Проблемы смерти и умирания в биоэтике.

Подготовлена:
Иванченко Андрей Алексеевич,
кафедра истории медицины и биоэтики

- Проблема смерти в биоэтике
- Отношение к смерти в истории человечества
- Понятие «смерть». Проблема критериев смерти
- Паллиативная помощь
- Проблемы эвтаназии

Проблема смерти

- Проблема смерти как одна из фундаментальных проблем человеческого бытия находится в центре внимания философии с древнейших времен до наших дней.
- Это «вечная» философская проблема, так как она решает вопросы смысла жизни, ценности жизни и поэтому <u>не имеет однозначных, пригодных на все времена решений.</u>

Тантологаия (от греч. thanatos – смерть, logos – учение) – раздел медицины, изучающий причины, признаки и механизмы смерти, течение процесса умирания, изменения в тканях организма, связанные с умиранием и смертью. Предметом интереса танатологии являются также этические вопросы врачебного вмешательства в процессы умирания – оживление организма (реанимация) и облегчение предсмертных страданий больного (эвтаназия, хосписное движение).

Задача биоэтики - изучение 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.

Смерть как завершающий этап жизни.

Феномен смерти человечество пытается разгадать с глубокой древности. Смерть как сон, из которого не возврата 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.

Отношение к смерти в истории человечества

<u>Первобытное общество</u>:

- В родовом обществе над всеми отношениями господствует сила рода.
- **Смерть** родового человека – ***явление*** столь же ***естественное***, что и **жизнь**.
- Смерть ***не окончательна***, поэтому к умершим относились как к живым.
- Смерть для родового человека – это ***<u>часть бытия, обыденное явлени</u>****<u>е</u>*, которое не должно вызывать страха.

Отношение к смерти в истории человечества

Античное общество:

- **Жизнь и смерть** рассматривались как ***сменяющие друг друга циклы.***
- **Смерть** – это ***не конец*** личностного бытия, а ***момент его изменения***.
- **Смерть** рассматривается как ***результат***, связанный с ***моральной оценкой личности*** умершего, его отношениями с окружающими людьми и «высшими силами».

Отношение к смерти в истории человечества

Европейское средневековье:

в соответствии с официальной церковно-религиозной доктриной, ***смерть*** –

- это ***наказание*** рода человеческого за первородных грех.
- ***переход*** к загробному личностному существованию.

Этика смерти вырастает из религиозной концепции.

- Понятия ***добра*** и ***зла*** в отношении смерти и умирающих закрепляются в профессиональных кодексах врачей. Основа кодекса – **уважение к жизни как к высочайшей ценности.**

Отношение к смерти в истории человечества

<u>Новое время:</u>

- Утверждение ценности индивидуально-личностного бытия.
- Понятие смерти наполняется содержанием конечности и единственности человеческого бытия.
- Смерть утрачивает черты естественного порядка и превращается в личную трагедию.

Отношение к смерти в истории человечества

Современное общество:

- В осознании **смерти** наряду с уровнем ***всеобщего*** и ***единичного*** начинает проступать уровень ***особенного***, как ***«самость»*** человека.
- Появляется новое понятие – ***«качество жизни»***.
- Техногенному обществу свойственен прагматизм в различных сложных жизненных ситуациях, например в специфических биомедицинских технологиях эвтаназии, позволяющих манипулировать началом и концом человеческой жизни

Отношение к смерти в истории человечества

Современное общество:

- Меняется **социокультурный смысл смерти**. Из религиозного ритуала он постепенно сводится к светской медико-технической церемонии.
- В техногенной культуре ***право на жизнь расширяется до права ее оборвать***, ценность жизни включает в себя понятие комфортной жизни, а составляющей человеческого достоинства становится оптимальное телесное функционирование.

История отношения врача к умирающему больному

- С древности и почти до 20 века от врача не требовалось находиться у постели больного до самой его смерти.
- Врач, убедившись, что пациент безнадежен, прекращал лечение и приглашался священник, который часто и констатировал смерть.

