

ELNEC

END-OF-LIFE NURSING EDUCATION CONSORTIUM

International Curriculum

РУКОВОДСТВО

ДЛЯ

ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

одуль 4

**Этические аспекты
паллиативного лечения**

Модуль 4

Этические аспекты паллиативного лечения

Обзор модуля

В данном модуле обсуждаются некоторые ключевые этические аспекты и правовые вопросы, связанные с лечением в конце жизни/паллиативным лечением, и вспомогательная информация для решения этих вопросов на практике.

Основные идеи

- Этические аспекты и дилеммы являются неотъемлемой частью ухода, предоставляемого пациентам и членам их семей из различных возрастных групп, которые столкнулись с близкой смертью.
- Кодексы и стандарты профессиональной этики служат для облегчения решения этических дилемм.
- Медсестры, по отдельности и сообща, служат защитниками этической и правовой практики в конце жизни.

Задачи

После завершения этого модуля участник сможет:

1. Обсуждать этические аспекты и дилеммы, которые могут возникать при лечении в конце жизни/паллиативном лечении.
2. Обсуждать специфические роли медсестры в принятии этических решений.
3. Обсуждать предварительные распоряжения и их роль в предотвращении этических дилемм.
4. Применять этические принципы, используемые при решении дилемм, связанных с лечением в конце жизни/паллиативным лечением, включая модели для анализа конкретного случая и использование комитетов по этике.

Модуль 4. Этические/правовые аспекты паллиативного лечения

Конспект курса обучения

- I. Решение этических аспектов паллиативного лечения
- II. Этические принципы
 - A. Автономность
 - B. Милосердие
 - C. Непричинение вреда
 - D. Справедливость
- III. Вопросы общения и совместного принятия решений
 - A. Раскрытие информации
 - B. Конфиденциальность
 - C. Информированное согласие
 - D. Способность принимать решения
 - E. Способность принимать решения для изолированных групп
- IV. Превентивная этика
 - A. Выявление на ранней стадии
 - B. Знания
 - C. Понимание
 - D. Оценки
 - E. Общение
- V. Содействие этической и правовой практике Метод 4-х блоков
 - A. Клинические показания
 - B. Предпочтения пациента
 - C. Качество жизни
 - D. Контекстуальные характеристики
- VI. Вывод

Модуль 4. Этические аспекты паллиативного лечения
Краткий конспект

Slide 1



«Только при наличии различных мнений в существующем состоянии человеческого интеллекта имеется шанс полностью честной игры для всех сторон правды!» Джон Стюарт Миллз (Кан, 1977 г.)

- Клиническая этика — это практическая дисциплина, обеспечивающая структурированный подход к определению, анализу и решению этических вопросов в клинической медицине (Beauchamp и Childress, 2001 г.; Roy, 2004 г.).

○
○
○

Решение этических аспектов паллиативного лечения

- При паллиативном лечении этические дилеммы на макро- и микроуровне возникают ежедневно

Stanley & Zoloth-Dorfman, 2006

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Этические дилеммы на макро- и микроуровне возникают ежедневно, пока продолжается спор о том, следует ли стремиться продлевать жизнь или отдалять смерть.
- Особенно очевидно это проявляется в области паллиативного лечения (Stanley и Zoloth-Dorfman, 2006 г.).
- С какими этическими вопросами паллиативного лечения вы сталкиваетесь в своей стране?

○
○
○

Решение этических аспектов паллиативного лечения

- **Изменения, произошедшие в социальной и семейной системах, усложнили лечение в конце жизни/паллиативное лечение**
- **Медсестры, осуществляющие паллиативное лечение, помогают пациентам принять осознанные решения**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Изменения, произошедшие в социальной системе и системе семьи, еще более усложнили лечение в конце жизни (Kinlaw, 2005 г.).
- Каждая медсестра начинает практиковать, имея собственные ценности, моральные принципы и жизненный опыт. Роль медсестры — быть частью многопрофильной группы, так чтобы пациент/члены семьи могли принимать полностью осознанные решения, зная обо всех вариантах выбора и их последствиях.

○
○
○

Компетентность медсестер в вопросах этики

- **Медсестры в паллиативном лечении играют важнейшую роль в правовых и этических аспектах**
- **Приобретение медсестрами знаний, навыков и компетенции**
- **Определение, оценка, разрешение этических вопросов**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Базовая компетенция включает:
 - приобретение навыков и знаний: кодексы профессиональной этики, профессиональные стандарты, выявление проблемных вопросов;
 - применение: теории принятия решений, посредничество, разработка стратегий для решения этических проблем.
- Деятельность по подготовке медсестер к решению правовых и этических проблемных вопросов включает способность:
 - выявлять и анализировать распространенные этические дилеммы и то, как эти дилеммы влияют на медицинское обслуживание пациента;
 - оценивать этические методы принятия решений; участвовать в процессе принятия решений в сфере этики;
 - оценивать принятие решений в сфере этики как с личной, так и с организационной точки зрения и вырабатывать понимание того, как эти точки зрения приводят к конфликту интересов.
- Выявлять области, в которых могут возникать личные конфликты; предлагать решения или действия для решения конфликтов.
 - Понимать цель деятельности комиссии по этике; работать в комиссии по этике.
 - Принимать на себя ответственность за качество собственной работы.

