

ДЕОНТОЛОГИЧНО-ПРАВНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ НА ТЕРМИНАЛНО БОЛНИ

М. ЖЕЛЕВА

Неврологично отделение, МБАЛ „Д-р Д. Чакмаков“ – Раднево

DEONTOLOGICAL AND LEGAL PROBLEMS OF THE MEDICAL SERVICE OF TERMINALLY ILL PATIENTS

M. ZHELEVA

Department of Neurology, MHAT "Dr. D. Chakmakov" – Radnevo

Резюме. Напредъкът в медицинската наука подобри възможностите на лекарите да се справят с много въпроси, свързани с грижите в края на живота. Независимо от това, грижите за терминално болните остават област от медицината, която исторически не е получила вниманието, което заслужава. Макар че изследователската работа, насочена към лечение на заболяванията, има приоритет, трябва да се отделя повече внимание на развитието на палиативните грижи и на подобряването на способността на лекарите да оценяват и да се справят с медицинските и психологичните компоненти на симптомите при терминалните заболявания. Фазата на умирање трябва да се познава и зачита като важна част от живота на дадено лице. Тъй като в много страни нараства общественият натиск за възприемане на асистираното самоубийство и евтаназията като приемливи варианти за край на страданието при терминално болните, етичният императив за подобряване на палиативните грижи в терминалната фаза на живота се превръща в ясно определена цел. При лечението на терминално болни пациенти, които поради естеството на физическото и емоционално си състояние са много уязвими, лекарите трябва да поддържат висок стандарт на професионални и етични грижи. Това изискване се базира на признаването на ценността на пациентите като човешки същества и тяхната уникалност като индивиди. Да се усъвършенстват знанията и уменията трябва да е приоритетна отговорност на всеки, който се среща с човешката болка. Трябва да се разчупят стените на болката, на необлекчимите симптоми, на затварянето в себе си. И над всичко трябва да се запази разбирането, че пациентът и семейството му са изправени пред най-големите трудности, а целта на медицинските специалисти е да им помагат във воденето на техните собствени битки с цялата компетентност и състрадание, на които са способни.

Ключови думи: терминално болни, човешки същества, палиативни грижи, болка

Summary. The advancement in medical science improved the possibilities of doctors to solve many questions, relevant to the cares at the end of life. Notwithstanding that, the cares of the terminally ill patients remain a medicine area, which historically has not got the attention that it deserves. Even though the research work, which is directed to the treatment of diseases, has a priority, more attention has to be paid to the development of palliative cares and to improvement of the doctor's ability to estimate and manage medical and psychological components of the symptoms of terminal diseases. The stage of dying must be known and respected as an important part of person's life. In view of the fact that the public pressure for adoption of assisted suicide and euthanasia as acceptable variants for the end of suffering of terminally ill patients increases in many countries, ethical imperative for improving palliative cares in the terminal stage of life turns into a clearly definite purpose. The doctors must maintain high standard of professional and ethical cares when they treat terminally ill patients, who are more vulnerable due to the nature of their physical and emotional state. This requirement is based on the recognition of the value of the patients like human beings and their uniqueness as persons. Advances in the knowledge and skills must be a prioritized responsibility of everybody who encounters patient's pain. The pain's walls have to be removed as well as unattended symptoms and shrinking into oneself. Before everything else, the believe that the patient and his family are faced with the strongest difficulties has to be preserved. The purpose of the medical specialists is to help the patient and his family to lead their own struggles with all the competence and compassion, of which they are capable.

Key words: terminally ill patients, human beings, palliative cares, pain

Терминът *терминално болни* се отнася за болни, при които диагнозата е вече потвърдена – пациентът е неизлечимо болен; смъртта е сигурна и не е много далече, т.е. прогнозата е сигурна; медицинските и сестринските грижи са се превърнали от активно лечение в палиативна помощ.

При лечението на терминално болни пациенти, които поради естеството на физическото си и емоционално състояние са много уязвими, лекарите трябва да поддържат висок стандарт на професионални и етични грижи. Това изискване се базира на признаването на ценността на пациентите като човешки същества и тяхната уникалност като индивиди. Терминално болните, както всички други човешки същества, имат право на зачитане на личното достойнство и индивидуалност.

Как се прилагат четирите основни етични принципа – уважение на автономността, ненанасяне на вреда, благодеяние и справедливост, в грижите за терминално болните?

Терминално болните изискват специални грижи, като при това се зачитат личното им достойнство, индивидуалност и автономност.

