Федеральное агентство по образованию

Главное образовательное учреждение высшего профессионального образования

Петрозаводский Государственный Университет

# Кольский Филиал

## Дисциплина: Медбиоэтика

Преподаватель: Шелыгина Е.А.

# Тема: Этические аспекты отношения медицинского работника к жизни и смерти.

### Контрольная работа

#### Группа: М/2004-5

##### Заочная форма обучения

Факультет: Общеуниверситетская кафедра

Специальность: 060109

2 группа

«Сестринское дело»

## Ревво Ольга Николаевна

г. Апатиты

2005г.

**Содержание:**

###### Введение

1. Биологический потенциал человека
2. Смерть, как естественный процесс
3. Стремление к бессмертию и невыносимое бремя жизни
4. Проблема внезапной смерти
5. Эвтаназия: избавление или преступление
6. Медико-этические основы аутопсии и транспланталогии

###### Заключение

###### Список использованной литературы

###### **Введение**

Смерть человека, когда бы она ни наступила, не только обрывает его жизнь, она является горем, зачастую катастрофой для родных и близких умершего. Обычно, само слово «смерть» страшит, о ней вообще стараются не думать, и не говорить. Большинство людей живут так, как будто жизнь бесконечна и смерть рано или поздно навсегда не прервёт их жизни. В то же время, каждому человеку ясно, что смерть – это неизбежное физиологическое явление любого живого существа, в том числе и человека. Начало жизни определяется рождением человека, окончание – его смертью. Иного не дано. Каждому человеку отмерено свыше определённое число лет, и ни в чьих силах предотвратить приближение смерти. Единственное, чем мы можем повлиять на ход событий, это попытаться изменить своё отношение к складывающейся ситуации и научиться жить в этих условиях, не смотря ни на что.

Жизнь и смерть - две вечные темы духовной культуры человечества. О них размышляли пророки и основоположники религий, философы и моралисты, деятели искусства и литературы, педагоги и медики. Вряд ли найдётся взрослый человек, который рано или поздно не задумался бы о смысле своего существования, предстоящей смерти и достижении бессмертия. Только раннее детство или старческий маразм избавляют человека от необходимости решения этих проблем. В большинстве мифологий смерть олицетворяется как нечто злое, опасное. Таковы древнеегипетский Сет, скандинавская хозяйка преисподней Хель, греческий Танат, по имени которого названа наука о смерти – танатология.

###### Различные религиозные направления разнопланово трактовали своё отношение к жизни и смерти. Богочеловеческая сущность христианства проявляется в том, что бессмертие личности как целостного существа мыслимо только через воскресенье. Смерть разрушает тело, а не душу человека и поэтому она – не конец, а начало жизни вечной. Значит, земная жизнь есть только приготовление к такой жизни и целью человека является движение к жизни вечной. Кроме того, христианство категорически осуждает самоубийство, так как человек не принадлежит себе, его жизнь и смерть «в воле Божьей».

В отличие от христианства, земная жизнь в исламе оценивается высоко. Тем не менее, в Последний день всё так же будет уничтожено, а умершие воскреснут и предстанут перед Аллахом для окончательного суда. Вера в загробную жизнь является необходимой, поскольку в этом случае человек будет оценивать свои действия и поступки не с точки зрения личного интереса, а в смысле вечной перспективы. Разрушение всей Вселенной в день Справедливого суда предполагает творение нового совершенного мира. Морально чистый человек не может находиться в униженном положении, как это имеет место в реальном мире. Описания рая и ада в Коране полны ярких подробностей, дабы праведники могли полностью удовлетвориться, а грешники получить по заслугам. Ислам так же категорически запрещает самоубийство.

Согласно буддизму, цель человеческой жизни есть смерть. Этой религии характерно спокойное и умиротворённое отношение к жизни, смерти и бессмертию, стремление к просветлению и освобождению от зла. В этой связи меняется отношение к самоубийству; оно считается не столь греховным, сколько бессмысленным, ибо не освобождает человека от круга рождений и смертей (сансара), а только приводит к рождению в более низком воплощении. Избавление при жизни от источников страдания, «омрачённых действий и скверн» (эгоизма, злобы, гордости, ложных взглядов и т. д.) и власти своего «я» – лучший путь обретения бессмертия.

Смерть всегда считалась преждевременной, и медицина наряду с наукой на протяжении истории пытались противостоять ей, борясь с болезнями. Определение отношения к жизни и смерти как к феноменам с точки зрения биомедицинской этики ставит перед нами ряд дилемм, многие из которых и на сегодняшний день остаются на стадии обсуждения. В обсуждении этой темы необходимо затронуть ряд проблем. Это проблема внезапной смерти, искусственного прерывания жизни с помощью эвтаназии и других способов по сути своей близких к ней (самоубийство при пособничестве медиков, аборты на ранних стадиях беременности при обнаружении пренатальной патологии). Необходимо так же коснуться темы аутопсии и использования трупных органов и тканей (фетальной ткани, трупной крови), а так же проблемы трансплантологии.