История отношения врача к умирающему больному

- Медики в своем нежелании констатировать смерть ссылались на Гиппократа, 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, регламентировавших 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.

История отношения врача к умирающему больному

- Но примерно с середины 19 века ситуация начинает меняться. Постепенно медицинская профессия приобретает **исключительное право**, а затем и **обязанность** констатировать смерть.
- Этот процесс в культуре называют **медикализацией смерти.**
- В Сиднейской декларации **ВМА** 1968 года говорится, что в ***большинстве стран определение момента смерти является юридической обязанностью врача, и такое положение должно сохраняться.***

История отношения врача к умирающему больному

Другая сторона процесса ***медикализации смерти*** появилась позднее – это то, что местом, где человек расстается с жизнью, все чаще становится **больница**.

- Процесс умирания, часто довольно длительный, ***контролируется медицинским персоналом*** и становится не просто естественным событием, а событием в определенной мере искусственным, обусловленным решениями, принимаемыми людьми.

История отношения врача к умирающему больному

- Возможность и обязанность принимать решения, касающиеся **жизни** и **смерти** порождает чрезвычайно серьезную ***ответственность*** и новые ***моральные проблемы***, с которыми традиционная медицина не сталкивалась ранее.
- В большей степени эти новые моральные проблемы связаны с развитием ***новых биотехнологий в медицине.***

Смерть – прекращение жизнедеятельности организма и вследствие этого – гибель индивида как обособленной живой системы. Определение философско-онтологического статуса смерти предполагает решение проблемы существования и сущности смерти. Она предстает как процесс умирания: переход одного качества в другое, одной формы бытия в другую – живого в мертвое.

Проблема смерти — это проблема по существу своему морально-религиозная и медицинская. И если религия и мораль — это своеобразная «метафизика» человеческой смерти, то «физикой» ее является медицина. На протяжении веков в пространстве европейской христианской цивилизации они дополняли друг друга в процессе формирования траурных ритуалов, обычаев, норм захоронения и т. п.

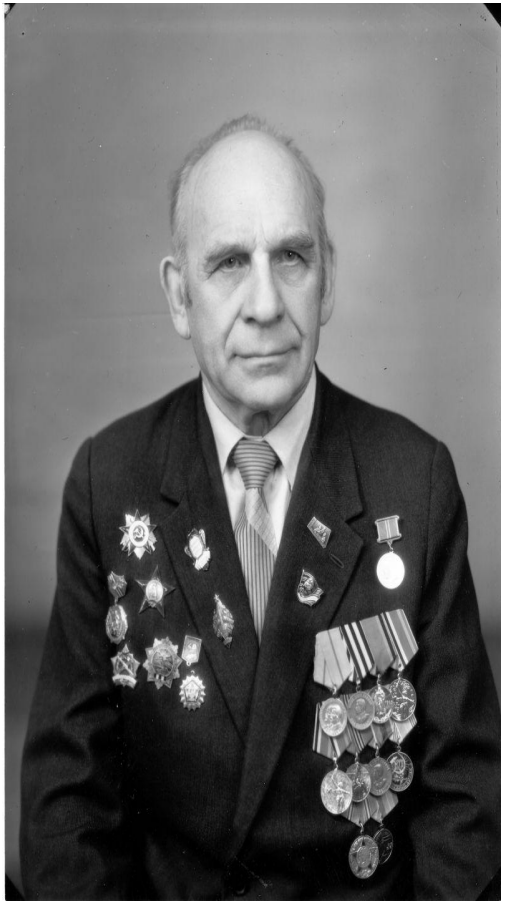
- Смерть
  - Биологическая
  - Клиническая
  - Социальная

полная и необратимая утрата функций мозга и всех телесных органов

остановка дыхания и кровообращения, ведущая к поражению центральной нервной системы при сохранении функций обмена в органах, но при искусственных мерах поддержания организма

гибель коры мозга, ведущую к исчезновению личности при сохранении вегетативных функций организма