Уважението на автономността изисква от лекаря да съобщи на пациента цялата информация за състоянието му, включително и самата диагноза и неблагоприятната прогноза, т.е. на терминално болния трябва да бъде съобщена истината. В някои страни това е общоприето задължение на лекаря. В Япония например, където медицината е традиционно патерналистично ориентирана, през 1995 г. Националният център за борба с рака взема решение, според което на раково болните трябва да бъде даван формуляр, описващ заболяването им и страничните ефекти от лечението. Уважението на автономността също така предполага да се даде възможност на терминално болните пациенти предварително да изразят волята си относно терапевтичните мерки за времето, когато те няма да бъдат компетентни да вземат такива решения (*living will*).

Принципът на благодеяние задължава лекаря не само да облекчава болката като основен симптом при терминалните състояния, но и да съдейства за подобряване на качеството на живот на пациента.

Принципите за ненанасяне на вреда и справедливост изискват да не се нанася вре-

да на пациентите и те да получават грижата, на която имат право. Вредата може да бъде от физически или психически характер. Нарушение на принципа за ненанасяне на вреда при терминално болния е например поднасянето на истината по неподходящ начин. Нанесената по този начин психическа вреда е не по-малка за пациента от подлагането му на физически риск.

Етичните грижи за терминално болните включват няколко основни компонента, като всеки от тях има конкретни измерения, които са представени обобщено в табл. 1.

Основните деонтологично-правни въпроси и проблеми при медицинското обслужване на терминално болните са:

Трябва ли да се съобщи истината на терминално болния?

Проблемът за разясняването, осветляването на терминално болния относно състоянието му е ключов въпрос. Почти всички терминално болни осъзнават какво се случва с тях и по-голямата част от тях оценяват положително съобщаването на истината.

В това отношение историята бележи своеобразни завой, чийто изход не може да се предвиди. Античността третира въпроса като необходимост от „благовидната лъжа“ (Цицерон). В Средновековието „последното причастие“ прави премълчаването на предстоящия край невъзможно. Нашето съвремие също не дава еднозначни отговори. Желанието за информираност у съвременните пациенти е голяма. В някои страни (САЩ и др.) е общоприето задължението на лекаря да съобщи цялата истина за заболяването, особено когато то е злокачествено. В Япония, както споменахме на раково болните трябва да бъде даван формуляр, описващ заболяването и страничните ефекти на лечението. Все пак само около 20% от японските лекари съобщават на болния диагнозата рак”.

Аргументи *против* съобщаването на истината:

1. Истината потиска пациента и може да предизвика ненужна болка и дискомфорт.

2. Затруднява се терапевтичният процес. Пациентът може да изпадне в депресия, да направи опит за самоубийство; да откаже необходимите профилактични мерки и др.

Таблица 1. Компоненти и конкретни измерения на етичните грижи за терминално болните

Компоненти	Конкретни измерения
1. Внимателна преценка на физическото състояние и поставяне на диагноза	1. Кога е поставена диагнозата? 2. Кога са настъпили промените в статуса и по какви причини? 3. Какъв е вероятният изход на заболяването? 4. Назначаване на необходимите диагностични тестове след преценка на плюсовете и минусите
2. Установяване на етична комуникация	Съобщаване на истината на терминално болния.
3. Определяне на целите на грижите за пациента	1. Оpozнаване на пациента, на неговата ценностна система, лични цели и планове, за да сме наясно какво представлява „смърт с достойнство“ за конкретния пациент. 2. До каква степен е желано продължаването на живота от пациента и от неговите близки? 3. Обсъждане на използването на изкуствено хранене и вливания. 4. Обсъждане на прилагането на кардиопулмонална реанимация. 5. Предоставяне на възможност на пациента да определи кой ще взема решения вместо него, когато той бъде некомпетентен. 6. Съдействие за изготвяне на предварително изразена воля на пациента (living will), ако до този момент няма такава и пациентът настоява на това.
4. Облекчаване на страданията на пациента	1. Облекчаване на болката. 2. Проблемът за „двойния ефект“
5. Оказване на продължителни грижи от мултидисциплинарен екип в конкретен културален контекст	

3. Пациентът често сам не желае да научи перспективите поради страх от отрицателни емоции.