Люди пытаются решить извечные вопросы: Что такое жизнь? Как продлить жизнь? Что есть смерть? Что будет после смерти? Способен ли человек предотвратить смерть и стать бессмертным? Итак, речь пойдёт о противоречивом единстве триады: жизнь – смерть – бессмертие с точки зрения этики медицинских работников

1. **Биологический потенциал человека**

Смерть может быть естественной, то есть физиологической. В этом случае жизнь человека заканчивается вследствие естественного «изнашивания» основных органов и систем организма. В этом случае человек должен умирать после 80 – 90 – 100 – 120 и более лет. По данным исследований проведённых учёными в Великобритании в 1999 году, земляне, родившиеся в XXI веке, будут жить до 120 лет.[1), стр.11] К сожалению, сейчас такой вариант окончания человеческой жизни скорее исключение, чем правило. В мире есть три региона, которые известны своими долгожителями: Кавказ, Южный Эквадор и северо-восточная часть Пакистана. Но где бы ни родился человек, если он живёт на родине, шансы прожить дольше у него увеличиваются (при условии, что там не действуют неблагоприятные факторы, сокращающие жизнь). Одна из причин этого национальные особенности обмена веществ. Кроме того, на продолжительность жизни влияют и некоторые другие факторы, такие как образ жизни, уровень образования, физические и нервные перегрузки, степень родства родителей и даже группа крови. Так, согласно данным различных исследований, продолжительность жизни ребёнка рождённого в семье неквалифицированного рабочего равна в среднем 63 года, а в семье учителя – 73, дети близкородственных родителей живут меньше, а каждый лишний килограмм массы тела старит организм человека на 3 года. [1), стр12] Что касается нервных перегрузок, то их длительное действие на человека в определённый момент приводит к стрессу. А стресс, в свою очередь, на биохимическом уровне действует подобно радиации, что было доказано американским учёным Харманом. Так, легковозбудимые, раздражительные люди живут в среднем на 3 года меньше, холостые – на 5 лет меньше семейных. Жизнь с детьми, если она не является источником постоянного стресса, благотворно влияет на здоровье пожилых людей. [1), стр.12] При анализе данных средней продолжительности жизни в различные периоды истории мы будем наблюдать её значительный рост. Так, в эпоху феодализма в среднем человек жил 21 год, к XIX веку - 34 года. За следующие 100 лет произошёл скачёк, и эта цифра выросла до 75 лет и более. [1), стр.11] Такой рост продолжительности жизни говорит о том, что медицина как наука шагнула далеко вперёд в диагностике и лечении многих заболеваний. Мотивация к полноценной жизни, любовь и участие близких людей, компетентная помощь медицинских работников позволят долгое время чувствовать свою востребованность. В этом случае человек готовится к окончанию своей жизни как к неизбежности, он видит, как появляются на свет и растут его внуки, успевает закончить все «земные» дела и смерть свою встречает как должное. Даже при условии возникновения в престарелом возрасте тяжёлого неизлечимого заболевания у него есть время осмыслить пережитое и внести свои коррективы в происходящее, повлиять на мир. Есть масса примеров, когда, будучи уже тяжело больными люди заканчивали дело своей жизни. Однако даже самый истовый оптимист нередко пасует перед лицом смерти.

Предупредить большинство заболеваний можно, осуществляя комплекс профилактических мероприятий, ведя здоровый образ жизни, правильно питаясь, улучшая экологию и повышая уровень жизни населения. Однако надо иметь в виду, что годы, полученные в результате победы над многими заболеваниями, будут прибавлены к периоду старости, а не молодости.

**2. Смерть, как естественный процесс**

Естественность смерти в различных плоскостях можно поставить под сомнение. Психика человека оказывается очень пластичной с осознанием приближающегося конца, порой, неизлечимо больной, он предстаёт перед нами в совершенно ином, непредсказуемом свете. Доктор Элизабет Кюблер-Рос на основании своих многолетних наблюдений определила 5 эмоциональных стадий, через которые проходит человек с того момента, когда он получает роковое известие. В первой стадии у большинства больных людей наступает психологический шок, который приводит к реакции отрицания, нежеланию воспринимать факт неизбежности надвигающейся смерти. Второй стадии характерен гнев, протест, агрессия, которые могут быть направлены как против самого больного (суицид), так и против окружающих его людей – родственников, ухаживающий персонал. Это период негодования, возмущения и зависти, за которыми стоит вопрос: «Почему именно я?». Третья стадия – переговоры с судьбой. Осознав неизбежность плохого исхода, главным желанием смертельно больного человека почти всегда остаётся продление срока жизни любой ценой. Четвёртая стадия – депрессия, во время которой больной нуждается в возможности выговориться, излить кому-то душу, надеясь на понимание, а не на жалость. В пятой стадии умирающий человек окончательно принимает смерть, круг его интересов сужается, он утомлён, неразговорчив, не рад посетителям. [2), стр.486] Очень ярко показал такую трансформацию отношения к смерти А.И. Солженицын в своей повести «Раковый корпус». Оптимист по натуре Вадим Зацырко, узнав обо всей серьёзности своего положения, сначала пытался примириться со смертью, стремясь закончить свои земные дела. «Перед смертью, перед пантерой смертью уже виляющей чёрным телом, Вадим, человек интеллекта, должен был найти формулу – как жить с ней по соседству. Как плодотворно прожить вот эти оставшиеся месяцы… Тут была важная, на первый взгляд парадоксальная черта, которую разглядел Вадим в размышлениях последних недель: что таланту легче понять и принять смерть, чем бездарности.» [4), стр.478] Постепенно приближение смерти стало страшить его: «Когда-нибудь не страшно умереть – страшно умереть вот сейчас». [4), стр.483] Наконец, это ощущение безысходности начало постепенно ломать его волю и отодвигать интерес к жизни: «По утрам уже не так часто он просыпался, чтоб заниматься в тишине, а иногда и просто укрывшись с головой, и наплывало на него, что, может быть, поддаться да и кончить – легче, чем бороться». [4), стр.517] Другой, очень важный момент был освещён в этом произведении. Человек, имеющий прекрасную семью, хорошее положение в обществе, сильный по жизни, неизлечимо заболев, становится наиболее, на мой взгляд, уязвимым «перед лицом смерти». «Вся дружная образцовая семья Русановых, вся их налаженная жизнь, безупречная квартира – всё это за несколько дней отделилось от него, и оказалась по ту сторону опухоли. … Как бы они теперь не волновались, не заботились, ни плакали – опухоль задвигала его как стена, и по эту сторону оставался он один». [4), стр. 282] Безусловно, в рассмотренных ситуациях человеку трудно справиться со своим положением и чтобы адекватно относиться к своему новому положению ему понадобится помощь родственников, обслуживающего персонала, психологов. Очень важно не дать почувствовать человеку эту «задвинутось» от всех.

