

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Katolická teologická fakulta
Katedra teologické etiky a spirituální teologie

Noemi Kosourová

KŘESŤANSKÉ ASPEKTY V PALIATIVNÍ PÉČI A DOPROVÁZENÍ
Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Libor Ovečka Th.D.

PRAHA 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Křesťanské aspekty v paliativní péči a doprovázení, napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury a že jsem ji nevyužila k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Novém Městě na Moravě dne 10. prosince 2010

.....
Noemi Kosourová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Liboru Ovečkovi Th.D., za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěl k vypracování této diplomové práce.

Obsah

Úvod	8
1 Paliativní péče.....	10
1.1 Termín paliativní péče	10
1.2 Pojem nemoc.....	13
1.2.1 Prožívání nemoci.....	13
1.2.2 Nemoc a sociální změny	14
1.2.3 Maligní onemocnění.....	14
1.2.4 Fenomén naděje v nemoci.....	18
1.2.5 Pravda o nemoci v nemoci	19
1.3 Ježíšova péče o nemocné	21
1.3.1 Jak Kristus uzdravuje	23
1.4 Bolest	25
1.4.1 Biologická bolest.....	25
1.4.2 Psychologická bolest – utrpení.....	27
1.4.3 Smysl utrpení – má utrpení smysl?	27
1.4.4 Prožívané utrpení ve vztahu k Bohu	29
1.5 Umírání a smrt	30
1.6 Křesťanský pohled na smrt a umírání	33
1.6.1 Umírání s Kristem	34
1.6.2 Setkání ve smrti.....	35
1.6.3 Strach a naděje	35
1.6.4 Rozhodnutí ve smrti	36
1.7 Logoterapie v kontextu paliativní péče.....	36
1.7.1 Svoboda a odpovědnost.....	37
1.7.2 Smysl života	38
1.7.3 Smysl utrpení v logoterapii	38
1.7.4 Smysl smrti.....	39
1.7.5 Logoterapie a náboženství.....	40
2 Církev a její péče při doprovázení umírajících	41
2.1 Paliativní péče v necírkevních zařízeních.....	41
2.1.1 Nemocnice.....	42
2.1.2 Sociální péče	43
2.2 Kaplani.....	44
2.2.1 Situace v ČR.....	44

2.2.2	Pastorační péče ve zdravotnických zařízeních	46
2.3	Doprovázení	48
2.3.1	Doprovázení jako dar	49
2.3.2	Naslouchání	49
2.3.3	Rozhovor v doprovázení	51
2.4	Svátostná služba a její terapeutický význam	52
2.4.1	Svátost pomazání nemocných	53
2.4.2	Spojení s Kristovým utrpením	55
2.4.3	Svátost eucharistie	55
2.4.4	Eucharistie – „zástava budoucí slávy“	56
2.4.5	Svátost smíření	57
2.5	Modlitba	57
2.5.1	Modlitba nemocného člověka	57
2.5.2	Modlitba s nemocným	58
2.6	Paliativní péče v církevních zařízeních	58
2.6.1	Kamenné hospice	59
2.6.2	Domácí hospicová péče (mobilní hospic)	61
2.7	Péče o truchlící	62
2.7.1	Pojem smutek	62
2.7.2	Jednotlivé fáze smutku	63
2.7.3	Pastorační péče o truchlící	65
2.8	Láska v péči o nemocné a umírající	66
2.8.1	Naděje vycházející z paradoxu kříže	67
2.9	Úloha dobrovolníků v paliativní péči	69
2.9.1	Úloha farní obce	71
3	Eutanazie	72
3.1	Pojem eutanazie	72
3.2	Příčiny úvah o eutanazii	72
3.3	Pozice lékaře v eutanazii	73
3.4	Eutanazie v křesťanském pohledu	75
	Závěr	77
	Zkratky	79
	Seznam užití literatury a prameny	80
	Internetové odkazy	81
	Citace z časopisu	81

Bibliografická citace

Křesťanské aspekty v paliativní péči a doprovázení [rukopis]: Diplomová práce/ Noemi Kosourová; vedoucí práce: PhDr. Libor Ovečka Th.D. – Praha, 2010. -- 81 s.

Anotace

Ve své práci se věnuji problematice paliativní péče, která v sobě zahrnuje veličiny, jako nemoc, bolest, utrpení a umírání. První část práce je zaměřena na tyto skutečnosti, se kterými se smrtelně nemocný setkává v různých proměnách v čase, pokládá si otázky, které se dotýkají podstaty jeho života, a je postaven před jejich realitu. Pohled na nemocného a jeho problémy se snažím rozšířit o pohled křesťanský, tedy možnost hledat v zoufalé situaci naději, která přesahuje náš život i smrt. Touto Nadějí je pro křesťany Ježíš Kristus. Aby nemocný mohl zakusit tuto naději je zde pomoc církve. Konkrétní pomoci se věnuji v druhé části práce. Jde o doprovázení, tedy o práci kaplanů i ostatních křesťanů, ať v práci dobrovolníků, nebo odborníků v rámci některého z církevních zařízení. V závěru se pokouším přiblížit problematiku eutanazie, která právě poukazuje na nutnost lidské a empatické paliativní péče.

Klíčová slova

Paliativní péče, nemoc, utrpení, umírání, doprovázení.

Abstract

In my work I deal with the issue of palliative care, which includes variables such as illness, pain, suffering and dying. The first part is focused on these facts, which the terminally ill meet in several variations over time, they consider the issues that affect the essence of their lives and are confronted with the reality. I tried to enlarge the general view around the patient and of his problems with the Christian view, ie the possibility to browse the desperate hope that exceeds life and death. For Christians this hope means Jesus Christ. For the patient to receive this hope there is the Christian Church. The second part of this work deals with specific help, such as companionship, which is the work of chaplains and other Christians, whether in volunteer work, or experts in any of the religious establishments. In conclusion, I try to approach the issue of euthanasia, which just highlights the need for human and compassionate palliative care.

Keywords

Palliative care, disease, suffering, dying, accompaniment.

Počet znaků (včetně mezer): 186 793

Úvod

Nemoc a smrt, budou vždy nedílnou součástí lidské zkušenosti. Tak jak jednotlivci i celá společnost chápe a přistupuje k rozličným a jedinečným potřebám nemocného a umírajícího, ukazuje na ráz společnosti a její hodnoty.

Doba komunismu v podstatě potřeby umírajících přehlížela. Péče o terminálně nemocné se zúžila pouze a jenom na oblast tělesných potřeb, tedy na dimenzi biologickou. Mállokdo se zabýval nemocným člověkem v jeho celistvosti. Připočteme-li k tomu působení materialismu, který zakazoval práci duchovních v nemocnicích i jiných zařízeních, ukazuje se nám spíše karikatura „péče“. Tedy naprostý nezáměr o rozměr psychický, duchovní či sociální.

Postupem času a s vývojem specializace v medicíně došlo k rozčlenění nemocného člověka dle medicínských oborů. Dnešní medicínu často vnímáme jako vědní obor složený ze znalostí a metod jednotlivých odborníků. Člověk, který ale potřebuje pomoc, přichází jako celek, v němž něco není v pořádku a to se odráží v psychice nemocného v jeho duchovní podstatě a v sociálním prostředí ze kterého vychází.

Umírání je obtížnou situací, pro samotné nemocné, ale i pro ty, kteří někoho blízkého ztrácejí. V České republice je umírání považováno za nehumánní, a proto lidé často umírají osamoceni. V jisté míře k tomuto přispěla právě doba minulá. Křesťané tak přemýšlí a snaží se realizovat pomoc lidem, kteří jsou bolestivě konfrontováni se smrtí. Lidé umírající ať věřící či nevěřící si kladou otázky, po smyslu toho co prožívají i toho, jak tuto těžkou dobu prožít. Křesťané se snaží nabídnout doprovázení v těchto okamžicích, tedy nebýt na poslední cestě sám. Tato pomoc se snaží o lidský rozměr, který záleží na blízkých, bližních, lidech.

Při své práci jsem mohla poznat přístup k umírajícím jak v církevní, tak i v necírkevní nemocnici a jako dobrovolník v hospicovém sdružení. Rozdíl v péči o nemocné a především umírající, byť se to na první pohled nezdá, je velký. Nikoliv z lékařského či odborného hlediska, ale právě z hlediska lidského přístupu a empatie. Domnívám se, že rozlišný přístup k terminálně nemocným právě v církevních zařízeních, nebo křesťany, je dáno vícerozměrným vnímáním skutečností, jako je nemoc, smrt, umírání, utrpení (část první), a toto je dále aplikováno při samotné péči. Chtěla bych se pokusit popsat, odkud křesťané mají impuls a motivaci k poctivé a opravdové službě

nemocným. Ve své práci chci poukázat na aspekty, které křesťanství může nabídnout ve svém celostním přístupu k nevléčitelně nemocným a které mohou být přínosem pro nemocné i pro jejich doprovázející. Křesťané a církve nezůstávají jen u teorie, ale nabízí aktivní práci a konkrétní podoby péče v paliativní péči, kdy ovšem uplatňují všeobecné odborné zkušenosti a praxe dalších oborů. Je zde snaha přiblížit náhled na péči o umírajících v různých zařízeních a pomoc v konkrétních situacích, prostřednictvím církve (část druhá). V závěru, se snažím o nastínění problematiky eutanazie, která je stále více diskutována a vyvěrá právě z nedostačující péče paliativní (část třetí).

1 Paliativní péče

Na paliativní medicínu je často nahlíženo, jako na novou disciplínu, z lékařské historie je však zřejmé, že jde o nejstarší lékařský obor. V jistém okamžiku, je kurativní léčba neúčinná a místo terapie nastupuje do popředí zmírňování obtíží, spojené s předpokládanou smrtí vážně nemocného člověka.

1.1 Termín paliativní péče

„Termín pochází z latinského *pallium* (maska zakrytí pláštěm, volný plášť) a v této etymologii lze nalézt pravou podstatu péče paliativní.“¹ Cílem této péče je překrýt, maskovat účinky nevy léčitelné nemoci, tedy stav, který není možný léčit kurativně. Paliativní péče ale zahrnuje i takové prostředky, které mohou chorobu ovlivňovat (chemoterapeutické, chirurgické postupy...). To co je poskytováno nemocnému, by mělo vést k jedinému a podstatnému cíli a tím je docílit co nelepší kvality života v jeho závěru. Tato péče má vždy vycházet z individuálních potřeb umírajícího, tedy má vycházet z jeho potřeb a přání. Taková to péče má akceptovat jedinečnost každého člověka a vést k důstojné smrti.

Paliativní péče, tak jak ji známe, vznikla a začíná se rozvíjet v druhé polovině dvacátého století. Mezi hlavní důvody patří prodlužování života a změna v hlavní příčině úmrtí. Na počátku tohoto století se lidé dožívají delšího věku, ale v důsledku této skutečnosti „platíme za to nemalou daň: déle (a často vůbec ne lehčeji) také umíráme.“² Moderní lékařská věda si tuto skutečnost uvědomila, v důsledku úspěšných léčebných úkonů, až se zpožděním. Rozvoj paliativní péče vychází tedy z potřeby opět si uvědomit potřeby smrtelně nemocných v nových podmínkách.

Světová zdravotnická organizace (WHO),³ definovala paliativní péči jako „aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní“⁴. V prvé řadě poukazuje na kontrolu bolesti, dále na problémy psychické, sociální a spirituální. Cíl je zde spatřován v dosažení nejlepší možné kvality života nejen pro nemocné, ale i jejich rodiny. „Tato definice je chvályhodná, jelikož je orientována na nemocného, plně vnímá mnohorozměrný charakter lidské existence a jejím cílem je kvalita života (z pohledu nemocného).“⁵

¹ MUNZAROVÁ Marta: Eutanazie nebo paliativní péče, Praha: Grada Publishing, 2005, 62.

² ŠPINKOVÁ Martina, ŠPINKA Štěpán: Euthanasie, Praha: První dobrá s.r.o,2006, 32.

³ Z roku 1990. WHO (World Health Organisation) je agentura spojených národů, jako autorita v mezinárodním veřejném zdraví, založena 7. 4. 1948, jejímž úkolem je dosažení všemi lidmi nejvyšší možné úrovně zdraví. V čele stojí výkonná rada a sekretariát.

⁴ MUNZAROVÁ: op. cit., 62.

⁵ MUNZAROVÁ: op. cit., 62.

Novější definice WHO⁶ je zaměřena více na utrpení a prevenci tohoto jevu: „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojených s život - ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.“⁷ Dále již nabízí ten pohled, že „péče paliativní probíhá současně s léčbou kurativní a začíná již stanovením diagnózy vážného onemocnění.“⁸

K definici Rada Evropy vytyčuje základní principy paliativní péče:

1. „Zajišťuje úlevu od bolesti a od jiných symptomů.
2. Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako normální proces.
3. Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt.
4. Integruje do péče pacienta i psychologické a spirituální aspekty.
5. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili tak aktivně, jak je to možné, až do smrti.
6. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem.
7. Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li to indikováno.
8. Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby.
9. Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných přání léčebných postupů, které mají za cíl prodloužovat život, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí klinických komplikací.“⁹

Zde tedy vidíme, že primární záležitostí paliativní péče je péče o bolest fyzickou. Pokud se bolest nedostatečně kompenzuje a pacient se necítí lépe, není schopen věnovat se ničemu podle svých přání a potřeb. „Ulevit od těžké bolesti je nepochybně největším dobrodiním, jaké může člověk druhému poskytnout. Často jen tohle samo umožní pacientovi dokončit úkoly, které mu přinášejí největší osobní uspokojení.“¹⁰

Dále tato definice poukazuje na smrt jako normální proces. Popisuje realitu. Smrti se nevyhneme, všichni jsme smrtelní. Smrt není prohrou lékaře, ale patří ke každé lidské existenci. Paliativní péče však není jen konstatováním smrti, ale zaujímá pozitivní a aktivní

⁶ Z roku 2002.

⁷ MUNZAROVÁ Marta: Eutanazie nebo paliativní péče, 62.

⁸ OPATRná Marie: Problematika pastorační péče o nemocné, http://www.fnhk.cz/cze/original/casopis_scan/2005_1pdf. (10. 6. 2010).

⁹ RADA EVROPY: <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003297.pdf>. 10-12 (12. 6. 2010).

¹⁰ POLLARD Briand: Eutanazie ano či ne? Praha: Dita, 1996, 47.

postoj, jehož výsledkem má být dobré umírání. Tím ovšem není míněno to, o čem mluví WHO jako o urychlení a odsunování smrti. Tato péče nikdy nesmí mít za cíl ukončit život předčasně, ale i přes všechny technické vymoženosti, které vidíme v současné medicíně, nemůže chtít neúměrné prodlužování smrti.

Znovu je zde také připomenuto, že je nutno vnímat nemocného v jeho celistvosti. Pouze „fyzická“ péče, byť na vysoké úrovni je nedostačující a to především tehdy, pokud se člověk bezprostředně blíží ke konci svého života.

Do této problematiky se také zahrnuje práce s rodinou nemocného. Často strach, obavy a úzkosti neprožívá jen nemocný, ale i jeho nejbližší a ti, kteří nemocného mají rádi. Dobrá smrt nemocného souvisí s plnohodnotnou prací s okolím umírajícího, kteří mnohdy potřebují pomoc stejně, jako sám nevléčitelně nemocný. Smrtí zde ale tato pomoc nekončí, péče je dále orientována k pozůstalým.

„Z toho co bylo řečeno, jasně vyplývá, že člověk nacházející se ve své poslední fázi života, není jen jakýmsi zbytkem biologické materie, s níž už není možno nic dělat, ale dále zůstává osobou se vši svojí důstojností, jíž je vždy možno pomáhat, a je i při své „nevléčitelnosti“ vždy léčitelný.“¹¹ Zdravotnický personál musí mít na mysli velkou úlohu v životě umírajícího, ale i to, že jejich péče má svou hranici. I přes dokonalou lékařskou službu je tato péče nedostačující...

Stav v jakém pacient nevléčitelně nemocný umírá, může být velmi odlišný. Jedni mohou zemřít dlouho po opuštění aktivní léčby, jiný zemře ještě během léčení. Včasnost paliativní léčby je zde na místě, tedy čas pro usměrňování úzkostí „a je třeba vyvinout maximální úsilí, aby pacienti s jistotou věděli, že mají čas a příležitost sdílet svůj strach a smutek.“¹²

Zde se otevírá velký prostor pro další pomáhající profese, především dle potřeb umírajícího. Péče, která je poskytována, musí být odvedená stejně poctivě a profesionálně jako zákroky lékařské. Mám zde na mysli především pomoc psychologickou, pomoc duchovní a sociální. Ne nutně všechnu pomoc ale musí vykonávat odborník, v samotném smyslu slova. Je zde i možnost působení lidí, kteří přicházejí jako přátelé, dobrovolníci, kteří jsou ochotni jen lidsky vnímat to, s čím se člověk na konci života potýká. V této fázi nemoci není potřeba odborných názvů, ale pochopení pro strach, opravdovou ochotu naslouchat, být nablízku v době kdy se umírající cítí sám a bezradný. Do této pomoci se často zapojují právě křesťané, kteří chtějí nemocným nabídnout nejen svůj čas, ale také sebe a svou víru. Často i přes skutečnost, že umírající není člověkem věřícím, může pro

¹¹ Srov. MUNZAROVÁ Marta: Eutanazie nebo paliativní péče, 64-65.

¹² POLLARD Briand: Eutanazie ano či ne? Praha: Dita, 1996, 84.

něho být upokojením v jeho obavách to, že jsou lidé, kteří věří, že smrt není propastí či koncem, ale vyvrcholením celého jejich života.

1.2 Pojem nemoc

V paliativní péči má nemoc ústřední postavení. Nemoc se definuje různým způsobem, kdy rozličné definice se zaměřují na jednotlivé části této skutečnosti. Pohled je zaměřen především na vznik, průběh, hodnoty, které jsou proměnné v čase.

Ve většině zemí, stejně tak jako v České republice, je stále dáována přednost čistě lékařskému přístupu k nemoci. Diagnostický akt se neodehrává primárně v subjektivní rovině, ale závisí na fyzikálním vyšetření a laboratorních zkouškách. Lékaři se věnují především nemocným orgánům, psychické reakce a spirituální potřeby nemocného jsou většinou zlehčovány nebo ignorovány, i když se předpokládají.

Slovo nemoc jednoznačně hovoří o ne-moci postiženého člověka, což nás i hned odkazuje na stav nouze, která vyžaduje pomoc. Tato pomoc, ovšem nemůže být redukována pouze na aktivitu somatickou.

1.2.1 Prožívání nemoci

Při běžných onemocněních nenabývá smutek a zoufalství nad ztrátou zdraví významné polohy a ryze lékařská péče může být adekvátní. Odlišná situace nastává v okamžiku, jedná-li se o nemoc nevyhléditelnou. Tam je čistě lékařská péče, oceňována a nezbytná, ale zároveň chápána jako jedna ze způsobů pomoci.

„Nemocný považuje nemoc za destrukci, sílu, již nelze vůlí odstranit. Nejprve nemocný hovoří, že se chce uzdravit, že jeho vůle je silná nemoci čelit, ale časem konstatuje, že je to nedostačující. Nemoc je pacientem nakonec vnímána negativně jako destrukce člověka.“¹³

U nemocného můžeme rozeznávat dvě roviny:

Rovina vědomá: „Nemocný je schopen vnímat a slovně popsat příznaky své nemoci, časově je určit, kvalifikovat. Vědomá rovina je předmětem anamnézy, která je určují, když ne pro určení diagnózy, tak vždy pro určení směru vyšetřování nemoci.“¹⁴

Rovina nevědomá: Je nesnadné její sledování a je těžko sdělitelná. „Ten kdo pracuje s nemocným, se musí naučit symbolice nemoci, musí se naučit archaickému způsobu komunikace nemocného s okolím. Porozumění často protichůdné symbolice je obtížné.“¹⁵

¹³ Srov. VODVÁŘKA Pavel: Poznámky k bio - psycho - sociální problematice onkologie, Ostrava: Ostravská universita, 1997,18.

¹⁴ VODVÁŘKA: op.cit.18.

¹⁵ VODVÁŘKA: op.cit.18.

Nemoc může být prožívána jako život ohrožující, nemocný se tedy v důsledku tohoto vnímání může projevovat např. agresí, zlobou, ignorací, mlčením. Je to odezva na strach ze smrti, bolesti. Přes tyto ataky pak není schopen adekvátně odpovídat na podněty z okolí.

1.2.2 Nemoc a sociální změny

Těžká choroba také mění sociální pozici nemocného. Člověk nemocný ztrácí nejen svou pracovní roli, která může přinášet určité postavení ve společnosti a jistou prestiž, ale mění se i jeho role v rodině, kdy se stává závislým na pomoci ostatních a stává se objektem péče členů rodiny. Samozřejmě záleží na skutečnosti, jakou roli nemocný v rodině měl a jaký je tedy rozdíl mezi tehdy a teď. Reakce na nemoc závisí i na chování nejbližších lidí, jakým způsobem nemoc druhého budou akceptovat a co pro ně změna znamená. „Sociální reakce jsou obecně nejvíce ovlivněny viditelnými projevy - tedy změnou vnější (zhubnutí, ztráta vlasů, amputace), nebo změnou kompetencí, především těch, které ovlivňují soběstačnost nemocného. „Sociálně významná je ztráta schopnosti komunikovat, pohybovat se, také problémy spojené s inkontinencí.“¹⁶

Těžce nemocný člověk potřebuje větší emoční podporu a zároveň bývá ve vztahu ke svému okolí přecitlivělý, podrážděný a vztahovačný. Nemocný vyžaduje víc, ale může dát méně, protože „konvenční“ chování není v jeho silách. Nemocní se z pochopitelných důvodů uzavírají do světa své nemoci, svých pocitů a tak také dochází ke ztrátě společenských témat, které posilují vzájemné vztahy. Toto období je těžké také pro okolí nemocného, nemocný se mění, chováním, situací i rolí.

Někdy vidíme, že i nejbližší okolí se od nemocného odvrací i z důvodu, že smrtelná nemoc jim samotným připomíná vlastní ohrožení jejich existence, jejich smrtelnost. „Pro blízké nemoc milovaného také může způsobit stres. Vyrovnaní se s tímto stresem rovněž vyžaduje čas a probíhá v podobných fázích jako reakce na vlastní nemoc.“¹⁷ Skutečnost, že můj blízký je nevléčitelně nemocný, vyvolává negativní citové reakce, vyvolává pocit bezmoci, leckdy i pocit viny. Toto obviňování vychází z neschopnosti mu pomoci i z minulých křivd. Závažné onemocnění se tedy netýká samotného nemocného, ale ovlivňuje celou rodinu.

1.2.3 Maligní onemocnění

Každá nemoc prakticky svůj příchod ohlašuje. Je to doba, kdy člověk váhá, jestli má navštívit lékaře, či nikoliv. Je zneklidněn, ujišťuje se, uklidňuje, že to nic není, aby pochvilí zase pomýšlel na nejhorší. Tuto fázi Haškovcová nazývá *nulová* nebo *nulitní*.¹⁸

¹⁶ VÁGNEROVÁ Marie: Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 1999, 53.

¹⁷ VÁGNEROVÁ: op. cit.,53.

¹⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena: Lékařská etika, Praha: Karolinum, 1997, 107.

V praxi to znamená, že člověk váhá, zda má navštívit lékaře nebo zda má počkat, protože příznaky odezní. Tato fáze je velmi těžko uchopitelná i pochopitelná zvláště u maligních onemocnění, kdy příznaky jsou tak markantní. Jedná se dle Haškovcové o překvapivý fenomén „pozdního vyhledání odborné lékařské pomoci.“¹⁹

V této souvislosti je zde nutné připomenout známou psychickou odezvu na příchod a rozvoj vážné nemoci, kterou popsala Elisabeth Kübler – Rossová již v roce 1972.²⁰ Tato autorka na základě rozhovorů s nevléčitelně nemocnými, které sledovala před smrtí, shromáždila jejich prožitky, které zobecnila a popsala jejich zákonitosti. I přesto, že to je látka známá i v laické veřejnosti musí být stále zmiňována, vzhledem k tomu co již bylo řečeno. To jak nemocný, umírající reaguje, může být právě výsledek pocitů a psychických odezev na neléčitelné onemocnění. Toto by měl mít na mysli každý, kdo přichází k lůžku nemocného.

První stádium Rossová charakterizovala jako *šok*. Proč se to stalo? Tyto otázky vedou ke stažení se do izolace a dochází k tzv. *popření*. „Projevem je protektivní psychologická ochrana; nemocný podléhá stresům iniciovaným hrozbou ztráty života a soustavně se snaží tento stres popřením základních fakt vytěsnit.“²¹ Je to doba, kdy pacienti např. nevěří výsledkům vyšetření, přesvědčují nejen své okolí, ale především sami sebe, že se stala někde chyba a hledají ujištění, že tomu tak je. Toto stádium úporného odmítání pravdy se může projevit u lidí, kteří nebyli informováni vhodným způsobem, tedy necitlivě, stroze. K tomuto popření, ale dochází většinou u všech pacientů, a to nejen v první fázi nemoci.

Vážně nemocní pacienti se myšlenkou na vlastní smrt mohou zabývat nějaký čas, pak ale nastávají myšlenky, které se zabývají životem.

Tato fáze je považována za zdravou, z hlediska vyrovnávání se a přijetí bolestné a nelehké situace. Tento stav je obvykle jen dočasnou ochrannou a je vystřídána přijetím skutečnosti. Je to čas na zotavenou.

Následuje další období tzv. *zloby a hněvu*. Tato fáze nemoci je velmi náročná, zejména pro okolí nemocného a jeho ošetřující personál. „Časté invektivy vůči zdravým nejrůznějšího typu jsou zastřenu formou prožívané krize.“²² Jsou časté také postoje nespokojenosti se základní péčí. Společným jmenovatelem zde není nespokojenost, ale pocit „akcentovaného hněvu, křivdy a vyřazenosti.“²³ Ať se nemocný člověk podívá kamkoliv, všechno je jen pro zlost, celý okolní svět je najednou vzdálený a bez zájmu o boj

¹⁹ HAŠKOVCOVÁ Helena: Lékařská etika, op. cit. 107.

²⁰ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ Elizabeth: O smrti a umírání, Turnov: Arica, 1993,35-99.

²¹ HAŠKOVCOVÁ Helena: Spoutaný život, Praha: Panorama, 1985,33.

²² HAŠKOVCOVÁ Helena: Lékařská etika, Praha: Karolinum, 1997, 108.

²³ HAŠKOVCOVÁ: Lékařská etika, op. cit., 108.

a trápení bezvýznamného člověka. Začne zvyšovat hlas, vznášet požadavky, začne si stěžovat jako by volal: „Jsem ještě živý, nezapomínejte.“ Pokud lidé v jeho okolí pacienta respektují a chápou, věnují mu pozornost, nemocný brzy svůj hlas ztiší.

Špatné je, že o příčinách zlosti pacientů nepřemýšlíme vůbec, nebo jen málo, a jejich zlobné výpady bereme osobně, i když se nás tato zloba netýká. Když ti, kteří se o nemocného starají, toto chování berou osobně, jenom tím přispívají k nepřátelským projevům, ze strany nemocného. Také rodina se začne nemocnému vyhýbat, mohou zkracovat návštěvy jen na nezbytné setkání.