○
○
○

Этические принципы (с точки зрения, принятой на Западе)

- Автономность
- Милосердие
- Непричинение вреда
- Справедливость



E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Уважение **самостоятельности** — это нравственная позиция, согласно которой необходимо воздерживаться от вмешательства в убеждения и действия других людей, при достижении их целей (Jonsen и др., 2002 г.).
- **Благодеяние** — обязанность помогать людям, нуждающимся в помощи, задавая вопрос: «Каким образом медицинское вмешательство может помочь этому пациенту?» (Jonsen и др., 2002 г.).
- «**Не навреди**» — обязанность воздерживаться от причинения вреда (Jonsen и др., 2002 г.).
- **Справедливость** — честное и объективное распределение тягот и преимуществ среди участников социальных учреждений. Многие клинические проблемы, с которыми сталкиваются пациенты и врачи, возникают из-за неравенства в медицинских учреждениях и обществе в целом (Jonsen и др., 2002 г.).
- Как западные принципы применяются в вашей стране?

○
○
○

Вопросы общения и совместного принятия решений

- **Раскрытие информации**
- **Конфиденциальность**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- **Раскрытие информации** включает:
 - текущее состояние здоровья пациента, включая вероятный ход событий, если лечение не будет предоставляться;
 - вмешательство, которое может повысить прогнозируемую вероятность излечения, включая описание и преимущества этих процедур, а также связанные с ними риски, и некоторая оценка вероятности и неопределенности, связанных с вмешательством;
 - мнение профессионала об альтернативных вариантах выбора, имеющихся у пациента;
 - рекомендации, основанные на наиболее благоприятном клиническом заключении врача (Jonsen и др., 2002 г.).
- **Конфиденциальность** — личная информация, которую пациент раскрывает медсестре, может быть интересна сторонам, находящимся вне медицинских отношений. Эта информация традиционно, этически и юридически защищается путем обеспечения конфиденциальности. Медсестры обязаны воздерживаться от разглашения информации, полученной от пациентов, и принимать разумные меры предосторожности, чтобы гарантировать, что информация не разглашается несоответствующим образом теми, кому она может быть известна в силу их профессиональной деятельности (Jonsen и др., 2002 г.).
- Как эти концепции раскрытия информации и конфиденциальности применяются в вашей стране?

○
○
○

Вопросы общения и совместного принятия решений (с точки зрения, принятой на Западе)

- Осознанное согласие
- Способность принимать решения

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- **Осознанное согласие на основе полной информации**
 - Когда пациент консультируется с врачом по поводу предполагаемой медицинской проблемы, врач ставит диагноз и рекомендует лечение. Врач объясняет значение этих этапов пациенту, включая причины для рекомендуемого лечения, альтернативные варианты лечения и преимущества и факторы дискомфорта всех вариантов. Пациент понимает информацию, оценивает варианты лечения и высказывает предпочтение в пользу одного из вариантов, предложенных врачом.
 - Это показывает на деле проявление уважения к самостоятельности пациента (Jonsen и др., 2002 г.).
- **Способность принимать решения** — способность понимать или делать выбор
 - Способность пациента соглашаться на лечение или отказываться от него требует, чтобы пациент:
 - ◆ по крайней мере, был способен понимать соответствующую информацию;
 - ◆ оценивал ситуацию с медицинской точки зрения и ее возможные последствия;
 - ◆ выражал свой выбор;
 - ◆ рационально обдумывал собственные ценности в связи с рекомендуемыми вариантами лечения (Jonsen и др., 2002 г.).
 - Пациент имеет право отказаться от принятия решения и перепоручить процесс принятия решений другому человеку. Медицинский коллектив должен оценить следующее.
 - ◆ Как культурная принадлежность пациента влияет на решения, касающиеся его лечения?
 - ◆ Кто принимает решения? Пациент? Члены его семьи? Назначенный член семьи?
 - ◆ Участвуют ли сообщество, духовные лидеры/священнослужители?
- Как эти концепции применяются в вашей культуре?

◦
◦
◦

Вопросы общения и совместного принятия решений (продолжение)

- **Способность принимать решения для изолированных групп**
 - Пациенты с приобретенным слабоумием/психическими расстройствами
 - Пациенты, имеющие инвалидность вследствие порока развития
 - **Заклученные**

E L N E C International Curriculum ◦ ◦ ◦ ◦ ◦ ◦ ◦

- **Пациенты с приобретенным слабоумием/психическими расстройствами**
 - Ранние, неопубликованные данные свидетельствуют, что некоторые люди с тяжелыми психическими расстройствами могут участвовать в принятии решений в конце жизни, и что беспокоящие их моменты не отличаются от таковых у обычных людей (Центр практической биоэтики (Center for Practical Bioethics), 2001 г.).
- **Пациенты, имеющие инвалидность вследствие порока развития** (Центр практической биоэтики, 2001 г.)
 - Многие взрослые, имеющие инвалидность вследствие порока развития, могут принять здравые решения, касающиеся медицинского обслуживания в конце жизни, если им оказать помощь.