Таким образом, во многих аспектах смерть нельзя назвать естественной. Она такова лишь с физиологической точки зрения. С точки зрения различных религий, телесная смерть верующего человека есть только начало другой, более духовной жизни. Для сознания же человека принятие собственной смерти далеко не лёгкое решение. В противном случае не было бы прогресса в медицине, а все спокойно ждали бы своего конца земной жизни, не предпринимая попыток её продления.

**3. Стремление к бессмертию и невыносимое бремя жизни**

Как отмечалось выше, биологический потенциал человека рассчитан на 120 лет, об этом же упоминает и Библия. [7), стр.330] Человек никогда не избавится от желания жить вечно или, по крайней мере, долго. Идея обретения бессмертия, особенно если он достиг зрелого возраста, всегда занимала его ум. Человечество накопило богатый опыт достижения бессмертия, в связи с этим выделяют несколько его видов.

Первый связан с бессмертием в потомках и осуществляется путём передачи генного аппарата родителей детям, внукам и т. д., он близок большинству людей. Кроме принципиальных противников брака и семьи и женоненавистников, многие стремятся увековечить себя именно этим способом. Одним из мощных влечений человека является стремление увидеть свои черты в детях, внуках и правнуках.

Второй – сохранение тела умершего, то есть мумификация или криогенизация. Опыт ещё египетских фараонов, практика современного бальзамирования говорят о том, что в ряде цивилизаций это считается принятым. Достижения техники конца 20-го века сделали возможной криогенизацию тел умерших с расчётом на то, что медики будущего их оживят и вылечат ныне неизлечимые болезни. Несмотря на попытки одних свести счёты с жизнью другие готовы на всё ради собственного бессмертия. За процедуру бессмертия путём замораживания в жидком азоте занимающиеся этим компании взимают от 120 до 500 тысяч долларов.[7), стр.331] Кроме этого, в настоящее время существует немало различных теорий старения и продления жизни путём оказания влияния на клетку ферментом теломеразой или изменения кода ДНК. [там же]

Для ряда восточных цивилизаций, особенно японской, характерно своеобразное «слияние с природой», упование на «растворение» тела и духа умершего во Вселенной, вхождение их в космическое «тело», в вечный круговорот материи. К такому решению близка исламская модель отношения к жизни и смерти и разнообразные материалистические или точнее натуралистические концепции. Четвёртый определяется итогами деятельности человека, в плодах материального и духовного производства, которые входят в копилку человечества.

Существует ещё много концепций обретения бессмертия, а также многочисленных мистических течений, основанных на реальном наличии потустороннего мира и возможности общения с ушедшими. Более того, появляются сведения о наличии у каждого человека своеобразного энергетического фантома, который покидает человека незадолго до физической смерти, но продолжает существовать в других измерениях.

Если человечество так волнует проблема бессмертия, значит, в определённых временных рамках жизни людям становится тесно. Почему же в современном обществе так распространены самоубийства людей, как младших, так и более старших возрастных групп? Наиболее исчерпывающе ответ на этот вопрос можно получить, проанализировав причины ухода этих людей из жизни. За последние годы наметилась тенденция к росту детских самоубийств, начиная с дошкольного возраста. На конференции психиатров стран СНГ 1998 года в Москве среди причин такого роста были названы: стремительный рост семейного алкоголизма, неустроенность и жестокость безработных взрослых и едва ли не на последнем месте по частоте среди причин суицида – несчастная любовь подростков. На той же конференции профессор Модест Кабанов в своём выступлении привёл интересные факты, полученные экспертами ВОЗ при изучении проблемы детских суицидов на примере двух стран Норвегии и Швеции. Оказалось, что причиной самоубийств может стать рост вседозволенности у детей, отсутствие у них обязательств перед другими.[7), стр.333] В поисках новых ощущений, в погоне за нереальными представлениями о жизни, лишённые всяких граней дозволенного, они, в конечном счёте приходят к глубокому разочарованию, что и становится для них фатальным. Тенденция к подобному уходу от реальности присутствует и в среде наших детей и подростков. Поэтому задача родителей состоит в воспитании в детях чувства долга и ответственности, адаптация детей к условиям современной жизни, не создавая иллюзий, чтобы в дальнейшем выработать у них адекватное отношение к жизни.