Депресията наистина е възможна. Тя е една от дефинираните през 1969 г. от американската психоложка Elisabeth Kubler-Ross фази на психологическа реакция при пациенти, информирани за характера и прогнозата на заболяването си:

- фаза на отричането – това е буфер след неочаквания шок, позволяващ на пациентите да се съвземат и да мобилизират защитните си сили;

- фаза на протест („Защо трябваше да се случи точно на мен?“);

- фаза на сделка – опит да се спечели време, да се свършат всички неща, които болният винаги е искал;

- фаза на депресия, в която има опасност от суицидни опити;

- фаза на философско възприемане на неизбежното.

4. От патерналистична гледна точка не можем да съобщим цялата истина на паци-

ента, тъй като той не е в състояние да я осмисли, поради факта, че е болен. В такова състояние пациентът не може да направи най-добрия избор за себе си, а лекарят е обучен и има желание да му помогне.

5. Съобщаването на истината е трудно за самия лекар.

6. Неблагоприятната диагноза и прогноза може да са резултат от лекарска грешка.

7. Истината е относителна – нелечимото днес е лечимо утре.

8. Откровеното и с чувство обсъждане на заболяването отнема ценно време от останалите пациенти.

Аргументи за съобщаването на истината:

1. Пациентът има право да знае истината – принцип на уважение на автономността.

2. Пациентът може да уреди някои семейни и други проблеми и да изпълни последните си желания.

3. Осигурява се по-ефективно палиативно лечение без страх за дългосрочните ефекти.

4. С прикриването на истината пациентът се лишава от възможността за естествен „отговор на смъртта“.

В повечето общества далеч преди развитието на медицината в съвременния ѝ вид, хората са се подготвяли за смъртта, когато са чувствали, че краят приближава. В Средния изток например умиращият е лягал, обкръжен от приятели и роднини; заедно са преминавали мислено отново през преживяното и след последната изповед умиращият спокойно е чакал смъртта.

5. Неразкриването на истината компрометира информираното съгласие. Ако истината е видоизменена поради различни причини, не можем да приемем съгласието за валидно.

6. Лъжата поставя пациентите в позиция да не участват повече във вземането на решения, засягащи здравето им, както и на първо място, решението дали да бъдат пациенти.

7. Терминално болните са особено уязвими, неспособни да защитят автономността си и сами да предприемат действия, за да научат истината.

8. Своевременното съобщаване на истината на пациента, който и без това вече я подозира, съчетано с регулярна подкрепа след това, улеснява възприемането и нагаждането към нея.

9. Палиативните грижи се осъществяват в екип и решението на някой член на екипа да не съобщава истината може да срещне неодобрението на останалите.

Съобщаването на истината се е превърнало в изкуство, на което медицинският професионалист трябва да бъде обучен. Всеобща слабост при подготовката на бъдещите лекари е недостатъчното внимание, което се отделя на важността и придобиването на умения за ефективна комуникация с пациентите.

R. Buckman (1992 г.) предлага шест стъпки при съобщаването на лоши новини:

1. Начало. Подсигурява се спокойна обстановка насаме с пациента, като впоследствие се изяснява кои други лица пациентът би искал да бъдат включени. Пациентът се предразполага за последващия разговор.

2. Установяване какво вече е известно на пациента.

3. Установяване какво би искал да знае пациентът.

4. Споделяне на информацията. Лекарят трябва да се подготви предварително с информацията, която ще предложи на пациента: диагноза, лечение, прогноза, подходи за подпомагане на пациента. Информацията трябва да се предоставя на малки порции с паузи за оставяне на време на пациента да осъзнае чутото.

5. Реагиране на чувствата на пациента.

6. Планиране. Нужно е изготвяне на конкретен план, който да се обясни стъпка по стъпка на пациента. Той трябва да знае кога ще бъде осъществен следващият контакт с него и да разполага с координати за връзка в случай, че възникне нещо преди насрочената следваща среща.

В резюме при съобщаването на истината е важно:

1. Да се намери подходящ начин да се съобщи истината, за да не се пренебрегне принципът за ненанасяне на вреда на пациента. Трябва да се осигури емоционална подкрепа на болния и семейството му.

2. Да се подберат подходящите думи, да не се използват сложни медицински термини, които могат да бъдат разбрани погрешно.

3. Да се осигури подходяща обстановка – уединено място, без прекъсвания. В този момент болният трябва да види, че няма нищо по-важно за лекаря от неговата съдба.

4. Да се подбере подходящ момент за съобщаване на истината, за да може да се окаже подкрепа на болния при преминаване през различните етапи на възприемане на действителността. Най-подходящ от тази гледна точка е момент, който е достатъчно отдалечен от изписването на болния.

