

ETICKÉ ASPEKTY LÉČBY V TERMINÁLNÍM STAVU ZÁVAŽNÝCH NEVYLÉČITELNÝCH ONEMOCNĚNÍ

prof. MUDr. Marta Munzarová, CSc.

Lékařská fakulta MU, Brno

Text je omezen jen na několik nejzávažnějších otázek. Rozebírá mravní aspekty související s povinnostmi lékaře udržovat život, problematiku práv nemocných na odmítnutí léčby a otázky týkající se paliativní péče v konfrontaci s eutanazií a s asistencí při suicidii. Zdravotníci by se měli snažit, aby se vyrovnávali se svou vlastní smrtelností; jediné tak budou moci účinně pomáhat nemocným v jejich umírání.

Klíčová slova: řádné a mimořádné prostředky, práva nemocných, paliativní péče, celková bolest, eutanazie.

Neurol. pro praxi, 2006; 1: 13–14

Uvedenou problematiku nelze v krátkém čase uchopit v její celosti; je nutné se omezit jen na několik základních otázek.

Existuje z mravního hlediska povinnost lékaře udržovat život člověka v konečné fázi choroby za každou cenu, to znamená použít veškerou dostupnou léčbu? A to i tehdy, je-li doprovázena těžce snesitelnou zátěží pro nemocného a vede-li jen k prodlužovanému a bolestnému umírání?

Morální filozofové se touto otázkou zabývali po staletí. Na rozdíl od negativních příkazů, např. nezabíjet úmyslně člověka (které byly závazné vždy a provždy – *semper et pro semper*), pozitivní příkazy, např. vytyčení toho, co vše je třeba provádět pro zachování života, nikdy nebyly tak jednoznačné. Nutné bylo jen používání prostředků řádných a nikoliv mimořádných, dnes bychom řekli patřičných a nepatřičných. Rozlišování prostředků v tomto smyslu však nebylo a není přesně slovně vyjádřeno, důraz byl vždy kladen ne na prostředky léčby samotné, nýbrž na účinek, jaký má léčba na život nemocného nebo i jeho blízkých. Do výběru, jakou léčbu aplikovat, bylo tedy třeba vždy zahrnovat i respekt k názorům nemocného, jeho představy o kvalitě života a jeho vlastní odsouzení určitých postupů, které by vedly jen k takovému životu, jenž by byl pro něj neúnosným. To, co je pro někoho řádné, může být pro jiného mimořádné. Moralisté vždy uvažovali následovně: Je při použití určitého postupu naděje na zachování života (*spes salutis*)? Tato naděje však nemůže stát na pouhé představě o odsunutí nevyhnutelného. Léčba musí být nadějná nejen pokud jde o kvalitativní zlepšení, nýbrž musí být nadějná i pokud jde o trvání změny stavu k lepšímu. Řádný prostředek musí být běžným (*media communia*). Tím lze vyloučit

povinnost podřídit se léčbě experimentální nebo té, která přesahuje určité zvyklosti. Řádné prostředky by měly být snadno a rozumně použitelné (*media facilia*) a nikoliv příliš tíživé (*media non diffilia*), doprovázené např. nadměrnou bolestí, jinou zátěží a strachem.

Tradiční učení tedy vždy balancovalo mezi závažným požadavkem přirozeného zákona zachovat život a mezi těžkostmi, s nimiž je plnění této snahy provázeno. Současně však respektovalo a respektuje, mnohem důrazněji než mnozí lékaři dnešní doby, postoje a hodnoty nemocného a jeho vlastní svědomí.

Jak je to s právy nemocných na odmítnutí léčby?

Jedná se o nejzákladnější právo, které by mělo být vždy a všude respektováno. Je vhodné vnímat, že nemocný sám je zdrojem našeho práva jej léčit a že jen on sám může rozhodovat o tom, jak chce žít při umírání. Je více než pravděpodobné, že toto právo bude i u nás v dohledné době rozšířeno o tzv. poslední pořízení vyjadřované předem (*advanced directives, living will, DNR apod.*) v souladu s Úmluvou na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny Rady Evropy. Tento dokument byl včleněn do Mezinárodních smluv ČR (96/2001) a veškeré nové zákonné úpravy s ním musí být v souladu. Článek 9 zní: „Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání“. Jiný dokument Parlamentního shromáždění Rady Evropy (1418/1999) se věnuje přímo právům smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a náležitě zdůrazňuje nutnost respektovat odmítnutí určitých léčebných postupů a to dokonce i „bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře“. Současně vyzývá členské státy, aby zajistily, „že bude paliativní péče

uznána za zákonný nárok jedince“ a aby zajistily „alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a tanatologických klinik“.