Další období nazývá Rossová *smlouváním*. Přestože pacientovi nemuselo být lékařem nic podstatného sděleno, tuší, že onemocnění je vážné a bude to záležitost dlouhodobá či trvalá. Jestliže nejprve nedokázal čelit faktům, a v druhé fázi obviňoval lidi i Boha, najednou se snaží aktivně „něco vymyslet“. Většinu smluv uzavírají nemocní s Bohem. Zmínky o nich jsou znatelné pouze mezi řádky, nebo v přítomnosti duchovního. Rossová hovoří o „psychologickém hledisku, které může vycházet z pocitu viny, proto je dobré, aby tyto nářky byly včas zachyceny a dále s nimi pracováno a snahou je, zbavit pacienta iracionálních strachů.“²⁴ Začne také zvažovat své individuální cíle s ohledem na nemoc, jejíž pojmenování nezná, ale o které tuší, že mu výrazně zkomplikuje život. „Někteří autoři hovoří o tzv. vnitřním zření. Pacient zvažuje, co by ještě vykonat chtěl, popřípadě mohl, a co ve vzniklé situaci je ochoten odepsat.“²⁵

Následující fáze je nazvána prostě a výstižně jako *deprese*. Když smrtelně nemocný pacient nemůže už dál svou nemoc popírat, když je nutné podstoupit léčbu, když přibývá řada příznaků a ubývají síly, zlost a hněv brzy vystřídá pocit velké ztráty. V důsledku dlouhodobé nemoci může dojít ke ztrátě zaměstnání, tedy ztráty sociálních vazeb. Ti, kteří s nemocnými pracují, toto většinou chápou, avšak často je opomíjen hlubší rozměr této fáze. Rossová hovoří o tzv. hlubokém „přípravném smutku.“²⁶

Tento smutek prožívá, aby se připravil na konečné otázky svého života. Jsou zde tedy popsány dvě deprese: první reakční a druhá přípravná. Každá je úplně jiné povahy a ke každé je nutno přistupovat jiným způsobem.

Při první depresi je důležité nasazení nejen odborníků, ale celého širokého okolí nemocného. Jde o utvrzení, že ze všech stran bude mít co možná nejlepší podporu. Pokud je toto dobře zvládnuto, deprese relativně rychle pomíjí.

Druhá, čili přípravná deprese, vzniká v důsledku očekávaných ztrát. „Je to jakýsi nástroj, jehož prostřednictvím se nemocný připravuje na ztrátu svých blízkých, často je to

²⁴ Srov. KÜBLER – ROSSOVÁ: op. cit.,76.

²⁵ HAŠKOVCOVÁ: Lékařská etika: op. cit.,109.

²⁶ Srov. KÜBLER – ROSSOVÁ: op. cit.,78-79.

snaha o dosažení konečného smíření.²⁷ Je potřeba dát nemocnému prostor, aby vyjádřil svůj žal a nemusel nic skrývat. Při tomto typu deprese není na místě neustálé povzbuzování, aby druhý nebyl smutný, tím spíše bráníme nemocnému, aby došel ke smíření. Tento typ je spíše tichý, na rozdíl od prvního typu, kdy pacient má potřebu hodně si povídat, a kdy potřebuje aktivní pomoc. V době přípravného zármutku není potřeba mnoho mluvit, mnohem důležitější bývá společné sdílení, blízkost, která je často nejlépe vyjádřena dotykem, pohlazením, nebo jen tichým společenstvím.

Je tedy nutno uvědomit si nezbytnost a prospěšnost této fáze, má-li pacient zemřít ve stavu smíření a pokoje. Tohoto stavu jsou schopni dosáhnout většinou ti pacienti, kteří mohli projít cestou bolesti a úzkostí.

„Jestliže měl pacient prostor a čas a měl také někoho, kdo mu pomohl prožít a zvládnout předchozí popsaná stádia, dosáhne stavu, kdy není deprimován, ani necítí zlobu na okolnosti života. Bude schopen vyjádřit prožívané pocity a na svůj nadcházející konec bude pohlížet v „jakémsi tichém očekávání.“²⁸ Toto stádium je nazváno *akceptace*. Nemocný nechce být vyrušován okolními starostmi, umírající nemá potřebu si tolik povídat, chce méně návštěv a rozruchu. Důležitější je komunikace neverbální, ubývá slov a témat. Blízkost druhých je ale nezbytná, je nutné ubezpečit umírajícího, že není sám a že je v pořádku nic neříkat.

Je to také období, kdy často více pozornosti a uklidnění potřebují blízcí a rodinní příslušníci. Někdy nastávají zoufalé situace, kdy pacienti jsou již „připraveni“, ale rodina zatím ne. Proto je práce zaměřena směrem k rodině a je nutno o těchto skutečnostech, seznámit blízké nemocného.

Jsou ale také pacienti, kteří bojují až do úplného konce, kteří zápasí a upínají se k nereálné naději, a tak je takřka nemožné, aby dosáhli stádia akceptace. Důsledkem je, že jednoho dne se dostanou do konce svých sil, tehdy přestanou zápasit a boj je u konce. Čím tvrději vzdorují nevyhnutelnému konci, čím více se jej snaží popřít, tím více se vzdalují akceptaci své nemoci.²⁹

Je zde ovšem komplikované rozlišit od sebe rezignaci, kdy je zřejmé, že zápas ze strany nemocného spolu s lékařskými zásahy mu mohou dát šanci nějakou dobu žít a stádiem akceptace, kdy naše přesvědčení o nutnosti zápasu jsou v rozporu s přáním pacienta, tedy s přáním po klidné smrti. Je nutné tyto dvě skutečnosti rozlišit.

Při studiu těchto fází nemoci, je nutné si uvědomit, že v praxi to nemusí být tak jednoznačné. Může jít, o prolínání fází, prožívání několika fází současně a některé fáze se

²⁷ KÜBLER – ROSSOVÁ: op. cit.,79.

²⁸ KÜBLER – ROSSOVÁ: op. cit.,99.

²⁹ Srov. KÜBLER – ROSSOVÁ: op.cit.,100-101.

nemusi dostavit.... Také každý nemocný je individualita a tudíž jednotlivé a konkrétní projevy jsou rozličné.

1.2.4 Fenomén naděje v nemoci

Naděje hraje nesmírně důležitou úlohu v životě člověka. V odborné literatuře byl více méně tento pojem donedávna opomíjen. Důvodem může být, že se nedá popsat jako pojem, nedá se uchopit jako definice. Uchopitelné jsou spíše její vnější projevy. Psychiatrii ji nazývají – obranným mechanismem, který s různou intenzitou doprovází či prolíná již zmíněná stádia nemoci. Je to tedy možnost, která je zjevná a uplatňuje se v nouzi, zoufalství např. při sdělení vážné nemoci.

Jako definici můžeme použít: „Mít naději znamená očekávat, že budoucnost bude dobrá.“³⁰ Lze rozlišit dva základní druhy naděje:

„Prvním je každodenní naděje, tedy že události půjdou v očekávaném pořadí a budou mít očekávaný výsledek. Např. závažné onemocnění může být vyléčeno, lze ho přežít. Naděje na přežití je závislá na rozsahu onemocnění. Naděje zde má reálné východisko.“³¹

Jinou naději, lze zažívat u vážné nemoci, kdy lidé umírají a kteří žijí v naději, že smrtí jejich existence nezaniká. Tuto naději spíše můžeme vytušit z otázek nemocných na budoucnost, která je z lidského hlediska v tomto čase nemožná. Z vnějšího pohledu to vypadá, že nemocný ztratil reálný pohled na vážnost stavu. Je to pocit, že všechno musí mít nějaký význam a tyto úvahy naplňují světlem dlouhé dny na nemocničním lůžku. Toto dává vážně nemocnému pocit významného poslání, pocit, který pomáhá udržet určitou duševní pohodu, přestat další a další zákroky a vyšetření, kdy vše je tak únavné. „Pro někoho to občas v jistém smyslu bývá jakási racionalizace jeho utrpení, pro jiné je to forma dočasného, ale tolik potřebného popírání.“³²

Herbert Plügge hovoří o vyšší nadčasové naději. Obsahem této naděje je záchrana osoby. Tato naděje směřuje k dalšímu trvání osoby a proto je osobním aktem, je nejzávažnějším výrazem sebepotvrzení naší existence v dimenzích lidského subjektu v daném čase, a proto musí nutně lidské meze transcendovat.³³ „Naděje je pro člověka důležitá, protože umožňuje další život“.³⁴

Tento druh naděje vzniká v beznaději, tedy ztrátou, té první každodenní naděje. Paradoxně zhroucením této všední naděje lze získat naději, jejíž cíl je trvalý, ale pro nás

³⁰ HROUDA Vojtěch: Naděje v pastýřském rozhovoru, vikářská práce z ETF, 32.

³¹ VODVÁŘKA Pavel: Poznámky k bio. – psycho - sociálním problémům onkologie, Ostrava: Ostravská univerzita 1997,32.

³² KÜBLER-ROSSOVÁ Elizabeth: O smrti a umírání, Turnov: Arica, 1993, 123.

³³ Srov. PLÜGGE Herbert: O naději, Praha: Vyšehrad, 1971,241-254.

³⁴ HROUDA: op.cit.,11.

tajemný. Tato naděje se neupíná k reálným skutečnostem, k objektům, ale zabezpečuje budoucnost, pokračování života, který již z pozemského hlediska je ztracen.

Hrouda hovoří o „vějíř nadějí.“³⁵ Naděje se tedy mění, v postupujícím čase našeho života.

Takováto naděje se již netýká uzdravení, ale přehodnocení dosavadních přání a tužeb a nemocní prochází proměnou, která je posouvá výš, odhlédnutí od vlastního ega, osvobození od strachu z nemoci. Je to patrné v nalezení klidu a trpělivosti. „Doufat znamená vidět před sebou možnost.“³⁶

„Jde tedy o naději, která je zaměřena do budoucnosti, ale působí již v přítomnosti a v přítomnosti se uplatňuje.“³⁷ Někteří nemocní také mohou žít naději, že po smrti již není nic. Žádné bezesné noci, žádná bolest. Nic.

1.2.5 Pravda o nemoci v nemoci

Aby byla možná opravdová pomoc, je nutná pravda u lůžka nemocného. Na toto téma se vedla a vede řada diskusí. V době komunismu se aplikovala tzv. „milosrdná“ lež. Nemocný fakticky nebyl nikdy seznámen se skutečným průběhem nemoci. Nemocní byli ti poslední, se kterými se jejich stav konsultoval. Dnes víme, že prvotní příčinou nesdělení pravdy nebyl strach o pacienta, ale neschopnost zdravotnického personálu tuto realitu sdělit. Lež degradovala nemocné na pouhé objekty léčebných metod či procesů.

Dnes se sdělení pravdy stalo samozřejmou součástí praktické medicíny a to zejména po přijetí „Listiny základních práv a svobod, a etického kodexu Práv pacientů.“³⁸ V dnešní době se spíše řeší praktické otázky typu – kdo pravdu sdělí, komu je možno pravdu sdělit, kdy sdělujeme pravdu, jakým způsobem, na jakém místě...

Komu pravdu sdělit: Lékař nemá zákonnou povinnost, pacienta informovat. Pacient má ale právo na informaci, ale má také právo nechtít o své nemoci hovořit a totéž se týká i pravdy. Většinou ten, který má nemocnému sdělit pravdu posoudí, stav jeho psychiky, jeho zázemí apod. Obecně vzato by se měl pravdu dozvědět každý dospělý nemocný, který nemá psychické onemocnění. „Každý člověk svou nemoc, která se nezaměnitelným způsobem projevuje, unést musí.“³⁹ Jde spíše o skutečnost, zda říci pravdu najednou, nebo postupně a jak mu pomoci, aby pravdu unesl. Zde je úkol doprovázejících, aby na této cestě nešel umírající sám, sám se protloukal.

³⁵Srov. HROUDA: tamtéž, 10-12.

³⁶SVATOŠOVÁ Marie, Hospice a umění doprovázet, Praha: Ecce Homo, 1999,34.

³⁷Srov. VODVÁŘKA: op. cit., 33.

³⁸Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena: Lékařská etika, Praha: Karolinum, 1997, 84-89.

³⁹HAŠKOVCOVÁ: Lékařská etika, op. cit., 111.

Kdo má pravdu sdělit: V našich podmínkách se této role většinou zhostí lékař, který nese právní odpovědnost za nemocného. Může se stát, že určitou skutečnost řekne někdo jiný z týmu okolo nemocného – sestra, psycholog, kněz, rodinní příslušníci. Lékař má být o této skutečnosti vždy informován. Je jedna zásada a to, že pacient má právo na jednotný tok informací.

Kdy má být pravda sdělena: Obecně platí, že „pravda má být sdělena v čas, aby nedošlo k prodlevě léčby, nebo k jejímu odmítnutí.“⁴⁰ Určitě je ideální, pokud je pacient již „připraven“, tedy ve fázi vnitřního přijetí. Někdy je ovšem nevyhnutelné sdělit pravdu, i když pacient ještě není připraven na přijetí. Takovému nemocnému je nutno věnovat zvýšenou pozornost. Prakticky není dobré sdělovat tuto informaci ve večerních hodinách, kdy tma působí pesimisticky a ubírá na naději.

Jak pravdu říci - co říci: Zde nejde jen přesně popsat lokalitu onemocnění a zákroky, které budou následovat, ale také se to týká prognózy do budoucna. I když je onemocnění považováno za nevléčitelné, není jakkoliv možné, aby těmto nemocným byla upřena naděje. Ve sdělování nemoci musí být ohleduplnost, soucit, naděje, musí se přihlížet k individuálním potřebám a možnostem. Je nutné hovořit tak, aby nemocný pochopil, co je mu sdělováno, dát mu čas na pochopení a trpělivě zodpovědět všechny otázky. Reálná naděje je nedílná součástí sdělení pravdy a nemocný na ni při tomto rozhovoru čeká.

Kde pravdu říci: Stále je možné vidět vážné hovory vedené na nemocničních chodbách, při vizitách na nemocničních pokojích, kde jsou další pacienti, kteří pak mají potřebu vyřčené okomentovat. Je to závažný postoj, který snižuje důstojnost člověka i vážnost sdělovaného. Ne všude je možnost hovorny, ale v každém zařízení jsou vyšetřovny či lékařské pokoje, kde je možné zajistit alespoň základní intimitu, která nepochybně patří k takovému okamžiku. Neposkytnutím pravdivé informace, se může nemocný připravit o svátost pomazání nemocných, která je vrcholným okamžikem v životě věřícího člověka.

Dospělý nemocný by měl být informován jako první a dále rozhodovat, komu tato skutečnost může být sdělena. Rodinná situace nemusí být jednoduchá a mnohdy se může obrátit v neprospěch vážně nemocného.

Poskytnutí pravdivé informace je základním stavebním kamenem ve vztahu mezi ošetřovatelským týmem a pacientem, na kterém se bude dále budovat struktura pomoci, pochopení a důvěry.

⁴⁰VODVÁŘKA Pavel: Poznámky k bio – psycho - sociálním problémům onkologie, Ostrava: Ostravská universita 1997,36.

1.3 Ježíšova péče o nemocné

V evangeliích se nachází asi dvacet příběhů o uzdravení.⁴¹ Evangelisté při vyprávění o zázracích používají lidový způsob vyprávění, kde hovoří o divuhodné události a o osobě konající zázrak. „Jistě, tyto perikopy jsou určitým způsobem typizovány, přesto není správné tvrdit, že jsou to texty připravené dodatečně, aby doplnily Ježíšovo působení.“⁴² Vyprávění o uzdravení se dnes uznávají jako popis typické Ježíšovy činnosti, neboť i on sám o nich hovoří.⁴³ „Z historického hlediska je důležité to, co říká sám Ježíš, než to, co pak tvrdí v komentáři nebo v popisu nějaké události evangelista.“⁴⁴ Evangelisté nám však dávají možnost setkat se s Ježíšem v evangeliích jako s tím, který léčí nemocné, těší zarmoucené, vnáší světlo do temnoty. „Jeho poslání by se dalo charakterizovat jako služba Učitele a Lékaře těla i ducha.“⁴⁵

Péče o nemocné tvoří součást základního programu, se kterým Ježíš seznamuje v Nazaretě.⁴⁶ V 18 verši Lukášova evangelia je možno vidět různé nemoci, od kterých Ježíš osvobozuje: tělesná nemoc (slepčům navrácení zraku), vnitřní poranění (hřích, nesvoboda), duchovní spoutanost. Tato skutečnost poukazuje na fakt, že Ježíš přichází odstranit různé následky hříchu či zla a „tak demonstruje svou moc na různých rovinách lidské existence, vždyť s Ježíšem přichází samotné Boží království (Mk 1,15), které se nutně setkává se zlem ve vítězném boji.“⁴⁷ Nemoc je tedy chápána jako zlo připisované ďáblu (Lk 1 3,16), ovšem nehovoří o skutečnosti, že každá nemoc je v důsledku osobního hříchu (Jan 9,3).

Lukášovo evangelium poukazuje na skutečnost, že prvořadým terapeutickým úkolem Krista je hlásání evangelia a uzdravování je jeho součástí. Obě tyto činnosti spolu bezprostředně souvisí a je jimi prezentováno Boží království. „Péče o nemocné je podřízena základní misi soteriologické, spásonosné.“⁴⁸ Ježíš tedy nepřichází „jen“ uzdravovat, ale především hlásat evangelium, které má v důsledku vést ke spáse člověka a totéž pověření dostávají také učedníci (Lk 9,1-3).

Nemocní v Ježíšově době jsou představováni jako ti, kteří se nachází ve velkých tělesných problémech. Matouš (9, 36) hovoří o zástupech, které se tlačí ke Kristu, a tím umocňuje tuto skutečnost. Především Lukáš hovoří o velké moci, která „z něho vycházela a uzdravovala všechny“ (Lk 6,19) a je zde tedy vyjádřena Ježíšova moc nad veškerou

⁴¹ Srov. Mt 9,27-31, 9, 32—34, Lk 13,10-17, 17, 11-19, Mk 1, 29-31, 3,1-6, Jan 9,1-12.

⁴² GNILKA Joachim: Ježíš Nazaretský – poselství a historie, Praha: Vyšehrad, 2001,106.

⁴³ Srov. Mt 11,21-23,Lk 10,13-15.

⁴⁴ POSPÍŠIL Ctirad Václav: Teologie služby, Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství 2002,91.

⁴⁵ POSPÍŠIL: op. cit., 90.

⁴⁶ Lk, 4,18-27.

⁴⁷ SCARANO Angelo: Ježíšův vztah k nemocným, in: MKR Communio 1,2008,13.

⁴⁸ SCARANO:op.cit.14.

lidskou nemocí a nemohoucností. Právě Lukáš, na rozdíl od ostatních, hovoří o nemoci ve spojitosti s působením ďábla a o přesažnosti Boží moci nad mocí zla (Lk 6,18).

Ježíš se ujímá lidí na okraji společnosti, lidí odvržených, tedy všech nemocných (duševně, tělesně i hříšníků). Důvod říká samotný Ježíš: „Lékaře nepotřebují zdraví, ale nemocní.“⁴⁹ Evangelisté nemluví o Ježíšových pocitech, ale spíše z vnějších projevů můžeme vytušit vnitřní postoj. To co je viditelné, je lidský přístup k nemocným, samozřejmě zároveň božský.

Teologové ukazují na aspekty, které vedou Ježíše k péči o nemocné.⁵⁰

- **Lítost, empatie, soucítění**

Právě lítost a empatie jsou tím impulsem, který přivádí Krista a on uzdravuje nejen jednotlivé nemocné (např. malomocné), ale celé zástupy potřebných. Zde se jedná o dokonalost v empatii. Nejde tedy o uzdravení, jako projev moci, ale „On je Služebníkem Hospodinovým, který na sebe bere naše bolesti, nemoci a také naše provinny (Iz 53,4-5).“⁵¹ Empatie nebo lítost ale vychází zejména z lásky.

- **Láska**

V Lk 9,13- říká Kristus: „Milosrdenství chci, a ne obět“. Zde je tedy odhalena podstata jeho záměru, vůči potřebným. Milosrdenství jako projev lásky k bližním a zároveň k Otci. Ježíš tímto plní základní poslání a to je „přinést všem lidem život skrze evangelium (Mk1,38) a tak plnit Otcovu vůli (Jan 4,34). Ježíš uzdravuje i přes odpor ze strany zákoníků (Lk12,14), není tedy projevem vlastního prospěchu, ale upřednostňuje prospěch druhého před vlastním.“⁵² „Ježíš tak zjevuje, že Boží láska k člověku je silnější než provinění, zrada i nežli nenávisť, jež přivedla nazaretského Mistra na kříž.“⁵³

Zásadní je zde podobenství O milosrdném Samaritánovi (Lk10,29-37). V souvislosti s tímto podobenstvím Pospíšil užívá pojmu *univerzální zaměření*.⁵⁴ Ježíš tímto podobenstvím reflektuje na otázku, kdo je můj bližní a tehdejší posluchači dostali šokující odpověď: Milovat i své nepřátele. Skutečná láska ovšem není jen cit či sympatie, ale vůle chtít a konat pro druhé dobro.

⁴⁹ Mt 9,12

⁵⁰ Srov. SCARANO: tamtéž,16-18,POSPÍŠIL:tamtéž,92-98.

⁵¹ POSPÍŠIL: op.cit.,94.

⁵² SCARANO Angelo.: Ježíšův vztah k nemocným, in: MKR Communio 1 (2008),17.

⁵³ POSPÍŠIL:op.cit.94.

⁵⁴ Srov. POSPÍŠIL, tamtéž, 97.

- **Pokora**

V Matoušově evangeliu čteme: „Syn člověka nepřišel, aby si dal sloužit, ale aby sloužil“.⁵⁵ Jde tedy o pokoru ve službě. Ježíš se setkává s nemocným, jde k němu blízko, sklání se k němu, je tedy jeho bližní. Ve stejném evangeliu se píše: „On slabosti naše na sebe vzal a nemoci nesl.“⁵⁶ Nejde tedy pouze o slova, protože Ježíš na sebe skutečně vzal utrpení, potupu, i smrt, a proto „ve všech těchto situacích nemusí být člověk sám, protože skrze Ježíše Krista je Bůh v tom všem jako soucítící spolu s ním.“⁵⁷ „Pokud Ježíšovo označení Emmanuel znamená Bůh s námi, tak můžeme jít ještě dále a tvrdit, že toto jméno znamená Bůh s nemocnými.“⁵⁸

- **Citlivost**

Opět z Matoušova evangelia se dozvídáme o Kristově mírnosti a jemnosti.⁵⁹ „U Ježíše se ovšem tento postoj snoubí s rozhodností: neváhá, nepropadá pochybnostem a nejistotám, jak jednat tváří v tvář nemocnému.“⁶⁰ Toto je patrné také skrze jemné oslovení, nebo povzbuzení.⁶¹

Aby Kristus nesl nový život zarmouceným, nemocným a jinak strádajícím, byl k tomuto uschopněn Duchem svatým (Lk 4,18). Lukáš říká: „Moc Páně byla s ní, aby uzdravoval“ (Lk5,17). Z toho vyplývá, že Ježíš byl obdarován darem uzdravování a byl v tomto podřízen Otci.⁶² Syn má ovšem sám v sobě moc, proto může zázrak vykonat. Tato skutečnost posouvá péči o nemocné do role „služby Boží“, tedy v Božím duchu. „Na této službě se projevovalo jeho plné lidství, ale také jeho Božská moc.“⁶³

1.3.1 Jak Kristus uzdravuje

Písmo nám prozrazuje jedinečnost a osobitost uzdravování. „Většinou neprobíhá nějaké výrazné gesto, či medicínské praktiky, často se uzdravení děje pouhým příkazem, zcela chybí předchozí tresty či zázračná představení.“⁶⁴ Co je zřejmé, je jednoduchost či uzdravující slovo. On je skutečně tím, kdo uzdraví ty, kdo jej prosí s upřímným srdcem (Mk 9,24). Samotné jednání s nemocnými a styl uzdravování jsou velmi prosté, přesto jsou odlišné mezi sebou.

⁵⁵ Mt 20,28, také Fil.2, 6-8.

⁵⁶ Mt 8,17.

⁵⁷ POSPÍŠIL: op. cit.,95.

⁵⁸ SCARANO: op. cit., 18.

⁵⁹ Mt, 12,19-20, Mt 11,28-29.

⁶⁰ SCARANO: op. cit.,18.

⁶¹ Lk8,54, Lk8, 50,5.

⁶² Jan 5, 19.

⁶³ SCARANO: op. cit., 19.

⁶⁴ Srov. TRILLING Wolfgang: Hledání historického Ježíše, Praha: Vyšehrad, 103-104.

K setkání s nemocnými dochází dvojím způsobem: Jednak Ježíš přichází za nemocnými⁶⁵, nemocní přicházejí za Ježíšem, nebo jsou za ním přineseni. Není nemožné i uzdravení na dálku (Jan 4,50). Předpokladem uzdravení je víra ze strany nemocného. „Tedy ona otevřenost srdce ze strany člověka vůči Bohu, který jako první v lásce a důvěře, otevírá své srdce člověku.“⁶⁶ Lze těžko rozlišit, zda jde o víru „jen“ k uzdravení, nebo v něm vidí nositele spásy, který zachrání celého člověka. „Zázraky a především podivuhodná uzdravení jsou znamením Ježíšova mesiášského a spasitelského poslání, které je v zásadě zaměřeno k integrálnímu uzdravení člověka.“⁶⁷ Proto tedy požadavek víry.

Kristus při aktu uzdravení užívá viditelných vnějších projevů, které jsou označovány jako znamení. Jedná se o dotek celého člověka (Mt1,41), dotek nemocné části (očí, ucha), dotek dvou nemocných částí spolu s pohlédnutím k nebi a povzdech (Mk7,33). Dále se jedná o vztahování rukou, uchopení za ruku, potřetí slinou a vkládání rukou, či potřetí očí slepého.

Dalším Ježíšovým znamením je slovo, kterým promlouvá před uzdravením, při uzdravení, nebo po něm. Ježíš navazuje kontakt s nemocným většinou otázkou nebo povzbuzujícími slovy. „Co chcete, abych udělal?“ (Lk18,41). „Chceš být zdrav?“ (Jan 5,6). Otázky jsou zřejmě položeny právě k uvědomění si víry v Ježíše a jeho moc. Povzbuzuje pak výrazy jako „neboj se, měj odvalu, buď dobré mysli“. Tyto výroky nejsou jen povzbuzením, ale příslibem Božího zásahu.