5. Да се осъществи в подходящо обкръжение. Съобщаването на истината е пряко задължение на лекаря, но това не означава, че то трябва да става на четири очи. Препоръчва се сформирание на т.нар. *клинични конференции* или срещи, в които да се включват и другите членове на екипа, особено медицинската сестра, която е най-близко до болния; специалист по етика или психолог; близките на болния, освен ако той изрично не е подчертал, че не желае близките да знаят истината. На така организираната среща трябва да бъде предоставена възможност на всички участници да споделят тревожащите ги въпроси и чувства.

Как да постъпим, ако пациентът отказва да научи истината?

Според Декларация на СМА за правата на пациента (приета от 34-та световна медицинска асамблея, Лисабон, септ.-окт. 1981 г., коригирана септ. 1995 г. и текстово ревизирана окт. 2005 г.): „Пациентът има право при негово изрично настояване да не бъде информиран, освен когато това е необходимо за защита на живота на друго лице“.

Възможните варианти на поведение в такива случаи са няколко:

1. Лекарят поема отговорността и съобщава истината на пациента. Базата е доброто на пациента, аргументът против е, че доброто за пациента зависи и от личното виждане на пациента за ситуацията.

2. Пациентът да бъде информиран от друг член на семейството – например от съпругата, която знае истината и познава съпруга си в дълбочина. Това е оправдано само, ако лекарят смята, че пациентът трябва да бъде информиран и е подсигурен по-нататъшен контакт с лекаря.

3. Ако пациентът остава непреклонен в мнението си, че не желае да научава лоши новини и иска да се концентрира върху позитивната вяра, тогава лекарят може да реши да не го информира.

Какъвто и курс на поведение да предприеме лекарят по отношение на терминално болния, то следва да се помни, че болният има нужда и очаква лекарят да общува с него.

Решение за неинформиране на пациента за истината би могло да е първа стъпка при психически уязвими и неподготвени пациенти. В по-нататъшното общуване обаче пациентът трябва последователно и умело да бъде воден към разбиране на истината и набялзване на нови реалистични цели за постигане на най-доброто качество на оставащия живот при уважение на автономността на терминално болния.

Успешната комуникация с терминално болните изсква:

1. „Ухо“, което е чувствително, както към това, което е казано, така и към това, което не е казано.

2. „Ум“, който е способен да разбере чутото.

3. „Сърце“, което може да отговори на разбраното.

2. ВЪЗМОЖНО ЛИ Е, КОГА И КАКВИ МЕДИЦИНСКИ СРЕДСТВА МОГАТ ДА БЪДАТ ПРЕКЪСНАТИ ПРИ МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ НА ТЕРМИНАЛНО БОЛНИТЕ?

Спирането на скъпоструващи извънредни медицински средства и процедури, когато смъртта е предстояща и неизбежна, от медицинска гледна точка е оправдано и не е безнравствено, тъй като с тяхното прекъсване не се желае да се причини смърт, а се приема, че тези извънредни средства не дават действителна надежда за някаква полза на пациента и че чрез тях не може да бъде избегната смъртта. Извънредни медицински средства са изключително скъпите медикаменти, системи, апарати и др., които не дават реална надежда за някакъв благоприятен шанс за пациента, а могат да предизвикат болка и страдание. Когато има и най-малък шанс за удължаване на живота на болния, не може да става и дума лекарят да ограничи достъпа на пациента до скъпоструващи средства и процедури. Друг е въпросът, че невинаги могат да бъдат осигурени тези средства, което остава извън критериите на лекарската хуманна позиция.

Със съвременните реанимационни средства (апаратура за изкуствено дишане, електростимулация на сърцето и други техники, лекарствени средства и пр.) се увеличи възможността изпадналите в клинична смърт пациенти да бъдат връщани към живота и да бъде поддържан животът им.

Понастоящем е възможно индивидите да бъдат поддържани по изкуствен начин живи продължително време. Използването на животоподдържащи технически системи и средства повдига морални проблеми не толкова в момента на тяхното включване, колкото в момента, когато по една или друга причина те трябва да бъдат изключени.

Най-чести въпроси тук са:

А) Дали изключването на животоподдържащата апаратура не е равносилно на убийство?

Националното управление на здравеопазването и социалните грижи в Швеция е изработило следното становище: „Всеки пациент по принцип има право на съответни грижи дотогава, докато не е загубена всяка надежда. Само в случаи, когато може да се счита, че смъртта ще последва сигурно като

непосредствена развързка от състоянието на пациента, и тогава, когато условията са такива, че лечението за поддържане на живота няма друг ефект освен временно забавяне на момента на настъпване на смъртта, може да се каже, че не е неправилно да се преустанови лечението”.