Co je to paliativní péče?

Dominantním modelem lékařství posledního století byl tzv. model biomedicínský, který je charakterizován snahou nalézat příčiny a mechanismy veškerých chorob a potíží člověka na úrovni biologie a fyziologie. Díky vědeckému bádání v této oblasti a díky novým, dříve netušeným možnostem došlo k výrazným úspěchům jak v diagnostice tak i v léčbě a životy mnoha nemocných byly a jsou zachraňovány. Úzký biomedicínský model, jenž je doprovázen technologickými postupy, fragmentací znalostí mezi oddělené a vzájemně neprovázané oblasti v rukou ještě více izolovaných odborníků a přemírou analytických přístupů, však s sebou přináší riziko. Riziko zamlžení pohledu na nemocného jako na osobu v její celistvosti, riziko redukce nemocného na nemoc, a to na nemoc definovanou jen ze zmíněného pohledu.

V nedávné době však naštěstí dochází i ke změně v opačném smyslu. Základní filozofií paliativní péče je **respekt k celosti člověka** s ošetřováním všech jeho dimenzí při vědomí toho, že hodnoty a přání jedinečného nemocného jsou rozličné a mohou se lišit od představ těch, kteří jej ošetřují. Cecílie Saundersová, nejvýznamnější představitelka a zakladatelka komplexní paliativní péče, mluví o celkové bolesti, o utrpení sestávajícím z několika vzájemně provázaných a neoddelitelných složek, odrážejících dimenze člověka. Nejde jen o **bolest fyzickou** (a jiné symptomy „fyzické“). Na utrpení se významnou měrou podílí i **bolest sociální** (=utrpení spojené s předtuchou ztráty nebo i se skutečným odloučením od rodiny a přátel a/nebo se ztrátou sociální role), **bolest emoční** (=pocitový komplex, který zahrnuje duševní otřes, otupělost, hněv, smu-

tek, smlouvání, úzkosti, deprese; jedná se o jakousi dynamiku zármutku, která je středem konečného období choroby; Elizabeth Kübler-Rossová popisuje i určité fáze, jimiž často nevyléčitelně nemocný postupně prochází na cestě k přijetí svého údělu při vědomí blížícího se konce života a radí, jak nemocného převést přes období popírání, agrese, smlouvání a deprese až ke smíření) a **bolest spirituální** (= utrpení spojené s odcizením od svého nejlubšího já, které je často prožíváno jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu). Je možné se ztotožnit s těmi, kteří tvrdí, že v případě konečné fáze choroby a při umírání je nejdůležitějším ošetření duchovní potřeby nemocného. Jeho doprovázení na cestě ke smíření se svou vlastní konečností a pomoc při jeho tázáních a pochybnostech o smyslu jeho utrpení a o smyslu života vůbec je tedy výzvou pro nás pro všechny.

Otázky eutanazie a asistovaného suicidia

Na tomto místě nelze rozebírat neskutečná matení pojmů v uvedeném kontextu. V souladu s holandskou definicí se jedná o úmyslné ukončení života člověka na jeho vlastní žádost buď lékařem (= eutanazie) nebo samotným nemocným za pomoci lékaře (= asistované suicidium). Měli bychom se zabývat především o to, proč nemocní žádají o tak bezútešnou smrt, o zabití. Ze souborných holandských i jiných prací vyplývá, že důvodem jsou většinou utrpení, jež odráží jiné dimenze člověka, nikoliv dimenzi „fyzickou“: strach z neznáma, strach z bolesti, strach z umírání, pocit ztráty důstojnosti, pocit ztráty smyslu života, pocit opuštěnosti, pocit osamělosti, pocit, že nemocný je zátěží pro své blízké. V případě ALS dominuje ztráta nezávislosti, strach ze zhoršujících se příznaků a ze ztráty vztahů k ostatním, strach z nehybnosti, z těžkostí v komunikaci, beznaděje. Je