Následná péče o nemocného je minimální, jde spíše o slova ujištění a poslání. „Vezmi své lůžko a jdi domů“ (Lk5,2). „Buď dobré mysli, dcero, tvá víra tě zachránila“ (Mt 9,22.) Zvláště působí především pokyny o nešíření uzdravujících zázraků. Toto vypovídá o Ježíšově poslání. „Nikoliv skrze popularitu a laciný obdiv, ale poslušnost, utrpení a smrt na kříži, to je Kristovo poslání.“⁶⁸

Význam uzdravení je v tomto ohledu důležitější než samotný zázrak. „Zázraky dosáhnou svého pravého cíle právě tehdy, když lidé správně pochopí jejich smysl a přijmou je.“⁶⁹ Tato skutečnost poukazuje na Ježíše jako Mesiáše, tedy nově přicházející království Boží (Lk 9,2), a jeho již reálné působení skrze Ježíšova slova a činy. „Uzdravení jsou zde chápána jako důkaz vítězství Boha nad zlem, projevující se také skrze nemoc.“⁷⁰

⁶⁵ např. Mt 8, 14-15.

⁶⁶ POSPÍŠIL Ctirad Václav: Teologie služby, Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002,96.

⁶⁷ POSPÍŠIL:op.cit.96.

⁶⁸ Srov. SCARANO: tamtéž, 24.

⁶⁹ TRILLING Wolfgang: Hledání historického Ježíše, Vyšehrad Praha 1993, 107.

⁷⁰Srov. GNILKA: tamtéž, 121.

Cílem Ježíšovy péče o nemocné není pouze uzdravení tělesné, ale uzdravení celkové. Jako výstižný je předkládán příběh o uzdravení deseti malomocných (Lk17,11-19).⁷¹ Z deseti uzdravených se vrací poděkovat pouze Samaritán a jemu patří Ježíšova slova: „Jdi, tvá víra tě zachránila“. Uzdravených bylo ale deset. Těch se týká ale „pouze“ tělesné uzdravení. Samaritán přijal plnost uzdravení tedy i na rovině duchovní a právě díky víře, skrze kterou pochopil. „Víra se tedy v ideálním případě nezastaví u fyzického uzdravení, je víc než pouhou důvěrou v Ježíšovu uzdravující moc: je totiž souhlasem s jeho slovem, které přináší záchranu celému člověku.“⁷²

Kristu ale nejde jenom o duši. Tělesné dobro bere vážně, jeho péče je věnována celému člověku, přijímá ho takového jaký je, i s jeho nemocemi a počítá s ním v plánu spásy.

V Jak.5, 14-15 se dozvídáme o praxi první církve v péči o nemocné. První církev tedy záhy pochopila, kde je její místo a působení a péči o nemocné věnuje velkou pozornost po vzoru Krista v jeho jménu.

Ježíšova péče o nemohoucí a trpící je burcující pro každého křesťana. On je tou veličinou, která nás přivádí za nemocnými. On však není jen ten, který zprostředkovává a kterého tak máme napodobovat, on je ten který je Láskou, Pokorou, Solidaritou. Pro nás je to zavazující, ale pokud je „služba nemocným a potřebným konána kontemplativním člověkem, stává se zároveň bohoslužbou.“⁷³ Je nutno dát sebe, svou lásku, mírnost a pokoru a zároveň „přinést“ Krista lékaře a být případným zprostředkovatelem Boha pro nemocného, být bratrem. Pak záleží na nemocném, zda je ochotný otevřít srdce pro onu uzdravující moc Spasitelovu.

1.4 Bolest

Bolest je základní zkušeností člověka, setkává se s ní po celý život a doprovází mezní okamžiky lidského života. O bolesti druhého se dozvíme pouze tehdy, pokud nás o tomto informuje. V obecné rovině není rozlišeno, zda se jedná o bolest fyzickou, psychickou nebo duchovní. Už z tohoto vyplývá jednota fyzického, psychického a duchovního. Bolest v jedné z těchto dimenzí ovlivňuje zbývající. Naopak bolest v jedné dimenzi lze ovlivnit z ostatních.

1.4.1 Biologická bolest

To co způsobuje utrpení je vnímáno s obavami a především u bolesti těla, je tento strach nejjasněji rozpoznatelný.

⁷¹ Srov. SCARANO: tamtéž, 27.

⁷² GNILKA: op. cit., 121.

⁷³ POSPÍŠIL: op. cit., 95.

Bolest je komplexní prožitek. Jde zde o signál, který oznamuje, že něco není v pořádku. V podstatě jde o varovný systém, který může být i život zachraňující. Toto je velmi důležité při akutní bolesti. U projevů bolesti při nevléčitelné nemoci nejde o ochranný prvek, ale následek terminálního onemocnění. Jde o bolest chronickou, která zasahuje všechny dimenze člověka a má vysilující tendence, které neumožňují nemocnému zabývat se ničím jiným, a vyžaduje okamžitou pozornost.

„Časový průběh bolesti je velmi důležitý pro určení psychologického účinku na organismus. Akutní bolest, která má většinou přesně určitelnou příčinu, je časově ohraničená a vymizí při zahojení. Vyznačuje se náhlým začátkem (fázická složka). Chronická bolest (neuralgie) může začít také akutní bolestí, ale zde se přidává i složka tonická. Tato bolest může ještě dlouho přetrvávat, i když primární zranění bylo zhojeno.“⁷⁴ Tato bolest nejenže přetrvává, ale může se šířit i do okolních oblastí. Proto je nutno vědět, že tato fáze nemoci může být doprovázena depresemi a úzkostí.

Bolest je každým člověkem vnímána jinak a je proto nezbytně nutné člověku s nevléčitelnou nemocí věřit, že trpí. Lidskou bolest jakéhokoliv charakteru je nutné respektovat a nezlehčovat ji. Někdo je schopný bolest snášet, jiný nikoliv.

„Úleva od bolesti je proces, jímž se oslabuje vnímaná intenzita bolesti. Analgesie je stav, kterým je snižována citlivost k poškozující stimulaci.“⁷⁵

Bolest je nejčastějším příznakem u onkologicky nemocných. Postihuje více jak 1/3 nemocných. Mírná až krutá bolest se vyskytuje až u 2/3 nemocných v pozdějších fázích onemocnění. Bolest má nesmírnou odezvu na kvalitu života. Bolest bývá často léčena nedostatečně, což může vést k až k úvahám o sebevraždě, eutanazii. „Metody regulující bolest se u terminálních chorob liší od metod, kterých je zapotřebí u jiných nemocí a patrně nejběžnější důvod, proč takovou bolest nezvládáme je skutečnost, že se tento rozdíl opomene a neuváží.“⁷⁶ Je zde tedy patrné, že je většinou na zkušenosti a vědomostech lékaře, zda je bolest dostatečně zvládnuta.

„Z výše uvedeného vyplývá, že kvalitní kompenzace fyzické bolesti je prvořadým úkolem paliativní péče, kterou nenahradí sebelepší péče pastorační či jiná.“⁷⁷

⁷⁴Srov. VODVÁŘKA: op. cit., 42-43.

⁷⁵VODVÁŘKA: op. cit., 44.

⁷⁶POLLARD Briand: Eutanazie ano či ne? Praha: Dita, 1996,35.

⁷⁷OPATRŇY Aleš: Pastorační péče v méně obvyklých situacích, http://www.knihovna.net/KNIHA/0054_t01.htm.(14.9.2010),5.

1.4.2 Psychologická bolest – utrpení

Pojem utrpení je možno chápat, jako absenci něčeho důležitého, příjemného, potřebného pro náš život. „Utrpení nastává, když je příčina tak silná nebo tak vytrvalá, až lidé cítí, že to ohrožuje jejich pohodu nebo dokonce život.“⁷⁸

Nevyléčitelná nemoc tedy nezpůsobuje „pouze“ utrpení těla, ale také utrpení srdce, jako je zakoušená samota a nepochopení. Utrpení duševní, které může nemocný zažívat v podobě strachu o svůj život, které mohou doprovázet, deprese nebo nezájem o okolí...

Dále je u nemocného možno rozpoznat utrpení sociální, tedy neschopnost navazovat vztahy a udržet stávající, což může vést až k izolaci. „Utrpení ducha je pak spojené s vnitřní prázdnotou, pocitem viny, s nesnází odpustit bližnímu nebo sobě, s neschopností realizovat své tužby, s pocitem neužitečnosti, s odcizením Bohu, bližním i sobě samému.“⁷⁹

Utrpení samo o sobě nemá jasně definovatelné symptomy. Může se projevat jako žal, smutek, melancholie, vztek...

V obecné rovině se však může utrpení považovat jako pozitivní záležitost. Tak jak je nesmírně důležitá funkce citlivosti organismu na bolest, totéž je v rovině psychické bolesti. Pokud by byla její absence, byla by to také absence pevných a hlubokých mezilidských vztahů, solidarity.

„Avšak na této úrovni se také objevuje utrpení, jež lze považovat za určité funkční selhání přírody. Často je odloučení od milovaného člověka nevyhnutelné a utrpení z takového odloučení pak již nemůžeme považovat za pozitivní.“⁸⁰ Bezprostředně zde utrpení tedy nemá žádný zřejmý pozitivní význam pro lidské soužití.

1.4.3 Smysl utrpení – má utrpení smysl?

Nemocný si často klade otázku po smyslu utrpení a zaznívá zde pochybnost: „Proč?, proč právě já?

Skutečnost kdy člověk neví, proč má bolest a utrpení snášet, může vést k rezignaci a zoufalství. Člověk vydrží neuvěřitelně mnoho, pokud vidí smysluplnost tohoto dění. Pokud tomu tak není, když ztrácí naději, cítí se být zasažen v nejhlubším nitru.

„Pravé neštěstí pak nepřichází zvenčí, ale tím, že člověk nemůže v bolesti a utrpení vidět žádný smysl.“⁸¹

Guillén hovoří o utrpení prostřednictvím nemoci jako o skutečnosti, „kdy si nemocný uvědomuje své vlastní meze a realitu ostatních.“⁸² Člověk je tak konfrontován se skutečností,

⁷⁸ POLLARD Briand: op. cit., 89.

⁷⁹ PANGRAZZI Arnoldo: Proč právě já? Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997, 9.

⁸⁰ ROTTER Hans: Důstojnost lidského života, Praha: Vyšehrad, 1999,72.

⁸¹ ROTTER:op.cit,73.

⁸² GUILLÉN Diego Garcia: Ohledně dějin nemoci, in MKR Communio2008,101.

kteřá mu byla cizí, na kterou nemyslel. Jeho představy o sobě o své sebevládě, se najednou rozplývají. „Utrpení a nemoc pak působí jako principy reality, které smiřují člověka s jeho vlastním obrazem. Člověk se tak stává reálnější, opravdovější.“⁸³

Moderní člověk podle Lukasové⁸⁴ není schopen akceptace utrpení, což může vyústit v krizi, která má pouze tři možnosti pomoci:

- „a) víra a důvěra v Boha
- b) soucit a pochopení nejbližšího okolí
- c) vlastní stabilní naplnění smyslu.“⁸⁵

Lukasová uvádí první dvě možnosti jako spíše nepravděpodobné a největší váhu přenáší na psychoterapeuta a snahu k naplnění smyslu. Domnívám se ale, že pravé nalezení smyslu (tedy možnost třetí) přivádí člověka k první možnosti a to je možno uskutečnit skrze možnost druhou. Utrpení tak může být impulsem pro otevřenost vůči Bohu. Nemocný může poznat, že je sám ubohý a potřebuje pomoc, ale že i tak jeho život má smysl, pokud ho svěřít do Božích rukou. „Tato skutečnost sounáležitosti s Bohem v utrpení je snad jedinou možností, jak nalézt smysl v nejhorších situacích.“⁸⁶ Kde má ale vzít sílu k takovému jednání? Jak i v utrpení vidět a věřit v Boží lásku? První nutností je péče a láska okolí. Nebýt opuštěný. Tedy úkol pro nás všechny v Božím plánu. Druhou potřebou je pohled na život a smrt Ježíše Krista. „Pánův kříž je nejsilnějším svědectvím toho, že utrpení nemusí být nesmyslné, nýbrž se může stát tím nejsmysluplnějším, co se ve světových dějinách vůbec vyskytlo a vyskytuje.“⁸⁷ Kristus ukázal, že smrt nemá smysl sama o sobě, ale tento smysl se může uskutečnit prostřednictvím utrpení. Zde je důležitým momentem víra. Víra, která dává přesvědčení, že přijmout utrpení má smysl na cestě spásy a na cestě k Bohu.

Frankl ve své Logopedii,⁸⁸ hovoří o smyslu utrpení, které dává do kontrastu k propastné nesmyslnosti mnohých životů. V utrpení je možno uvědomit si tuto nesmyslnost. „Pochopením této nesmyslnosti vyrůstá však tento člověk ještě ve svých posledních hodinách daleko nad sebe sama, k vnitřní velikosti, která posvěcuje zpětně celý jeho dosavadní život – přes jeho zdánlivou marnost, k něčemu smysluplnému.“⁸⁹ Život tak může paradoxně získat smysl ve smrti.

⁸³Srov. GUILLÉN: op. cit., 101.

⁸⁴Srov. LUKASOVÁ Elisabeth: I tvoje utrpení má smysl: Brno, Cesta Brno 1998,64-65.

⁸⁵ LUKASOVÁ: op. cit., 64.

⁸⁶ Srov. ROTTER: tamtéž, 73.

⁸⁷ ROTTER: op. cit., 76.

⁸⁸ Více bude pojednáno v samostatné kapitole....

⁸⁹ FRANKL: op. cit., 107.

1.4.4 Prožívané utrpení ve vztahu k Bohu

Přestože utrpení je pro nás tajemstvím a není v naší moci toto pochopit, potřeba nemocných se touto myšlenkou zabývat je nanejvýš potřebná. Pro postoj těžce nemocného člověka k utrpení je významný jeho vztah k Bohu, „respektive obrazu Boha, k němuž ve svém spirituálním vývoji dospěl. V tomto směru se někdy podaří pomoci nemocnému získat nový vhled, prožít novou konverzi a navázat hlubší vztah.“⁹⁰

Věřící lidé, kteří prožívají utrpení spojené s vážnou nemocí, zauímají metafyzické postoje. Slabý popisuje čtyři typy:⁹¹

První forma je označena jako „*pro Deo*.“ Nemocný zde ospravedlňuje Boha, jako spravedlivého, který dopouští utrpení z důvodů výchovných. Je to možno opřít o pevnou biblickou tradici. Např.: „Ano zkoušel jsi nás, Bože, protřibil jsi nás, jako se tříbí stříbro.“⁹² Tato skutečnost má v důsledku vést k očistě a zlepšení člověka. Je zde možno rozpoznat starozákonní pohled na Boha. SZ nám ukazuje, že z pohledu tehdejších lidí, byl Bůh na straně těch, kteří byli spravedliví, zbožní a pokud byl některý z nich nemocný či trpěl, bylo to z důvodu odvrácení se Boha, pro nějaký hřích. „Obhajoba, která vychází z obrazu Boha jako soudce, redukuje lidské chápání Boha na ručitele mravního řádu, který odměňuje dobro a trestá zlo.“⁹³ Nemocný, upoutaný na lůžku, má čas přemýšlet, vrací se do minulosti, uvažuje o budoucnosti. Nemoc může vést ke změně a stát se příležitostí zaujmout hlubší hodnoty. „Utrpení však nepřivádí vždy ke zralosti. Někdy člověka zlomí, místo aby jej napravilo.“⁹⁴ Tady vidíme velmi nelehkou situaci jak pro nemocné, který příčinu nemoci vidí v sobě, tak pro ty, kteří nemocného doprovází. Toto se odráží zejména v pasivitě. Pasivně přijímá utrpení, neboť se domnívá, že je to v souladu s Boží vůlí. Tento postoj může však vést k rezignaci a nemocný není schopen uvědomit si velikost daru Boží lásky.

Druhá skupina postojů se nazývá „*contra Deum*.“ Tato i předchozí forma vidí příčinu utrpení v Bohu. Zde ale primární příčinou není nemocný, ale samotný Bůh. Prožívání nemoci může vyvolat v nemocném „zklamání nadějí, které vkládal do svých představ o Bohu.“⁹⁵ Jde o přesvědčení, že dobrý způsob života a pravidelná účast na mši je zárukou toho, že bolest nebude zakoušet. Vždyť evangelium říká: „Proste a dostanete, hledejte a naleznete, tlučte a bude Vám otevřeno.“⁹⁶ Jsou tedy prosby neúčinné? „Bohu musíme ponechat svobodu, aby byl Bohem: pravá prosba nám má pomáhat přijímat způsob, kterým se nám Bůh zjevuje.“⁹⁷ Ve

⁹⁰ SLABÝ Adolf: Pastorální medicína a zdravotní etika, Praha: UK, 1991, 177.

⁹¹ Srov. SLABÝ Adolf: Pastorální medicína a zdravotní etika, Praha: UK, 1991, 177-181.

⁹² Dt 8,5.

⁹³ SLABÝ: op. cit., 177.

⁹⁴ PANGRAZZI Arnoldo: Proč právě já? Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, 1997,42.

⁹⁵ SLABÝ: op. cit., 179.

⁹⁶ Mt 7, 7-8.

⁹⁷ PANGRAZZI: op. cit., 44.

svých prosbách sdělujeme Bohu své potřeby, obavy a touhy a tím se mu přibližujeme, abychom se s nemocí vyrovnali a nabyli pokoje. Utrpení může být do jisté míry zkouškou víry, kdy nemocný může zakoušet vinu ze svých pocitů. Nemocný se může uzavřít do těchto svých prožitků a projevovat jistou agresi vůči okolí a svým nejbližším i vůči sobě. Jedinou možnou pomocí zde není vyvracet pacientovy argumenty, ale trpělivě vytrvat u jeho lůžka, aby nemocný neupadl do izolace. „Vědomí, že je přesto akceptován jako lidská osoba mu pomáhá věřit, že i Bůh ho takto akceptuje.“⁹⁸

Při hledání smyslu svého utrpení je patrná forma nazvaná „*ad Deum*“. Jde o přímé oslovení Boha a důvodem je volání o pomoc. Tento bezprostřední impuls vůči živému Bohu je výsledkem reality, při zachování úcty k Bohu. „Trpící člověk Boha vzývá, přijímá jeho vůli, prosí o záchranu a vysvobození.“⁹⁹ Tato forma nebývá trvalá, týká se období nebo chvílí.

Posledním postojem k utrpení je „*cum Deo*“, která vychází ze zkušenosti Boha jako spojence v utrpení. Je zde schopnost vnímat Boží lásku, solidaritu s utrpením lidí. Ježíš ukazuje, že nemoc a utrpení jsou zlo a proto „uzdravoval nemocné bez ohledu na jejich zásluhy.“¹⁰⁰ Nejde tedy o to lpět na utrpení jako přijetí Boží vůle. Přijetí vůle Boha znamená, že utrpení nemá poslední slovo.

1.5 Umírání a smrt

Jestliže je něco typické pro toto století z hlediska smrti, tak skutečnost její tabuizace. Z pochopitelných důvodů toto vzniká v poválečné době, ale tato tendence nepominula, naopak lidé se dnes obávají smrti více než v předchozích obdobích. Haškovcová tuto skutečnost dává do souvislosti s tzv. detabuizací sexu. Sex evokuje v prožitku slast. Smrt naopak strach. „Čím větší je prožívaná nebo očekávaná slast z erotiky a sexu, tím větší je tušená strast smrti.“¹⁰¹ V minulosti lidé brali život a smrt jako přirozenou součást života, jako úděl, dnes uvědomění si smrti přináší paniku a totální negaci.

I přes pokročilost různých zákroků, léků a léčebných metod, jsou dnešní lidé konfrontováni s nemocí, utrpením a smrtí, buď sami, nebo u svých přátel, příbuzných. Dlouhodobá tabuizace smrti je pro nemocné těžké v hledání pomoci, řešení či možnosti profesionálního zásahu. Především v posledních deseti letech však dochází ke zvýšenému a otevřenému zájmu o tuto problematiku. Dlouhá doba ignorace a mlčení o tomto problému, přiváděla smrtelně nemocné do rukou různých „léčitelů“ či sekt. Tato problematika je však medializovaná především v konfrontaci s euthanasií, která se spíše ukazuje jako „řešení“ při nezvládnutí paliativní péče.

⁹⁸ SLABÝ: op. cit., 180.

⁹⁹ SLABÝ: op. cit., 180.

¹⁰⁰ SLABÝ: op. cit., 181.

¹⁰¹ HAŠKOVCOVÁ Helena: Lékařská etika, Praha: Karolinum, 1997, 149.

„Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Terminální stav je ten, při kterém dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, životních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt. Terminální stav je většinou považuje jako vlastní umírání. Umírání se ale v žádném případě nemůže redukovat pouze na terminální stav.“¹⁰²

Umírání je chápáno především jako proces, který je proměnný v čase. Tímto termínem se fakticky označuje delší či kratší časové období, které je zakončeno terminálním stavem. Někteří odborníci rozdělují tento proces na tři časově nestejná, ale výrazná období: „*pre finem, in finem, post finem*.“¹⁰³

Období *pre finem* se dá datovat momentem, kdy vejde v patrnost skutečnost vážné a patrně nevyлéčitelné nemoci. Smrt je zde v průběhu času předpokládána. Zásadní snahou lékařského týmu je remise, nebo alespoň zmírnění obtíží vážně nemocného.

Základním postojem doprovázejících z týmu těch, kteří pečují o takto nemocného pacienta je uchránit jej od smrti tzv. „sociální a psychické.“¹⁰⁴ Je nutno ubezpečit umírajícího, že nejen jeho tělo dostane dostatečnou pozornost. Psychická rezignace, prožívání beznaděje, může znamenat urychlení smrti fyzické a de facto to znamená selhání v paliativní péči. Pokud má nemocný širokou síť přátel a rodiny, mělo by být o toto dobře postaráno. Ze zkušenosti samozřejmě víme, že ale ne vždy, i přes rozsáhlé příbuzenstvo, tomu tak je. Ale i ten, který je „sám“, nemá v takovéto okamžiky, zůstat bez povšimnutí. S tímto je spojena tzv. „sociální role lékaře“, jakéhosi koordinátora pro sociální zajištění pacientovy pohody.

„Pacient začíná umírat ve vlastním slova smyslu, tehdy, když si to uvědomí.“¹⁰⁵

S tímto také souvisí emoční podpora, kterou je nutno po dobu nemoci zajistit. V této době nemocní často volí formu otevřeného rozhovoru o své situaci a to s jediným přáním, najít nějaké východisko pro své pocity a potřeby. Je nutné vědět, zda nemocný má takového člověka, ať již z řad zdravotnického personálu nebo u jiných pomáhajících profesí.

In finem je shodná s lékařským termínem tzv. terminálního stavu. V době časově již vzdálené (do poloviny dvacátého století) pečovala o nemocné a umírající především rodina a péče byla tak zejména laická. Pouze někteří měli možnost lékařského ošetření. Umírání doma mělo jasná pravidla, každý z příbuzných měl určitou roli. I umírající věděl co bude následovat, protože on jakožto živý, byl u smrti někoho z blízkých. Z generace na generaci přecházela zkušenost jak pečovat, ale také co je to umírání a smrt v reálné skutečnosti. Již

¹⁰² HAŠKOVCOVÁ: op. cit.,150.

¹⁰³ Např. BLUMENTHAL-BARBY Key: Kapitoly z thanatologie, Praha: Avicenum, 1987.

¹⁰⁴ HAŠKOVCOVÁ:op.cit.151.

¹⁰⁵ VODVÁŘKA Pavel: K Bio – psycho- sociální problematice onkologie, Ostrava: OU 1997,61.

jako dítě vnímali lidé atmosféru, učilo se jako přijímat smrt, poznávalo roli, kterou bude mít jako osoba doprovázející a pomáhající a jednou jako ten, který má život u konce. Tehdy si lidé nemuseli klást otázky ohledně psychické podpory strádajícího. Osobní zkušenost nahradila veškerou teorii.

Umírající zpravidla věděl, že zemře a proto mohl svolat všechny, se kterými se chce rozloučit, mohl přijmout svátost pomazání nemocných, projevit svou vůli. „ Smrt tedy nastává po jakémisi ritualizovaném rozloučení.“¹⁰⁶

Dnes starost o vážně nemocného přebírají instituce. Stav vedoucí ke smrti spustí připravenou lavinu odcizování. Nemocný bývá vytržen ze svého prostředí a záhy dopravován za zvuku sirén do nemocnice. Tato cesta je počátkem dlouhého utrpení. Místo obyčejného lidského přístupu můžeme být svědky, moha hluků, světél, hlasů, tento umírající je překládán z jednoho vyšetřovacího stolu na druhý a pak izolován a obklopen řadou přístrojů a monitorovacího zařízení. Mechanizace umírání je z lidského hlediska krutější než kdykoliv předtím. Spousty odborníků sledují jednotlivé orgány, střídají se u lůžka nemocného. Nemocný většinou smrt tuší a touží po lidském slově, pochopení, a aby mu byl věnován čas jako člověku. Umírající nechce být sám, většinou touží po přítomnosti druhého člověka. Nikde není zaručeno, že ve chvíli smrti bude někdo u jeho lůžka s ním.

Dnes odlišnou péči zajišťují i alternativní způsoby této péče,¹⁰⁷ ale ne pro každého jsou možné a proto je nutné i v nemocnicích zajišťovat lidský přístup, po kterém se stále častěji volá. Dnes tuto práci vykonávají především nemocniční kaplani, pastorační asistenti i dobrovolníci. Je to ohromný posun, avšak stále to není vnímáno jako běžná součást péče o nemocné a především o umírající.

Post finem. Tradičně byla smrt definována jako zástava srdce, nyní se za okamžik smrti považuje mozková smrt. Důvodem je zde technické napojení na umělou ventilaci, kdy pacient s pomocí přístroje dýchá, ale fakticky již může být mrtvý. Po konstatované smrti je zemřelý ponechán ještě dvě hodiny na lůžku a poté je možné šetrné ošetření těla. Problematické mohou být právě tyto dvě hodiny. Praxí většinou je umístění mrtvé osoby na některých technických místnostech, což je samozřejmě nešťastné. Druhou možností je ponechat tělo mrtvého člověka na nemocničním lůžku, což se příliš nepraktikuje s ohledem na další pacienty.

Další nedílnou péčí *post finem*, je péče o pozůstalé. Ideálním stavem je, pokud nejbližší mohou poslední chvíle milovaného prožít společně. Ve velké většině tomu tak ale není. Jak tedy informovat pozůstalé? Pozůstalí si jistě zaslouží péči těch, kteří utrpěli

¹⁰⁶Srov. HAŠKOVCOVÁ: Lékařská etika, op. cit.,155-156.

¹⁰⁷ Viz kapitola Hospice

ztrátu, se kterou se musí vyrovnat. Jistě oprávněně mají pozůstali nárok na rozhovor, kdy rodina chce být informována o konci, ujistit se, že při umírání netrpěl atd. Tímto rozhovorem je možno předejít riziku patologických forem žalu a zármutku. Také předávání věcí již zesnulého, nemá být redukováno pouze na věcné sdělení. Jako samozřejmostí by mělo být vyjádření lítosti.

Do péče *post finem* spadá také problematika pohřbů. Dnešní praxe ukazuje, že tradiční ukládání zemřelého do země, je dnes zastoupena v malém měřítku a kremace je praktikována až v 80%. Církevní obřady jsou v tradičních krajích poměrně rozšířené, ale to se netýká větších měst, kde jsou jen v malém poměru. Pokud jde o civilní obřad, nemohu se ubránit výrazu „tovární výroby“. Z důstojného rozloučení se stává byznys jako každý jiný, na minuty vypočítaný, bez jakéhokoliv rituálu a možnosti se skutečně zamyslet nad některými skutečnostmi života a smrti a opravdově se rozloučit.