В становището на СМА (1983 г.) относно лекарското поведение се допуска възможността за въздържане от лечение при терминално болни, с тяхно или на близките съгласие, ако чрез това се облекчават страданията им.

Очевидно изключването на животоспасяващата апаратура в изложения аспект не може да се разглежда като убийство, то е медицински, морално и законно допустимо.

Б) Кога лекарят може да прекрати животоподдържащата терапия?

Животоподдържащото лечение включва всяка медицинска интервенция, технология, процедура или медикация, която пациентът получава с оглед да се предотврати настъпването на смъртта, независимо от това дали лечението е предназначено да въздейства върху основните, застрашаващи живота болести, или върху биологичните процеси. Интервенциите включват диализа, дихателна вентилация и кардиопулмонална ресусцитация. Въпроси за прекъсване на животоподдържащото лечение възникват, когато смъртта е неизбежна.

Съществуват различни схващания относно момента, когато лекарят може да прекрати животоподдържащата терапия. Те могат да се групират така:

– Когато тази терапия е болезнена и не носи никаква полза за пациента: самоцелното или упорито прилагане на средства, необичайни или дори с недоказана полза за пациента, с цел удължаване на живота, може да доведе до нехуманно удължаване и увеличаване и на страданията му; допълнително самите средства могат да са свързани с болка и страдания.

– Когато възрастен, компетентен пациент желае прекъсването на терапията. В такива случаи трябва да се преценят възможностите на болния за вземане на решения. Определяща в това отношение е точната преценка на психичното му състояние, т.е. дееспособността му. При нужда се прави консилиум. Решенията на болните, които настояват да се прекъснат

поддържащите живота им мерки, трябва да бъдат грижливо преценявани. Те имат законно право сами да решават медицинското си обслужване, т.е. трябва да се зачита и да се уважава автономното им решение.

– При предварително изразена воля (желание) на пациента (Living will; advance directive). Тя представлява писмена декларация за предварително изразено желание относно обема и характера на медицинските грижи, поведението на лекарите и другия медицински персонал, близките и всички останали, ангажирани с грижите за здравето и живота на съставителя, отнасяща се за евентуална бъдеща ситуация, при която той няма да е дееспособен (поради тежка мозъчна травма, трайно вегетативно състояние, болест на Алцхаймер и др.) да изрази своето желание и да приеме или отхвърли медицинско лечение или отношение. Чрез тази декларация се нарежда на съответното лице (лица) да изпълни декларираното желание на съставителя, ако условията, посочени в него, са налице. Такъв документ е въведен и е със законно действаща сила от 1976 г. в Калифорния, а от 1990 г. е приет и в останалите щати на САЩ. Той позволява (и задължава) медицинските лица да откажат или прекъснат приложението на медицински мерки, вкл. и животоспасяващи, на базата на предварително изказаното желание на пациента.

Предварителните указания се уреждат по три варианта: чрез посочване на личен избор за здравните решения от съставителя; упълномощаване на определено лице (пълномощник), което да взема здравните решения от негово име, чрез DNR нареждане. Съществуват различни редакции на Living will, или advance directive, но общата характеристика за всички е, че се предвижда указанията в него да се въведат в действие при: бъдещ неблагоприятен изход от дадено състояние (болест); условие за nelечимост и силно страдание; прогноза за неминуема смърт, като съставителят изразява желание (завещание): да не се прекъсва процесът на умирање; за преустановяване или отказ от изкуствено поддържане на живота и на героичните усилия в тази насока. Предварително изразената воля на пациента има предимства и недостатъци, поради което е доста

спорен и на него са посветени значителен брой публикации.

Предимства:

- Позволява на лекаря да разбере желанията и мотивите на пациента.
- Разширява автономността на пациента.
- Облекчава безпокойството на пациента относно нежелано лечение.
- Намалява конфликта в семейството и чувството за вина.
- Подобрява комуникацията между пациента и лекаря.

Недостатъци:

- Приложима е само при терминално болни, при които заболяването естествено ще доведе до смърт на пациента, независимо от лечението.
- Лекарят трябва да вземе решение само на основата на интерпретация на един единствен документ.
- Мнението на пациента може да се е променило от времето на изготвяне на документа за предварителната воля.
- Предварително изразената воля на пациента е само един от факторите, които трябва да се вземат предвид.

В България с клинична пътека „Палиативни грижи при терминално онкологично болни“ също се предоставя възможност на пациента за предварително волеизявление.