○
○
○

Превентивная этика

- Медсестры должны направлять свои усилия на предотвращение конфликтов
- Раннее выявление проблемных вопросов
- Знание истории многих заболеваний

Forrow et al., 1993;
Reigle & Boyle, 2000

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Превентивная этика способствует созданию обстановки, где **раннее выявление** проблемных вопросов и предвидение возможных дилемм может активно предотвращать возникновение потенциальных конфликтных областей (Reigle и Boyle, 2000 г.).
- **Знание** естественного хода развития многих заболеваний позволяет медсестре, осуществляющей паллиативное лечение, оценить беспокоящие моменты и желания пациента/членов семьи задолго до развития кризисной ситуации.

○
○
○

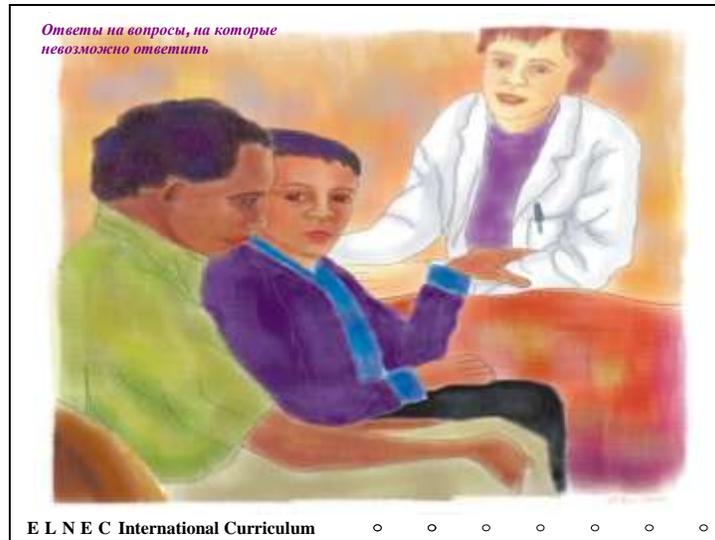
Превентивная этика (продолжение)

- **Понимание желаний пациента/членов семьи**
- **Культурная и духовная оценка**
- **Коммуникативные навыки**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Лучшее **понимание** ценностей каждого индивидуума (пациента, членов семьи, лица, осуществляющего уход, специалиста) позволит применять метод прогнозирования возможных различий в системе ценностей и урегулировать проблемные вопросы до того, как возникнут конфликты.
- **Оценки культурных и духовных аспектов** проводятся для всех пациентов, независимо от стадии заболевания (Hallenbeck, 2002 г.).
 - Принимайте во внимание культурные, этнические и возрастные различия.

Slide 11



- **Коммуникативные навыки** способствуют постоянному диалогу и гарантируют то, что все ценности и убеждения пациента/членов семьи и членов медицинского коллектива учтены до того, как возникнут конфликтные ситуации (Reigle и Boyle, 2000 г.). Важно четко определить цели всех сторон во избежание неверного истолкования. Медсестры должны принимать участие в совместном принятии решений, чтобы предотвратить возникновение этических дилемм.



- Следующий подход — прямой метод представления соответствующих данных и ценностей конкретного пациента в виде организованной структуры, которая облегчает обсуждение и решение этических проблем. Этот подход объединяет принципы и обстоятельства, которые составляют метод, облегчающий анализ конкретного случая, связанного с проблемными этическими вопросами (Jonsen и др., 2002 г.).
- Каждый клинический случай, особенно если он влечет возникновение этической проблемы, должен быть проанализирован по следующим четырем критериям:
 - клинические показания;
 - предпочтения пациента;
 - качество жизни;
 - контекстуальные особенности, определяемые как социальный, экономический, правовой и административный контекст, в котором наблюдается клинический случай.

Дальнейшее обсуждение каждого из этих критериев представлено на следующих слайдах

Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:

Рисунок 2. Метод четырех блоков

o
o
o

Клинические показания

- **Признаки, говорящие в пользу и против вмешательства**
- **Отражают цели лечения**
- **Каковы основные этические дилеммы в вашей культуре?**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Клинические показания
 - В данном блоке рассматривается первый критерий, относящийся к любой этической проблеме, возникающей в области клинической медицины, а именно **показания в пользу или против клинического вмешательства**. Эти показания подразумевают общие цели медицины: профилактика, лечение заболевания или травмы и медицинский уход в связи с ними. Каждое обсуждение этической проблемы в клинической медицине должно начинаться с констатации медицинских фактов. Сердечно-легочная реанимация (CPR) входит в категорию медицинских вмешательств (Jonsen и др., 2002 г.).
- Эти показания должны отражать **задачи лечения** и обязанности клинических врачей. Эти обязанности состоят в том, чтобы действовать во благо пациента (принцип благодеяния) и не причинять вред («не навреди»)
 - Медицинский коллектив должен задать следующие вопросы для определения медицинских показаний применительно к тому или иному случаю.
 - ◆ В чем состоит медицинская проблема? Анамнез? Диагноз? Прогноз?
 - ◆ Является ли состояние острым? Хроническим? Критическим? Требующим неотложной помощи? Обратимым?
 - ◆ Какова вероятность успеха? Каковы планы в случае неблагоприятного исхода терапевтического лечения? (Jonsen и др., 2002 г.).

