны от гражданской и уголовной ответственности.

Двумя годами позже Верховный Суд штата Массачусетс рассматривал "дело" Дж. Сайкевича, 67 лет, обитателя дома престарелых. Сайкевич болел острым лейкозом. Медицинский эксперт показал, что лишь 30-50% больных лейкозом, получавших химиотерапию, добиваются ремиссии на 2-6 месяца. Лица старше 60 лет хуже переносят такое лечение, а эффект у них ниже, чем у более молодых лиц. Побочные эффекты лечения могут ухудшить состояние Сайкевича, без лечения больной умрет спокойно, без мучений, через несколько недель. Суд назначил опекуна больного, а врачам рекомендовал отказаться от химиотерапии. В отличие от Суда в Нью-Джерси, где дело решал этический комитет больницы, Верховный Суд Массачусетса относит такие дела к компетенции линейных судов. Главное же в решении двух высших судов - это признание, что не всегда в интересах терминального некомпетентного больного правильно настаивать на проведении лечения. Врачи и семья (или опекун) совместно, основываясь на определенных критериях, могут принять решение об отказе от лечения.

. О роли завещаний и адвокатов при некомпетентности терминальных больных

Как быть уверенным, что нас будут лечить так, как мы хотим, если будем не способны выразить свое решение? Ответ неопределенный. Можно быть уверенным, что когда мы будем в коме, утратим способность разумно принимать решение, другие будут делать это вместе нас. Если они знают наши намерения, они их могут выполнить. Они - это родные, друзья, наконец, врачи. Каждый из нас может назначить одного или нескольких ответственных лиц за принятие решения в случае нашей некомпетентности. Это можно сделать письменно в форме завещания или формально назначить одного из друзей или родственников в качестве "адвоката на длительный срок".

Медицинское завещание (living will - "живая воля"), иногда обозначаемое как "директива на будущее" (advance directive), впервые предложена Л. Кутнер в 1969 г. как документ, в котором изложены пожелания компетентного взрослого лица в отношении лечения в случае утраты сознания в будущем. Потребовались значительные усилия общественности, чтобы штаты приняли законы о медицинских завещаниях.

Калифорния первая приняла закон о "живой воле" в 1976 г., назвав его "Актом натуральной смерти". Этот термин в дальнейшем был использован другими штатами. Однако калифорнийский закон очень узок: он ограничивает срок действия декларации 14 днями после установления диагноза смертельного состояния, т. е смерть должна быть неизбежной и близкой, независимо от поддерживающих жизнь процедур. История с Карен Квинлан не укладывалась в этот срок. Как заметил президент федеральной комиссии по проблемам этики, "такое ограничение значительно уменьшает потенциал акта".

К настоящему времени почти все штаты приняли законы о медицинском завещании. Они различны, и идеального среди них нет. Вот их главные недостатки:

1. Они ограничены только умирающими больными и лишают защиты большинство пожилых пациентов.
2. Типы лечения, от которых может отказаться больной, определены лишь как "искусственные" или "экстраординарные", а они также могут трактоваться по-разному.
3. Они не позволят индивидууму выбирать человека, действующего от его имени ("продленный адвокат").
4. Они не требуют от медиков выполнения воли пациента, тем самым ущемляя права последнего.

5. В них нет подробных инструкций по дальнейшему проведению паллиативных мер (устранение болей, создание комфортных условий и т. п.) для больных, отказывающихся от лечения.

В связи с этими недостатками указанные законы не позволяют решать многие сложные проблемы, возникающие в подобных случаях. Эти законы устанавливают, что если больной терминальный, и врач не может ничего сделать, чтобы поддержать его жизнь, а больной отказывается от такой поддержки, и врач соглашается с решением больного, - врач может (но не обязательно должен!) выполнить волю больного.

"Долговременный адвокат" - адвокат, выполняющий волю пациента в случае некомпетентности во время болезни.

Лишь немногие штаты приняли закон о долговременном адвокате. Дело в том, что невозможно предусмотреть все состояния больного и тем самым избежать возможного неправильного понимания воли больного. Необходима дальнейшая разработка подобных документов.

. Этика лечения детей в терминальном состоянии

Могут ли родители отказаться от поддерживающего жизнь лечения? Практически нет, даже по религиозным соображениям. Как указал Верховный Суд США: "Родители могут стать мучениками сами. Но это не значит, что они могут мучить своих детей". Это значит, что родители обязаны обеспечить детей необходимой медицинской помощью. Они имеют право выбора только если возможны альтернативные методы лечения. Если единственной альтернативой является отсутствие лечения, родители тоже должны действовать в интересах ребенка.

Отвергать полезное лечение, значит, осуждать его на смерть, в этом случае государство обязано по конституции защитить его. Святость человеческой жизни такова, что когда отвергается лечение, родители и врач могут быть обвинены в убийстве.

Согласно закону 1984 г., лечение может быть прекращено, если: 1) ребенок хронически болен и находится в необратимой коме; 2) проведение лечения может лишь продлить умирание, быть тщетным для восстановления жизни; 3) лечение является негуманным и неперспективным. Конечно, определение этих условий лежит целиком на врачах, имеющих "здравое медицинское суждение".

Много сложных проблем встает при оказании медицинской помощи новорожденным с врожденными уродствами, угрожающими жизни детей. В 1981 г. в Денвилле (Иллинойс) была предпринята хирургическая попытка разделить сиамских близнецов. Операция провалилась. В местном суде было возбуждено дело против родителей с обвинением в попытке убийства. Суд был прерван "за недостаточностью улик". Чуть позже вторая операция достигла цели.