nutné si plně uvědomit, že odlehčíme-li nemocnému v jeho ostatních trýzních, pak i trápení rázu fyzického se často stávají snesitelnými. Navíc je jisté, že být zabit v důsledku takovéhoto těžkostí a beznaděje není smrt dobrá, smrt milosrdná. Termín eutanazie (eu – thanatos) je pustým eufemizmem. Naproti tomu paliativní a hospicová péče je pravým opakem zabíjení; jedná se o pomoc ke skutečně „dobré“ smrti a na poli onkologie již doznala značných úspěchů i u umírajících. A lze se tedy tázat:

Jak je tomu s paliativní péčí i v jiných oblastech medicíny?

Ze světového písemnictví lze vyčíst, že zde jsou dosud mnohé rezervy – a tedy i naděje, že snad budeme moci všem nemocným lépe pomáhat v jejich úzkostech a těžkostech i v terminální fázi choroby. Žádosti o zabití se snad stanou bezpředmětnými. Položme si však ještě poslední otázku.

Jsme my sami vyrovnáni se svou smrtelností?

Vždyť první, absolutně jistá pravda naší existence (kromě faktu, že existujeme), je nevyhnutelnost naší vlastní smrti. Každý z nás se může stát oporou umírajícím tehdy, jestliže vyřeší svůj vlastní

vztah k utrpení a ke smrti. I u lůžka umírajícího platí, že mohu dát jen to, co mám sám. Utrpení, umírání a smrt je logickou a neodmyslitelnou součástí života a naše přijetí této skutečnosti nám pomůže pochopit i umírání jiných lidí. Pomáháme-li ostatním, pak musíme mít patřičné znalosti, musíme zvládnout příslušné dovednosti a musíme zaujmout správné postoje. Především však záleží na tom, kdo jsme.

Jsme my sami lidé celí? Nepreferujeme příliš sterilní racionalitu, aniž bychom kultivovali vůli, cit a citlivost? Jsme si vědomi toho, že jednostranné upřednostňování rozumu vede k dezintegraci v chápání všech věcí lidských? Jsme si vědomi toho, že druhého člověka nepoznáme jen rozumem nebo inteligencí, nýbrž i srdcem?

Respektujeme-li jedinečnost, nezaměnitelnost a originalitu každého člověka a jeho svobodu a jsme-li si vědomi toho, že je potřeba vnímat a ošetřovat všechny jeho vzájemně neoddelitelné dimenze, pak mu jistě budeme moci lépe pomáhat ve všech jeho trýzních i v umírání.

prof. MUDr. Marta Munzarová, CSc.

Lékařská fakulta MU, Komenského nám. č. 2,
662 43 Brno

e-mail: mmunzar@med.muni.cz

Literatura (zaměřená na ALS)

1. Bolmsjö I, Hermerén G. Conflicts of interest: experiences of close relatives of patients suffering from amyotrophic lateral sclerosis. *Nursing Ethics*, 2003; 10: 186–198.
2. Ganzini L, Block S. Physician-assisted death – a last resort? *N Engl J Med*, 2002; 346: 1663–1665.
3. Ganzini L, et al. Attitudes of patients with amyotrophic lateral sclerosis and their care givers toward assisted suicide. *N Engl J Med* 1998; 339: 967–973.
4. Horton R. Euthanasia and assisted suicide: what does the Dutch vote mean? *Lancet*, 2001; 357: 1221–1222.
5. Mak YYW, Elwyn G, Finlay IG. Patients' voices are needed in debates on euthanasia. *BMJ*, 2003; 327: 213–214.
6. Moss AH, et al. Patients with amyotrophic lateral sclerosis receiving long-term mechanical ventilation. *Advance care planning and outcomes*. *CHEST*, 1996; 110: 249–255.
7. Rowland LP, Shneider NA. Amyotrophic lateral sclerosis. *N Engl J Med*, 2001; 344: 1688–1700.
8. Velding JH, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. *N Engl J Med*, 2002; 346: 1638–1644.