○
○
○

Предпочтения пациента

- Должны учитываться культурные, этнические и возрастные различия.

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Процесс выяснения предпочтений пациента
 - Оцените степень вменяемости пациента. Если вы обладаете соответствующей компетенцией, определите, какому лечению отдает предпочтение пациент. Если он не способен высказать предпочтения, кто может сделать это за него?
- При оценке предпочтений пациента должны учитываться культурные, этнические и возрастные различия.

○
○
○

Качество жизни

- **Оценка предыдущего качества жизни**
- **Ожидаемое качество жизни с лечением и без**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- **Качество жизни** должно быть изучено для анализа проблемы в области клинической этики. После изучения медицинских показаний, ценностей и предпочтений пациента должно быть описано качество жизни пациента до болезни и ожидаемое качество жизни в случае проведения лечения и без него (Jonsen и др., 2002 г.).
- **Оценка качества жизни** имеет важное значение для назначения соответствующего лечения. Медицинские коллективы должны сотрудничать с пациентами и семьями для определения желаемого уровня качества жизни, способов его достижения и того, какие риски и недостатки связаны с желаемым уровнем (Jonsen и др., 2002 г.).
- Медицинский коллектив должен задать следующие вопросы, чтобы оценить **качество жизни в случае проведения лечения и без него**.
 - Каковы перспективы возвращения к нормальной жизни в случае проведения лечения и без него? Какие проблемы физического, психического и социального характера пациент может испытывать при благоприятном исходе лечения?
 - Существуют ли основания для предвзятого подхода при оценке качества жизни пациента поставщиком медицинских услуг? Является ли теперешнее или будущее состояние пациента таковым, что продолжение его или ее жизни может считаться нежелательным?
 - Существует ли план и разумное объяснение отказа от лечения? Существуют ли планы для обеспечения комфортного состояния или паллиативного лечения?

o
o
o

Контекстуальные характеристики

- **Социальные, правовые и экономические обстоятельства, а также обстоятельства пребывания в закрытом учреждении**
- **Контекстуальные характеристики должны быть определены и оценены**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Четвертый критерий (контекстуальные особенности), который имеет важное значение для адекватного описания и разрешения проблемы в области клинической этики, это контекстуальные особенности: **социальные, правовые и экономические обстоятельства, а также обстоятельства пребывания в закрытом учреждении**, при которых наблюдается определенный клинический случай (Jonsen и др., 2002 г.).
- Медсестры и пациенты имеют различные обязанности и обязательства перед окружающим миром. Медсестры находятся в разнообразных отношениях с другими специалистами и руководителями в сфере здравоохранения, третьими сторонами, оплачивающими медицинское обслуживание, профессиональными организациями и государственными учреждениями, а также с пациентами и членами их семей. В свою очередь, пациенты имеют взаимоотношения с семьей и друзьями, другими специалистами в сфере здравоохранения, медицинскими учреждениями закрытого типа и третьими сторонами, оплачивающими медицинское обслуживание. Медсестры и пациенты также подвержены разнообразным факторам влияния общества и профессиональных стандартов, правовых норм, политики государства и учреждения, положений, касающихся исследований, вопросов обучения, экономическим факторам, религиозным убеждениям и другим факторам (Jonsen и др., 2002 г.).
- Медицинский коллектив должен задать следующие вопросы для **определения контекстуальных особенностей** клинического случая.
 - Имеются ли проблемные вопросы, связанные с семьей или поставщиком медицинских услуг, которые могут повлиять на принятие решений относительно лечения? Существуют ли финансовые и экономические факторы? Имеются ли религиозные или культурные факторы? Присутствуют ли проблемы, связанные с распределением ресурсов? Каким образом закон влияет на принятие решений относительно лечения? Существует ли конфликт интересов со стороны поставщиков медицинских услуг или закрытого учреждения? (Hallerbeck, 2000 г.; Lapine и др; 2001 г.)

○
○
○

Вывод

- **Обращение к ценностям и понимание потребностей**
- **Защита прав пациента/ членов семьи**
- **Тесное взаимодействие с другими отраслями медицины**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Этический процесс — это способ нахождения баланса в принятии решений **путем понимания ценностей и потребностей** всех участников.
- Медсестры, участвующие в паллиативном лечении, обязаны **защищать право** пациентов и членов их семей делать выбор и принимать осведомленные решения.
- Медсестры, осуществляющие паллиативное лечение, **работают со специалистами из других областей** для решения к этических проблемных вопросов, возникающих при медицинском обслуживании в конце жизни/паллиативном лечении.