Моральное нездоровье любого общества диагностируется по уровню жизни его членов, а так же по моральному здоровью его самых незащищённых слоёв – пенсионеров и детей. Неутешителен тот факт, что 1998 года неуклонно возрастает уровень показателей самоубийства пожилых людей. В этой категории населения среди причин суицидов лидируют боязнь одиночества и нищета.[7), стр.333]

В аспекте этического отношения медицинских работников к суицидальным попыткам уместно использовать книгу Л. Трегубова и Ю. Ватина «Эстетика самоубийства» в качестве своеобразного пособия по проведению психотерапевтической работы с пациентами находящимися в состоянии депрессии. Кроме того, в книге отмечается, что психически здоровый человек тщательно обдумывает свой уход из жизни, беря во внимание не только скорость наступления смерти и ощущение наименьших страданий, но и оценивает этот акт с точки зрения эстетики, считаясь с тем какие эстетические переживания, может вызвать вид тела у окружающих. Именно на этом моменте, по мнению авторов, и необходимо делать акцент, работая с пациентом, испытывающим суицидальные намерения. [7), стр.334] Помимо социальных причин суицидов люди самостоятельно прерывают свою жизнь по причине невыносимых страданий, которые причиняют им тяжёлые заболевания и неспособности справиться с возникающими при этом проблемами.

С этической точки зрения любая форма участия в осуществлении самоубийства или помощи пациенту со стороны медицинского работника недопустима. В 1992 г. по этому поводу была принята специальная декларация о пособничестве врачей при самоубийстве. [7), стр.335] К сожалению, в единичных случаях, но суицидальные попытки всё же имеют место в наших стационарах. В моей практике был случай, когда женщина, подавленная своим тяжелейшим состоянием после ампутации обоих нижних конечностей пыталась повеситься с помощью простыни на спинке своей кровати. Причём, женщина сильная, достойно прожившая свою жизнь, воспитавшая одна в послевоенные годы троих замечательных сыновей. К счастью, её попытка не увенчалась успехом. На мой взгляд, подобные побуждения появляются у людей, психически здоровых, но с тяжёлой соматической патологией в период адаптации к новым условиям жизни, когда очень велика роль присутствия рядом близких людей или тех, кто по долгу службы должен вселять уверенность в жизни. Поэтому именно в этот период важно как можно реже оставлять больного наедине со своими переживаниями и избегать всяческих разговоров о сложности предстоящей жизни.

Таким образом, проблема самоубийства раскрывает не только медико-этическую сторону, она охватывает многие области жизни общества: экономическую, социальную политическую, обще-этическую и юридическую. К сожалению, следует признать, что самоубийства будут всегда на почве конфликтов, разочарований, трагедий. Однако значительно снизить их число вполне реально при условии морального оздоровления общества и изменении мотивации к жизни пациентов медицинскими работниками.

1. **Проблема внезапной смерти**

Нередко смерть человека наступает совершенно внезапно, на фоне полного благополучия, среди полного здоровья или при наличии хронического заболевания, но находящегося в данное время в относительно стабильном состоянии. Такой уход из жизни многие сочли бы вполне подходящим для них. Однако если поразмышлять над этим детально, это далеко не так. Хочет ли мать, тяжело больная, но имеющая несовершеннолетних детей такую смерть? Маловероятно. Такая смерть не только внезапно рушит все планы, но и ввергает в шок родных и близких.

Если грудной ребёнок внезапно умирает, в этом обычно винят мать за недостаточное внимание и уход за младенцем. При внезапной смерти взрослого человека причину принято искать в плохой организации службы неотложной помощи, участковых терапевтов, которые, проводя профилактические осмотры, не обнаружили предвестников надвигающейся катастрофы. Наиболее частыми причинами внезапной смерти являются поражения сердца, несколько реже – головного мозга. Как отдельную форму выделяют внезапную смерть в детском возрасте. Внезапная сердечная смерть составляет 90% и более всех случаев внезапной смерти. Пики наступления внезапной сердечной смерти наблюдаются в следующие возрастные периоды:

* между рождением и 6 месяцами из-за синдрома внезапной младенческой смерти;
* между 45 и 75 годами в основном вследствие поражения коронарных артерий атеросклерозом, т.е. ИБС.

Причина внезапной младенческой смерти до настоящего времени находится на стадии изучения. Одним из предположений является то, что погибают дети не сумевшие адаптироваться к окружающей среде по причине несостоятельности дыхательной, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы. Однако, в результате 30-летнего наблюдения Б. Лауном (на 1990год) показано, что частота внезапной сердечной смерти у детей первого года жизни возрастает в субботние и воскресные дни. Это связано больше с бытовыми и социальными факторами, нежели физиологическими изменениями в организме. [1), стр.45] Эти данные позволяют сделать вывод, что существует некоторая предрасположенность ребёнка к синдрому внезапной смерти и здесь многое зависит от состояния здоровья, наличия вредных привычек родителей, их возраста, социального статуса, материального положения семьи.