Академик В. А. Неговский



Выделил следующие стадии в процессе умирания:

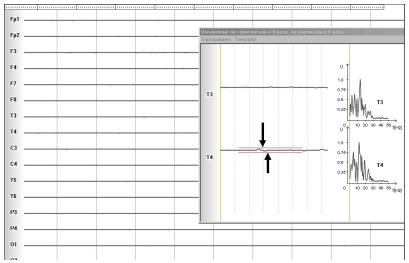
- преагональное состояние
- терминальная пауза
- агония,
- клиническая смерть
- биологическая смерть

- Критерии смерти:
  - необратимое прекращение функций кровообращения и дыхания
  - необратимое прекращение всех функций мозга в целом, включая мозговой ствол

Требования к определению и критерию смерти:

- *обоснование с научно-медицинской точки зрения*;
- *доступность с практической точки зрения*
- *объективность;*
- *приемлемость с точки зрения господствующих культурных и этических норм в обществе в целом.*

Причины предложения смерти мозга как критерия смерти:



- Развитие реанимационных средств поддержания жизни и их применение в отношении пациентов с необратимыми разрушениями мозга.
- Необходимость медицинских, юридических и моральных оснований забора органов для трансплантации.

Под «смертью мозга» можно понимать:

- Гибель всего мозга, включая его ствол.
- Гибель ствола мозга, при сохранении признаков жизнеспособности полушарий мозга;
- Гибель коры мозга, обеспечивающей реализацию высших личностных качеств.

В России критерии смерти человека определены в Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- В ст. 66 «Определение момента смерти человека и прекращение реанимационных мероприятий» указано, что «моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека)». Далее объясняется, что «смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких». Диагноз смерти устанавливается консилиумом.

Паллиативная помощь

<u>Право на смерть рассматривается в современном обществе двух контекстах</u>:

- как право человека самостоятельно определять границы своего существования (эвтаназия),
- как право на «достойную смерть» (культура смерти и умирания).

Паллиативная помощь

- Если жизнь человека невозможно спасти, то место борьбы за ее спасение занимает ***паллиативная помощь*** (обезболивание, уход, социально психологическая поддержка), имеющая целью обеспечить достойное человека умирание.
- Ближайшая задача такой помощи – защитить пациента от психофизических страданий.

Паллиативная помощь

- Из всех проблем умирающего больного **проблема борьбы с болью** часто бывает самой насущной и неотложной.
- Борьба с болью есть непременное условие реализации одного из фундаментальных прав пациента – права на достойное умирание.

Паллиативная помощь

Проблема боли и страдания:

- Если врач назначает дозы обезболивающего, которые сами по себе ***могут повлиять на сокращение жизни пациента***, то он исходит из того, что в современном обществе для пациента более важным является **качество жизни**, а не её продолжительность.
- **Но** Комитет экспертов ВОЗ, рассматривавший проблемы паллиативного лечения пришел к **выводу**:

о необходимости считаться с решением верующего человека отказаться от обезболивания.

Паллиативная помощь

- ***Квалифицированный и опытный персонал хосписов помогает неизлечимым больным дожить до конца их жизни, максимально сохраняя физические силы, психические и эмоциональные способности и социальные взаимоотношения.***