Pohřeb je připomenutím omezeného času, který je nám dán, a do tohoto horizontu uvědomění si konečnosti pozemského života, je pak možno zasadit svůj další život. Náhled na život může být náhledem opravdovým, až s vědomím vlastní pomíjivosti.

Jako důvod je pravděpodobně ona tabuizace smrti, o které již bylo hovořeno a která ve finále vede k nedůstojnému postoji vůči těm, kteří nás předešli a tedy k člověku jako takovému.

1.6 Křesťanský pohled na smrt a umírání

„Hebrejský termín (mavet) a řecký (thanatos), označují v bibli zpravidla fyzickou smrt.“¹⁰⁸ V Žalmu¹⁰⁹ se dočítáme, že člověk je podobný Bohu, ale liší se právě tím, že je smrtelný. Hebrejci se nedívali na smrt jako na naprosté nebytí. Smrt znamenala připojení se k těm, kteří odešli do šeolu, tedy do podsvětí. Smrt je zde vnímána jako vzdálení se od Hospodina.¹¹⁰

Starý zákon rozumí smrtí především konec životní cesty. Smrt je zlo, vyvolává strach, hrůzu.¹¹¹ Nejvyšším dobrem je pro Starý zákon život. Pokud se někdo dožil vysokého věku, byl chápán jako někdo, komu Bůh žehná.¹¹² „Smrt je kletba, nemá však neomezenou moc, neboť je podřízena moci Boží.“¹¹³

Člověk je smrtelný, ale to je v rozporu s chtěním člověka, který touží po nesmrtelnosti a zároveň je v rozporu s Boží podstatou, protože jak bylo řečeno Bůh je Bůh

¹⁰⁸ KŘIVOHLAVÝ Jaro, KACZMARCZYK Stanislav: Poslední úsek cesty, Praha: Návrat domů, 74.

¹⁰⁹ Žalm 144,3-4

¹¹⁰ Srov.: Žalm 88,10-12

¹¹¹ Žalm 55,5

¹¹² Srov.: 1Mojž 25,8

¹¹³ MÁNEK Jindřich: Pohled Bible na smrt a na život, Praha, 1973,43.

živých a ne mrtvých. Smrt tedy musí být něčím ještě dalším než jen biologickou skutečností.

V knize Ezechiel čteme: „Duše, která hřeší, ta umře“. Je zde tedy spojení mezi smrtí a hříchem a důsledkem hříchu je překážka ve vztahu člověk – Bůh. Smrt je tedy zavržením a život tedy stojí v aspektu požehnání, nebo prokletí. Smrt je i důsledek provinění se člověka. Toto je možno si uvědomit, pokud na svůj život nazíráme prostřednictvím víry.

Pod pojmy života a smrti rozumí bible jistě více, než jen biologický život a fyzickou smrt. Bez pravého smyslu života zůstává člověk jen prach a jeho život je podobný životu zvířat.

1.6.1 Umírání s Kristem

Kristus situaci smrti mění. Přijímá smrt v naprosté poslušnosti vůči Bohu a uznává Boha jako Svatého, Živoucího. Kristus přijímá smrt jako součást svého života a tím, že podstoupil dobrovolně smrt, dovršil svou poslušnost, kterou již za života Otci prokazoval. „Tím získal své vlastní lidské dovršení, neboť v tomto nejvyšším, vše shrnujícím aktu poslušnosti se bezvýhradným způsobem odevzdal Bohu, a tak uskutečnil sám sebe dokonalým způsobem.“¹¹⁴ Jako důkaz vidíme vzkříšení. Tato skutečnost je počátek nových dějin. K. Rahner rozvíjí myšlenku, že svou smrtí propůjčil Kristus lidským dějinám svou poslušnost a lásku k Otci jako účinnou sílu, a to ve formě, která představuje nejvyšší možnost. Tajemství Kristovy smrti a vzkříšení je tajemstvím samotného Boha, tak i poslušného člověka a je dáno dějinám jako spásný princip. Toto představuje novou skutečnost pro lidský život.¹¹⁵

Aby touto novou skutečností byl člověk zasažen, vyžaduje to od něho osobní rozhodnutí a přitakání Kristu. Prostřednictvím víry v Krista se člověk otevírá tomuto principu a Bůh se mu sděluje v Duchu svatém. To uschopňuje člověka, aby nejen celý život, ale především umírání prožíval s Kristem a v Kristu. „Zde může dynamika onoho odevzdání se Bohu Otci, kterého Kristus na Golgotě vykonal, dosáhnout nejvyššího stupně intenzity, bez toho ovšem, že ihned dosáhne toho cíle, který Kristus svou smrtí získal, totiž vzkříšení v oslaveném těle.“¹¹⁶

Účast na Kristově smrti máme již během předchozího života. Nevzniká náhle v jediný okamžik, spíše pozvolna roste. Prvním krokem je účast na smrti Krista, skrze víru a křest, tak jak o tom mluví apoštol Pavel v listu Římanům (6, 1-11).

¹¹⁴ DAŇEK Jan, KUNETKA František: Člověk, svět, budoucnost, Olomouc: KTF (skriptum pro vnitřní potřebu), 1971, 39.

¹¹⁵ Srov. BRABEC Ladislav: Křesťanská thanatologie, Praha: Gemma89, 1991, 49.

¹¹⁶ DAŇEK, KUNETKA: op.cit.40.

Život ovšem nemůžeme chápat jako proces umírání, jak by se z řečeného mohlo zdát, avšak život není ani okamžité zániknutí. Smrt je spíše v životech lidí stále přítomná a to je typické pro lidský život. Utrpení a bolest tedy můžeme chápat jako znamení umírání.¹¹⁷

1.6.2 Setkání ve smrti

Smrt je v křesťanství chápána jako setkání mezi člověkem a Bohem skrze Ježíše Krista. Bůh v tento moment člověka volá a volání má být vyslyšeno. Jestliže člověk vnímá volání Boha, zakouší tím konečnost a omezenost, pomíjivost svého života. Jeho pozemská existence nevratně končí. Smrt je chápána jako tajemná proměna, smrtí opouští člověk provždy dějiny, okruh přátel, rodiny. V tom je její trpkost.

Smrt ovšem není jen konečná, ale také zkušenost pokání a smíření. Člověk, který se svém životě pokouší stát rovný Bohu, zakouší tedy ve smrti pokoření. Jsou mu dány hranice se, kterými se může vyrovnat jedině ochotnou poslušností, kdy se připojuje ke Kristově výroku: „Otče, ne jak já chci, ale jak Ty chceš.“¹¹⁸ Ve smrti člověk zakouší tu skutečnost, že je to jediné Bůh, který disponuje s jeho životem.

Vybízející volání je důsledkem lásky. Umírající je tak volán do Božího života. Kristus sám přichází a přivádí člověka do slávy, ve které se nachází od okamžiku nanebevstoupení.¹¹⁹

Písmo přirovnává žijící k poutníkům a umírající jsou ti, kteří se vrací domů.¹²⁰ Apoštol Pavel tuto skutečnost vyjadřuje slovy: „Mám touhu zemřít a být s Kristem“.¹²¹

1.6.3 Strach a naděje

I přesto co bylo řečeno, není možné odejmout smrti její hrůzu a nejistotu. Proto i věřící a možná více než jiní, hledí ke smrti s úzkostí. Věřící vnímá smrt jako setkání s Bohem, jako chvíli, ke které směřoval s napětím celý život. Očekává rozsudek, který Bůh nad ním vynese. Tato trpkost očekávání může být snesitelná jen s láskyplnou důvěrou. Smrt věřícího je umírání v Pánu, které nepřinese odsouzení, protože nikdo, kdo žije a věří v Krista, na věky neumře.¹²²

¹¹⁷ 2 Kor. 4, 7-18

¹¹⁸ Mt 26,39

¹¹⁹ Jan 14,2n, Žid 2,10

¹²⁰ Lk 23,46

¹²¹ Fil 1,23, Kor 11,26

¹²² Srov:2Tim 2,11

1.6.4 Rozhodnutí ve smrti

„Ve smrti dostává člověk poslední možnost k uskutečnění Božího království i sama sebe a to úkonem pokory, lítosti, lásky, naděje.“¹²³ Je to ale reálné? Vždyť při smrti dochází k ochromení a oslabení sil. To co se děje v posledních okamžicích je pro nás skryté tajemství a nemůžeme vycházet ze zkušeností, neboť tento okamžik je nevratný. Smrtí se tedy rozumí setkání člověka s Bohem. „Člověk je volán a v průběhu rozpadu pozemské tělesně-duchovní jednoty a přerušení všech pozemských vazeb, vzrůstá v člověku zvláštní bělost, citlivá pozornost, ve které je schopen říci Bohu ano nebo ne a Bůh staví člověka ještě jednou před poslední rozhodnutí.“¹²⁴

Dá se říci, že v momentě umírání se propojí všechny úkony vyplývající ze vztahu k Bohu v pozemském životě, tj. všechny touhy po Bohu, úkony lásky, lítosti a poslušnosti, který nyní vyvrcholí v odevzdanosti. V celém Písmu vidíme obraz Boha, který svým voláním zároveň poskytuje člověku pomoc, kterou v tento těžký okamžik rozhodování potřebuje. „Volání Boha je aktem posledního sebesdělení se Boha člověku“¹²⁵. Cílem Božího volání je lidské přitakání a společenství s Bohem. K tomuto nelze dojít odmítnutím a přitakáním životu v osamělosti. Zdá se, že v tomto momentě utrpení i ten, který se během svého života setkání s Bohem vyhýbal, se může rozhodnout pro láskyplné setkání s Bohem. Od tohoto člověka to jistě vyžaduje velkou sílu, aby po životě prožitém bez ohledu na Boha, popřel dosavadní život a v tuto poslední možnost svůj život uvedl ve správný směr. Ta možnost zde ale je!

Je na místě otázka, co bude s těmi, kteří tento krok neudělají. Jsou na místě představy, které nám předkládá židovská apokalyptika, tedy věčný oheň, pláč a skřípění zubů? Novozákonní, křesťanskou představu pekla hledejme především v Ježíšově učení o chování k nepřátelům.^{126 127} Ježíš miluje i své nepřátele, a ani jejich rozhodnutí odvrátit se od Krista to nezmění. Jeho peklem budou palčivé výčitky svědomí, pro rozhodnutí osamělosti bez Boha.¹²⁸

1.7 Logoterapie v kontextu paliativní péče.

Viktor Emanuel Frankl (nar.26.března 1905) autor vědecké metody Logoterapie se opírá o fakta, která si sám ověřuje ve svém pohnutém životě. V koncentračním táboře, kam byl deportován během druhé světové války, nabývá jeho teorie, kterou vytvořil ještě před tímto

¹²³ DAŇEK, KUNETKA:op.cit.,42.

¹²⁴ DAŇEK, KUNETKA:op.cit.,43.

¹²⁵ DAŇEK, KUNETKA:op.cit.,43.

¹²⁶Srov. SIMAJCHL Ladislav: Cestou do Emauz, Brno: Centa, spol. s.r.o., 1998, 337.

¹²⁷ Srov. Řím, 12. 20.

¹²⁸Srov. SIMAJCHL op. cit., 337.

odsunem, skutečných rozměrů a proto je velmi autentická. Logoterapie není jen z řady dalších terapeutických metod, ale možnost pochopit, „že etika a láska k životu není smyšleným požadavkem, ale požadavkem zákonitým, nutným, potřebným, vědeckým.“¹²⁹

Název logoterapie pochází z řeckého logos – slovo, smysl a therapeuein, který se překládá jako sloužit, pečovat, léčit, navádět. Význam logoterapie, tak jak je předkládá Frankl, znamená tedy, navádět a hledat smysl a to smysl lidské existence, tedy smysl vlastního života.

Jeho metoda je převratná ve tvrzeních, která se liší od zaběhnutých psychologických teorií té doby, tedy absolutního determinismu. „Podle ní je člověk určen – determinován zevními a vnitřními faktory, podmíněn faktory genetickými nebo okolím...“¹³⁰ Frankl odhlíží od zahleděnosti do sebe a říká, že vedle těla a duše (psyché), je také duch, který nepodléhá deterministickým zákonům. „Hovoří o vzdoru ducha, tedy schopnosti, síle povznést se nad nejhorší okolnosti a podmínky.“¹³¹

1.7.1 Svoboda a odpovědnost

Logopedie vypovídá o svobodě člověka. Jistým způsobem jsme tedy determinováni, ale přesto zůstáváme svobodní. „Franklovi nejde o svobodu, volnost od něčeho, ale více o svobodu k něčemu – totiž o svobodný postoj k něčemu - totiž o svobodný postoj k těmto podmínkám a podmíněnostem.“¹³² Tady je dána právě ta možnost svobodně zvolit odpověď na svůj život. Je zde možnost volby, i když vnější okolnosti jsou neměnné, a v tomto tkví útěcha pro ty, kteří jsou postaveni před realitu utrpení, nemoci. Takováto svoboda však je v logoterapii vázána na odpovědnost. Má snahu navést na cestu odpovědnosti, avšak nechává možnost volby a samostatného pochopení, ale „činí člověka schopným vidět.“¹³³ Člověk pak sám rozhodne, čemu nebo komu je odpovědný. Odpovědnost člověku ukazuje a navádí na skutečnost, že pravý smysl života je spíše mimo člověka, tedy ne v seberealizaci. „Smysl existence záleží v podstatě v neustálém sebepřekračování, transcendenci.“¹³⁴

¹²⁹ VODVÁŘKA Pavel: Poznámka k bio – psycho- sociální problematice onkologie,5.

¹³⁰ LUKASOVÁ Elisabeth: I tvoje utrpení má smysl, Brno: Cesta, 1988,11.

¹³¹ Srov. FRANKL Viktor Emanuel: Lékařská péče o duši, Cesta Brno, 1994,35

¹³² Srov. LUKASOVÁ Elisabeth: I tvoje utrpení má smysl, 11.

¹³³ VODVÁŘKA: op. cit., 10.

¹³⁴ VODVÁŘKA, op. cit., 10.

1.7.2 Smysl života

Někdy se mylně nahlíží na člověka, který se ptá po smyslu svého života jako na někoho, kdo má psychické problémy. Frankl tyto otázky chápe spíše jako „specifický výraz lidského bytí vůbec - výrazu právě toho nejlidštějšího v člověku.“¹³⁵

Každý člověk, jako bytost neopakovatelná a jedinečná, má svůj smysl života a proto neexistuje univerzální odpověď na tuto otázku. Neopakovatelnost lidského života pak předkládá před každého specifický úkol jeho existence. „Otázku po smyslu neklade však člověk životu, ale život člověku. Odpovědi jsou konkrétní otázky a úkoly, které nám překládá sám život.“¹³⁶

K naplnění smyslu lze dojít třemi různými cestami, které Frankl předkládá jako hodnoty a tyto mohou být proměnné v čase.

1. hodnoty tvůrčí - uskutečňování nějakého činu
2. hodnoty zážitkové – prožívání nějaké hodnoty
3. hodnoty postojové - utrpení

První hodnota je tedy zřejmá. Jedná se tedy o práci jakéhokoliv zaměření. Hodnota zážitková je chápána spíše jako „pasivní přijímání světa, přírody, umění... do JÁ.“¹³⁷ „Jde o hodnoty související s naší emocionalitou.“¹³⁸ Mezi největší zážitkovou hodnotu patří láska.

Láska je zážitková hodnota specifickým způsobem: „láska je prožíváním druhého člověka v celé jeho jedinečnosti a jednorázovosti“¹³⁹ a je to jediný způsob jak, „oslovit a poznat jiného člověka v jádru jeho osobnosti. Člověk musí nejprve milovat, aby pochopil podstatu jiného člověka.“¹⁴⁰ Láska je jedinečná svou schopností uskutečnit některé možnosti ve skutečnosti a schopností milovat a stát se milovaným a tím naplnit smysl svého života.

1.7.3 Smysl utrpení v logoterapii

Pokud se logoterapie zabývá otázkou smyslu života, pak je na místě ptát se, jaký smysl může mít utrpení a zda nějaký smysl vůbec má. Celým Franklovým dílem se prolíná to, co on nazývá jako nezaměnitelný osud, kterým může být např. smrtelné onemocnění. „Logoterapie, která souhru závislostí a osudových determinantů udělala centrem své terapeutické intervence tam, kde je možné nějakou problematiku změnit či zlepšit, zaujímá postoj také k nezměnitelným hranicím člověka, které obsahují tyto determinanty a

¹³⁵ FRANKL Viktor Emanuel: Lékařská péče o duši, op. cit., 43.

¹³⁶ Srov. tamtéž, 69.

¹³⁷ Srov. tamtéž, 107

¹³⁸ SANDTNER Pavel: Doprovázení v hospicové péči a logoterapie, Diplomová práce, UK-KTF, 2004,37.

¹³⁹FRANKL Viktor Emanuel: Lékařská péče o duši, op. cit., 122.

¹⁴⁰VODVÁŘKA: op. cit., 10.

závislosti; celá paleta lidské moci a bezmoci, od uznání svobody vůle až k přitakání nezměnitelnému utrpení, je v konceptu této formy psychoterapie zpracována.“¹⁴¹

To tedy znamená, že logoterapie podává pomocnou ruku v zoufalství a utrpení tím, že napomáhá nalézt jiný postoj k utrpení a nalézt smysl tohoto utrpení. Člověk během prožívání těžké nemoci není schopen běžných věcí, které patří k samozřejmostem života lidí bez nemoci. Nemůže pracovat, sportovat, navštěvovat přátele, nikdy však „nemůže být zbaven možnosti prožívat postoje hodnoty, nikdy nemůže být vyňat z nevyhnutelnosti utrpení.“¹⁴² Tím, jak se člověk staví k daným skutečnostem, vzniká velká škála hodnotových možností, což může znamenat, že lidský život se může naplnit dokonce i v utrpení. Lukasová ve své knize uvádí příběh své matky.¹⁴³ Tato velmi nemocná žena měla tolik síly, že byla paradoxně tím, kdo vnášel v přítomnosti svých zoufalých a slabých příbuzných vyrovnanost a sílu. Svým postojem zmírnila utrpení svých blízkých a tak realizovala hodnoty postoje a zde je možnost zahlédnout prvek nesmrtelnosti ve vzoru pro ostatní. Na konkrétním příběhu vidíme to, co již bylo řečeno: smysl existence není v seberealizaci, a pokud ano, člověk se tak mívá s účelem své existence.

Frankl považuje za nebezpečné domnívat se, že pro člověka je nejdůležitější rovnováha, tedy stav bez napětí. Hledání smyslu života vede ale spíše ke vzniku napětí. „Člověk naopak potřebuje úsilí a zápas o nějaký cíl, který je hoden lidského snažení.“¹⁴⁴ Frankl tuto skutečnost nazývá neodynamikou a jde o napětí mezi tím co je a mezi tím co má být. „Tedy napětí mezi existencí a esencí, mezi bytím a smyslem.“¹⁴⁵ Naplnění života se tak realizuje v napjatém „lidském úsilí a zápasu člověka se sebou samým.“¹⁴⁶

Smrtelná nemoc může ale zapříčinit ztrátu již prožívaného smyslu života. Nemoc se tak stává dobou intenzivního hledání nového existenčního smyslu a přijetí nových hodnot.

1.7.4 Smysl smrti

Často se lidé domnívají, že smrt zpochybňuje smysl celého života, vždyť smrt veškeré snažení zničí. Frankl těmto úvahám však odporuje: „konečnost, pomíjivost je nejen podstatný znak lidského života, nýbrž je také konstitutivní pro jeho smysl.“¹⁴⁷ „Frankl tvrdí, že jedinými pomíjivými stránkami života jsou možnosti.“¹⁴⁸ Pokud se možnost uskuteční, je zachována navždy. Jistým závazkem k nevratnosti lidské osoby je tedy

¹⁴¹ LUKASOVÁ op. cit., 63.

¹⁴² VODVÁŘKA : op. cit., 11.

¹⁴³ Srov. LUKASOVÁ Elisabeth: I tvoje utrpení má smysl, Cesta, Brno, 160.

¹⁴⁴ VODVÁŘKA : op. cit., 7.

¹⁴⁵ FRANKL Viktor Emanuel: Lékařská péče o duši, op. cit., 73.

¹⁴⁶ Srov. LUKASOVÁ: op. cit., 85.

¹⁴⁷ FRANKL Viktor Emanuel: Lékařská péče o duši, op. cit., 81.

¹⁴⁸ VODVÁŘKA: op. cit., 11.

odpovědnost za svůj život. Naše činy dobré i zlé, jako realizace možností, jsou tak ukládány do historie a nepodléhají pomíjejícímu času.

1.7.5 Logoterapie a náboženství

Logoterapie přestože se odvolává na transcendenci, nemá snahu být náhražkou nebo konkurencí v péči o duši člověka. Lékaři, kteří pracují s nevléčitelně nemocnými, jsou ovšem konfrontováni s otázkami, které se týkají samotné podstaty existence, ať už se jedná o člověka věřícího či nikoliv a nemohou se od těchto dotazů odvracet, protože nespádají do jejich kompetence. Logoterapie může být tak pomocnou rukou nejen pro nemocné, ale i pro ty, kteří s nemocnými pracují.

Logoterapie přivádí hledajícího k odpovědnosti za svůj postoj a život, ale již neříká, komu má být odpovědný. Víra je tak o „jeden krok dále“.¹⁴⁹ „Dimenze, do níž směřuje religiózní člověk, je tedy vyšší, to znamená rozsáhlejší než dimenze, v níž se odehrává něco takového jako psychoterapie. Průlom do vyšší dimenze se však neděje ve vědě, nýbrž ve víře.“¹⁵⁰ Podstatný je především odlišný cíl. Psychoterapii se jedná o duševní zdraví, kdežto teologii o spásu duše. Zde je tedy zřetelná nutnost kooperace.

¹⁴⁹ FRANKL Viktor Emanuel: *Vůle ke smyslu*, Brno: Cesta, 1994, 56.

¹⁵⁰ FRANKL Viktor Emanuel: *Lékařská péče o duši*, 197.

2 Církev a její péče při doprovázení umírajících

Již II. vatikánský koncil, předkládá úkoly církve a její důležitost v úloze lidského utrpení. Tak jako Otec poslal Krista, tak po jeho vzoru má Církev zahrnovat láskou a péčí všechny slabé a trpící, v nichž vidí obraz svého zakladatele. Církev chce tedy svou prací zmírnit jejich tíhu a pláč a tak sloužit Kristu.¹⁵¹

2.1 Paliativní péče v necírkevních zařízeních

Z historie víme, že péče o nemocné a trpící byla církevní záležitostí. Špitály a různé lazarety byly zřizovány při kostelích či kláštorech a ošetrovatelskou péčí zajišťovali řeholnice a řeholníci.¹⁵² Jak jsem hovořila již v úvodu, doba totality vše změnila. Všude proklamovaný materialismus a totální popírání všech spirituálních i náboženských potřeb vedlo k vypovězení kněží, řeholnic, věřících lékařů a všech, kteří nechtěli jen léčit, ale i uzdravovat ve zdravotnických i sociálních zařízeních. Někdy byla kněžská služba nahrazena psychologem a zejména pak psychiatry, kteří veškeré problémy povýšili na nemoc, tedy pomoc spočívala v medikamentech.

Dnes je to již minulost, která ovšem zažitou čtyřicetiletou praxí mění jen pomalu. Na rozdíl od doby komunismu nejsou porušovány etické kodexy nemocných a jejich práva, avšak nejsem úplně přesvědčená, že ve vztahu k trpícím toto dostačuje. To, co je povinností těch, kteří se sklání u lůžka nemocného je respekt, tedy úcta, která vychází z hodnoty lidského života. Bohužel, tomu tak ne vždy je. Problém vidím v nedostatečném seznámením se s touto problematikou během studia. Na lékařských fakultách je určitě situace lepší, než na SZŠ. Zde se toto téma téměř neotevívá. Jistě se hovoří o ošetřování nemocných v terminálním stádiu, avšak téma smrti a potřeby umírajících jsou hodnoceny ryze na biologické úrovni. Zcela se pak opomíjí problematika pozůstalých a komunikace s nimi.

Člověk je jako jediný schopný přemýšlet o sobě, být sám sebou, tedy o sobě rozhodovat a určovat, jakým směrem povede jeho život. Toto zakládá na důstojnosti člověka. Hodnotu svého života si člověk uvědomuje především, když mu někdo projevuje lásku a je milován. Pak si je vědom své hodnoty a důležitosti. Jak je to ale u člověka, kterému se náklonnost nedostává? To jsou právě Ti, kteří mohou volat po skončení života, neboť již dál nevidí svoji hodnotu, která byla dříve měřena zdravím nebo úspěchem. Jeho hodnota je stejná a pro ty, kteří tohoto nemocného ošetřují, musí být ještě větší než u těch,

¹⁵¹ Srov. Dokumenty II. vatikánského concilu, Věroučná konstituce o církvi *Lumen gentium* č. 8, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002.

¹⁵² Srov. POSPÍŠIL Ctirad Václav: *Teologie služby*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, 100-130.

u kterých jsme si jisti, že jsou milováni. Možná, že právě ten, který ho doprovází v jeho utrpení je ten, který ho má mít rád, a který má obvazovat jeho „rány“.

Je samozřejmě možné, že se nikdo takový u jeho lůžka neskloní. Většinou tomu tak v necírkevních zařízeních je. U umírajícího si tak nikdo neuvědomí, že tím největším důvodem pro hodnotu lidského života spočívá v povolání k věčnému životu. Každý člověk je pro Boha důležitý a je jím milován. Pokud je člověk chápán jen z biologického hlediska, nemůže být vnímáno jeho hlubší určení. „Hodnota lidského života se tedy nevyčerpává schopností užívat života a něco dokázat v materiální oblasti, nýbrž nejhluběji se zakládá ve vztahu člověka k Bohu.“¹⁵³ Tak jak jsou v současné době chápáni nemocní většinou ošetřujícími, tedy pouze materialisticky, pak je hodnota lidského života nízká, právě zvláště v okamžiku, kdy jeho fyzické síly jsou již nepatrné. Toto má za následek malou péči ve smyslu empatie na prahu smrti.

Pochopení pro umírajícího patří k tomu nejdůležitějšímu, pochopit, že pro toho kdo umírá, může jít o nejtěžší událost jeho života.

2.1.1 Nemocnice

Nemocnice jsou zdravotnická zařízení primárně zaměřená na léčení nemocí. K nemoci, patří ale i umírání, které je důsledkem nevléčitelných nemocí. Pokud není možné zvrátit blížící se smrt, je to často vnímáno personálem nemocnice jako prohra. „Nasazují se všechny prostředky pro oddálení okamžiku smrti a vidí-li, že smrt je neodvratná, mají pocit, že už jim nemocný vlastně ani nepatří. Hippokratés hovoří o tom, „že lékař jen někdy léčí, vždy ale pečuje.“¹⁵⁴ Je toto možné zažít v dnešní nemocnici?