Согласно определению синдрома внезапной сердечной смерти, больной погибает в течение 1 – 6 часов с момента первых признаков. Как показывает статистика, в первые минуты катастрофы необратимые патоморфологические изменения в сердце ещё отсутствуют и реанимационные мероприятия таких больных вполне перспективны. Однако обеспечить своевременную и эффективную реанимацию, определяющую исход заболевания у данных больных зачастую невозможно. Причиной этому является то, что подавляющее большинство нашего населения не обучено простейшим приёмам реанимации, тем более что в этих случаях реанимационные мероприятия должны быть проведены в течение 2 – 3 минут от момента наступления мгновенной смерти. В 7% случаев смерть наступает на работе, в 18% - на улице или в транспорте, в 69% - дома, в 6% в иных местах.[1), стр.45]

Иногда реаниматологи отказываются от проведения оживляющих мероприятий из-за тяжелого неизлечимого основного заболевания. По мнению академика В.А. Неговского, «определяющими могут быть только те критерии, принятые в реаниматологии. В частности, доказательство наступающей или приближающейся гибели мозга, которую уже нельзя предотвратить». [7), стр.352] Смерть мозга - это состояние, которое может развиться иногда при реанимационной помощи пациенту, оно характеризуется необратимым отсутствием всех функций головного мозга при сохраняющейся деятельности сердца. Впервые такое состояние было описано во Франции в 1959 году, где оно получило название «запредельная кома». [3), стр.98] Медико-клинические критерии смерти мозга были сформулированы ещё в конце 60-х годов: атония мышц, исчезновение любых реакций на внешние раздражители и рефлексов, устойчивое расширение и ареактивность зрачков, прямая линя на электроэнцефалограмме. Все перечисленные признаки должны сохраняться в течение 12 часов. Если же такое состояние возникло по причине отравления, длительность наблюдения для вынесения диагноза смерти мозга должна быть не менее трёх суток. Вообще же, состояние смерти мозга длится недолго не более недели и встречается сравнительно редко – в 4-8% всех случаев смерти в реанимационных отделениях. [3), стр.99] Вопрос о жизни или смерти такого пациента одновременно оказывается вопросом этическим: продолжать реанимацию или прекратить её. Сложность этой проблемы в том, что в обществе немало сторонников традиционного взгляда на смерть, доказательством которой является остановка сердца и прекращение дыхания. Здесь назревает вопрос аналогичный таковому в проблеме аборта: где та невидимая грань, отделяющая жизнь от смерти. В нашей стране в 1985 году получила силу «Инструкция по констатации смерти на основании смерти мозга», позволяющая прекращать реанимацию у таких больных, а также использовать их жизнеспособные органы для трансплантации. Однако согласно той же инструкции врачи-трансплантанты не должны участвовать в комиссии, ставящей диагноз смерти мозга. [3), стр.100]

Рассматривая смерть как неотвратимый финал можно сделать вывод о том, что надежда на продление жизни должна присутствовать всегда, независимо от того какой пациент перед нами и что повлекло за собой нарушение жизненных функций. Перед медицинским работником не должно возникать в этот момент вопросов о необходимости оказания помощи, если признаки жизни мозга ещё на лицо. Разговор должен идти о том, как это сделать в наиболее кратчайшие сроки и максимально эффективно, дабы избежать неисправимых последствий.

1. **Эвтаназия: избавление или преступление?**

Термин эвтаназии, обозначающий метод искусственного прерывания жизни известен со времён Древней Греции. Суть этого явления была определена английским философом гуманистического направления Френсисом Бэконом. «…когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение и можно лишь сделать самую смерть более лёгкой и спокойной, потому что эта эвтаназия… уже сама по себе является немалым счастьем». [7), стр.337] В последние годы проблема эвтаназии очень широко обсуждается в кругах медиков, философов, психологов, юристов, теологов и др. специалистов. В работах разных авторов можно встретить несколько классификаций эвтаназии: по мере участия пациента в принятие решения – добровольная, недобровольная и принудительная (определена в работах Г.И. Царегородцева, Е.В. Кармазина (1984 г.), А.Н. Лебедева (1988г.) профессора теологии В.Е. Мей с соавторами (1993 г.); по способу выполнения воли пациента – активная, позитивная и пассивная (А.Я. Иванюшкин и Е.А. Дубова – 1983г.) Таким образом, суть эвтаназии заключается в умышленном причинении врачом смерти больному из сострадания или по просьбе самого умирающего, либо его близких.

Из глубокой древности к нам пришли различные приметы и суеверия, связанные с этой проблемой. Уже тогда считалось, что смерть есть трудный процесс, и умирающие нуждаются в помощи, чтобы им было легче уйти. Для этого необходимо было выполнить определённые ритуалы. Отлетающей душе освобождали дорогу, отпирая замки в доме и развязывая узлы, выполняли полу-магические ритуалы, влекущие за собой порой фатальные последствия. В одной деревне английского графства вплоть до 1902 года соблюдались любопытные методы облегчения смерти, которые вплотную приближались к грани убийства, а порой и переходили эту грань. Когда надежд на выздоровление больного не оставалось, а смерть всё не приходила, деревенскую сиделку могли пригласить принести некоторую подушку, сшитую когда-то одной монахиней и передаваемую с тех пор из поколения в поколение. Эту подушку подкладывали под голову умирающего, предварительно усыпив его подмешанными в джин таблетками опиума. Затем подушку быстро вытягивали так, что голова больного резко падала . назад, что и приводило, очевидно, к ускорению процесса умирания. Так простые обыватели хотели помочь, приняв как неопровержимый факт неотвратимость смерти. [5), стр 433]