Модуль 4. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Дополнительные учебные материалы/содержание учебных мероприятий

Рисунок 1	Профессиональная подготовка по уходу в конце жизни	M4-23
Рисунок 2	Метод четырех блоков	M4-24
Рисунок 3	Формат для представления конкретного случая	M4-26
Рисунок 4	Краткие сценарии конкретных случаев ухода в конце жизни	M4-27
Рисунок 5	Билль о последних правах	M4-28
Рисунок 6	Питание и жидкости в конце жизни	M4-30

Модуль 4. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Дополнительные учебные материалы/учебные мероприятия

Модуль 4

Рисунок 1. Профессиональная подготовка по уходу в конце жизни

Научные и клинические знания и навыки:

- изучение биологических механизмов умирания при серьезных заболеваниях и травмах;
- понимание патофизиологии боли и других физических и эмоциональных симптомов;
- развитие соответствующего опыта и навыков в применении фармакологических препаратов для снятия симптомов;
- изучение правильного применения мер вмешательства, продлевающих жизнь, и их ограничений;
- знание средств для оценки симптомов пациентов, их состояния, качества жизни и прогноза.

Межличностные навыки и отношения:

- выслушивание пациентов, членов их семей и других представителей медицинского коллектива;
- сообщение тяжелых новостей;
- понимание и смягчение реакции пациента и членов его семьи на заболевание;
- предоставление информации и указаний по прогнозу и имеющимся вариантам;
- признание и понимание взглядов и опасений человека в отношении умирания и смерти;
- воспитание сочувствия;
- развитие восприимчивости к религиозным, этническим и прочим различиям.

Этические и профессиональные принципы, включая следующие:

- делать добро и не причинять вреда;
- определять и уважать предпочтения пациента и членов его семьи;
- готовность к конфликтам личных и организационных интересов;
- понимать интересы и ресурсы общества и населения;
- взвешивать конкурирующие задачи или принципы;
- выступать в качестве ролевой модели, демонстрируя высокий профессиональный уровень, честность и сострадание.

Организационные навыки:

- формирование и поддержание эффективной и профессиональной командной работы;
- понимание важных правил и процедур, установленных планами медицинского

обслуживания, больницами и т. д.;

- поиск путей защиты пациентов от вредных правил и процедур;
- оценка и выбор вариантов и условий лечения, а также переводов в другие учреждения;
- мобилизация ресурсов поддержки (например, консультантов по паллиативному лечению, помощи по месту проживания);
- эффективное использование имеющихся финансовых ресурсов и формирование новых источников финансирования.

Источник:

Field, M. J. and Cassel, C. K. (1997). *Approaching death: Improving care at the end of life* (стр. 211). Committee on Care at the End of Life, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press. Переиздано с разрешения.

Модуль 4

Рисунок 2. Метод четырех блоков

Клинические показания

Принципы благодеяния и непричинения вреда

- В чем состоит медицинская проблема пациента? Анамнез? Диагноз? Прогноз?
- Является ли состояние острым? Хроническим? Критическим? Требующим неотложной помощи? Обратимым?
- Каковы цели лечения?
- Какова вероятность успеха?
- Каковы планы в случае неблагоприятного исхода терапевтического лечения?
- Какую пользу принесет в итоге пациенту медицинский и сестринский уход, как можно избежать вреда?

Предпочтения пациента

Принцип уважения самостоятельности

- Является ли пациент дееспособным и юридически компетентным? Есть ли признаки недееспособности?
- Если вы обладаете соответствующей компетенцией, определите, какому лечению отдает предпочтение пациент.
- Получил ли пациент информацию о пользе и рисках, понял ли он ее и дал ли согласие?
- Если он не способен высказать предпочтения, кто может сделать это за него? Принимает ли представитель пациента решения, исходя из соответствующих стандартов?
- Выказал ли пациент свои предпочтения заранее, например, в форме предварительных распоряжений?
- Не проявляет ли пациент нежелание или неспособность содействовать медицинскому лечению? Если да, то почему?
- В общей сложности уважается ли право выбора у пациента в максимально возможной степени с точки зрения этики и закона?

Качество жизни

Принципы благодеяния и непричинения вреда, уважение самостоятельности

- Каковы перспективы возвращения к нормальной жизни в случае проведения лечения и без него?
- Какие проблемы физического, психического и социального характера ребенок может испытывать при благоприятном исходе лечения?
- Существуют ли основания для предвзятого подхода при оценке качества жизни пациента поставщиком медицинских услуг?
- Является ли теперешнее или будущее состояние пациента таковым, что продолжение его или ее жизни может считаться нежелательным?
- Существует ли план и разумное объяснение отказа от лечения?
- Существуют ли планы для обеспечения комфортного состояния или паллиативного лечения?