В) Колко време трябва да се държи в кома пациентът в условията на изкуствено поддържане на основните жизнени функции?

Този въпрос е особено актуален при пациенти в т.нар. трайно вегетативно състояние (ТВС), представляващо непреодолима увреда на мозъчните полукълба в резултат на инсулт, инфекции, травматични или дегенеративни състояния, при които пациентите преминават в хронично състояние на безсъзнание (кома), в което организмът циклично се събужда и спи, но не се проявяват познавателни функции (на външни дразнителни, стимули, събития и пр.), което трае повече от няколко седмици и пациентът не може да бъде изведен от това състояние дори след прилагане на съвременни реанимационни средства. Съгласно становището на СМА (1989 г.) това състояние на безсъзнание „в течение на шест месеца води до невъзможност за възстановяване на непреодолима

инвалидност с безспорно висока степен, независимо от естеството на въздействието върху мозъка“. Като краен критерий се приема продължителност от 12 месеца, въпреки че възстановяването на познавателните функции е изключително рядко при пациенти над 50-годишна възраст. В някои страни поведението при такива състояния се определя от съда, но в повечето страни решението се предоставя на лекарите и близките на пациента, които трябва да зачитат желанието на пациента (дадено когато е бил в съзнание) или да действат в негов интерес. У нас действа Наредба 4/99 г. на МЗ, според която при сигурно установена мозъчна смърт може да бъде преустановена медицинската активност, насочена към поддържане на дишането и сърдечната дейност. Според Наредба 16/96 г. на МЗ пациентът има право на съгласие или отказ от предложено лечение и грижи, т.е. в тази наредба се посочва правото на отхвърляне или отказ от лечение.

От изложеното следва, че решението да се прекрати изкуственото съществуване в състояние на необратима кома може да се вземе само при съблюдаване на всички научни факти, със съдействието на съответна комисия, която да приеме необратимостта на комата.

Г) Какво трябва да бъде поведението, когато пациентът откаже изкуствено хранене и прием на течности на същото основание, както всяко друго лечение или те са толкова жизнено необходими, че трябва да се осигуряват дори когато са очевидно безполезни и обременяват пациента?

Съществуват различни мнения по този въпрос:

– Храненето и хидратирането могат да се приравнят към другите видове лечения и поради това да бъдат отказани.

– В някои страни (САЩ и др.) изкуственото хранене и хидратацията се изключват от групата на леченията, които могат да бъдат отказани.

Обобщено, незапочването, ограничаването или спирането на лечението е допустима медицинска практика:

– при дадено съгласие (или отказ) от пациента или от негов законен представител за провеждане на лечение;

– при наличие на съответни писмени указания, направени предварително от пациента тогава, когато е имал възможност да даде информирано съгласие;

– когато лечението е напразно, без шанс или той е изключително малък за връщане на жизнените функции на организма или оживяване за твърде кратък период, или за връщане назад и значително забавяне на прогресивно влошаващия се ход на болестта;

– когато лечението може да поддържа живота, но не е в състояние да върне съзнанието на пациента;

– в случаи, когато животоподдържащото лечение, вкл. изкуственото хранене и антибиотици, са ефективни, но болката и последиците за оживелия няма да са в интерес на пациента;

– когато вредата от животоподдържащото лечение ще бъде по-голяма от очакваната полза;

– когато лечението е експериментално и ефектът му не е известен, но алтернативата при конвенционално лечение са само палиативните грижи.

3. Морално и правно приемливо ли е да се дават големи дози обезболяващи средства при облекчаване на страданията на терминално болните?

Облекчаване на болката е основна задача на медицинските работници при обгрижване на терминално болни (най-често при раково болни), за да направят оставащата част от живота им възможно по-поносим, по-комфортен и в определен смисъл за подобряване качеството им на живот. От друга страна, използването за тази цел на медикаменти, най-често опиоидни аналгетици, може да доведе до респираторна депресия, привикване и зависимост към наркотичното вещество, още повече че за да се купи болката, са необходими по-големи дози, и тяхното непрекъснато увеличаване. Появява се проблемът за двойния ефект. Същността на двойния ефект е в това, че големите дози медикаменти при терминално състояние могат да съкратят живота на болния вследствие на страничните действия и продължителността на прилагането им.

4. Кога е морално и правно приемливо пациентът да почине в резултат на високи дози опиати?