Péče o tělo je základní dovedností nemocničního personálu. Ano, k tomuto účelu studovali a učili se všechny dovednosti. Pečovat o tělo je možné ale dvojitým způsobem. Jeden způsob je necitelný přístup při péči např. inkontinentních pacientů, kdy ošetřující personál téměř není schopen vzít v úvahu intimitu starého a na smrt nemocného člověka. Je zde právě naprostá absence úcty, pokory v péči o druhého, až jakési pohrdání bolestí a utrpením a k tomu přistupuje necitelnost při manipulaci s tak nemocným člověkem. Vážně nemocný má dost trápení se svojí situací, ale ta je mnohdy umocňována právě nešetrnou péčí.

Někdy jsou umírající umístěni na jednotkách intenzivní péče, kde jsou obklopeni přístroji a ošetřující jsou spíše v roli techniků než lidských bytostí. Automaticky vykonávané pohyby jsou často přerušeny jen akutním zhoršením stavu některého z hospitalizovaných.

¹⁵³ ROTTER Hans: Důstojnost lidského života, Praha: Vyšehrad 1999,27.

¹⁵⁴ MUNZAROVÁ Marta: Eutanazie nebo paliativní péče, Praha: Grada Publishing, 2005, 68.

Umírání v nemocnici je takové, že personál se chodí dívat na umírajícího, jestli ještě žije, nebo je již po smrti. Na JIP a ARO se to pak zjišťuje pomocí monitorů. Péče je zde v zásadě tělesná, velké pozitivum je ve schopnosti účelně a odborně tlumit bolest.

Možná jsou některé skutečnosti příliš tvrdé, ale tvrdá je především realita nemocných. Nejde o nějakou senzaci do večerních zpráv, ale o touhu, aby se nejtěžší situace umírajících staly vzhledem k péči okolí přijatelné. Nejde o to, aby s nemocným byly rozebírány postoje filosofů či teologů k otázce smrti, jde o skutečnost, aby ti kteří pečují o nemocné, byli opravdoví a soucitní lidé.

Na druhou stranu je mnoho křesťanů, kteří si volí povolání lékařů či zdravotních sester, aby byli nemocným nablízku. Mezi ošetřujícím personálem jsou samozřejmě i velmi citliví lidé, kteří se za věřící nepovažují. Přesto celková atmosféra umírání v nemocnicích je dost bolestná. Vzhledem k velkému počtu pacientů a malému počtu personálu, ani tito obětaví ošetřující nemohou být s každým umírajícím v jeho nejtěžších chvílích.

2.1.2 Sociální péče

O něco složitější situace, ale velmi podobná, je v sociálních zařízeních a to především v Domovech důchodců a Domů s pečovatelskou službou.

I přesto, že v názvu je termín domov, se skutečným domovem mají obzvlášť málo společného. V těchto zařízeních jsou opět zaměstnány zejména zdravotní sestry a pečovatelky, které jsou zaměřeny na péči o tělo. Často jsme svědky vzorně ustlaných postelí, ve kterých leží nepřítomně zírající starý a opuštěný nemocný. Zde ale musím říci, že vinu za stav těchto nemocných není jen ve způsobu ošetřovatelské péče. Tato situace je nedobrá díky nedostatečnému financování, neboť vedení těchto zařízení jsou často omezeni rozpočtem na zdravotnické pracovníky, jejichž péče je u nemohoucích prioritou, tudíž na různé terapie či sociální pracovníky není možno ani pomyslet.

Druhá skutečnost, která má vliv na současnou situaci, je absence nás všech v těchto sférách. Absence členů rodin, absence z rodin církevních. Teorie je důležitá, protože problém, který není vyřčen či napsán, jako by nebyl. Ale křesťané jsou vedeni příkladem Ježíše, který prochodil mnoho míst, kázal a uzdravoval. Neseděl v synagoze a nepronášel jen horlivá slova. Chodil za nemocnými, uzdravoval je, ale nejen slovem ale i dotykem, musel se k nim sklonit a dotknout se.

V následující kapitole budu hovořit o nemocničních kaplanech, kteří přichází za nemocnými právě z důvodu jejich důstojnosti a se snahou pomoci. Pevně doufám, že rozčeří stojaté vody zaběhnutých mechanismů, a jejich snaha bude přispívat nejen

k pomoci nemocným v jejich trápení, ale i k pomoci ošetřujícím, aby jejich postoje mohly dostat správný směr.

Velkým příkladem je nám v péči o zubožené matka Tereza. Ve své úvaze na toto téma říká následující: „Byla bych velice ráda, kdyby si každý z vás vzal za zvláštní úkol zjistit, zda například v nemocnici ve vašem okolí jsou lidé, kteří nemají nikoho, kdo by je navštívil, kteří nejsou schopni napsat dopis, kteří nikdy nedostali dopis nebo květinu. Jsou to malé věci, velice skromné práce, ale to ostatní všechno zjistíte a řeknete si při setkání, když takové lidi najdete. Nemůžeme dělat velké věci, jen malé věci s velkou láskou.“¹⁵⁵

2.2 Kaplani

Standardy pro zdravotní kaplanství v Evropě¹⁵⁶ předkládají usnesení pomáhající činnosti některých skupin věřících v prostoru zdravotnických zařízení v celé Evropě. Tyto směrnice jsou podnětné pro všechna vyznání a denominace při stanovení duchovní péče ve zdravotnictví. Osoba, která tuto péči poskytuje, je různorodá, právě vzhledem k vyznání, denominaci, nebo tradici. Dokument, který předkládá termíny kaplan či pastorační pracovníci (např. asistenti), jsou termíny všeobecně přijatelné, ale nemají být chápány jako omezení. Je snaha, aby tato služba byla pojata ekumenicky a otevřeně. Spolupráce všech církví a denominací je důležitá nejen z důvodů praktických a společenských, ale především proto, že jde o službu lidem v krizi, lidem trpícím. Zde skutečně není prostor pro řešení rozporu v jednotlivých otázkách víry, či práva.

„Standardy definují nemocniční kaplanství jako službu – s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí a těch kdo o ně pečují, která přivádí ke zdrojům osobním i kulturním, ke zdrojům víry i ke zdrojům společenství.“¹⁵⁷

2.2.1 Situace v ČR

V péči o duchovní čili spirituální dimenzi člověka, je stále větší snaha o systematičnost. Pracuje se na jednotném přístupu a tak Česká biskupská konference a Ekumenická rada ČR uzavřela Dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví.¹⁵⁸ Součástí tohoto dokumentu je i etický kodex a kvalifikační předpoklady nemocničního kaplana.¹⁵⁹

Od roku 2006 také existuje Česká společnost pro klinickou pastorační péči. Tato společnost je sdružení lékařů i nelékařů (nemocniční kaplani a teologové) a ostatních

¹⁵⁵ SUSA Karel: Pomoz mi můj Pane, Praha: Kalich, 1991,54.

¹⁵⁶ Přijato na 7. konzultaci, Turku, Finsko 2002, které vyjadřuje pomáhající činnost některých skupin věřících <http://www.kaplaninemocniceteplice.estranky.cz/.../standardy-pro-zdravotni-kaplanskou-sluzbu-v-evrope.html> (10.5.2010).

¹⁵⁷ OPATRná Marie: Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému: http://www.eurochaplains.org/enhcc_library/opatrna2006-1_czech.pdf, (5. 6. 2010).

¹⁵⁸ Listopad 2006

¹⁵⁹ ETICKÝ KODEX: <http://www.ekumenickarada.cz/wpimages/other/dohoda1.pdf> , (20. 7. 2010).

pracovníků ve zdravotnictví, kteří projevují zájem o klinickou pastorační péči v celostní péči o pacienta. Dbá na šíření vědeckých poznatků z oborů lékařství, teologie zejména pastorální tedy praktické, či teologické etiky. Je zde snaha o mezioborový dialog a tím ulehčuje spolupráci zdravotníků a kaplanů. Je zde snaha o vzdělávání současných i budoucích kaplanů, edukace také zdravotnických pracovníků o potřebnosti duchovní péče. Také zavádí praxi odborných diskuzí jednak z lékařských oborů i teologických fakult a o poznatcích, které jsou aplikovatelné v praxi, dále informuje i laickou veřejnost.

Kaplanskou službu tedy mohou vykonávat duchovní i laici, kteří k tomu mají profesní předpoklady. Tím je míněno nejen teologické vzdělání, ale také výcvik v komunikaci, kurz pastorační péče, krizové intervence, vědomosti o zdravotnické péči a jejích problémech, právní minimum, znalosti z lékařské a zdravotnické etiky, musí podléhat jisté supervizi, a mít tak zpětnou vazbu svého duchovního působení. Kaplan musí mít pověření vlastní církve.

Co tedy z výše popsaná dohoda znamená v praxi? ¹⁶⁰¹⁶¹ Úkolem kaplana je stát vždy na straně nemocného, bránit jeho nekonečnou hodnotu a jeho lidskou důstojnost. Nemocniční kaplan je k dispozici *všem* pacientům, především hospitalizovaným, ale je samozřejmé, pokud projeví zájem ambulantní pacient, má být jeho přání vyslyšeno. Pokud za nemocnými přichází duchovní, rozměr nemoci, utrpení a smrti není jen holá skutečnost, pouze fakt. Tyto skutečnosti nabývají existenciálního a duchovního významu.

- Kaplan zprostředkovává uzdravující, usměrňující a smiřující síly, náboženské víry. Uspokojuje spirituální potřeby nemocných s ohledem na jejich náboženské prostředí a s respektem k jejich osobnímu přesvědčení.
- Kaplan poskytuje, či zajišťuje poskytování, obřadů, svátostí, bohoslužeb, dle náboženských tradic.
- Zajišťuje četbu biblických textů, modlí se za nemocné nebo s nemocnými, naslouchá nemocným. Základní náplní kaplana je pak pastýřský rozhovor.
- Napomáhá při řešení otázek smrti a umírání i v praktických skutečnostech.
- Napomáhá při řešení konfliktů mezi pacientem a zaměstnanci, či problémech v komunikaci s rodinnými příslušníky.
- Podporuje zaměstnance a působí preventivně před vypuknutím syndromu vyhoření.
- Předkládá důležitost v řešení etických otázek, je součástí různých etických komisí.

¹⁶⁰ Srov. Nemocniční kaplani: <http://www.kaplaninemocniceteplice.estranky.cz/clanky/kdo-je-nemocnicni-kaplan.html>, (10. 4. 2010).

¹⁶¹ Srov. ETICKÝ KODEX: <http://www.ekumenickarada.cz/wpimages/other/dohoda1.pdf>, (20. 7. 2010).

- Může také hovořit se zaměstnanci ohledně spirituálních potřeb nemocného, může publikovat své zkušenosti, a toto také může předkládat při přednáškové činnosti.

2.2.2 Pastorační péče ve zdravotnických zařízeních

Je to snaha o pomoc v těžkých životních okamžicích nemoci utrpení a bolesti a to na základě víry a lidského přístupu. Je to snaha o poznání a nasměrování na cestu k Bohu. Cílem je tedy přivést nemocného k Bohu na základě jeho svobodného rozhodnutí a touhy. Jde o to být nemocnému společníkem na cestě. „Tato cesta má být ovšem cestou k člověku, „setkáním s celým člověkem a společně s ním hledat cestu pro jeho život v daných podmínkách.“¹⁶²

Osoba provádějící nemocniční pastorační péči je nejčastěji označována jako pastorační pracovník, asistent, či kaplan. Protestantské církve jsou s pojmenováním kaplan srozuměny, avšak těžkosti jsou na straně katolických jáhnů a katolických žen. Kodex kanonického práva, uvádí, že označení kaplan je možno použít pouze pro kněze, podle kán.564¹⁶³ nelze tedy, aby kaplanem byl jáhen nebo laik.

Klinická pastorační služba vychází ze zásad ekumeny¹⁶⁴, v řadě zemí je v současné době nezbytný i mezináboženský dialog.

Kaplanská služba má být poskytována v rámci multidisciplinárního týmu. Týmu, který zabezpečuje veškeré potřeby specificky nemocného, ve které jde o spolupráci všech pomáhajících profesí.

V zemích, kde křesťanská péče o nemocné nebyla přerušena totalitním režimem, byl nemocniční kaplan tradičně přítomný u nemocných a umírajících, ovšem nebyl zapojen do jakési komplexní péče, tzn. spolupráce se zdravotnickým personálem. V průběhu 20. století, se toto mění a to nejprve v protestantských církvích v USA. Potřeba tzv. multidisciplinární spolupráce vychází jako potřebnost především z práce dr. Kübler-Rossové a dr. Saudersové. Díky těmto dámám byly zveřejněny některé studie, které poukazují na práci s duchovní dimenzí člověka v nemoci, a o této problematice se začíná hovořit na půdách lékařských fakult.

Současná snaha o zařazování kaplanů do týmu vychází z potřeb akutní i paliativní péče. „Taková to péče je definována jako „interdisciplinární a multiprofesní činnost, jež obvykle zahrnuje práci lékaře, zdravotní sestry a dalších zdravotnických pracovníků, kteří

¹⁶² PERA Heinrich, WEINERT Bernd: Nemocným nablízku, Praha: Vyšehrad, 1996,28.

¹⁶³ Kodex kanonického práva, Praha: Zvon, 1994, kán. 564.

¹⁶⁴ Organizované úsilí o sjednocení všech křesťanů.

mají nezbytnou kvalifikaci k řešení fyzických, psychologických a duchovních potřeb pacienta a rodiny.¹⁶⁵

Na jedné straně jsou vnímány problémy v zařazování duchovních do týmu ve smyslu malé informovanosti zdravotnického personálu, kdy kněz nebo jiný duchovenský pracovník je vnímán, jako „cizí prvek“. Duchovní či spirituální život nemocného je velmi intimní záležitost. Kaplan často nemůže i v rámci týmu hovořit o věcech, které s pacientem řeší např. ve zpovědním tajemství. Toto může přinášet určité napětí mezi jednotlivými odborníky. Duchovní ovšem může řešit problémy v obecné rovině.

Na druhé straně jsou vykreslovány výhody duchovního v týmu:¹⁶⁶

1. Pokud je duchovní, kaplan vnímán jako součást týmu pomáhajících profesí, je zde snadnější možnost k získání důvěry, která je v této problematice klíčová.
2. Přítomnost kaplana zaručuje citlivost a vnímavost duchovní dimenze člověka a stejně tak otázky spojené s rozměry utrpení, nemoci a smrti.
3. Kaplan může být prostředníkem různých vztahů mezi nemocným a rodinou, nebo personálem a nemocným apod.
4. Kaplan může sehrát důležitou úlohu v období po sdělení vážné diagnózy, v obdobích krize během nemoci, v konečné fázi života, při podpoře truchlících a pozůstalých.
5. Trvalá přítomnost pak nevyvolává rozporuplné pocity, že přítomnost kaplana je jen v okamžiku, závěru života.

Pastorační péče je zaměřena k těm, které patří ke konkrétní církvi, ale pohled je zaostřen i mimo ni. Je potřebné být otevřený vůči všem. Duchovní dimenze je součástí, každé lidské osoby, i když se považuje za věřící, nebo ne. Vnitřní svět člověka, v němž je přítomen sám Stvořitel tohoto prostoru, zde existuje bez ohledu na to, zda někdo v Boha věří, či nikoliv. Tento vnitřní svět je nedotknutelný, protože je Boží.¹⁶⁷ Ten, který se mohl celý život vyhýbat otázkám po smyslu své existence, se najednou nechce ztotožnit s nicotou, kterou přináší smrt. „Přece celý můj život, vztahy a touhy naplněné více či méně, nemohou podléhat hnilobné zkáze stejně jako tělo.“

„Je jistě důležité v rámci pastorační péče spolupodílet se na těchto otázkách a „musíme respektovat, a to se vši vážností, trýzně umírajících duchovního rázu a snažit se jim v tomto utrpení pomáhat.“¹⁶⁸

Kaplan si u nemocných a umírajících musí uvědomovat, že není soukromou osobou, ale je v pastorační péči především údem Kristovy církve a tedy v této konkrétní službě

¹⁶⁵ OPATRŇÁ: op. cit., 9.

¹⁶⁶ Srov. OPATRŇÁ: op. cit., 11.

¹⁶⁷ Srov. Katechismus katolické církve, Praha: Zvon, 1995, čl. 300.

¹⁶⁸ MUNZAROVÁ Marta: Eutanazie nebo paliativní péče, Praha: Grada Publishing, 2005, 15.

reprezentantem církve. Jeho pastorační působení u lůžka nemocného je službou celé církve, jakožto Kristova pozemského těla. Službou na místě Ukřižovaného a Oslaveného vstupuje pastorující do Božího času, který je věčnou Boží přítomností. Prostřednictvím svého služebníka, chce přítomný Hospodin Bůh prokázat osvobozující lásku. „On nás potěšuje v každém soužení, abychom i my mohli těšit ty, kteří jsou v jakékoli tísní, tou útěchou, jaké se nám samým dostává od Boha.“¹⁶⁹ Z tohoto důvodu nesmí duchovní nikdy propadnout běžnému utěšování a frázím. Ke křesťanské pastorační péči náleží citlivá taktost, jak ve slovech, tak i v jednání, nikdy ne taktika.

Církev je obdarována mnoha dary i rozličnými službami, „avšak od jednoho Pána.“¹⁷⁰ Patří k nim i pastorační služba potěšování a posilování nemocných a umírajících a zde platí, že k duchovní péči je povolán podle svých sil každý opravdově věřící křesťan. Kdo skutečně věří v Ježíše Krista jako Spasitele a Vykupitele, nemůže si toto poznání víry nechat jen pro svůj osobní život, ale je volán, aby o něm svědčil. Misijní aktivita se tak stává neoddělitelnou součástí víry.

2.3 Doprovázení

Termín doprovázení nám napovídá, že nejde o jednorázový úkon, ale činnost, která se týká delšího časového úseku. Nejde o to nemocného někam doprovodit a zanechat ho osamoceneného. V doprovázení také nejde o jednu návštěvu, či jeden rozhovor. Aby nemocný zvládl utrpení, potřebuje být v obdobích těžkostí provázen.

Doprovázející není jen někdo, kdo chodí na návštěvy, ale stává se jím - pokud přichází s upřímnou a hlubokou účastí na trápení bližního, účastní se jeho života i jeho umírání. Stává se jeho bratrem, bratrem v utrpení, tím, kdo ho doprovází v boji. Doprovázení spočívá ve schopnosti dát se nemocnému k dispozici, ale rozhodující je to, co přichází od nemocného.

Ten, kdo doprovází, musí mít jisté kvality, aby jeho doprovázení bylo pro umírajícího pomocí:¹⁷¹

1. Provázející se má varovat touhy konkurovat ošetřujícímu personálu. Stejně tak nemá chtít nahrazovat rodinné vztahy nemocného. Naopak má být jakýmsi stmelovacím prvkem mezi nemocným, rodinou i personálem.
2. Péče o umírajícího předpokládá postoj k vlastní smrtelnosti. Protože ten, který doprovází, má být pro umírajícího oporou, pevným bodem v jeho potřebách. Není možné si v rámci doprovázení řešit své vlastní pocity nebo postoje.

¹⁶⁹ 2Kor. 1,4-5.

¹⁷⁰ Srov. 1Kor.12.

¹⁷¹ Srov. BRABEC Ladislav: Křesťanská thanatologie, Praha: Gemma, 1991,64-69.

3. Přijmout umírajícího takového jaký je. Je zde nutno tolerovat reakce na onemocnění a jeho specifika v prožívání. Je zde nutná zdvořilost, trpělivost, laskavost.
4. „Kdo pečuje o umírající, musí umět být opravdový“.¹⁷² Samozřejmě ten, kdo doprovází, předstupuje před nemocného jako osobnost se svými silnými i slabými stránkami. Má své pocity, sympatie. Během doprovázení je nutno se s nimi naučit zacházet a mít nad nimi kontrolu.
5. Musí být schopen přijmout odmítnutí. Nemocný se musí cítit vůči nám naprosto svobodný. Ve své svobodě má možnost nabízenou pomoc odmítnout. Toto musíme s pokorou přijmout. Je dobré mít na mysli, že odmítnutí nemusí být definitivní. Že může nastat doba, kdy bude potřeba podpory doprovázejícího.

2.3.1 Doprovázení jako dar

V obraze umírajícího, nad kterým se sklání člověk, můžeme zahlédnout podstatu člověka. Tento obraz vypovídá o tajemství i smyslu lidství. Možná tento výjev říká jasněji, kdo je člověk, než množství úvah a definic.

Pokud se nacházíme u lůžka nemocného, jen těžko můžeme chápat a tušit co se děje v jeho duši. Ocitnout se v roli bezmocného, nepotřebného s vědomím nezvratitelnosti a blízkého konce.

Lidé jsou obdarováni uměním pracovat, tvořit učít se. Jsme však obdarováni také schopností rozpoznat, že jsme voláni k těm nejubožejším, nepotřebným, osamoceným, nemocným. Jsme k tomu vyzváni, pro schopnost přinést pokoj.

Doprovázející přichází jako obyčejný člověk, se svými starostmi a potřebami. Klade si otázky jak nemocnému pomoci, jak sním mluvit, dá se zde vůbec mluvit o naději? Ti, kteří se setkávají s nemocnými, hovoří o paradoxu, který může nastat. Nemocný je ten, který do setkání vkládá pokoj. „Ano umírám, vím a jsem rád z našeho společenství.“ Takovéto setkání je darem pro oba zúčastněné, kteří společně nesou a prožívají utrpení i naději.

2.3.2 Naslouchání

Naslouchání je základní dovednost, pokud přistupujeme k lůžku nevléčitelně nemocného a to z jakékoliv pomáhající profese. Naslouchání je hlavním zdrojem, ze kterého můžeme zjistit, či vytušit, jaký problém nemocného trápí, nebo o čem by se rád něco dozvěděl. Nemocní si potřebují utřídit své myšlenky, říci někomu, že jejich život je důležitý, v čem třeba neuspěli. Hledají ujištění o správnosti smyslu svého života, nebo ho chtějí nalézt.

¹⁷² BRABEC Ladislav: Křesťanská thanatologie, Praha: Gemma 1991,65.

Někdy se hovoří o umění naslouchání, a jedná se skutečně o um. Naslouchání není tehdy, když necháváme druhého vypovídat, a pak se ujmeme slova. Pokud skutečně nasloucháme, víme, o čem byla řeč, které těžkosti nám byly sděleny, co pacienta trápí, co ho bolí. Odborníci hovoří o „analýze“ rozhovoru¹⁷³ – o jeho rozboru právě z těchto hledisek. Umět tedy uchopit podstatné věci – odhlédnout při tom od věcí banálních pro obsah nepodstatných, vyjádřit je to možné termínem „umět číst mezi řádky“.¹⁷⁴ Pacient může např. hovořit o špatném přístupu personálu o nekvalitní péči, ale přitom je to volání o pomoc, prožděné noci plné úzkostí a strachu. Takové pocity mohou vyvolávat agresi vůči ošetřujícímu personálu, který by toto měl brát jako varovné znamení, nikoliv jako útok proti nim.

Umění naslouchat nutí toho, kdo s pacientem hovoří, odložit vše, co o pacientovi slyšel, a co si o něm ostatní myslí. Hovoří se o tzv. predsudcích, tedy informacích, soudech, které jsme získali ještě, než jsme přišli k člověku. Jen tak si můžeme vytvořit prostor k nezaujatému vyslechnutí všech problémů.

Naslouchání může být definováno jako proces přijímání, věnování pozornosti a předání významu akustických stimulů.¹⁷⁵ Naslouchání není jen pasivní slyšení, ale pracuje aktivně, protože dostává a interpretuje obsah sdělení. Dobrým posluchačem může být někdo, kdo doprovází komunikaci postoji, gesty, otázkami a zpětnou vazbou. Posluchač vykazuje zájem a porozumění. Může také vyvozovat důsledky z toho, co bylo sděleno.

Termín naslouchání vede k domněnce, že hlavním orgánem toho umění je ucho. Ucho je samozřejmě důležité, ale nasloucháme také očima a celým postojem těla. Je důležité vnímat, jak se pacient tváří, co dělá, co vypovídá jeho obličej. Je také dobré si uvědomit, že nejenom my vnímáme nemocného, ale i on vnímá nás. Toto je dobré vědět především u zaujetí postoje.

Nejedná se ale jen o postoj těla, ale také o vztah k nemocnému. Kladný postoj je pro pacienta signálem, že ho bereme vážně, jsme schopni ho pozitivně ohodnotit. V samotném naslouchání to znamená, že příliš nemluvíme, dáváme přednost nemocnému nejen v posloupnosti rozhovoru, ale také v otázce tématu. Doprovázející dává možnost vyjádřit nemocnému nespokojenost, strach, pochybnosti. Dokáže se vcítit do situace nemocného, dokáže přiznat, že v jeho situaci by měl stejné pocity, že také někdy zažívá strach či pochybnosti.

¹⁷³ Srov. KŘIVOHLAVÝ Jaro: Rozhovor lékaře s pacientem, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1995,67-76.

¹⁷⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ Jaro: Křesťanská péče o nemocné, Praha: Advent, 1991, 32.

¹⁷⁵ VODVÁŘKA Pavel: op. cit., 23.

V naslouchání jde o to otevřít nitro a své srdce, aby umírající věděl: jsem zde, povídej, já poslouchám.

2.3.3 Rozhovor v doprovázení

Kdo naslouchá, má také reagovat a odpovědět. Bez rozhovoru a odpovědi člověk strádá. Rozhovor s nemocným má velký význam, neboť je součástí léčebného procesu. Nemocný se např. v nemocnici setká s mnoha lidmi, ale má skutečně s kým si pohovořit? Můžeme být svědky toho, když přijdou blízcí nemocného, že po uvítání nastávají chvíle bezradného mlčení, a není odvaha mluvit. Komunikace ze strany zdravotníků vážne a nemocný často prožívá úzkost, protože mu nikdo neobjasní, co se s ním bude dít. Ale i pokud má nemocný dostatek informací o svém stavu, často se potřebuje poradit, nebo se ujistit o správnosti svého jednání s někým, kdo chrání jeho zájmy a může se na něho spolehnout.

Rozhovor s nemocným má být v první řadě pomocí. Toho je možné docílit vytvořením přátelské atmosféry, kdy ke sblížení patří úcta projevená v kontaktu s nemocným. Tento přístup v sobě zahrnuje rozměr důvěry, který je nezbytný pro otevřenost v rozhovoru. Motivací musí být laskavost a láskyplná ochota nemocného doprovázet v jeho nemoci a tím se stát důvěryhodným.

Rozhovor s umírajícím je specifický pro směřování rozhovoru. „Jde o akceptaci – přijetí nezměnitelného dění.“¹⁷⁶

Vnější pohledem jde v rozhovoru o kontakt, nebo výměnu slov mezi lidmi. Ve skutečném dialogu, však jde o reakci na skutečnost, která mu byla sdělena. Dialog není jen o výměně slov, o tom co se říká, ale jde i o emoce, které rozhovor doprovází nebo které vyvolá. Do opravdového dialogu vkládáme celou svou bytost.

V rozhovoru s těžce nemocným je důležité vnímat nejen to, co je řečeno či projevováno, ale i to co je z různých důvodů skrýváno nebo předstíráno. To se týká jak sdělovaného obsahu, tak i citů.