Контекстуальные характеристики

Принципы верности и честности

- Имеются ли семейные проблемы, которые могут повлиять на принятие решений относительно лечения?
- Имеются ли проблемные вопросы, связанные с поставщиком медицинских услуг (врачами и медсестрами), которые могут повлиять на принятие решений относительно лечения?
- Существуют ли финансовые и экономические факторы?
- Имеются ли религиозные или культурные факторы?
- Есть ли ограничения в плане конфиденциальности?
- Присутствуют ли проблемы, связанные с распределением ресурсов?
- Каким образом закон влияет на принятие решений относительно лечения?
- Существует ли конфликт интересов со стороны поставщиков медицинских услуг или закрытого учреждения?

Литература:

Jonsen, A., Siegler, M., & Winslade, W. (2002). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (изд. 5-е). New York, NY: McGraw-Hill.

Модуль 4

Рисунок 3. Формат для представления конкретного случая

Этические дилеммы можно рассматривать в различных форматах. Такие форматы обеспечивают систематический подход для объективного анализа этической ситуации и позволяют коллективу хосписа сосредоточиться на ее главной проблеме. Представленный ниже формат – это пример, на основе которого отдельный человек, коллектив, руководство и комитет по этике могут представить конкретный случай и провести обсуждение. Данный формат позволяет членам коллектива сопоставить факты и проблемы с этическим обоснованием и принятием решений. Далее приводится пример такого формата.

Представление конкретного случая из клинической практики

1. Определите основную этическую проблему или принцип. Что такое этический вопрос?
2. Медицинская информация. Диагноз, прогноз, ход болезни до текущего дня, варианты лечения.
3. Предпочтения пациента. Чего хочет пациент? Составил ли он предварительные распоряжения?
4. Семейные системы. Семья определяется в самом широком смысле – это вся семья, а не только родители и дети. Кто в семье принимает решения? Кто знает пациента лучше всего? Кто наиболее далек от него?
5. Общество. Где пациент взаимодействует с обществом? Дома? На работе? В церкви? В группах друзей? В социальных группах?
6. Данные персонала. Каковы ценности и мнения персонала?
7. Повседневная жизнь. Опишите повседневную жизнь пациента. Каково быть сейчас на месте этого пациента? Не составляйте суждения, просто опишите ситуацию.
8. Идеальный результат. Какова идеальная картина (результат) для данного пациента? Чего мы хотим для этого пациента? Каким будет наилучший сценарий для данного случая?
9. Любые индивидуальные ситуации. Любые иные детали, о которых комитет должен знать при обсуждении.
10. Рассмотрите варианты.
11. Юридические вопросы. Если необходимо.

Источник:

Egan, K. (1996). *Ethics and patient advocacy*. Largo, FL: Институт хосписа Florida Suncoast. Переиздано с разрешения.

Модуль 4

Рисунок 4. Краткие сценарии конкретных случаев ухода в конце жизни

В дополнение к более подробным анализам конкретных случаев, которые будут рассмотрены далее, преподаватель может использовать данные краткие сценарии для обсуждений на лекции или в рамках других учебных мероприятий.

1. Г-жа Роуз – пациент хосписа в учреждении сестринского ухода. У нее гангрена ноги. Для лечения гангренозного заражения рекомендована ампутация ступни. Г-жа Роуз против операции. Она предпочитает оставить все, как есть. Сотрудники учреждения сестринского ухода опасаются, что инспекторы узнают о пациенте с «не пролеченным заражением» и пытаются убедить г-жу Роуз согласиться на операцию.
2. Г-н Кларк – пациент с поздней стадией СПИДа и сопутствующими болевыми синдромами, который, к тому же, активно злоупотребляет наркотиками. Медсестру беспокоит его злоупотребление обезболивающими препаратами, она не уверена, давать ли ему лекарства с собой при выписке из больницы.
3. Г-н Харви – пациент, который живет один. Он больше не может ухаживать за собой, но отказывается покидать свой дом. Он хочет умереть дома, несмотря на то, что мог бы получать помощь в учреждении сестринского ухода.
4. Г-н Батлер – пациент хосписа, проживающий в учреждении для взрослых. Им было составлено «завещание о жизни», в котором он выражает желание не подвергаться больше никаким неотложным вмешательствам. У пациента наступает криз, и персонал вызывает систему экстренного реагирования. Пациента переводят в отделение неотложной помощи и подвергают лечению.
5. Врач позвонил домой г-ну Лонгу, чтобы поговорить с ним и подтвердить свой прогноз. Г-жа Лонг берет трубку и спрашивает врача, что передать мистеру Лонгу. Она отказывается сообщать своему мужу, что ему осталось жить всего несколько недель, поскольку считает, что ему лучше не знать об этом.
6. Г-н Вест узнал от врача, что может умереть от внезапной потери крови из-за рака пищевода и начинает готовиться. Пациент отказывается сообщать об этом своей жене, поскольку боится ее напугать, и просит вас тоже ничего ей не говорить. Жена спрашивает вас, что случится после его смерти? Вы знаете по опыту других пациентов и членов их семей, что в случае кровотечения жена будет подготовлена лучше к этому, если будет знать, чего ожидать.
7. Г-н Талон – пациент службы хосписа на дому. Когда приходит медсестра хосписа, он говорит ей, что держит возле кровати пистолет – он боится оставаться один и воспользуется пистолетом только для защиты, если услышит, что в дом вломились. Он просит медсестру никому об этом не говорить. Вскоре в дом к пациенту будут часто приходиться сотрудники хосписа, и медсестра беспокоится за их безопасность.
8. Г-н Вебер – пациент, больной СПИДом, лежит в больнице. Он признается священнику, что у него была любовная связь, в которой он так и не признался своей жене. Он не сказал любовнице, что у него СПИД. Он сообщает священнику, кто его любовница, и просит сохранить это в тайне до его смерти, а затем сообщить ей, чтобы она сдала анализ на ВИЧ.