Общоприето становище е, че водеща за преценка поведението на медицинския работник е първоначалната му цел. Ако той е дал по-висока доза опиати с цел да облекчи болките и страданията на болния, а не умишлено да съкрати живота му, тогава неговото поведение се счита за морално и правно приемливо. Ако целта на медицинския работник (лекар, фелшер, медицинска сестра и др.) е била да ускори смъртта на болния, давайки му по-високи дози опиати, тогава това се счита за морално неприемливо и за престъпление от правна гледна точка. Очевидно е, че прилагането на наркотици в тесен смисъл на думата (опиум, морфин, синтетични морфинови заместители и др.) на терминално болни, чиито „дни са преброени“, е медицински и морално оправдано.

Принципно тези въпроси се разглеждат в Становището на СМА относно грижите за пациентите с непоносима хронична болка при терминални състояния (прието от 42-ата СМА в Калифорния през 1990 г.).

Принципното становище на Католическата църква по този въпрос е следното: „Дори ако смъртта се счита за неизбежна, грижите, които нормално се дължат на един болен, не могат да бъдат законно прекратени. Употребата на болкоуспокоителни за облекчаване на страданията на агонизиращия, дори с риск да съкратят дните му, е морално съобразена с човешкото достойнство, ако смъртта не е желана нито като цел, нито като средство, а само е предвидена и допусната като неизбежна. Облекчаващите грижи съставляват привилегирована форма на безкористно милосърдие. В този смисъл те трябва да бъдат поощрявани“.

5. Изясняване на терминално болния на идеята за „добра смърт“ и осигуряване на подходяща помощ и подкрепа на пациента, за да може смъртта колкото е възможно да бъде „по-достойна“

На човешката личност ѝ се полага не само достоен живот, но и достойна смърт, особено когато става въпрос не за внезапна смърт при

различни непредсказуеми обстоятелства, а за реалния завършек на една безвъзвратно обречена и страдаща човешка индивидуалност.

За понятието „смърт с достойнство“ или „по-достойна смърт“ има различни термини: „добра смърт“, „подходяща смърт“, „щастлива смърт“, „спокойна смърт“ и др. Засега, няма точно определение на понятието „смърт с достойнство“.

В ранните години, последвали появата на хосписа „Свети Кристофър“, за „добра смърт“ е била приемана смърт без физическа болка и други неприятни симптоми и елиминиран дискомфорт в психологическата, духовната, социалната и емоционалната сфера.

Понастоящем проблемът за „добрата смърт“ е широко обсъждан обществен въпрос, а не само научен в литературата, посветена на терминално болните и палиативните грижи.

Според едни автори това понятие включва: „смърт, при която са удовлетворени желанията и нуждите на пациента“, според други „смърт с достойнство означава смърт, съответстваща на характера и индивидуалността на пациента“, т.е. човек да умре по начин, който съответства на неговите принципи, включващи и религиозната му вяра.

Определението на Института по медицина (Вашингтон) за „добра смърт“ акцентира върху три основни страни: „добра смърт е тази, която е без стрес и страдание за пациентите, семействата и обгрижващите лица; която съответства на желанията на пациентите и семействата; която е в разумен баланс с клиничните, културалните и етичните стандарти“ (цитат по Emanuel&Emanuel, 1998 г.).

Обобщено, лекарят трябва да уважава правото на болния да избере достойна смърт, съответстваща на човешката му същност.

Понятието „смърт с достойнство“ трябва да се разглежда като процес с две страни: медицинска и социална, които са сложно взаимосвързани. N. Samarel разглежда една „добра смърт“ като сложна мрежа от взаимоотношения и приготовления, като поредица от социални явления, а не като единичен акт. Той посочва седем елемента:

- успокоение или облекчаване на болката и страданието;
- откритост и осъзнаване на умирането;

- възприемане на точния момент за настъпване на смъртта;
- контрол или одобрение и автономност;
- оптимизъм или поддържане на надежда;
- готовност или подготовка за смъртта;
- зачитане избора на пациента на мястото на умирането.

Различните характеристики на добрата смърт според редица автори могат да се обобщат и по друг начин:

I. Абстрактни характеристики:

1. Смърт с достойнство, което може да се схваща като:

- присъщо на всяко човешко същество и в такъв случай дементните, силно страдащите, коматозните пациенти имат достойнство;

- обвързано с идеята за съзнанието и автономността на пациента;

2. Нещо, което трябва да бъде заслужено от човека чрез делата му.

3. Възможност за автономност и контрол.

4. Приемане на смъртта - добра е смъртта, при която пациентът е успял да достигне до последния стадий на психологична реакция по Елизабет Къблър-Рос и приема смъртта като нещо неизбежно.