Заповеди хосписного движения

- 1. Хоспис — это комфортные условия и достойная жизнь до конца.
- 2. Мы работаем с живыми людьми. Только они, скорее всего, умрут раньше нас.
- 3. Нельзя торопить смерть, но и нельзя искусственно продлевать жизнь. Каждый проживает свою жизнь. Сроков ее не знает никто. Мы лишь попутчики на последнем этапе жизни пациента.
- 4. Брать деньги с уходящих из этого мира нельзя. Наша работа может быть только бескорыстной.
- 5. Мы не можем облегчить боль и душевные страдания пациента в одиночку, только вместе с ним и его близкими мы обретаем огромные силы.
- 6. Пациент и его близкие — единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.
- 7. Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека, — для пациента имеет огромный смысл.
- 8. Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.
- 9. Принимай от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что- нибудь делать — пойми человека, прежде чем понять — прими его.
- 10. Будь всегда готов к правде и искренности. Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому... Но не спеши.
- 11. «Незапланированный визит» не менее ценен, чем визит «но графику». Чаще заходи к пациенту. Не можешь зайти — позвони; не можешь позвонить — вспомни и все-таки... позвони.
- 12. Не спеши, находясь у пациента. Не стой над пациентом — посиди рядом. Как бы мало времени ни было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.
- 13. Хоспис — дом для пациентов. Мы хозяева этого дома, поэтому переобуйся и вымой за собой чашку.
- 14. Репутация хосписа — это твоя репутация.
- 15. Главное, что ты должен знать: ты знаешь очень мало.

Андрей Владимирович Гнездилов

Один из основателей хосписного движения в России, врач-психиатр. Выделил несколько задач паллиативной медицины. Прежде всего, это контроль симптомов болезни, сведение к минимуму страданий пациента. Вторая задача — организация ухода за больным. Ведущим и организующим принципом паллиативной медицины можно считать создание качества жизни для пациента.

Фазы адаптации пациента к экстремальной ситуации близкой смерти (по-Гнездилову) :

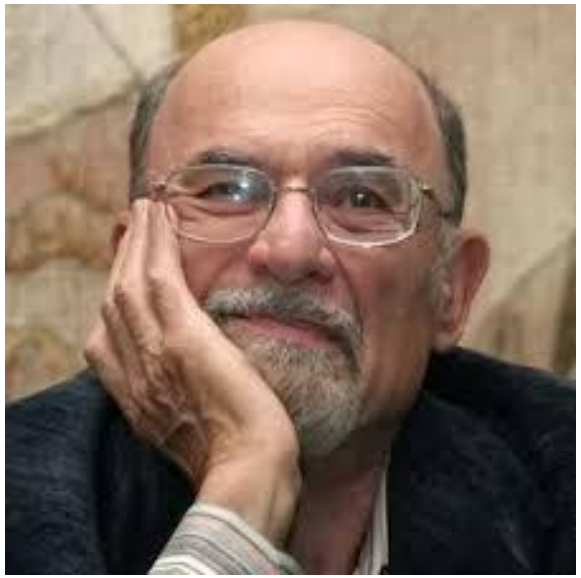
- 1) шок;
- 2) стадия отрицания;
- 3) стадия агрессии;
- 4) стадия депрессии;
- 5) стадия принятия.

Американский психолог **Элизабет Кюблер-Росс** (1926— 2004) предложила рассматривать следующие стадии реакции пациента на сообщение о терминальном диагнозе:

- 1) отрицание, неприятие информации о терминальном диагнозе;
- 2) стадия протеста и, возможно, гнева;
- 3) «торг» — включение механизмов защиты, попытка отсрочить, ложная трактовка симптомов;
- 4) депрессия, стремление к одиночеству;
- 5) принятие.

Ирвин Дэвид Ялом

Экзистенциальная психотерапия



«Физически смерть разрушает человека, но идея смерти спасает его».

Мартин Хайдеггер

«Бытие и время» (1926)

Бытие к смерти.

Смерть – один из экзистенциалов, обнаруживающий онтологическое измерение человека (Dasein) и показывающий его целостность и временной характер. Адекватное осознание феномена смерти – условие перехода к подлинному (а не безличному) модусу существования человека (Dasein). Смерть носит «личный» характер, она – всегда «моя», никем не может быть со мной «разделена», «никто не может отнять у другого его смерть». Смерть – это то, что не выбрано нами, мы брошены в наше «бытие к смерти».

Смерть, по Хайдеггеру, дает возможность целостного видения нашего бытия, которое, пока мы живем, никогда не является «целым» и «завершенным», в нем реализованы не все его возможности (в т. ч. и главная – смерть): в Dasein всегда присутствует его «еще-не», что-то, что еще не случилось.