Источник:

Egan, K. (1999). Институт хосписа Florida Suncoast. Largo, FL. Переиздано с разрешения.

Модуль 4

Рисунок 5. Билль о последних правах

Голос умирающего беспрестанно требует обеспечения основных прав человека, последних прав умирающего, поскольку он все еще находится среди живых. Люди, которые ухаживают за умирающими, должны постоянно напоминать себе об этих последних правах и, возможно, перечитывать их до и после каждого посещения. Уважайте эти права: однажды вы тоже захотите, чтобы они у вас были.

Право контролировать ситуацию

Дайте мне право принимать столько решений относительно моего ухода, сколько возможно. Не решайте за меня. Дайте мне самому принимать решения.

Право на целеустремленность

Я потерял работу. Я больше не могу исполнять свои функции в семье. Прошу, помогите мне найти какую-то цель в последних днях моей жизни.

Право на воспоминания

В моей жизни была радость, моменты гордости и моменты любви. Дайте мне время вспомнить эти моменты. И прошу вас, выслушайте мои воспоминания.

Право на комфортное состояние

Когда умираешь, боль имеет множество граней. И если не всю мою боль можно снять, прошу вас, избавьте меня хотя бы от той ее части, которую можно устранить.

Право на прикосновения

Иногда мне необходима дистанция. Но бывает, что мне обязательно нужно ощущение близости. Если я хочу обратиться к вам, то прошу вас, подойдите ко мне и обнимите меня.

Право на смех

Ко мне часто, даже слишком часто приходят, надев маску серьезности. Пусть я умираю, но мне все еще нужен смех. Прошу вас, смейтесь со мной и помогайте другим смеяться.

Право на злость и грусть

Очень сложно оставлять все то, к чему я привязан и что я люблю. Позвольте мне иногда грустить и злиться.

Право на уважение духовности

Иногда, когда я задаю вопросы или утверждаю что-либо, сомневаюсь или хвалю, мне просто нужно, чтобы вы выслушали, а не судили. Пусть мой дух идет своим путем, не обсуждайте его направление.

Право знать правду

Если вы скрываете от меня правду, значит для вас я уже давно не живу. Но я еще жив и должен знать правду о своей жизни. Помогите мне узнать эту правду.

Право отрицать

Если я слышу правду и отказываюсь ее принять, это мое право.

Источник:

Barbus A. J. (1975). The dying person's bill of rights. *American Journal of Nursing*, 75, 99. Переиздано с разрешения.

Вопросы для обсуждения

1. Как вы, будучи медсестрой, можете поддерживать этот Билль о правах ради своих пациентов?
2. Согласны ли вы с его пунктами? Выскажите свое мнение.
3. Как справиться с личным несогласием, если оно расходится с профессиональными обязанностями?

Модуль 4

Рисунок 6. Пища и жидкости в конце жизни

С приближением смерти работа физических и психических систем организма естественным образом замедляется. Поскольку потребности организма меняются, то чем ближе окончание жизни, тем меньше потребность в пище и жидкостях. Очень часто ослабевает ощущение вкуса, затрудняется глотание. Так как замедляется работа систем организма, уменьшается необходимый объем калорий. На этапе окончания жизни это является нормальным. Пища, которая помогала выздороветь раньше, теперь доставляет неудобство, а, возможно, и боль (Martin, 1995).

Когда рассматривать необходимость искусственного кормления?

- На этапе окончания жизни искусственное кормление и поение вряд ли сделает человека сильнее или продлит его жизни, но может вызвать неприятные симптомы.
- Если человек страдает временным или хроническим заболеванием и способен выздороветь, но не может глотать или хорошо переваривать пищу или жидкости, могут помочь зонд для искусственного кормления или внутривенные вливания.

Что может произойти в случае искусственного питания и поения на этапе окончания жизни?

- Искусственная пища и жидкости могут вызвать обострение некоторых симптомов, поскольку системы организма замедляются и не могут перерабатывать ненужную ему пищу и жидкости.
- Зонды для искусственного кормления могут подвергнуть человека повышенному риску пневмонии, а также вызывать боль, тошноту и рвоту.
- Трубки для пищи и жидкостей – это потенциальные участки для заражения.
- Искусственное кормление умирающего человека может привести к увеличению количества жидкости в легких, затруднению дыхания, вызвать тошноту, рвоту и недержание мочи.

Что может произойти, если не давать искусственное питание на этапе окончания жизни?

