

MÁ SNAD DĚTSKÝ LÉKAŘ SOUHLASIT S EUTANAZIÍ?

Marta Munzarová

Lékařská fakulta MU, Brno

Světová lékařská asociace (WMA) eutanazii definuje jako záměr ukončit život a vědomé a úmyslné provedení tohoto činu; subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně o ukončení požádala. I holandský model se přidružuje této definici (úmysl zabít, zabití a vlastní žádost nemocného). WMA však opakovaně potvrzuje své pevné přesvědčení, že eutanazie je v konfliktu se základními etickými principy lékařské praxe, a to i tehdy, pokud by ji národní zákon povolil anebo za určitých podmínek dekriminalizoval. V dnešní době je nesmírně důležité používat slovo eutanazie jen v takto vymezeném smyslu. Jinak totiž dochází k ne skutečnému materi.

Zcela odlišná situace nastává, ustoupí-li lékař před vítězstvím smrti nad životem umírajícího nemocného. Nenakládá na něj postupy, které by vedly jen k protahovanému a bolestnému umírání, bez naděje na trvalejší a výraznější zlepšení jeho stavu; a to obzvláště tehdy, odmítá-li i sám nemocný léčbu, kterou již pokládá za zbytečnou a zatěžující. Má přece plné právo rozhodnout, jak chce žít při svém umírání. Tento druhý přístup nelze nazývat eutanazií a je zcela v souladu s lékařskou etikou. Je obrovský rozdíl, zabije-li lékař svého pacienta (byť na jeho „autonomní“ žádost, kterou lze navíc v naprosté většině případů zpochybnit), anebo nechá-li umírajícího pacienta zemřít („letting die“). Ten pak umírá v důsledku choroby, vůči níž jsme bezmocní. Lékař respektuje stav umírání – přechod ze života ke smrti; lidé přece nejsou nesmrtelní. Řádná paliativní péče, která vnímá celost člověka a ošetřuje všechny jeho provázané dimenze – fyzickou, psychickou, sociální a spirituální, je až do posledního dechu samozřejmostí. Zkušenosti z hospiců jsou jednoznačné. Umírajícím lidem lze pomáhat i v nejtěžším období života ke skutečně dobré smrti (eu – thanatos).

Eutanazie naopak zcela jistě není smrtí dobrou a tento termín je zde pustým eufemismem. Stačí připomenout důvody žádostí o eutanazii uváděné v holandských materiálech: pocity opuštěnosti a osamělosti, pocity ztráty důstojnosti a ztráty smyslu života, strachy z bolesti a z umírání, obavy a úzkosti z toho, že je člověk zátěží pro okolí atd.; „tělesné“ bolesti a jiné příznaky jsou uváděny mnohem méně často. Je nepatřičné mluvit zde o svobodě člověka (domníváme se snad, že v této situaci je člověk schopen zcela svobodně rozhodovat o svém bytí či nebytí?) a lze zcela jistě zpochybnit výše uvedenou „autonomní“ žádost umírajícího. Jeho mimořádnou zranitelnost a případnou ochotu vyhovět jakémukoliv návrhu ošetřujícího lékaře snad ani není třeba připomínat. Vždyť mu věří a svěřuje se mu se vším. Jakékoliv koketování s možným uzákoňováním zabití nemocných jejich lékařem mohou předvádět jen lidé nemoudří.

Uvedené názory jsou zcela v souladu s doporučeními WMA: „Eutanazie, čin promyšleného ukončení života pacienta, bytí i na pacientovu vlastní žádost nebo na žádost blízkých příbuzných, je neetická. To nezabraňuje lékařům, aby respektoval přání nemocného nechat proběhnout přirozený proces umírání v konečné fázi choroby.“

Pokud jde o dětskou eutanazii, pak holandský zákon určuje věk dítěte, jemuž by měla být eutanazie poskytnuta. Dvanácti – až patnáctileté děti mohou samy požadovat eutanazii (sic!), v tomto případě je však vyžadován souhlas rodičů k jejímu provedení. Na rozdíl od toho šestnácti – a sedmnáctileté děti rozhodují samy za sebe, rodiče však musí být přítomni při diskuzích o této záležitosti. Od počátku holandské praxe eutanazie se v této zemi toleruje i zabití lidí nekompetentních (nejedná se o eutanazii, není zde explicitní žádost ze strany nemocného) a i děti jsou v tomto kontextu se samozřejmostí zmiňovány. Počet takto zabitých, uváděných v tabul-

Paliat. med. liec. boles., 2008, roč. 1 (2): 94

kách publikací, je přímým důkazem existence kluzkého svahu: kampak se poděla tolik proklamovaná autonomie nemocných?

V roce 2001 Konfederace evropských specialistů v pediatrii rozhodla, že v případě novorozenců a kojenců jakékoliv úmyslné zabití by mělo být zcela vyloučeno. A přesto v r. 2005 holandská autoři zveřejňují Groningenský protokol. Navrhují, které děti by měly být zabití, a popisují případy již zabitých dětských pacientů „v souladu s právní a sociální kulturou Nizozemí“.

Jistěže i v pediatrii je možné setkat se s bolestnými a zcela beznadějnými případy (lze zmínit např. anencephalické dítě). Sebelépe míněná a dokonalá intenzivní léčba by i zde vedla jen k protahovanému umírání. Z mravního hlediska by bylo správným rozhodnutím již uvedené „letting die“. Hlas rodičů by jistě měl být podstatným při rozhodování plném utopení a úzkostí. Je však svrchovaně žádoucí starat se především o rozvoj paliativní a hospicové péče, zaměřené na dětské pacienty a na podporu jejich rodin. Je třeba mimořádně ocenit snahu Nadačního fondu Klíček a manželů Královcových v budování prvního dětského hospice v naší zemi. (Fond v r. 2003 vydal knihu „O dětech a smrti“ Elisabeth Kübler-Rossová. <http://klicek.org>)

Každý nemocný si musí být naprosto jistý, že se jeho lékař nestane také jeho popravčím. Jde nakonec i o lékaře samotného. V sázce je rozklad jeho osobnosti a integrity, stejně tak jako rozklad vnitřní mravnosti a hojivého poslání lékařství.

*Článek prebraný z *Pediatric pre prax 2/2008: 111.**

prof. MUDr. Marta Munzarová, CSc.

emeritní profesorka LF MU
Tomešova 12, 602 00 Brno
e-mail: mmunzar@med.muni.cz