Возникнув в глубокой древности, проблема эвтаназии, всегда вызывала многочисленные споры среди медиков, которые не прекращаются и сегодня. Отношение к возможности и целесообразности умышленного наступления смерти неизлечимо больного с целью прекращения его страданий никогда не было однозначным, причем мнения на этот счет носят диаметрально противоположный характер. Одни считают эвтаназию клятвопреступлением, уголовным беспределом и совершенно недопустимым явлением современного общества, даже если она предпринимается исключительно "из сострадания", по настойчивому требованию больного, которому в любом случае предстоит в скором времени умереть. Наряду с этим, существует мнение, что запрещение эвтаназии ущемляет права человека на смерть, ведь речь идет о его собственной жизни, следовательно, решение он должен принимать сам. В нашей стране эвтаназия запрещена законом, но в соответствии со ст. 33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» каждый пациент имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. Это значит, что пассивная эвтаназия у нас фактически легализована.

Нет смысла спорить, что многие пациенты, обречённые на смерть вынуждены жить в условиях невыносимых страданий от боли. Они выбрали бы «блаженную смерть» как спасение. В этот момент со всей остротой встает вопрос о проявлении милосердия медицинскими работниками в высшем его проявлении, чем, по мнению многих, и могла бы стать эвтаназия. Однако данный вопрос настолько неоднозначен в определении, что при его постановке в кругах людей с искажёнными моральными ценностями возможны злоупотребления заинтересованных лиц. Например, идеологи фашистской Германии под эвтаназией понимали уничтожение так называемых "неполноценных" людей: новорожденных с "неправильным развитием", душевнобольных, больных туберкулезом, злокачественными новообразованиями, инвалидов, стариков и так называемую "низшую расу". У них была создана целая индустрия по умерщвлению в виде газовых камер, душегубок, крематориев. Нет никаких гарантий, что эвтаназия в конечном счёте не переродится в геноцид.

Одним из вопросов, который возникает при обсуждении проблемы эвтаназии, состоит том, какова будет мотивация профессиональной деятельности врачей в том случае, если будет легализован такой вид «услуги». Врачам тогда не нужно будет стремиться облегчать больным людям мучительные страдания, а метод «лечения» таких больных станет одним и тем же во всех случаях. Поэтому врачи придерживаются твердокаменной догмы, что больных нужно лечить, несмотря ни на что. Надо помнить, что злоупотребления никогда исключать нельзя. Кроме этого, возможность законной эвтаназии убивает у пациента всякую надежду на возможность борьбы за свою жизнь. По мере развития медицины многие заболевания, ранее считавшиеся неизлечимыми, сегодня если не приводят к радикальному выздоровлению, то дают сравнительно более длительную ремиссию. Чувствительные диагностические тесты, использование различной аппаратуры при проведении медицинских вмешательств позволяют определить чёткую локализацию и структуру поражения органов опухолью и дают дополнительные шансы на успешную операцию.

Рассматривая тему эвтаназии нельзя не остановиться на вопросе, который неоднократно обсуждается в средствах массовой информации: зачем оставлять жить детей с различными врождёнными дефектами развития, которые в будущем пополнят ряды потенциальных иждивенцев общества. Не разумнее было бы пустить деньги, которые государство тратит на их содержание, на восстановление трудоспособности полноценных членов общества, остро нуждающихся в материальных средствах. Действительно, больно смотреть на семьи, в которых родители годами ухаживают за больными детьми, те вырастают, и на определённом этапе болезни умирают от осложнений. А жизнь, оказывается, уже прожита, потеряна молодость, нет денежных средств, так как лечение таких больных, как правило, очень дорого, налицо тяжёлый стресс. К решению этой проблемы необходимо подходить, постепенно конструируя систему профилактики открытием генетических консультаций, тщательным наблюдением за будущими мамами не только в течение 40 недель беременности, а задолго до этого путём формирования здорового образа жизни наших девочек. Ни для кого не секрет, что добрая половина детей, находящихся в наших домах инвалидов – жертвы половой и социальной распущенности своих родителей (дети больных сифилисом, алкоголизмом, наркоманией). Таким образом, данная проблема так же выходит за медико-этические рамки и требует решения на государственном уровне.

При ответе на вопрос о целесообразности содержания таких больных, ответ однозначно положительный, так как в настоящее время медицина может поддерживать в состоянии стойкой ремиссии ряд психических заболеваний (например, шизофрения), оперировать некоторые врождённые пороки развития (такие как незаращение твёрдого нёба и верхней губы). Не за горами то время, когда на основе достижений генетиков мы сможем справляться и с наследственными генетическими заболеваниями. Однако, следует заметить, что изучение таких больных так же не должно выходить за рамки соблюдения этических и правовых норм. Наблюдение за ними не должно переходить в эксперименты. Кроме того, согласно христианской религии, убить юродивого, всегда считалось тяжким грехом.