В апреле 1982 г. в г. Блумингтоне (Индиана) умер ребенок в возрасте 6 дней с синдромом Дауна и трахеоэзофагальной фистулой (сообщение между трахеей и пищеводом, делающее невозможным обычный прием пищи). Ребенок, известный просто как Бэби Ду, по решению суда был оставлен без операции, получал лишь фенобарбитал и морфий и умер от голода. Общественность осудила решение суда и посчитала, что законным и этичным было пытаться спасти ребенка проведением операции и искусственным питанием.

Чтобы замять скандал, Министерство здравоохранения направило письмо, разосланное в 7000 больниц страны с замечанием, что в случае с Бэби Ду был нарушен 504 пункт Закона о реабилитации 1973 г. Такие дети должны получать необходимую, в том числе и хирургическую помощь.

В суде первой инстанции штата Иэн рассматривалось дело с неоказанием помощи новорожденному - слепому, без левого уха, с аномалиями позвоночника, а также трахеоэзофагальной фистулой. Родители и врачи решили, что эти нарушения не могут быть скорректированы так, чтобы ребенок имел "достойную жизнь". Суд заключил, что в хирургии фистулы не было ничего "героического", лечение не сопровождалось серьезным риском, операцию следовало выполнять. Учитывая сложность ситуации, никто не был наказан.

Суды США не разрешают считать основанием для отказа от лечения будущую физическую и умственную некомпетентность ребенка. В редких случаях, однако, если ребенок не проживет долго, в его интересах не получать специфического лечения.

5. Кардиолегочная реанимация

Искусственное дыхание и дефибрилляция существенно улучшили возможности реаниматологов, повысили шансы предупреждения внезапной, неожиданной смерти.

Понятно, что кардиолегочное оживление противопоказано, если пациент вскоре все равно умрет и ничто не сможет изменить ход заболевания. Если состояние больного безнадежно, никакое вмешательство ни этически, ни юридически неоправдано, потому что все медицинские мероприятия бесполезны. И хотя можно поспорить в отношении прогноза ряда заболеваний, все же во многих случаях врач безошибочно определит, где такое оживление будет бесполезным.

Может ли больной отказаться от кардиолегочного оживления? Больной имеет право отказаться от любого лечения, включая кардиопульмонарное оживление. Эта процедура стоит особняком, поскольку назначается при неотложных состояниях, когда нет времени на получение согласия больного. Однако если больной оформил письменный отказ от оживления (а также переливания крови), вмешательство не оправдано ни с этической, ни с юридической точки зрения.

Практика кардиолегочного оживления насчитывает более тридцати лет, во многих больницах стало правилом, что ни один больной не должен умереть без этой процедуры (вспомните хотя бы сериал "Скорая помощь"!), но это - незаконно. Законное право больных на отказ от реанимации должно соблюдаться. И если имеется письменный отказ от реанимации, родственники больного не имеют права его нарушить.

А может ли больной требовать оживления, если оно ему непоказано? Права требовать от врачей проведения заведомо неправильного лечения у больных нет. Например, бесполезно и тщетно использовать этот метод у раковых больных. Это относится и к пересадке сердца, почки, печени, если таковая противопоказана данному больному. Стремление победить смерть вообще - тщетно!

И, наконец, несколько об эвтаназии. Главным аргументом в пользу активной эвтаназии является то, что медики владеют медикаментами и методиками для ее выполнения. Однако главным и существенным доводом против служит убеждение, что медицинская профессия основана на стремлении лечить заболевания и облегчать страдания, а участие в окончании жизни больного даже с его согласия, по его просьбе радикально меняет роль медиков и снижает доверие общества к ним. Пока врачи не научатся более эффективно бороться с болью в конце жизни, общественные требования по легализации медицинской помощи в конце жизни будут неизбежно нарастать и превалировать.

Заключение

больной термальный кардиолегочный реанимация

Чужая смерть - испытания для любого нормального человека. Медицинским работникам чаще, чем представителям других специальностей, приходится сталкиваться с этим печальным событием. Мне приходилось общаться с умирающими пациентами и их родственниками. Каждый такой случай индивидуален. Необходимо быть психологически и морально подготовленным в таких ситуациях.

Важнейшей задачей, стоящей перед медсестрой, оказывается необходимость прогнозирования наиболее вероятной реакции пациента на сообщение о неизлечимости заболевания и приближающейся смерти. Этот сложнейший вопрос едва ли может быть решен при однократном осмотре больного, поскольку данная ситуация требует глубокого понимания особенностей личности пациента, склада его характера, основ мировоззрения и духовно-нравственных принципов личности, типологии реагирования на жизненные трудности и общего тона эмоциональной настроенности.

Литература

1. A.H. Зильбер. Трактат об эвтаназии. Петрозаводск, 2008, 464 с.

. Журнал "Медицинское право и этика" - №3, 2008 г. - Вологда: Изд-во "Грантъ", 2000.

. Журнал "Сестра милосердия" - №1, 2007. - М., 2002 г.

. Диалог о медицине - 3-е изд., доп. и перераб. 1999 г. - 224 с.

. Гпешепков В.А. Психология лечебного процесса. - Л. Медицина, 1994. - 192 с.

. Манцин Ю.П., Изуткин А.Н., Матюшин И.Ф. - Медицина, 2008. - 280 с.

. Профессиональная этика в медицине. - М.: Медицина, 1990. - 224 с.

. Этико-психологические проблемы медицины / Под ред. Г.И. Царегородцева. М., "Медицина", 2006.