5. Естествена смърт:

- смърт, която настъпва внезапно и е желана, тъй като при нея няма страх и болка;

- смърт, при която медицинските интервенции са минимални.

6. Навременна смърт. Добра е смъртта, която настъпва, „когато му е дошло времето“; тогава, когато човек е изживял биографията си и силите му отслабват прогресивно. В зависимост от стила на живот, жизнената ситуация, целите и желанията човек може да изпитва чувство на готовност за настъпване на смъртта. Обикновено то възниква, когато в напреднала възраст човек смята, че е изпълнил задачите си, разрешил е съществуващи жизнени конфликти и е удовлетворил личните си желания.

7. Оптимизъм и съхраняване на надеждата. Надеждата поддържа у пациентите желанието за живот, за борба; за „пълноценно изживяване на оставащото време“.

8. Позитивен ефект върху семейството – философска концепция, включваща приемане на смъртта от цялото семейство; извик-

ване на спомени за хубави моменти, преживени през годините; сбогуване с увереност, че близките ще се справят с живота напред.

II. Конкретни характеристики:

1. Комфорт и облекчение на болката и страданието.

2. Смърт в собствения дом.

3. Смърт в обкръжението на близките.

4. Смърт в съня.

Преобладаващата част от болните предпочитат да умрат в дома си, което съвпада често и с желанието на близките. Смъртта в болнична обстановка също си има своите поддръжници. Над половината от болните понастоящем умират в болницата, където всъщност се и раждат. Въпреки че техницата, анонимността и изолацията са основните моменти при критиката на болничната обстановка по време на този процес, съществуват и примери, теоретично и практически обосновани, които сочат самотата по време на умирането не като недостатък, а като позитивна необходимост. „...Този процес не е колективна игра, това е роля на самотен актьор“ (Филип II, 1598 г.), който изключително рядко има възможност за диалог.

R. Smith (2000 г.) сочи 12 принципа на добра смърт. Пациентът:

– да знае кога идва смъртта и да разбира какво може да се очаква;

– да е в състояние да контролира това, което се случва;

– да му е гарантирано достойнство и уединение;

– да има контрол над облекчаването на болката и другите симптоми;

– да може да избере къде да настъпи смъртта (в дома или другаде);

– да има достъп до информация и необходим професионален опит;

– да има достъп до духовна или емоционална подкрепа;

– да има достъп до хосписни грижи, където и да е, не само в болница;

– да контролира кой да присъства и да споделя неговия край;

– да може да изрази предварителна воля относно желанията си; да има време да се сбогува и да контролира други времеви аспекти;

– да може да напусне живота навреме без безполезно удължаване.

Дефинирането на „добрата смърт“ може да зависи и от ситуацията, към която фокусираме вниманието си. Понятието „смърт“ се използва в литературата по отношение на три различни и последователни ситуации: процес на умиране, настъпване на смъртта, състояние на смърт. Понятието „добра смърт“ може да се отнася до целия комплекс от ситуации или само до някоя от тях. Например контролът на болката е характеристика на добрата смърт относно самия процес на умиране. Смъртта в съня е характеристика на добрата смърт по отношение на настъпването на смъртта. Уважителното третиране на човешкия труп пък е характеристика на добрата смърт по отношение на самото състояние на смърт.

Библиография

1. Александрова, С. Медицинска етика. ИЦ на МУ, Плевен, 2007.
2. Воденичаров, Ц. и С. Попова. Медицинска етика. С., 2006.
3. Воденичаров, Ц. Ръководство по медицинска етика. С., „Горекс прес“, 1997.
4. Грънчарова, Г., С. Александрова и А. Велкова. Медицинска етика. Изд. център ВМИ, Плевен, 2001.
5. Институт „Отворено общество“, Облекчаване на симптомите при болни в краен стадий на болестта. С., Отворено общество, 2004.
6. Лъочкова, М. Е. Христовова, М. Лесинска, Р. Караджова и М. Стойкова. Медицинска етика. ВМИ – Пловдив, 1999.
7. Раданов, Ст., Медицинска деонтология. С., Сиела, 2004.
8. www.perspective.bg/Evta/EVTAargu.htm
9. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
10. www.worldrtd.net/node

✉ Адрес за кореспонденция:

Марина Желева, старша медицинска сестра
Неврологично отделение
МБАЛ „Д-р Димитър Чакмаков“
6260 Раднево
e-mail: mindi123@abv.bg