Что касается проблемы прерывания беременности в результате аборта или плодоразрушающей операции по причине обнаружения дефектов развития у плода, то фактически это - принудительная эвтаназия по отношению к ещё не родившемуся ребёнку. Вопрос о том этично это или нет, остаётся открытым, поскольку доподлинно ещё не известно, что чувствует человек, находясь на стадии эмбриона, и с какого момента начинается его жизнь.

Вопрос о том, нужна эвтаназия или нет, остается открытым. Я думаю, что ответ на него будет лишь тогда, когда наука полностью познает человека и ответит на вопросы "что такое жизнь?" и "что такое смерть?".

**6. Медико-этические основы аутопсии и трансплантологии**

Рассматривая медико-этические проблемы смерти нельзя не упомянуть об отношении к трупу. С древнейших времён вскрывались трупы умерших с целью изучения анатомического строения нашего тела. Действительно, без вскрытий не могли бы развиваться хирургия, акушерство и гинекология, судебная медицина. Вскрытие трупа с целью установления причин смерти или изъятия органов и тканей в целях трансплантации называется аутопсией. В связи с этим возникает медико-этическая проблема относительно согласия родственников на проведение такого вскрытия. В своей книге «Врачебная этика. Обязанности врача во всех проявлениях его деятельности» (1903) А. Молль подчёркивает неоспоримую ценность патологоанатомических исследований, но так же отмечает: «Если мы не можем оспаривать важности вскрытий и хранения отдельных препаратов, то из этого не следует, что мы имеем право делать вскрытия, как и когда нам угодно…» [7), стр. 354]

Согласно основному требованию «Инструкции о порядке вскрытия трупов в лечебном учреждении» Министерства здравоохранения СССР «Все трупы умерших в стационаре лечебных учреждений, как правило, подвергаются вскрытию». Отступить от этого правила и отменить вскрытие мог только главный врач в исключительных случаях, однако если больной провёл в больнице менее суток и в судебно-медицинских случаях, даже его санкция не могла отменить действие этой инструкции. Как видно, факт согласия или несогласия родственников даже не рассматривался. [3), стр.98]

В действительности, по отношению к представителям различных религий необходим более детальный подход в этом вопросе. Так, согласно иудейской религиозной морали, согласие родственников на вскрытие учитывается обязательно. Протестанты считают, что этот вопрос решается исключительно в соответствии с законодательством страны, а представители католической церкви считают, что власти лишь в исключительных случаях (например, насильственная смерть) имеют право пойти против воли семьи, возражающей против вскрытия. В условиях действующего законодательства эта проблема решается на основе «презумпции согласия», согласно которой медицинское учреждение не обязано спрашивать согласие. Вскрытие может быть проведено на законном основании если нет письменного возражения родственников или прижизненного возражения самого умершего.[3), стр.98] Ещё одним важным моментом этой темы является недопущение неуважительного отношения к телу умершего, необходимость принимать во внимание его прижизненные религиозные и культурные традиции. [6), ст.9] Никогда не следует забывать, что в этом теле жил человек, личность и оскорбление его трупа подобно оскорблению его памяти.

Проблему трансплантологии можно рассматривать как связующее звено между жизнью и смертью. Один человек по собственной воле или в силу сложившихся обстоятельств даёт шанс другому на спасение ценой своего здоровья, а под час и жизни. Когда знаменитый российский хирург С.С. Юдин в 1930 году в Московском институте скорой помощи им. Н.В. Склифософского произвёл первое переливание трупной крови, (эксперимент был успешным), не только от реципиента, но и от персонала скрыли (как врачебную тайну), кто в данном случае был донором. [3), стр.103] Как видно, здесь этические вопросы затрагиваются особенно остро.

Ранее мы рассматривали проблему отношения медицинских работников к смерти мозга. Она является главным этическим вопросом, сопровождающим пересадку жизненно важных органов от трупов (сердца, печени, лёгких). На основании формулировки диагноза «смерть мозга» в 1985 году была принята инструкция, разрешающая в этом случае констатировать смерть. С момента вступления в силу этого положения, пожалуй, и началась отечественная трансплантология, как самостоятельная отрасль медицины, до того осуществлялись лишь экспериментальные попытки. Так пересадка сердца у нас осуществляется с 1986 г. (если не считать более ранних попыток), печени – с 1990 года. [3), стр.104] Регламентация использования трупных органов и тканей в целях трансплантации осуществляется законом РФ «О донорстве крови и её компонентов» и «О трансплантации органов и (или) тканей», вступившим в силу в 1993 году. В настоящее время самой массовой медицинской практикой, связанной с трансплантацией является донорство крови, а из всех органов чаще всего пересаживается почка. Если переливание крови и пересадка костного мозга не оказывает, сколь ни будь значимого, вреда донору, то изъятие почки у здорового человека является самым большим отступлением от принципа «Не навреди», а пересадка таких жизненно важных органов как печень и сердце просто невозможна. Юридически вопрос о согласии на изъятие органов у трупов либо у доноров, находящихся в состоянии смерти мозга, решается аналогично такому же вопросу в случае аутопсии – с учётом «презумпции согласия», то есть пожелания родственников должны учитываться, если они предоставляются в ближайшие сроки.