- Обезвоживание в результате неспособности принимать пищу или жидкости не сказывается на умирающем пациенте так, как на здоровом человеке, который в жаркий день испытывает жажду (EPIC Project, 1999).
- Нехватка жидкости, по всей видимости, оказывает естественное анестезирующее действие, что часто позволяет сократить прием обезболивающих препаратов (Printz, 1988).
- Обезвоживание сокращает выработку мочи и часто уменьшает боли и другие неприятные симптомы. Многим людям оно помогает умереть спокойно (Printz, 1988).
- Если на этапе окончания жизни человек не может принимать пищу или жидкости, он постепенно слабеет и больше спит.

Будет ли умирающий человек, который не получает искусственное кормление или поение, испытывать жажду?

- Обычно такой человек не испытывает ни жажды, ни голода.
- Если жажда есть, она сохраняется примерно день. Ледяная стружка или маленькие глотки жидкости с хорошим уходом за полостью рта снимают этот симптом.

Как обеспечить комфортное состояние?

- Когда человек не спит, его может успокоить ледяная стружка, если он ее переносит.
- Также полезен частый уход за полостью рта с использованием мягкой щетки или губки, что позволяет устранить сухость во рту. Успокаивает и орошение полости рта солевым раствором.
- Увлажняйте глаза человека или несколько раз в день проводите по ним теплой влажной тряпочкой.
- Увлажняйте губы человека и используйте бальзам для губ во избежание сухости.
- Для ухода за кожей используйте лосьон без содержания спирта.

Список литературы:

Burge, F. (1993). Dehydration symptoms of palliative care cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 8(7), 454-464.

Emanuel, L. L., von Guten, C. F., & Ferris, F. D. (Eds.) (1999). Module 11: Withholding, withdrawing treatment. *The EPEC curriculum: Education for physicians on end-of-life care*. Получено 5 января 2006 г. по ссылке <http://www.epec.net/EPEC/Media/ph/module11.pdf>

Martin, P. K., & Strain, J. (1980). The ethics of artificial hydration and nourishment. *Fanfare*, 4(3), 16-17.

McCann, R. M., Hall, W. J., & Groth-Juncker, A. (1994). Comfort care for terminally ill patients: The appropriate use of nutrition and hydration. *Journal of the American Medical Association*, 272(16), 1263-1266.

Printz, L. (1988). Is withholding hydration a valid comfort measure in the terminally ill? *Geriatrics Advisor*, 43(11), 84-88.

Источник:

The Hospice of the Florida Suncoast, May 2000. Переиздано с разрешения.

Module 4: Ethical Issues in Palliative Care Nursing

Key References

- Beauchamp T.L., & Childress J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Center for Practical Bioethics. (2001). Pathways to improve end-of-life care: A community approach [Data from 2000 survey of the Center for Practical Bioethics Strategic Initiative]. Unprinted document.
- Hallenbeck, J.L. (2002). Cross-cultural issues. In A.M. Berger, R.K. Portenoy, & D.E. Weissman (Eds.), *Principles & practice of palliative care & supportive oncology* (2nd ed., p. 661-672). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA) Position Paper (2003b). Palliative sedation at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 5(4), 235-237.
- Jonsen, A., Siegler, M., & Winslade, W. (2002). *Clinical ethics*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Kinlaw, K. (2005). Ethical issues in palliative care. *Seminars in Oncology Nursing*, 21(1), 63-68.
- Lapine, A., Wang-Cheng, R., Goldstein, M., Nooney, A., Lamb, G., & Derse, A.R. (2001). When cultures clash: Patient, and family wishes in truth disclosure for dying patients. *Journal of Palliative Medicine*, 4(4), 475-480.
- Mitty, E.L. (2001). Ethnicity & end-of-life decision-making. *Reflections on Nursing Leadership*, 27(1), 28-31, 46.
- Reigle, J., & Boyle, R.J. (2000). Ethical decision-making skills. In A.B. Hamric, J.A. Spross, & C.M. Hanson (Eds.), *Advanced nursing practice: An integrative approach* (2nd ed., pp. 349-378). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- Roy, D.J. (2004). Ethical issues in palliative care. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherney, & K. Calman (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (3rd ed., pp. 84-97). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Stanley, K.J., & Zoloth-Dorfman, L. (2006). Ethical considerations. In B.R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 1031-1053). New York, NY: Oxford University Press.

Cross Reference with ELNEC Course Texts for Module 4:

Ferrell, B.R., & Coyle, N. (Eds.). (2006). *Textbook of palliative nursing* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

<u>Chapter</u>	<u>Author</u>	<u>Title</u>
24	Knight, Bruera & Espinosa	Sedation for Refractory Symptoms and Terminal Weaning
32	Borneman & Brown-Saltzman	Meaning in Illness
52	Hinds, Oakes, & Furman	End-of-Life Decision Making in Pediatric Oncology
57	Stanley & Zoloth-Dorfman	Ethical Considerations
58	Scanlon	Public Policy and End-of-Life Care: The Nurse's Role
59	Volker	Palliative Care and Requests for Assistance in Dying