V rozhovoru s nemocnými je také důležité mimoslovní sdělení. Především pak v terminálním stádiu, může být účast projevována jinak než slovy. Často může být tato komunikace výslovnější, než velké množství slov. „Hovoříme však i svými činy“¹⁷⁷ – tedy tím co vykonáme, ale i tím co je opomenuto a nemocný na to čekal.

Podstatnou složkou rozhovoru u lůžka nemocného je naděje. Nejde ovšem o plytkou naději, která může způsobit více škody než užítku z důvodu, že nemocný si více než předtím může uvědomovat beznadějnost situace. Je nutno předkládat reálnou naději.

¹⁷⁶ KŘIVOHLAVÝ: Rozhovor lékaře s pacientem, op. cit., 85.

¹⁷⁷ KŘIVOHLAVÝ: Rozhovor lékaře s pacientem, op. cit., 83.

I nemocný, který „ví“, že zemře v krátké době, potřebuje mít naději. Naději, že někdo na něho myslí a bude mu oporou v nejtěžších chvílích.

Pro věřícího křesťana je naději a silou vědomí, že není sám, že je jedno tělo se vzkříšeným Pánem, že ho neopustí a bude s ním při každém kroku i tom posledním. Může žít v naději, že po smrti spočine v Hospodinově náručí. Z hlediska duchovní pomoci se hovoří o tzv. pastýřském rozhovoru. Přistupují k němu právě kaplani, duchovní, kněží. Jde o možnost setkat se s Bohem. Jde o náhled na nemoc, utrpení a smrt z pohledu křesťanů, tedy ve světle Kristova spasitelského plánu.

„Všude tam, kde člověk stojí tváří v tvář otázkám neúspěchu i neúspěchu léčebného postupu, nemoci hříchu a smrti, klade si otázky víry.“¹⁷⁸ Čím je jeho stav těžší, tím intenzivněji si klade tyto zásadní otázky. Duchovní mu má být nápomocný v dobách nejistoty a zmatků. Nemocný křesťan také může být v další úzkosti z toho, že není pevná jeho víra. Úkolem duchovního je uklidnit ho, ubezpečit, že toto je lidské a přirozené a že v jeho situaci, je to pochopitelné. Často i duchovní se může dostat do těžkých situací, neboť jsou mu pokládány otázky, které jsou těžko vysvětlitelné, i pro něho jsou tajemstvím Božím. V takových chvílích je nutno si uvědomit, že je jakýmsi prostředníkem mezi Bohem a nemocným a že je nutno naslouchat Božímu slovu, které je určené právě nemocnému.

Rozhovor jako společenství dvou osob má základ v Trojjediném Bohu. „Věčně milující Otec dává Synu vše, Syn vše přijímá a daruje Otcí. To vše je Duch svatý, prostor lásky i láska sama.“¹⁷⁹ V řeckém dia-logos, které znamená dialog, rozmluvu, vidíme slovo logos, kterým je v NZ označován Kristus.¹⁸⁰ Ježíš Kristus je slovem vyřčeným Otcem směrem k lidem. Bůh se tak zjevuje jako dialog lásky a do tohoto dialogu zve člověka.¹⁸¹ „Jako si Otec zamiloval mne, tak jsem si zamiloval vás.“¹⁸² Doprovázející tak v pastýřském rozhovoru zprostředkovává onu Boží lásku člověku. Pastýřský rozhovor může být završen modlitbou, četbou z Písma sv., nebo přijetím svátostí.

2.4 Svátostná služba a její terapeutický význam

Udělování svátostí v nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních, je mnohdy zatíženo představami, které bychom již nečekali. Když léčba a úsilí zdravotníků, ztratila smysl, tak se říká: „Tak teď je čas zavolat kněze“. Tato skutečnost vyplývá nejen

¹⁷⁸ KŘIVOHLAVÝ: Křesťanská péče o nemocné. op. cit., 41.

¹⁷⁹ SANDTNER Pavel: Doprovázení v hospicové péči a logoterapii, Diplomová práce, UK-KTF, 2004,85.

¹⁸⁰ Srov. Jan 1,1-14.

¹⁸¹ Srov. SANDTNER Pavel: Doprovázení v hospicové péči a logoterapii, Diplomová práce, UK-KTF, 2004,85-86.

¹⁸² Jan 15,9.

z nevědomosti, z nevíry, možná pohrdání, ale především, proto, že svátosti vymizely z profánního života lidí. Svátosti jsou opředeny tajemným a cizím transcendentnem.¹⁸³ „Svátosti nemocných dostaly především eschatologický rozměr a tím se staly hrozivým znamením konce života.“¹⁸⁴

Svátosti nemocných – tedy ty přijímané v nemoci, nám pomáhají přijímat svůj pozemský život s jeho smrtelností, přitakat životu v nemoci a zvládat jej.

2.4.1 Svátost pomazání nemocných

Již podle listu sv. Jakuba¹⁸⁵ najde o svátost umírajících, či „posledního pomazání“ jak se často mylně nazývá. Tato svátost je ustanovena Kristem a zmiňuje se o ní také Markovo evangelium.¹⁸⁶

Druhý vatikánský koncil zdůraznil v liturgické konstituci¹⁸⁷, že svátost pomazání nemocných není jen svátostí těch, kdo se nacházejí v nejkrajnějším nebezpečí života. Ten rozhodující okamžik nastává již v momentě, kdy věřící stojí na pokraji nebezpečí života, díky nemoci nebo slabosti ve stáří.

Apoštolská konstituce Pavla VI v roce 1972, pozměnila původní ritus a uznala nový rituál. Tento rituál poukazuje na změny oproti středověkému rituálu.

První z nich je nová formule při udělování svátosti. Konstituce hovoří, že „Svátost pomazání nemocných, se uděluje těm, kdo nebezpečně onemocněli.“¹⁸⁸ Kněz nemocného maže posvěceným olivovým olejem na ruku a čelo a říká. „Ať ti Pán skrze toto svaté pomazání a skrze své milosrdenství pomáhá milostí Ducha svatého, aby tě oprostěného od hříchů, ve své dobrotě zachránil a napřímil.“¹⁸⁹ Je zřejmé, že tato formulace je blízko k Jakubově textu. V této formulaci zaznívá skutečnost, že dar milosti je dílem Ducha svatého a je lékem nejen pro tělo, ale i duši.

Druhou změnou je snaha začlenit svátost vždy, když je to možné a také je zde požadavek začlenit ji do celkového slavení liturgie. Je také možné začleňovat ji do průběhu mše svaté, tedy ve větším společenství křesťanů. Dochází ke změně praxe v tom smyslu, že nemocný se přihlásí ke své nemoci, ke svému údělu a posvěcením této skutečnosti se připojí k utrpení Kristově a „má být ochoten doplňovat, co zbývá v Kristově utrpení pro spásu světa...“¹⁹⁰ Výsledkem je milost, která je důležitá ve zkoušce bolesti a utrpení.

¹⁸³ Srov. SZÉKELY Anton: Nemocnice místo uzdravení a spásy, in: Teologické texty, roč.I, 1991, 33.

¹⁸⁴ SZÉKELY Anton: Nemocnice místo uzdravení a spásy, in: Teologické texty, roč.I, 1991, 33.

¹⁸⁵ Jak 5, 14-15.

¹⁸⁶ Mk 6,13.

¹⁸⁷ Dokumenty II. vatikánského koncilu - Sancrosanctum Consilium, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, Č. 73.

¹⁸⁸ Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné, Praha: Česká biskupská konference, 2002, 9.

¹⁸⁹ Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné, op.cit., 9.

¹⁹⁰ Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné, op.cit., 12.

Z tohoto je patrné, že nemocný může přijmout svátost opakovaně, pokud se mu přitíží a jeho stav se zhorší a nevytlačovat ji na okraj života. „Má své pevné místo v čase lidské nemoci a člověk ji tak může lépe přestát a překonat.“¹⁹¹

Změny, které nastaly ve slavení svátosti pomazání nemocných, nevyplývají zřejmě jen ze změny v církevních textech a liturgických úkonech. Nutnost reformy je odezvou ve společenském vztahu k nemoci. Chápání nemoci se v průběhu dějin měnilo, nicméně naprostá změna nastává právě v minulém století a tento proces trvá do dnešní doby. Fatální onemocnění většinou mělo rychlý průběh a smrt nastala brzy po vypuknutí akutních problémů. Pokročilá lékařská věda umožnila žít nemocným i s velmi vážnou diagnózou relativně dlouho, tedy nemocní žijí delší časový úsek v ohrožení smrti.

Tato skutečnost je dobrá, ovšem nově jsou odborníci a především nemocní postaveni před naléhavé otázky a problémy.

„Nemocný tak zakouší déle a intenzivněji než dřív jisté odcizení vlastnímu tělu, které bolí, odcizení vlastnímu prostředí, z něhož je pro dlouhodobou chorobu vyloučen, a hraniční situaci, ve které se bolestněji než jindy dotýká své relativnosti a nahodilosti.“¹⁹² Vedle toho je konfrontován s postojem společnosti, která slepě jde za kultem zdraví, mládí a krásy a na smrt se dívá jako na něco, co k životu vlastně nepatří. Smrt je v naší společnosti předkládána např. ve sdělovacích prostředcích na pokračování a smrt zde má nádech fantazie a senzace. Vedle toho smrt nemocných, starých a zubožených, není zveřejňována a společnost se tváří, jako by nebyla.

„O smrti jako posledním zápasu s pokušením a se zlem, který může být neobyčejně dramatický, se dnes v našem kulturním okruhu příliš neuvažuje ani mezi křesťany, natož za hranicemi křesťanského vnímání světa a života.“¹⁹³ O to větší šok je pak obnažená realita smrti a zápas toho, který umírá, nebo pro toho, kdo se s tímto setká u svého bližního. Do této skutečnosti, přichází kaplan, kněz. Přichází k člověku, který je na jedné straně zatížen kulturními předpoklady, tedy vytěšňováním smrti, a zároveň úzkostně touží po pomoci, která má vést k oproštění od strachu a utrpení.

Do těchto souvislostí vstupuje i svátost pomazání nemocných. Tato svátost by však měla být až jakýmsi vyvrcholením duchovní péče o nemocného. „Slavení a pochopení svátosti začíná tam, kde nemocný nějakým způsobem svou nemoc akceptuje, kde chce svůj život dál, nebo nově spojovat s živým Bohem a kde od něho očekává něco víc, než jen pomoc na úrovni zdravotních problémů.“¹⁹⁴ Svátosti by měla předcházet péče o víru

¹⁹¹ PERA Heinrich, WEINERT Bernd, op. cit., 81.

¹⁹² KOHUT Pavel Vojtěch: Svátost uzdravení, nebo svátost spásy? in MKR Communio 1, 2008, 44.

¹⁹³ OPATRŇÝ Aleš. Pomazání nemocných – pastorační pohled, in MKR Communio 1. 2008, 64.

¹⁹⁴ OPATRŇÝ, op. cit., 65.

nemocného, neboť ta může být nemocí a utrpením ohrožena. Jde o zabezpečení nemocného, že Hospodin je ten, který neopouští ubohého ani v utrpení ani ve smrti: „*Hospodin je můj pastýř, nic nepostrádám. Dává mi prodlévat na svěžích pastvinách, vodí mě k vodám, kde si mohu odpočinout. Občerstvuje mou duši. Vede mne po správných cestách pro svoje jméno. I kdybych šel temnotou rokle, nezaleknu se zla, vždyť Ty jsi se mnou.*“¹⁹⁵

2.4.2 Spojení s Kristovým utrpením

V dnešní době, kdy se stále vedou polemiky, zda eutanazie ani či ne, může být v pochopení svátosti nemocných klíč k pochopení utrpení, které umírající nese se svým Pánem, který za nás položil svůj život. V Lukášově evangeliu Kristus říká lotrovi na kříži: „Amen pravím ti, ještě dnes budeš se mnou v ráji.“¹⁹⁶

Prostřednictvím milosti, která je umožněna právě díky svátosti, dostává nemocný sílu a možnost spojit se důvěrněji s Kristovým utrpením. Je jistým způsobem posvěcen, aby přinášel plody připodobněním se k výkupnému utrpení Spasitele.¹⁹⁷ Svátý Pavel v listě Kolosanům píše: „Teď sice pro vás trpím, ale raduji se z toho, protože tím na svém těle doplňuji to, co zbývá vytrpět do plné míry Kristových útrap, má z toho prospěch jeho tělo, to je Církev.“¹⁹⁸ Utrpení nemocného pak dostává nový obsah, kterým je účast na Kristově spásném díle.

Svátost nemocných je určena tedy především k tomu, aby nemocného posílila a dala mu důvěru v Krista, který svým utrpením a smrtí na kříži, překonal smrt, abychom mohli žít. Je to důvěra v moc jeho spásitelného utrpení.

2.4.3 Svátost eucharistie

Svátost eucharistie je vlastní svátostí umírajících, jako posila na cestu do věčného života. Ignác Antiochijský nám zanechal krátkou modlitbu: „Přijetí svátosti Tvého těla a Krve, Pane, ať nás posílí a stane se nám lékem nesmrtelnosti.“¹⁹⁹ Písmo hovoří o Bohu léčiteli. Můžeme říci, že vlastně celá teologie má za obsah léčivé počínání Boha, protože se zabývá dějinami spásy. Bůh je ten, který léčí a uzdravuje.²⁰⁰

Uzdravující účinek svatého přijímání nám ukazuje písmo v Evangelii podle Marka.²⁰¹ Dozvídáme se zde, že Ježíš chodil a kázal, přinášeli k němu nemocné a prosili

¹⁹⁵ Žalm 23 - liturgická úprava.

¹⁹⁶ LK 23,43.

¹⁹⁷ Srov. Katechismus katolické církve, Praha: Zvon, 1995, 1521.

¹⁹⁸ Kol 1,24.

¹⁹⁹ MARSCH Michael: Uzdravení skrze svátosti, Praha: Portál, 1992, 37.

²⁰⁰ Srov. SZÉKELY Anton: Nemocnice místo uzdravení a spásy, in: Teologické texty, roč.I, 1991,35.

²⁰¹ MK 6, 53-56.

ho, zda by se ho mohli dotknout. Po jeho dotyku byli uzdraveni. Pokud k jejich uzdravení stačil „pouhý“ dotyk, není pak více spojení s ním v eucharistii?

Eucharistie jako svátost nemocných je účastí na celém Kristově životě, tedy na jeho slávě, ale i na jeho utrpení. Je to tedy účast na jeho utrpení i smrti, ale také na jeho zmrtvýchvstání.

Pokud se mluví o léčebném účinku eucharistie, tak to samozřejmě neznámá, že úloha lékaře je zde zbytečná a že přijetím svátosti dojde k tělesnému uzdravení. „Eucharistie ovšem přináší Boží uzdravující sílu, která dovede zbavit všeho zla, hořkosti, pomstychtivosti, sobectví a nedostatečného odpuštění.“²⁰²

Kristova zázračná uzdravení byla snad nutná v začátku jeho spásného působení, kdy je chápáno jako znamení přítomnosti mesiášské spásy ve světě. Znaméním přítomnosti spásy v naší době však není zázrak, ale naše láska k nemocným a umírajícím.²⁰³

2.4.4 Eucharistie – „zástava budoucí slávy“

NK nám ukazuje ještě rozměr eschatologický v eucharistii²⁰⁴: Církev ví, že Pán přichází ve své eucharistii, a že je v ní přítomný uprostřed nás. Při slavení eucharistie církev s nadějí očekává požehnaný příchod našeho Spasitele Ježíše Krista a při slavení svátosti prosíme o naději, že s ním budeme věčně žít a potom už nebude pláč, protože ho uvidíme tváří v tvář, a budeme mu podobni na věky a navěky ho budeme chválit, skrze našeho Pána Ježíše Krista. Církev nemá větší záruku a jasnější znamení této veliké naděje, těchto „nových nebes a nové země, kde bude mít svůj domov spravedlnost“²⁰⁵, než je právě eucharistie. Kdykoliv se totiž slaví toto tajemství, vždy se uskutečňuje dílo našeho vykoupení, a lámeme tentýž chléb, který je lékem nesmrtnosti, lékem, abychom nezemřeli, ale žili věčně v Ježíši Kristu.

Vážně nemocný, pokud mu to stav dovoluje, touží přijmout eucharistii v rámci eucharistické slavnosti. V dnešních nemocnicích dochází k obnově nemocničních kaplí, kde mohou být účastni mešní liturgie, a kde mohou zakusit uzdravující Boží přítomnost a také společenství věřících, kterými jsou ujištěni podporou a účastí. Samozřejmě smrtelně nemocný člověk je velmi často odkázán na nemocniční lůžko a pak je nutné zajistit, např. prostřednictvím ošetřujícího personálu či kaplanem, možnost přijmout eucharistii i ve velmi vážném stavu.

²⁰²SLABÝ Adolf: Pastorační medicína a zdravotní etika, Praha: Univerzita Karlova, Karolinum1991, 184.

²⁰³Srov. SZÉKELY: op cit., 35.

²⁰⁴Srov. Katechismus katolické církve, op. cit., 1402-1405.

²⁰⁵2Petr 3,13

2.4.5 Svátost smíření

Každý člověk má svůj život zatížen nějakou vinou. Vina nemocného, který je před reálným okamžikem smrti v krátkém časovém horizontu se může stát neúnosným břemenem. Pokud zde není někdo, kdo může zbavit této těžkosti, je člověk vystaven trýzni, kterou jen těžko sám zvládne. „Zpověď může mít význam nejen pro terapii, ale i pro diagnózu. Nejde tedy „jen“ o odpuštění hříchů, ale také pomoc ke zhojení ran, které může hřích způsobit. Jsou to zraněné vzpomínky, vztahy, i způsob jak sám o sobě smýšlí a sám sebe pocítuje.“²⁰⁶ Aktuálnost obnovení zpovědi nemocných je tedy zásadní. Léčivý účinek této svátosti pramení z poznání nemocného, že je hodný lásky, že může milovat, odpouštět. Výsledkem svátosti smíření má být schopnost děkovat Bohu za svůj život, byť zraněný, tedy děkovat za celý svůj život a být za něho vděčný jako za neopakovatelný dar.

2.5 Modlitba

Potřeba se modlit je jedna z nejvýraznějších potřeb jak náboženských, tak i spirituálních. Právě v době vážné nemoci se tato potřeba stupňuje. Ze zkušenosti vím, že i lidé, kteří nepatří k žádné z církví a mohou se celý život považovat za ateisty, v momentě, kdy se dostanou na samé dno svých možností a sil, mají potřebu se modlit. Stejně tak i ti, jejichž milovaný těžce onemocní, v sobě naleznou potřebu modlitby.

Modlitba je ale věc velmi intimní, jsou lidé, kteří by nepřiznali, že se modlí a nebo až tehdy, cítí-li porozumění, nebo v momentě, když mají dostatek důvěry k tomu, komu se se svou potřebou svěří.

Jedinečnost modlitby v rámci této problematiky je skutečnost, že nemocný se nemusí aktivně modlit a přesto se ho modlitba dotýká. Mám na mysli modlitbu církve, či jednotlivce. Pokud se doprovázející setká s nemocným, který stojí o přímluvu, je nutné toto vykonat. Modlitba za nemocné je velká posila pro nemocného i jeho okolí, protože ví, že není se svou tíží sám, že je někde člověk, pro kterého není jen další diagnózou, ale má účast v jeho nesnázích.

2.5.1 Modlitba nemocného člověka

Nemocný nemusí najít ochotné ucho a otevřené srdce pro své pláče, bolestné výkřiky, pochybnosti a otázky. V modlitbě můžeme Bohu otevřít celé své nitro, nic neskrývat. Vyslovení všech těžkostí přináší úlevu, nemocného osvobozuje. Samotná modlitba dává možnost myslet na věci, které jsou často popírány, a zde je na ně pohlíženo v Božím světle. Jsou skutečnosti, na které se ani nelze zeptat žádného člověka, jsou určeny výhradně Bohu. „On je svědkem a účastníkem okamžiků, zážitků a myšlenek, které s námi nemůže sdílet

²⁰⁶ SLABÝ Adolf: Pastorační medicína a zdravotní etika, Praha: Univerzita Karlova, Karolinum1991,185.

žádný člověk – ani ten nejbližší.²⁰⁷ Modlitbu nemocného člověka nelze naučit. Vyvěrá z utrápeného nitra. Modlitba přináší možnost vnitřně přijmout situaci a nést její následky, které by se jinak unést nedaly.

2.5.2 Modlitba s nemocným

Pokud za nemocným přichází duchovní, je jeho náplní vedle pastýřském rozhovoru také modlitba. Někdy je sám duchovní vyzván k modlitbě, jindy se může zeptat, zda by si nemocný modlitbu přál.

V modlitbě by jistě měly zaznít prosby, za potíže, které nemocný v předchozím rozhovoru sdělil. Jde o jakousi zpětnou vazbu na to, co ve stescích nemocného zaznělo. Někdy má pacient vlivem různých fází nemocí zkreslený náhled na situaci. Modlitba je vhodná, k tomu s citlivostí popsat reálnou skutečnost, samozřejmě s ohledem na stav pacienta. V modlitbě zaznívá prosba za uzdravení. Přestože v modlitbě jsou řečeny zcela konkrétní problémy, bolesti na hrudi, nohou, měla by modlitba obsahovat také to, že jde o uzdravení nemocného v celé jeho skutečnosti. Tedy nejen tělo, ale i duše a duch.

Tato skutečnost je dosti problematická právě v okamžiku, kdy pacient je postaven před skutečnost nevléčitelné nemoci. Tam prosba za tělesné uzdravení není vhodná, neboť může prohloubit případné negativní emoce, které pacient prožívá.

Zde jde nutno formulovat modlitbu za ztišení případných bolestí, pomoc při vyrovnání se s nemocí, přijmout nemoc, pomoc unést těžkosti s pokorou a odevzdání se do Božích rukou. Přichází také prosba vidět prožívané věci ve světle víry.²⁰⁸

Nejdůležitější součástí modlitby je skutečnost, že Bůh člověka nikdy neopouští, je mu drahý, miluje ho a není mu jeho stav lhostejný. „Mají zaznít taková slova, aby to vše bylo nemocným poznáno, aby jeho srdce bylo naplněno Boží láskou. Je na místě zdůraznit otcovský vztah Boží k člověku, a že jeho láska se týká všech lidí, lidí všelijak slabých, pochybujících a stísněných.“²⁰⁹

2.6 Paliativní péče v církevních zařízeních

Naštěstí v současné době nekončíme jen u výčtu ne zcela ideálních podmínek pro umírající, jak tomu bylo v době totality. Dochází totiž k novým hnutím za dobrou smrt. Hovoříme o hnutích hospicových. Hospic je specializovaná péče v oblasti paliativní problematiky. Cílem zde je pomoc nemocným a jejich rodinám, rozličným způsobem usnadnit umírání, přijmout smrt a smířit s bolestnou ztrátou milovaného člověka. Je to péče zaměřená na úlevu od bolesti, kterou přináší vážné onemocnění, na rozdíl od běžné

²⁰⁷ KŘIVOHLAVÝ Jaro: Křesťanská péče o nemocné, Praha: Advent, 1991, 51.

²⁰⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ: Křesťanská péče o nemocné, op. cit., 52-53.

²⁰⁹ KŘIVOHLAVÝ: Křesťanská péče o nemocné, op. cit., 52.

kurativní léčby, tedy péče která se zaměřuje na léčbu nemoci. Za cíl může být považována dobrá a důstojná smrt.

„Hospice /hospitium-hospitia/ existovaly již za Římské říše a ve středověku.“²¹⁰
V té době šlo spíše o přístřešky na cestách, kde bylo možno nabrat síl, matky porodit, uzdravit se nebo v klidu zemřít.

Dr. Cecilie Sandersová založila v Londýně Hospic sv. Kryštofa v roce 1967. Péče se zaměřovala na účinnou léčbu bolesti a dále na péči, která se netýkala pouze fyzických potřeb. Byl zde zajištěn prostor pro řešení různých problémů citových, duchovních či psychických a to spolu se svými blízkými. Těch se týkalo vypořádání se s pocity zahořklosti, různých konfliktů, kterých se vyskytuje v životě velmi mnoho. To znamená eliminovat problémy těla, ale i duše. Navíc pokud jsou personálem přijímání nikoliv jako přítěž, ale jako milování, může toto zařízení dostat svého cíle - tedy dobré a důstojné smrti.

Při rozšiřování hospicové péče se přihlíželo především na studie Elisabeth Kübler – Rossové, jejíž zkušenosti s umírajícími mají mimořádný význam.

Hospic je tedy zařízení, organizace, která se zabývá komplexní péčí o smrtelně nemocné pacienty s předpokládaným nevléčitelným onemocněním, a je nestátním zdravotnickým zařízením. Z toho vyplývá, že tato péče je hrazena dle možností příjmu nemocného.

2.6.1 Kamenné hospice

V roce 1995 se zasadila o vystavění prvního hospice u nás Marie Svatošová. Prvním zařízením paliativní péče u nás je hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci. Dnes jde o 12 kamenných hospiců a zhruba 10 hospicových sdružení pro domácí péči. Tento výčet ovšem není kompletní, protože hospicovou péčí často poskytují i Charity a Diakonie v rámci dalších služeb, či zařízení. To obnáší za patnáct let neuvěřitelnou práci nejen fyzickou, ale je to ohromný posun v přístupu ke smrtelně nemocným. Je jisté, že po zavedení hospicové péče, tato snaha vede ke změnám, byť často jen na teoretické úrovni i v necírkevních zařízeních. Domnívám se, že pozitivní ohlasy této práce vedou k otevření brán nemocnic, pro ostatní pomáhají profese a zkvalitnění péče o umírající.

Princip hospice vychází především z úcty k člověku, jako neopakovatelnému jedinci a který tak vychází z jeho potřeb:

1. Potřeby biologické- jde o co možná nejcitlivější přístup k potřebám těla. Prvořadé je zajištění bolesti, zajištění tělesné pohody co možná nejpřirozenějším způsobem. K lůžku přistupuje lékař a zdravotní sestra se stejnou kvalifikací jako v jiných

²¹⁰ MUNZAROVÁ : Eutanazie nebo paliativní péče? ,op. cit., .69.

zdravotnických zařízeních. Jedinečností hospicové péče je opomenutí povinného režimu, tedy dobu spánku a lékařských úkonů má pacient možnost určit si sám.