Действительно, трансплантация трупных органов позволила бы обрести надежду на продление жизни многим пациентам. Однако в связи с этим встаёт очень болезненная этическая тема критериев отбора реципиентов, которую можно назвать проблемой «права на орган». Кроме этого, перед клинической трансплантологией встаёт целый ряд других этических проблем, среди которых прослеживается тема отношения медицинских работников к жизни и смерти в недопустимости купли-продажи донорских органов, что может привести к тому, что человеческое тело превратится в товар. В связи со значительным снижением уровня жизни отдельной части населения не исключено, что участится продажа собственных органов в поиске средств к существованию. Это в свою очередь ведёт к значительному разрушению социального статуса человека.

Рядом с проблемами трансплантации органов и тканей связан вопрос об использовании фетальных тканей. В средствах массовой информации излагаются факты причастия врачей к склонению женщин к поздним абортам с тем, чтобы в последующем использовать абортный материал в коммерческих целях. [7), стр.423] Во многих зарубежных странах ещё с сороковых годов работают с тканями человеческих зародышей. Сейчас их применяют при лечении сахарного диабета, болезни Паркинсона, детского церебрального паралича, в онкогематологии. Безусловно, наука должна двигаться вперёд, но не ценой чьей то жизни. На основании «Декларации о трансплантации эмбриональных тканей», принятой в сентябре 1989 года на 41-й Всемирной медицинской ассамблее в Гонгконге - «…врачи и другой медперсонал, участвующие в прерывании беременности, не должны получать прямой или косвенной выгоды от использования тканей, получаемых в результате аборта». [7), стр.426]

Таким образом, в биомедицинской проблеме трансплантологии так же затрагиваются вопросы жизни и смерти, и решение их зависит от отношения к ним медицинских работников. Этическая основа состоит в уважении права пациента и его родственников распоряжаться своим телом после смерти в соответствии со своими религиозными или иными убеждениями, а так же не допущение выхода трансплантологии из рамок медицинской помощи населению и превращение её в сферу индустрии.

**Заключение**

Тема отношения медицинских работников к жизни и смерти в медицинской этике при своём обсуждении затрагивает многие биоэтические проблемы. Само название «биоэтика», предложенное этому роду этики, как «этики живого», говорит о том каково должно быть отношение медика к данной теме. В. Поттер определил эту науку как «путь к выживанию» [7), стр.30] Интерес к проблемам жизни и смерти обусловлен несколькими причинами. Во-первых, это ситуация глобального цивилизованного кризиса, который в принципе может привести к самоуничтожению человечества. Во-вторых, значительно изменилось ценностное отношение к жизни и смерти человека в связи с общей ситуацией на Земле.

Несмотря на всю гуманность помыслов в отношении продления жизни, во что бы то ни стало, перед медицинскими работниками встаёт ряд этических дилемм. Это медико-этическая проблема аборта в том случае, когда дефекты будущего ребёнка выявляются ещё на этапе внутриутробного развития. Серьёзной проблемой стал вопрос о проведении своевременной эффективной реанимации, которая предотвращает появление грубых изменений в организме пострадавших, приводящих к глубокой инвалидности пациента со всеми вытекающими последствиями. Не менее спорным вопросом считается проблема самоубийства и активной эвтаназии. Несмотря на то, что некоторые страны уже легализовали её, эта тема обсуждается острейшим образом.

Ухода за умирающими больными выходит за рамки этических проблем. Здесь нужен комплексный подход медицинских работников с психологической, экономической, социальной сторон. Эти проблемы не должны решаться в одиночку людьми, доведёнными до крайности своей болью, невыносимыми страданиями, осознанием собственной неполноценности и несостоятельности. Их решение – общегосударственная задача. В условиях коммерцизации здравоохранения острейшим образом встаёт вопрос трансплантологии.

Таким образом, тема отношения медицинских работников к жизни и смерти очень актуальна для обсуждения в современном мире, так как издержки цивилизации всё больше вытесняют человека на задний план. С появлением новых технологий, в погоне за прибылью, жажда первенства и власти приводит к росту тенденции обесценивания человеческой жизни. В этих условиях медицинским работникам отводится созидательная роль в плане оздоровления общества как нравственно, так и физически.

**Список использованной литературы:**

1. Горбачёв В.В., Мрочек А.Г. «Профилактика преждевременной и внезапной смерти: Справ. Пособие. – Мн.: Выш. Шк., 2000. – 463 с.»
2. Обуховец Т. П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. Серия «Медицина для вас». Ростов н/Д: Феникс, 2004 – 512с.
3. Сестринское дело, том 1(гуманитарный, психолого-педагогический, административно-управленческий блоки) / Под редакцией А.Ф.Краснова. – С: Г.П. «Перспектива», 1998. – 368с.
4. Солженицин А.И. Избранная проза: Рассказы. Раковый корпус: Повесть – М.: Сов. Россия, 1990. – 704 с.
5. Хоул К. Энциклопедия примет и суеверий / Пер. с англ. А. Дормана. – М.: КРОН – ПРЕСС, 1998 г. – 544 с. – Серия «Экспресс».
6. Этический кодекс медицинской сестры России. / Составитель – Иванюшкин А.Я., рецензенты: Перфильева Г.М., Тихоненко В.А., Титовцева Т.П., 1997.
7. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). – Изд. 3-е, испр. И доп. – М.: Медицина, 2004. – 528 с.