Проблемы эвтаназии

Термин ***«эвтаназия»*** происходит от греческих слов **eu**- **«хорошо»** и **thanatos – «смерть»** и означает:

сознательное действие, приводящее к смерти безнадежно больного и страдающего человека относительно быстрым и безболезненным путем с целью прекращения неизлечимой боли и страданий.

Ф. Бэкон понимал под эвтаназией легкую, безболезненную, даже счастливую смерть.
В наше время термин «эвтаназия» используется в ряде других значений:
1) ускорение смерти тех, кто переживает тяжелые страдания;
2) прекращение жизни лишних людей;
3) забота об умирающих;
4) предоставление человеку возможности умереть.

«Долг медика не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в смягчении страданий, вызванных болезнью;
и состоит он не в том лишь, чтобы ослаблять боль, почитаемую опасным симптомом; если недуг признан неизлечимым,
лекарь должен обеспечить пациенту легкую и мирную кончину, ибо нет на свете блага большего, нежели подобная эвтаназия...»

Проблемы эвтаназии

Причины обострения проблемы эвтаназии :

- Развитие новых медицинских технологий жизнеподдерживающего лечения;
- Утверждение в медицинской практике такой ценности, как ***право пациента на автономный выбор,***
- Появление общественных движений, отстаивающих ***«право на достойную смерть»***

Проблемы эвтаназии

Основные принципы биомедицинской этики, используемые в современных дискуссиях об эвтаназии, - это принцип ***«уважения автономии личности»*** и принцип ***«не навреди»:***

- Принцип ***«уважения автономии личности»*** - решение об эвтаназии принимается пациентом (либо его близкими) **добровольно и осознанно**.
- Принцип ***«не навреди»*** привлекается постольку, поскольку выбор **«за»** или **«против»** эвтаназии оценивается с точки зрения **минимизации вреда для пациента**.

Проблемы эвтаназии

Различают ***активную*** эвтаназию и ***пассивную*** эвтаназию.

- ***Пассивная*** – это отказ от жизнеподдерживающего лечения, когда оно либо прекращается, либо не начинается вообще.
- ***Активная*** эвтаназия – это преднамеренное вмешательство с целью прервать жизнь пациента, например путем смертельной инъекции.
- ***В подавляющем большинстве стран активная эвтаназия запрещена законом.***

Проблемы эвтаназии

<u>Различают три формы активной эвтаназии:</u>

1. ***убийство или умерщвление из сострадания*** *(*жизнь, являющаяся мучением для пациента, так или иначе прерывается другим человеком);
2. ***добровольную активную эвтаназию*** (имеется согласие пациента)***;***
3. ***самоубийство при помощи врача*** (врач передает в руки пациента смертельное средство, позволяющее ему покончить с собой).

Декларация об эвтаназии

- *Принята 39-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987*
- Эвтаназия, как акт преднамеренного лишения жизни пациента, даже по просьбе самого пациента или на основании обращения с подобной просьбой его близких, **не этична**. Это не исключает необходимости уважительного отношения врача к желанию больного не препятствовать течению естественного процесса умирания в терминальной фазе заболевания.

Аргументы «за» и «против» эвтаназии

PRO:

1. Человеку должно быть предоставлено ***право самому определять границы своего существования.***
2. Человек должен ***быть защищен от жестокого и негуманного лечения***.
3. Человек имеет ***право быть альтруистом***
4. «Экономический» аргумент. ***Лечение и содержание обреченных отнимает у общества немало средств***, которые можно было бы, узаконив эвтаназию, использовать более рационально.

Аргументы «за» и «против» эвтаназии

Contra:

1. ***Активная эвтаназия есть покушение на непреходящую ценность, каковой является человеческая жизнь.***
2. ***Возможность диагностической и прогностической ошибки врача.***
3. ***Возможность появления новых медикаментов и способов лечения.***
4. ***Наличие эффективных болеутоляющих средств.***
5. ***Риск злоупотреблений со стороны персонала.***

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!