2. Potřeby sociální - člověk, aby mohl spokojeně žít, potřebuje společnost a stejné je to i v průběhu nemoci. Někdy je mylné se domnívat, že není dobré nemocného rušit, že potřebuje klid. Nemocný většinou stojí o přátelské návštěvy, a pokud tomu tak není, je nutné to respektovat. Nejvíce jsou vítané návštěvy ze strany rodiny, pokud je to alespoň trochu možné, mají rodinní příslušníci možnost v průběhu nemoci zůstat přímo u lůžka nemocného jakoukoliv dobu.
3. Potřeby psychologické - pečovat o psychický stav nemocného znamená věnovat se především emocionálnímu stavu, jeho myšlení a snahám. Cíty jsou v době bezprostředně před smrtí velmi citlivé. Tím, že se ošetřující personál vcítí do nemocného, je schopen se chovat taktně a citlivě. Každý vnímá svojí úlohu a neopakovatelné poslání. „A jako takového je nutno jej chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje.“²¹¹ Komunikace je jedna ze základních potřeb člověka a u nemocného je to stejné. Hospicovní pracovníci vědí, že i člověk v terminálním stádiu vnímá, co se okolo děje a je mu možno sdělit i to, co mu jeho blízcí neměli možnost dříve říci.
4. Potřeby spirituální - většinou věřící člověk nějakým způsobem během své poutě životem zavádí o otázku smysluplnosti života. Lidé, kteří z víry nežili, mají právě v okamžicích vážné nemoci potřebu hledat odpovědi na tyto otázky. Absence smyslu svého života může vést ke stavu duchovního strádání. „Spirituální péče znamená doprovázet člověka z pozice věřících křesťanů, ale s ohledem na jeho osobní přesvědčení v jeho obtížích.“²¹² Spirituální péče nabízí pomoc důstojně zvládnout a přijmout obtíže nemoci a v důvěře objevovat hodnoty, jeho další existence. Může zahrnovat náboženské prvky, dle zájmu a potřeb nemocného. Věřící se mohou účastnit mše sv. přímo v hospici, i pokud je jejich stav vážný. V Čechách jsou zakladateli církve nebo řády, ovšem nemocní jsou přijímáni bez ohledu na vyznání.

Hospic tedy nemocnému garantuje, že:

- „Nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- bude vždy respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích nezůstane osamocen.“²¹³

Vedle hospicových domů, které jsou zařízeními pro zajištění komplexní péče, je stále větší snaha tuto péči poskytnout i v rámci hospicové práce v domácím prostředí.

²¹¹ SVATOŠOVÁ Marie: Hospice a umění doprovázet, Praha: Ecce Homo, 1999, 22.

²¹² Církve uzavřely dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví: <http://www.tribune.cz/clanek/2132>, (2. 4. 2010).

²¹³ KOUBA Jiří: Co je hospic?, <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>(18. 9. 2010).

2.6.2 Domácí hospicová péče (mobilní hospic)

Rozhodnutí nechat vážně nemocného zemřít doma, je velmi odvážné a od pečujících to vyžaduje nemalé oběti. Ne vždy to samozřejmě jde, jak z hlediska stavu umírajícího, tak možnosti starat se o nemocného po celý den. Pro umírajícího je však okolí rodiny a její blízkost potřebná, ale i taková to rodina většinou potřebuje podporu a pomoc. Není ojedinělý případ, kdy především starší člověk po převozu do nemocnice nebo domova pro seniory, vytržen ze známého prostředí, po velmi krátké době umírá.

Většina lidí si přeje zemřít doma a v poslední době je tak zaznamenán významný rozvoj domácí péče. „Domov je identifikován jako místo, které nemocní znají, které je naplněné konkrétními lidmi, emočně bohatými vztahy a současně intimitou.“²¹⁴ Při domácí péči se denní režim přizpůsobuje nemocnému, kdežto v ústavní péči se nemocný přizpůsobuje režimu daného zařízení. Dnes domácí péči nebo pomoc při této péči poskytují většinou hospicová hnutí²¹⁵, která se touto formou pomoci zabývají. Tuto hospicovou činnost, dále provozují jako další službu např. Charita či Diakonie.

Domácí hospic nabízí komplexní péči, zejména zdravotní, ale i psychologickou, sociální a duchovní - a také lidskou podporu nemocným a jejich rodinám.

Rodina se může informovat u hospicových pracovníků, co tato péče obnáší, kdo jim může pomoci v konkrétních úkonech a radách a pomůže zvážit její možnosti. Rozhodnutí o možnosti domácí péče má být po domluvě mezi lékařem, pacientem, rodinou a zařízením, které provozuje domácí péči. Domácí péči navrhuje nebo doporučí praktický lékař nemocného nebo ošetřující lékař po propuštění z nemocnice. Stanovuje se konkrétní plán pro nemocného, musí být zajištěny výkony, které vykonává hospicová sestra, nebo lékař. Domlouvají se termíny návštěv odborných pracovníků. Nutno je zajištění, jakým způsobem se bude postupovat při zhoršení stavu nemocného.

Hospicové hnutí také může pomoci se zaškolením členů rodiny při základním ošetřování nemocných. Pokud rodina nemůže zajistit tuto péči, ujímají se jí zdravotníci hospice. Jedná se zejména o kvalifikované zvládnutí bolesti ve spolupráci s lékařem - specialistou a tlumení dalších projevů v terminální fázi nemoci.

Další službou pro rodiny nemocných je možnost asistence, kdy rodinní příslušníci v některých případech potřebují nabrat síly, navštívit úřady či lékaře. Během této doby nemůže zůstat nemocný doma sám, a tudíž je možno využít zejména dobrovolníků, kteří navštěvují nemocné. Tyto sdružení, mají také k dispozici půjčovnu pomůcek, potřebné k zajištění nezbytné péče.

²¹⁴ SLÁMA O [...]: Paliativní domácí péče, www.kaplaninemocniceteplice.estranky.cz/odborne-dokumenty/paliativnidomaci-pece (1. 4. 2010).

²¹⁵ např. Cesta domů, Hospicové hnutí Vysočina, Mobilní hospic Ondrášek...

Domácí péče má i svá úskalí a to v absenci nepřetržité lékařské pomoci. V terminální fázi nemoci, může nastat vážné zhoršení stavu, které rodinné příslušníky může vyděsit. Jistě by bylo vhodné, kdyby v takovém okamžiku mohl zasáhnout lékař, který pacienta zná, neboť zasahující lékař první pomoci většinou určí rychlý převoz na JIP. Ten není v každém případě nutný a to čemu chtěla rodina zabránit, čili umírání o samotě a v anonymitě, se uskuteční.

2.7 Péče o truchlící

Ústředním tématem Paliativní péče je bezesporu péče o nemocného a umírajícího. Nedílnou součástí a o nic méně důležitou snahou paliativní péče je problematika těch, kteří ztratili blízkého člověka a s touto ztrátou se neumějí nebo nechtějí vypořádat.

Radost ze života a různé životní plány se ztrátou milované osoby může zhroutit v trosky. Takovéto zhroucení světa se projevuje odlišným vnímáním světa. Najednou se bez jeho přičinění odehrává nepochopitelné dění, kdy se člověk stává bezradným a zažívá hlubokou osamělost.

2.7.1 Pojem smutek

„Pod pojmem smutku rozumíme přirozenou citovou reakci na smrt milované osoby“.²¹⁶ Smutek mohou samozřejmě vyvolat i jiné skutečnosti zasahující lidský život. Smutek jako citový prožitek ovlivňuje každodenní život a má schopnost ho celý změnit.

Intenzita smutku zde závisí spíše na typu osobnosti, než na druhu ztráty. Hlavním a přirozeným projevem smutku jsou slzy, tedy pláč a nářek. Smutek, který zasahuje celou lidskou osobu truchlícího, musí vycházet ze ztráty milované osoby. Člověk může truchlit jen nad ztrátou někoho, koho miloval.²¹⁷ Takovýto smutek má schopnost pohltnout i jakoukoliv snahu o radost. Zármutek nad ztrátou může vést až k sebezničení.

Ke smutku patří prožívání stesku, „tedy bolest zarmouceného, která se projevuje lítostí nad tím, co truchlící ztratil smrtí milované osoby, ale také co se již nemůže uskutečnit.“²¹⁸

Dalším pocitem truchlícího je sklíčenost, je to možné charakterizovat jako „sevření nebo tlak, tedy pocit beznaděje, neschopnost přimět se k činu“.²¹⁹ Tím nejzávažnějším, co má být v zorném úhlu všech, kdo se starají o pozůstalé, je osamělost a to i v případě, jestliže ztrátu prožívá více osob. Každý měl jedinečný vztah k zesnulému a tak i jeho bolest je jedinečná a sám nese svůj smutek. I přestože smutek je přirozený, truchlící volá po podpoře, pochopení. Odborníci upozorňují na paradox, že i normální proces potřebuje

²¹⁶ PERA Heinrich, WEINERT Bernd: Nemocným na blízku, Praha: Vyšehrad1996, 169.

²¹⁷ Srov. PERA Heinrich, WEINERT Bernd: Nemocným na blízku, Praha: Vyšehrad1996,170.

²¹⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ: Křesťanská péče o nemocné, op. cit., 97.

²¹⁹ Srov. KŘIVOHLAVÝ: Křesťanská péče o nemocné, op. cit., 97.

pomoc.²²⁰ Nejde o omezení smutku, nebo se mu vyhnout se. Jde o to, aby smutek proběhl tak, jak by měl, což truchlícímu umožňuje otevřít se novým dimenzím života. Aby tato skutečnost mohla nastat, je nutné, aby tato nelehká cesta, byla uskutečňována s doprovázením.

Smutek je emoce, která truchlícího neustále přivádí k milované osobě a odvádí od okolní reality. Těmto vzpomínkám věnuje truchlící velkou část svých sil. „Pokud smutek neproběhne tak jak má a zármutek je potlačen či odložen, stojí to energie neúměrně více. Tato skutečnost je ale pro okolí většinou skryta, odehrává se v duši truchlícího.“²²¹ V jeho jedinečné osamělosti jej v podstatě nemůžeme vyrušit, naše jednání se ho dotkne jen nepatrně.

Životní energie již není schopna plnit základní životní úkoly, přesto to není považována za chorobný jev a je časem překonán. Je to však cesta po okraji propasti. Truchlící se ptá po dalším smyslu života, odpovědi, které přichází z okolí, jsou nedostatečné a výsledkem je smutek a izolovanost.

Stav izolovanosti je dost komplikovaný, člověk se nechce stýkat s druhými a připomínat si tak minulost, zároveň se uzavírá do sebe, což má za následek nepřirozené jednání. Toto odpoutávání se od společenského života a uzavírání se do svého světa, spolu s tichým voláním o pomoc, které je tak těžko rozpoznatelné, vyvolává pro okolí pocit stísněnosti a nejistoty. Tabuizace smrti je nepřekonatelnou bariérou, která neumožňuje okolnímu světu vstoupit do světa truchlícího. Vždyť on je přece „tak podivínský a nepříjemný“.

Pokud se pomoci nedostane, truchlící se dostává do stavu, kdy pro něho život pozbývá smyslu. Mnohokrát nezvládá základní návyky, jak hygienické, tak společenské a je u něho zjevná lhostejnost, která je spojena s omrzelostí životem. To je tedy výsledek nezvládnutého smutku. Tyto všechny symptomy se dají souhrnně označit jako otřes²²². Nebezpečí, které tkví v otřesu je tehdy, když se projevuje zhroucením celé osobnosti. Svět se stává místem neútulným, cizím, plným trýzně.

Smrt blízkého se odráží v jeho osobnosti, nechápe co se s ním děje a přestává si sám sebe vážit. Je si sám sobě utrpením, o které nestojí, ale sám si není schopen pomoci.

2.7.2 Jednotlivé fáze smutku

Tak jako přijetí nemoci má své fáze, tak i přijetí ztráty má svou dynamiku, o které je nutno vědět, pokud přicházíme k truchlícímu. Stejně tak jako je řečeno u fází nemoci, nejde o

²²⁰ Srov. PERA Heinrich, WEINERT Bernd, tamtéž. 169.

²²¹ PARKES Colin Murray, RELFOVÁ Marilyn, COULDRICKOVÁ Ann: Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé, Brno: Společnost pro odbornou literaturu 1997,150-151.

²²² Srov. PERA Heinrich, WEINERT Bernd, tamtéž. 173.

jasné ohraničení v čase. Každý pozůstalý je jinou osobností a proces postupného odloučení může být velmi chaotický a zmatený.

Odborná literatura předkládá fáze podle Winklera /4fáze/ a dle Oatese /7 fází/.²²³

Pro nastínění problematiky budou dostačující fáze dle E. Winklera.

1. Fáze *šoku* – přestože je smrt milého člověka očekávána, při vyřčené skutečnosti dochází k otřesu. Šok je vlastně obrana organismu, aby otřes nebyl tak zničující.²²⁴ Pozůstalý odmítá přijmout skutečnost jako pravdu. Jedná se spíše o kratší časový úsek. V této fázi je možno projevovat hluboké zoufalství, volání otázek – „proč“? Pomoc v této fázi, od nás vyžaduje tichou spoluúčasť na utrpení pozůstalého, byť by jeho chování působilo zvláště.
2. Snaha ovládnout se, neboli fáze *sebekontroly*. Většinou se udává trvání do večera dne pohřbu. Všechny starosti s přípravou a zajištěním pohřbu sebou přináší otupení bolesti, kdy není čas si plně uvědomit skutečnost ztráty. Pohřební obřad má jednak rozměr společenský, tedy rozloučení, pro pozůstalého pak jakýsi přechod do života bez milovaného člověka a do nové role. V této fázi je „zdravé“ projevit všechny emoce. Hřbitov je místo, kde je to společensky přijatelné, možná až žádoucí. Pozůstalí jsou zde středem zájmu, a pohřeb má být pro pozůstalé forma útěchy. V době konání pohřbu je většinou snaha okolí pomoci a pozůstalí ji většinou z organizačních důvodů přijímají.
3. *Regresivní* fáze - chápáno jako dlouhá cesta nitrem pozůstalého. V první části u truchlícího probíhá zármutek a žal, kdy se stále, stereotypně opakují vzpomínky, kdy si stále znovu připomíná utrpěnou ztrátu. Truchlící se zprvu tomuto nevyhýbá, často si uchovává některé zvyky, které společně se zesnulým vykonávali a nechce na svém zaběhnutém způsobu života, nic změnit. Není zde schopnost přijmout realitu a všechn žal je prožíván znovu. Tato fáze se projevuje hledáním, „kdy pozůstalý stále hledá ztracenou bytost, avšak později jde o hledání hodnot, které jsou pro něho opravdu nesmrtelné. Smutek je cestou z vnějšku do vlastního nitra a později z nitra zpátky ven do skutečného světa.“²²⁵ Jde o hledání a nalézání smyslu svého dalšího života. Tato fáze vyžaduje od doprovázejícího schopnost přijmout rozporuplné emoce truchlícího. Potřebuje vedle sebe člověka, který vyslechne všechny trápení a případné viny: co opomenul udělat, říci, nebo naopak řekl nebo udělal. Ale také spolu mohou vzpomenout na radostné okamžiky a úspěchy, které byly v tom vztahu. Je to doba plná zmatků a zvratů, na to musí být doprovázející připraven. Pokud nebudeme pozůstalému bránit hovorům o smrti, může dojít k poznatku, že i po setkání se smrtí má jeho život

²²³ Srov. KŘIVOHLAVÝ: Křesťanská péče o nemocné str. 101-102.

²²⁴ Srov. PERA Heinrich, WEINERT Bernd, tamtéž. 174.

²²⁵ PERA Heinrich, WEINERT Bernd : op. cit., 177.

smysl. Na konci této fáze se odpoutává od zemřelého, už ví, co jeho odchodem ztratil, co mu však zůstalo a proto může udělat první nejisté kroky do okolního světa.²²⁶

4. fáze *adaptace* - zde se situace mění. Truchlící přijímá to, co se stalo a zemřelý se stává součástí jeho duše, ale nezasahuje to jeho schopnost zvládat životní úkoly a výzvy. Pozůstalý již začíná navazovat nové vztahy a to s důvěrou ve svou osobu. Neznamená to ovšem, že by na zemřelého zapomněl, avšak již není spoután. Jizva však zůstává a je citelněji prožívána v okamžicích nezdaru ve vztazích či jiném neúspěchu.

2.7.3 Pastorační péče o truchlící

Tedy pouze smutek je ta cesta, kterou se musí pozůstalý dát, pokud se chce vyrovnat se ztrátou. Duchovní ho na takové cestě provází, dává mu prostor pro vyjádření svého žalu a svých slz. Zaměření se na podstatu ve svém životě, dává možnost poznat, že je zde kdosi, kdo mě po celou dobu trápení podpírá a proto je možno tento smutek přežít. Tento náboženský prožitek, bez ohledu na vyznání člověka, dává zakusit přítomnost Boha, tedy Sílu a Naději. Je nutné neopouštět truchlícího a pomáhat mu vidět svět z Boží perspektivy. Pomáhat mu nalézat nový smysl života i pomoc při zajištění běžných věcí.

Duchovní se dozví o úmrtí člověka většinou při žádosti o pohřeb. Pohřeb má jistou funkci při zvládnání smutku. Příprava rozloučení, kam pozůstalý soustředí celou pozornost, mírní tak následky ztráty. Pohřeb je také jistým ujištěním se o faktu, prevence v předejití iluzím a snům. K pohřbu patří slova rozloučení, slova útěchy, tedy naděje. Předmětem této naděje je ujištění tom, že Bůh je na naší straně /Ž 32,7;5917-18;18,31/.

Pomocí pro pozůstalé se mohou stát lidé, kteří mají podobnou životní zkušenost a uměli se s ní vyrovnat, a tedy mohou být osobou doprovázející. Pán Bůh nás zachraňuje z naší sebestřednosti a sebelítosti a zachraňuje nás tím, že posiluje naši schopnost potěšovat druhé lidi v jejich trápení.²²⁷

Na webových stránkách je možno zapojit se do projektu Nejste sami. Cílem tohoto projektu je vybudování sítě průvodců z řad těch, kteří prožili smrt dítěte, naučili se znovu žít a mají touhu se o těchto životních peripetiích podělit se stejně postiženými. V rámci této poradny je i možnost poradenství z řad odborníků, nejen při ztrátě dítěte, ale je možno se buď osobně, nebo prostřednictvím internetu setkávat, s psychologem, duchovním, ale i např. s právním poradenstvím. Iniciativa vzešla z potřeb pozůstalých, kteří chtěli být v kontaktu s lidmi, chápajícími situaci.

Při hospicích jsou poskytovány poradny právě pro pozůstalé. Jde vlastně o jakousi logickou návaznost. Předchozí péče se zaměřovala na smrtelně nemocného. Po jeho

²²⁶ PERA Heinrich, WEINERT Bernd: op. cit., 179.

²²⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ Jaro: Křesťanská péče o nemocné, op. cit., 101-102.

odchodu je tedy péče zaměřena právě na pozůstalé. Ne vždy je to však nutné, protože v rámci hospicové péče je pozornost věnována nejenom nemocnému, ale i jeho blízkým, kteří jsou součástí této péče.

Do poraden samozřejmě mohou přijít i lidé bez jakékoliv návaznosti na hospic, například po náhlé ztrátě dítěte, či blízkého.

2.8 Láska v péči o nemocné a umírající

Je zde otázka, proč péče v křesťanských zařízeních, nebo péče vykonávána křesťany je obětavá, citlivá, láskyplnější, opravdová. Proč se tato péče dá nazvat službou či povoláním, ne jen zaměstnáním. Zde ale musím říci, že je určitě mnoho lidí, kteří nejsou křesťané, a přesto je jejich práce v pomáhajících profesích výborná a příkladná pro okolí. Také nemohu tvrdit, že každý křesťan je nadmíru vstřícný a laskavý. Jde mi spíše o celkovou atmosféru v jednotlivých zařízeních. Troufám si tvrdit, že je velký rozdíl, zda člověk umírá v klasické nemocnici či jiných zdravotnických zařízeních nebo v nemocnici křesťanské, hospici. Jaký je tedy důvod?

Jsem přesvědčena, že tím důvodem je láska, která pramení z víry. „Víra, nám je dána jako dar, dar poznání Boha, který ovšem předpokládá z naší strany uznání Boha jako Pána.“²²⁸ Člověk si musí pravdivě a v pokoře uvědomit možnosti v poznání Boha, toto vědomí však člověku dává možnost jisté transcendence. „Živý Bůh se k člověku sklonil a dal se mu poznat, zcela svobodně se daruje a v důvěře otevírá člověku své srdce. Jedinou adekvátní odpovědí na tento obrovský dar je stejná otevřenost a důvěra ze strany člověka.“²²⁹ Za těchto okolností může dojít k osobnímu setkání. Stejně tak při péči o umírající jde především o osobní setkání. Naše schopnost se sklonit vychází právě z tajemství, ve kterém se Bůh sklání k člověku. Ti, kteří se sklání u lůžka nemocného, či umírajícího, napodobují vlastně Boha a zejména pak Krista.

Důležitým pojmem ve službě vážně nemocným, tak jak o tom hovoří GS 16²³⁰, je svědomí. Hovoří se zde o přímé úměře mezi Božím dílem, zjevení a vykoupení, tedy záchraně člověka Bohem a službou lidí, právě jakkoliv trpícím. Svědomí je místem pro niterné setkání se s Bohem, je to srdce, ve kterém právě Bůh působí a jedná. Původ našeho láskyplného sklonění se k umírajícímu je tedy v Bohu. „Pomáhající, v jehož srdci působí Hospodin, je pro nemocného setkáním s živou, ve skutečích se projevující vírou, setkáním s Bohem, který na sebe tajuplně bere podobu člověka, vykonávajícího dílo lásky.“²³¹

²²⁸ Řím 1,18-21.

²²⁹ POSPÍŠIL Ctirad Václav: Teologie služby, Karmelitánské nakladatelství: Kostelní vydří, 2002, 13.

²³⁰ Dokumenty II. Vatikánského koncilu, Gaudium et spes, op. cit., čl. 16.

²³¹ POSPÍŠIL: op. cit., 17.

„Pojem lásky, tak jak je běžně chápán, je zalíbení, jejímž cílem je touha po jejím získání a spojení se s ní. Člověk v této lásce hledá hlavně své vlastní dobro, své osobní obohacení, své završení.“²³²

Jinak je to s láskou křesťanskou, neboli agapé. Láska zde má za cíl dobro jiné osoby. Agapé je centrem zvěsti Nového zákona.²³³ Boží láska k člověku je zde prezentována jako láska otcovská. Otcovská láska je především „pečující“²³⁴ a „dokáže odpouštět“²³⁵. Tím největším projevem lásky Boží je vtělení jednorozeného Syna. „Dramatický dialog lásky mezi Bohem a člověkem se v Kristu sbíhá a vrcholí.“²³⁶ Kristus je tedy dokonalou pečetí jednoty mezi Bohem a lidmi. Jan 3,16 říká: „Neboť Bůh tak miloval svět, že dal svého jediného Syna, aby žádný, kdo v něho věří, nezahynul, ale měl život věčný.“²³⁷

Křesťanská služba u nemocného tak má své kořeny v osobě Krista. Jde o pokračování v jeho poslání i díle. Takovéto poslání má tak počátek v samotném Bohu. „Základem Ježíšova díla, které se projevovalo zejména v jeho solidaritě s trpícím a kvůli hříchu od Boha vzdáleným člověkem, je tajuplná skutečnost vtělení.“²³⁸ To, že Kristus na sebe vzal člověčenství a stal se tak dokonalým člověkem, znamená důstojné přijetí ostatních, vcítění se do jejich utrpení, prostřednictvím lásky. Opravdová křesťanská péče je pak ta, která je opravdově lidská. To největší přikázání zní: „Miluj Hospodina, Boha svého, celým svým srdcem, celou svou duší a celou svou myslí.“²³⁹ K tomu pak přistupuje stejně důležité druhé přikázání tedy lásky k bližním. Agapé je nový způsob existence, vytvořená Bohem a člověk je v ní zakořeněn, zakotven celým svým bytím.²⁴⁰ To, že plníme tato přikázání, je souhlas s Boží vůlí, která se projevuje právě láskou k bližnímu.

2.8.1 Naděje vycházející z paradoxu kříže

Je skutečně hodně obtížné přijmout jádro Písma svatého, základní zvěst, že Boží moc a moudrost je ztělesněna v potupné smrti Krista a že bez Něj je člověk nadobro vzdálen opravdovému zdroji života, totiž Boží lásce.

Mnohdy v procesu velkého utrpení a umírání, se objevují okamžiky pochybností a chvíle pokušení k zoufalství. Ale „apoštol Pavel určitě vůbec nepřeháněl, když viděl nejzákladnější pravdu křesťanské víry jako pohoršení pro jedny a bláznovství pro

²³² PESCHKE Karl Heinz: Křesťanská etika, Praha: Vyšehrad, 1999, 91.

²³³ 1 Jan 4,16

²³⁴ např. Lk 12,28-30

²³⁵ Mt 6,14, LK15

²³⁶ PESCHKE: op. cit., 96.

²³⁷ Mt 5,44

^{238,239} POSPÍŠIL: op. cit., 135.

²³⁹ Mt 22,37n

²⁴⁰ Srov. Ef 3,17-19

druhé.²⁴¹ Vždyť právě svatý Pavel poznal a nesčetněkrát si ověřil, že člověk tento způsob záchranu velmi vážně zpochybňuje: „Žid požaduje zázračné znamení pro své smysly, Řek usiluje o zušlechtění svého intelektu, ale Bůh místo toho posílá kříž, jenž popírá jedno i druhé.“²⁴²

Člověk však ve své nemoci stojí tváří v tvář Ježíšovu utrpení, které je znamením Otcovy vůle a je jisté, že se vždy znovu a znovu nevyhnutelně objevuje naléhavá otázka o smyslu tohoto dramatu. Celý Nový Zákon se musí s tímto problémem vyrovnávat. Ale určitá „duchovní zkušenost opuštěnosti od Boha“²⁴³ ani nám – zvláště v době nemoci – není cizí a nesrozumitelná. Jestliže jí prošel Ježíš Kristus na kříži a také nemálo lidí v různé míře mělo již účast na temných chvílích Jeho utrpení, pak je jisté, že člověk bývá vystaven peklu pochybností „Božího mlčení“. Zde vidím pravdu a zároveň paradox Velkého Pátku. Je jisté, že pravda křesťanské víry o kříži vždy znovu a znovu, zvláště u lidí nemocných a umírajících, „bortí každou únikovou cestu, ať už je to pohled humanisty, či člověka okouzleného krásou a uměním.“²⁴⁴ Kříž dává poznat člověku jeho vlastní tvář a obemyká všechny polohy lidského života a tedy i utrpení a umírání. Člověk, který je nemocen, trpí bolestí, si nutně klade otázku, proč existuje utrpení, proč musel trpět dokonce Ježíš Kristus – Bůh, který se stal člověkem, když je všemohoucí? Paradox kříže se však nedá vysvětlit racionálně, nechce-li jej člověk přímo odmítnout jako šílenství. Ale kříž je přece jediný průsečík, v němž horizontálu lidské bídě protíná vertikála Boží moci. Zde vidíme úžasný smysl, který ukazuje, že kříž není pro člověka „náboženským fetišem, ale Boží plus“²⁴⁵, dokonce tajemstvím Boží lásky, Boží přítomnosti ve chvíli lidského utrpení. Člověk ve své nemoci může kráčet spolu s Kristem k úžasnému naplnění, které ovšem zná jenom křesťanská víra. „Pochopit tajemství Boží lásky, která miluje až za hrob, může teprve odstranit zoufalý a zarmoucený ateismus člověka, kterého tíha utrpení v nemoci naplňuje nesmírnou obavou a starostí, takže kolikrát již nezbývá prostor pro naději a víru.“²⁴⁶

Přestože křesťanství hlásá ukřižovaného Ježíše Krista, je nemožné bolest a utrpení oslavovat. Málokterý trpící člověk je nadán schopností proměňovat zlo nemoci a bolesti, jako Ježíš. Je velmi těžké přistoupit k trpícímu člověku s tím, aby danou situaci zvládal a aby tomuto svému utrpení dal smysl. Duchovní nebo jiný pastorační pracovník musí přistoupit k takovému člověku velmi zvláštním způsobem – s velikou úctou k tajemství,

²⁴¹ REJCHRT Luděk: Na úpatí hory, Praha: Kalich, 1984, 127.

²⁴² REJCHRT: op. cit. 128.

²⁴³ HALÍK Tomáš: Oslovit Zachea, Praha: Lidové Noviny, 2003, 240.

²⁴⁴ REJCHRT: op. cit., 128.

²⁴⁵ REJCHRT: op. cit., 129.

²⁴⁶ HALÍK: op. cit., 240.

keré se v trpícím odehrává. V podstatě je to možné tak, že naše srdce rezonuje s onou úzkostí, kterou vyvolává nejenom bolest těla i ducha.²⁴⁷ Jde tedy o spoluutrpení. Toto spoluutrpení je cenné v tom, že otevírá prostor pro přítomnost Slova, kterým Bůh oslovuje člověka. A v onom Slovu je totiž obsažena pravda onoho rána, které otevírá prostor nové naději v překonání utrpení a smrti.

2.9 Úloha dobrovolníků v paliativní péči

Pokud se má nemocný ve svém těžkém stavu cítit lépe je vedle úlohy lékaře, sestry, sociální pracovnice, psychologa či kněze, ještě někdo další kdo přichází o své dobré vůli zkrátit dlouhé chvíle na nemocničním lůžku. Každý nemocný nemá potřebu a možná ani touhu trávit dny odbornou péčí všeho druhu, byť prvotřídně odvedenou. Někdy má prostě chuť si nezávazně popovídat možná i s někým, kdo není plně zasvěcen do jeho zdravotního stavu. Úloha dobrovolníka je především společenská. Jde o jisté volnočasové využití k jakémukoliv programu. Především jde o četbu denního tisku, lehké ruční práce, stolní hry, také jde však o jakýsi kontakt s okolním světem, který je tam někde. Je to jistá forma relaxačního rozhovoru, který má velmi povzbudivou úlohu. Jde o hovor, který se týká běžných lidských prožitků, zážitků z běžného života, nemocní často vzpomínají na své dětství, rodinu, do míst, která jsou jim blízká a milá.

Přestože dobrovolníci nemají plnit úlohu ve zdravotní péči, často se mohou zapojit do nejjednodušších úkonů spolu s pacientem. Jsou pacientky, které byť v pokročilém stádiu nemoci rády o sebe pečují, a tato péče již není v časových možnostech ošetřujícího personálu.

Nemocný jen stěží může navazovat přirozené vztahy. V nemocnicích nemá pocit vůči personálu jako partner, ale je v podřízené roli. Dobrovolník může pomoci aktivovat síly pro navazování přátelských vztahů dle svých možností.

I přes zdánlivou spontánnost je dobrovolnická činnost koordinována. Česká republika má zákon²⁴⁸ ošetřující a upravující právě dobrovolnickou službu. Tento zákon říká, že dobrovolníkem se může stát občan starší osmnácti let s čistým rejstříkem trestů. Zákon je výborným ošetřením, především pro státní instituce a ulehčením v tom, že počítá s dobrovolníky v různých organizacích. Pokud se nějaká činnost má možnost opřít o zákon, je to pro ni vstupenkou do všech oblastí laické pomoci. Dobrovolník podepisuje smlouvu, kde se mimo jiné zavazuje mlčenlivostí, diskrétností... Dobrovolníci vstupují do zařízení po zaškolení, z počátku pracují pod dohledem koordinátora, následně již pracují

²⁴⁷ Srov. POSPÍŠIL, tamtéž 194.

²⁴⁸ Zákon o dobrovolnické službě č.198/20026, <http://www.icm.cz/dobrovolnictvi-legislativa>.

samostatně, avšak setkávají se při intervizích, kde společně hovoří o zážitcích, které jinde nemohou ventilovat a vyhodnocovat. Některá především hospicová dobrovolnická práce spadá i pod supervizi, většinou psychologa, kde mají možnost klást otázky ohledně problémů, se kterými se mohou setkat. Také tato možnost setkávání s odborníky je dobrá pro další sebevzdělávání v dané problematice.

Dobrovolník a jeho osobní předpoklady pro dobrovolnickou práci:²⁴⁹

- motivace pro dobrovolnickou činnost
- vyrovnanost s nemocí, stářím, umíráním, smrtí
- tolerance
- schopnost empatie
- dobré komunikační schopnosti
- schopnost vymezení a respektování hranic
- schopnost týmové práce
- schopnost pečovat o sebe
- psychická stabilita v krizových situacích
- připravenost prohlubovat své znalosti a sebevzdělávat se

Paradoxně si musí většinou svým pozitivním přístupem probíjet svou pozici, zejména v nemocnicích či zařízeních se zaběhnutým mnohaletým režimem. Někdy jsou vnímáni negativně ze stran zdravotníků, jako jistá konkurence, či jako někdo, kdo vyplňuje prázdná místa, kterých by se mohl ujmout personál zařízení.

K této skutečnosti přistupuje také fakt, že terapeutický význam tato práce může mít i pro samotné dobrovolníky. Samozřejmě to nemá být prioritní důvod dobrovolnické činnosti. Pomoc nemohoucím uspokojí potřebu konat dobré, být prospěšný, pomáhat, sdílet lidské emoce.

Úřad práce ve Žďáře nad Sázavou, má projekt společně s Dobrovolnickým centrem v Novém Městě na Moravě, který spočívá v zapojení nezaměstnaných do dobrovolné práce. Jednou z nabídek je možnost zapojit se do práce v hospicovém hnutí. Jejich aktivity mají podobu návštěv v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech důchodců. Terapeutický účinek pro nezaměstnané je evidentní a někteří zde dokonce najdou motivaci, ke svému dalšímu pracovnímu směřování a vzdělávání.

²⁴⁹ Dobrovolnický program: <http://hhv.nmm.cz/index.php?ln=cz&id=13&cat=c&typ=menu,2>.

2.9.1 Úloha farní obce

Farní společenství má nezastupitelnou funkci v péči o nemocné a truchlící křesťany. Většinou impulsem k návštěvě nemocného je zpráva, kterou se farníci dozvědí ve svém společenství. Především v malé farnosti, kdy vědí jeden o druhém je to možnost, jak zprostředkovat návštěvu v nemocnici, v domácnosti či hospici. Většinou i kněz se dozví o nemoci druhého prostřednictvím někoho z farnosti. Návštěva se může naplánovat, nebo je uskutečněna spontánně. U vážně nemocného je jistě dobré spojit se s rodinou či se zařízením a zjistit, zda je vhodné nemocného navštívit a dohodnout vhodnou dobu. Zásada je - neodkládat návštěvu na neurčitou dobu, z důvodu progresu některých onemocnění.

Návštěva by v první řadě měla být pomocí. To je zásadní heslo. Motivací by neměla být zvědavost, nebo touha se zviditelnit, či se tvářit jako ten, který chce pomáhat. Cílem návštěvy nemocného má být nemocný. Vážná nemoc je hlubokým zraněním, protože ovlivňuje každou část těla i duše, i každou minutu v jeho životě. Takováto návštěva také probíhá prostřednictvím rozhovoru, kdy je rozumné více naslouchat než mluvit, být více partnerem a přítelem než kazatelem. Nemocný jistě prožívá mnohé, mnohé nevyřčené, mnohé bolestné. Proto je vhodné být spíše tichým společníkem, než vést obecné, plytké řeči.

Důležitou úlohu členové farnosti jistě sehrávají při přípravě pohřbu, kterého se účastní a kdy se mohou nabídnout jako pomoc těm, kteří utrpěli ztrátu. Právě v době po pohřebním obřadu nastává důležitý úkol pro celé farní společenství. Pozůstalí bývají často osamoceni se svými prožitky a vyčleňují se ze společenství. V této chvíli potřebují druhé lidi – křesťany, kteří je mají možnost zapojit do dění ve farnosti, a popřípadě do farního společenství.

Důležitá je zde i konkrétní pomoc!

3 Eutanazie

Téma eutanazie čím dál víc zaměstnává mysl lidí, ať u laické nebo odborné veřejnosti. Na toto téma se píše odborné publikace, vedou se diskuse. Své argumenty pro i proti jsou podloženy řady jednotlivých případů, či výzkumy veřejného mínění.

3.1 Pojem eutanazie

V překladu (eu =dobře, thanatos =smrt), znamená tedy dobrou smrt.²⁵⁰ Tento pojem, byl ale dříve míněn jako pomoc ve smyslu tlumení bolesti, pomoc při úlevě od trápení duchovního, či duševního.

Dnes se pojmem eutanazie²⁵¹ označuje záměrné usmrcení jiné, zejména pak těžce nemocné osoby na její žádost, nebo ze soucitu a to pomocí smrtících látek nebo i jiných prostředků. Zde se tedy jedná o aktivní eutanazii.

V širším měřítku můžeme dále eutanazii dělit na nepřímou a pasivní. Nepřímou je myšleno ulehčení smrti pomocí sedativ a narkotik, které mají jako vedlejší účinek zkrácení pacientova života. Pasivní eutanazie je ta skutečnost, že je „opomenuto“ některých kroků pro další prodlužování života.

Pojem eutanazie, tak jak je v běžném jazyce užíváno, má namysli aktivní usmrcení někým jiným (lékařem), na jeho vlastní žádost.

3.2 Příčiny úvah o eutanazii

Pollard uvádí tři základní.²⁵²

1. Tradiční náboženské představy, které zdůrazňovaly transcendentní rozměr lidského života, a smrt byla životní událost, na kterou je nutná příprava.
2. Lékařská věda, která je dnes na vysoké technické úrovni způsobuje odsunutí smrti až do okamžiku totálního vyčerpání všech lidských sil.
3. Veřejné mínění je ovlivněno sdělovacími prostředky, které jsou většinou zaměřeny povrchně, nebo naopak příliš emotivně, a není zde prostor pro etické aspekty.

Zastánci aktivního usmrcení apelují na svobodu, autonomii osoby rozhodnout se. Odkazují se na ostatní oblasti života a svobodného rozhodnutí. Jaké budu vykonávat povolání, koho si vezmu za životního partnera, kde budu žít. Je tedy možno, dle zastánců eutanazie, zvolit si také, jak odejdu z tohoto světa. Autonomie patří zajisté k základům naší společnosti, avšak jsou také tendence vykládat autonomii v „zjednodušené až zkarikované

²⁵⁰EUTANAZIE: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie>. (10. 5. 2010).

²⁵¹ Srov. Slovník cizích slov, Praha: Encyklopedický dům, 1995, 66.

²⁵² Srov. POLLARD Briand: Eutanazie ano či ne? Praha: Dita, 17.

podobě, tedy nebýt omezován jakýmikoli nároky či obecnými zákony, tedy jakási svoboda od všech předem daných, či vnějších určení.²⁵³ To tedy znamená, že takovéto jednání nespadá pod žádné závazné normy, které regulují lidské jednání. Jsou tedy ignorovány zásady etiky a morálky a považují „myšlenku na dobro a zlo za irelevantní.“²⁵⁴

Je zde ale otázka svobodného souhlasu pacienta. Je pacient, který je vystaven bolesti, utrpení, svobodný? Nemá právě svázány ruce těmito okolnostmi? Jeho vnímání reality může být změněno a to skutečností, jako je bolest, samota, pochybnosti, strach, deprese, silné léky. Není proto smrt jen prosbou o pomoc? Je zjevné, že pacient s dobrou péčí, navzdory smrtelné nemoci, o usmrcení nežádá. Žádost nemusí nutně vyplývat z touhy po smrti, ale z touhy po větším zájmu o svoji osobu. Svobodný souhlas pacienta je nutno získat a ověřit. Jak ale toho dosáhnout? Pak by byli tedy „znevýhodnění“ ti, kteří nemohou tento souhlas dát a přesto zažívají utrpení, např. malé děti, mentálně postižení.... To by pak znamenalo eutanazii bez souhlasu pacienta, nebo za ně mohou rozhodnou jiní – rodiče, opatrovníci? Pak je již velmi malý krok k sociální eutanazii.

3.3 Pozice lékaře v eutanazii

S eutanazií je také spojen problém, který je jen těžko řešitelný. Tím, kdo zde má usmrcovat, je lékař. Jak na sebe lékař může vzít to břemeno, kdy má poslechnout pacientovo přání, a rozhodnout, zda je něčí život bez ceny? Vždyť lékař je na straně života a on se také k tomuto v Hippokratově přísaze zavazuje. Jeho vztah k pacientovi má být léčebný. Docházelo by k vážnému narušení důvěry mezi pacientem a lékařem. Jedná se o vztah mezi zranitelným nemocným a lékařem, kterému je tento nemocný svěřen a jemuž důvěřuje, a proto musí být rozhodování lékaře podřízeno jasným zásadám lékařské etiky a mravnosti. U umírajícího nejde ani o uzdravení, ani o vyléčení. Zde jde o dobře nastavenou paliativní péči, která respektuje důstojnost umírajícího ve všech jeho dimenzích. „Nemocní v konečném období těžké nemoci jsou velmi zranitelní a snadno přijímají jakékoliv nápady jiných i nápady lékařů, jimž často bezmezně důvěřují.“²⁵⁵ Úmyslné zabití je závažný skutek. Lékař je bytost, která nemůže jen tak vyhovět každému jeho přání. „Riziko, že dojde k narušení integrity člověka – lékaře a tím spíše i jeho profesní integrity, je obrovské a nelze si s ním zahrávat.“²⁵⁶

²⁵³ ŠPINKOVÁ Martina, ŠPINKA Štěpán: Euthanasie, Praha: První dobrá s.r.o., 2006, 32.

²⁵⁴ MUNZAROVÁ Marta: Eutanazie nebo paliativní péče, Praha: Grada Publishing, 41.

²⁵⁵ MUNZAROVÁ, op. cit., 43.

²⁵⁶ Srov. MUNZAROVÁ: tamtéž str. 44

Otázkou je zde i špatná diagnóza, nebo špatná prognóza nemoci. Na této okolnosti vlastně stojí celá úvaha o smrti ze strany nemocného. „V případě eutanazie je zabit a umírá díky rozhodnutí jiné osoby, i když je toto rozhodnutí ovlivněno jeho vlastním přáním.“²⁵⁷

Někdy se objevují názory, že lékař nemá soucit s nemocným, jestliže mu nepomůže ke smrti. Skutečný soucit lékaře mu otevírá oči, aby viděl skutečný problém, tedy narušení integrity člověka. Úspěchem zde pak není usmrcený nemocný, ale takový, ke kterému přichází ti, kdo jsou ochotni napomáhat mu opět nalézt smysl života, nový, jiný, než na jaký byl zvyklý, dokud byl zdravý, ale neméně důležitý. Někoho, kdo ho bude doprovázet. „A naopak nemocný, který trpělivě snáší své utrpení, se může stát pro své okolí velkým požehnáním.“²⁵⁸

Stejně problematická je i otázka času, kdy nemocného usmrtit. Je zřejmé, že často beznadějně případy lidí, kde byla prognóza života velmi krátká a jejich život byl i přesto relativně dlouhý a bez naděje při oznámení diagnózy se změnila v dobře prožitý konec života. Smrt se tak stává, stejně jako život, úkolem.

Objektivně nemoc a utrpení nezabavuje nemocného jeho důstojnosti, neboť tato vychází z naší podstaty, z neopakovatelnosti našeho bytí. Subjektivně se však nemocný může cítit zbavený důstojnosti, kvůli utrpení, nemohoucnosti, bolesti, neschopnosti o sobě rozhodovat.

Pokud v osobě nemocného dochází k nějakým změnám v postoji vůči sobě, často je to způsobeno tím, jak k němu přistupují ti, kteří reagují nepatřičně. Místo soucitu přinášejí lítost. Tedy vzdálenost místo soutrpění.

Někdy se hovoří o eutanazii jako o „soucité smrti.“ Ovšem tak závažné rozhodnutí, jako je usmrcení, nemůže podléhat pouze citu. „Musí podléhat i rozumu, protože jednání jen pod vlivem citu nemůže být mravně obhajitelné.“²⁵⁹ Spontánní cit totiž není jednoznačný. Na jedné straně může vést „ke skutečnému soucítění ve smyslu empatie s trpícím a zabraňovat utrpení, jehož je možné se vyvarovat, ne ovšem za každou cenu.“²⁶⁰ Druhá strana sebou nese soucit, který vychází z vlastního strachu. „Problémy, které člověk sám v sobě potlačuje, chce udržovat mimo své já, přesněji řečeno pod ním.“²⁶¹ Je zde tedy trpící, vhodný k projekci mého strachu. „Vcítění se do druhého, znamená prožívat bolest druhého jako svojí vlastní.“²⁶² Pouze skutečný soucit nás může uschopnit být nemocnému oporou v jeho důstojnosti.

²⁵⁷ MUNZAROVÁ op. cit., 83.

²⁵⁸ ROTTER: op. cit., 100.

²⁵⁹ Srov. MUNZAROVÁ, tamtéž, 52.

²⁶⁰ Srov. VIRT Günter: Žít až do konce, Praha: Vyšehrad, 2000,20.

²⁶¹ VIRT Günter: Žít až do konce, Praha: Vyšehrad, 2000,20.

²⁶² POSPÍŠIL Ctirad Václav: Teologie služby, Karmelitánské nakladatelství, 2002,94.

V souvislosti s otázkou eutanazie se odborníci zmiňují o tzv. „kluzkém svahu“.²⁶³ Jde o první krok, který zapříčiní již nemožnost se vrátit zpět a končí tvrdým pádem. Legalizace zabíjení života v jeho počátcích - tedy výchozí krok, má za důsledek pokročení v úvahách o dalším usmrcování v průběhu života. Přijetí eutanazie společností bude mít za následek rozšíření diagnóz, při kterých se přímé usmrcení může aplikovat. Racionální úvaha a jistá logika nám říká, proč se nezbavit člověka, „který ještě neumírá, ale které tyto strasti teprve čekají.“²⁶⁴

Bostonský psychiatr Leo Alexandr, poradce a pozorovatel na Norimberském soudu s lékaři k této problematice říká: „Ať již tyto zločiny doznaly jakýchkoliv rozměrů, bylo všem, kteří je vyšetřovali, jasné, že vždy začínaly v nepatrných počátcích...., zpočátku se týkal pouze těžce a chronicky nemocných, postupně se sféra těch, kteří byli zahrnováni do téže kategorie, rozšiřovala....“²⁶⁵

V roce 1994 v Nizozemí byla povolena eutanazie. Tamní odpůrci eutanazie poukazují na tento jev. „Připouští, že je v této zemi ukončováno více životů, než je uváděno. Hlášeny jsou jen ty případy, kdy jsou splněna kritéria a je možno volit takové formulace, které uspokojí zákon.“²⁶⁶ Do jisté míry je tato situace, dle tamních odpůrců nekontrolovatelná. Prokazování takovýchto kroků je téměř nemožné.

3.4 Eutanazie v křesťanském pohledu

Starý zákon k usmrcení říká: „Nepřipustíš, aby byl zabit nevinný a spravedlivý.“²⁶⁷

V Novém zákoně v horském kázání připomíná přikázání: „Nezabiješ.“²⁶⁸

Tradičně (pochází ze středověké teologie) je předkládáno učení o tzv. „principu správcovství“, který říká, že lidský život pochází od Boha a člověk tedy není jeho vlastníkem a tento důvod je předpokladem řádné péče. Ze stejného důvodu pak je život posvátný a nedotknutelný.

NK k tomuto říká: „Lidský život je posvátný, protože již od počátku zahrnuje stvořitelskou činnost Boha a stále zůstává ve zvláštním vztahu ke Stvořiteli, svému jedinému cíli. Jen Bůh je pánem života od jeho počátku až k jeho konci. Nikdo a za žádných okolností si nemůže osobovat právo zničit nevinnou lidskou bytost.“²⁶⁹

²⁶³ např. VODVÁŘKA: op. cit., 53.

²⁶⁴ Srov MUNZAROVÁ, tamtéž. 37.

²⁶⁵ EUTANAZIE: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie> (10. 5. 2010).

²⁶⁶ MUNZAROVÁ: op. cit., 37.

²⁶⁷ EX 23,7.

²⁶⁸ Mt 5.

²⁶⁹ Katechismus katolické církve: op. cit., 2258.

Dnes si ale jen s takovým tvrzením nemůžeme vystačit. Může zde být námitka, že Bůh stvořil člověka se svobodným rozhodnutím, a člověk se tedy může rozhodnout i pro smrt. Svoboda má být ovšem v souladu se svědomím, tedy normou lidského jednání.

„Argumentem proti eutanazii je zde láska k sobě.“²⁷⁰ Peschke, který se odvolává na výroky A. Holdereggera se domnívá, že „zacházení s vlastním životem jako darem a obětí za život někoho jiného se jeví oprávněné, zatímco přímé zapříčinění smrti v těžké osobní situaci oprávněné není.“²⁷¹ Jako důvod zákazu uvádí povolání člověka od Boha, aby uskutečňoval své osobní možnosti a přivedl se ke konečné dokonalosti. Člověk by tedy měl zůstat otevřený k této skutečnosti i v situacích nouze, nemoci a utrpení, které mohou být příčinou žádosti o usmrcení. To, že k tomu nemocný může zůstat otevřen je skutečnost, že jeho tělesný život stále nese a chrání povzbuzování Boha, který je ručitelem za smysl jeho života. Ten kdo má víru v Boha, má si být vědom tohoto závažného nároku.

Argument lásky k Bohu. Bůh člověka miluje, je mu drahý. Moci být ve vztahu k Bohu dává lidskému životu nekonečný smysl. Ve svém životě člověk, i pokud je smrtelně nemocen, může realizovat lásku a víru, přijímat milost danou Bohem a stát se příkladem, pomocí a bratrem pro druhé. Je to svědectvím o křesťanském životě a takový to život a umírání má před Bohem a bližními ničím nevyvážitelnou hodnotu.

Člověk, který žádá o eutanazii, je často opuštěný, nebo se samoty bojí. Cítí se být odcizen vůči zdravým, obviňuje se, že je přítěžím pro ostatní. Ten, který umírá sám, umírá bolestněji a takové umírání působí větší utrpení. Ten, který umírá obklopen láskou, o usmrcení nežádá. Láska k člověku jako nejvyšší hodnota, může být pro nemocného smyslem života a je schopna i snížit pocit bolesti. Prvořadým úkolem je tedy nabízet lásku a ne provádět eutanazii.

Tento výrok ovšem neznamena, že boj proti utrpení je méně naléhavý. Naopak. Jako ti, kteří následují Krista jako svého Pastýře, musíme dle jeho příkladu svádět boj s bolestí ve všech jejích podobách.

Důležitou součástí křesťanské lásky je pochopení a neodsuzování někoho, kdo žádá o usmrcení. „Víme, že tito lidé často jednají z naprostého vnitřního přetížení, a jejich čin vlastně již není dílem svobody, nýbrž něčím vynuceným.“²⁷² Toto rozhodnutí by mělo být naopak pro okolí burcující, je potřeba porozumět jejich volání o pomoc, starat se o ně, hovořit s nimi, věnovat jim svou péči a svůj čas. To je to nejpodstatnější pro to, aby tyto myšlenky i činy zoufalství a beznaděje, zmizely ze světa.

²⁷⁰ Katechismus katolické církve: op. cit., čl. 2264.

²⁷¹ PESCHKE Karl Heinz: Křesťanská etika, Praha: Vyšehrad, 1999,285.

²⁷² ROTTER Hans: Důstojnost lidského života, Praha: Vyšehrad, 1999,101.

Závěr

Závěrem své diplomové práce s názvem Křesťanské aspekty v paliativní péči a doprovázení, jsem získala nejen pro sebe, několik důležitých poznatků. Je to především přesvědčení, že v lidském životě existuje celá řada utrpení, která nejsme schopni zcela a beze zbytku našimi prostředky odstranit. Nevyhnutelné utrpení představuje každodenně výzvu nejen pro ošetřovatele, lékaře, sociology či psychology, ale jsem přesvědčena, že tato výzva bude platit čím dál více pro teology a ty, kteří se budou zabývat službou trpícím a umírajícím.

Je jisté, že v drtivé většině případů nepůjdeme k těmto lidem jako k těm, které chceme „uzdravit“. Vždyť každý, kdo se přiblíží k trpícímu nebo umírajícímu, přibližuje se s velikou úctou k tajemství, které se v takovémto člověku odehrává. O skutečné hloubce nemoci, bolesti a o skutečné hloubce utrpení ví opravdu jen ten, kdo je zakouší. Proto při takové péči nikdy nepůjde o theologizování, předhazování nedostatků, nemístné poučování, ale půjde o vystižení neopakovatelné individuality, protože jedině tak můžeme splnit touhu trpícího, aby byl přijat, pochopen a aby byl tedy vnímán ve své jedinečnosti. Proto je jedním z nejdůležitějších aspektů pochopení bolesti a utrpení a z toho vycházející služby soustředěné naslouchání a vstup do společenství s tímto člověkem. Ono soucítění znamená to nejdůležitější, čím má disponovat ten, komu nepřesně, ale spíše technicky říkáme nemocniční kaplan.

Ale jedná se vlastně o každého, kdo přichází k lůžku nemocného či umírajícího. Z toho všeho, co jsem ve své diplomové práci napsala, přináší nejcennější aspekt právě opravdová účast. A jestliže hovoříme o opravdové účasti, pak je obsahem těchto dvou slov také podíl na utrpení. Někdy by se mohlo zdát, že podíl na utrpení někoho jiného, je něčím abstraktním a nepatří do skutečné křesťanské služby. Je zde však jedno velmi důležité: I v hodině smrti Ježíše Krista se zdálo, že Bůh Otec mlčí. Toto zdání však nic nevypovídá o tom, že naslouchání a mlčení je vlastně zásadním otevřením prostoru k tomu, aby každé slovo, tedy i Boží slovo zaznělo ve své plnosti a kráse. A toto všechno patří do procesu vrcholného zrání člověka, který se otevírá Kristu.

Jestliže se člověk takto otevírá, je zde reálná šance k přijetí utrpení. V procesu přijetí utrpení je zásadně důležité nejen poznání smyslu lidské existence. S velkou dávkou pokory můžeme však také zjišťovat, že bolestí nebo utrpením a úzkostí již není tento svět ovlivňován slovy či technickými výkony, ale oním úžasným tajemstvím, které říká, že lidský život má smysl nejen tehdy, když jsme zdraví. Právě přijetí utrpení a smrti dává člověku možnost svědčit o veliké hodnotě lidského života, jehož dárce je Bůh. Dojít

k takovému pochopení smyslu bolesti a utrpení, znamená jediné: skutečné osvobození k pochopení a k prožití tajemství „nedělního rána.“

Zkratky

- ČR – Česká republika
- GS – Gaudium et spes
- NK – Nový katechismus
- NZ – Nový zákon
- SZ – Starý zákon
- SZŠ – Střední zdravotnická škola

Seznam užité literatury a prameny

- BIBLE: Podle ekumenického vydání z roku 1985, Praha: Biblická společnost v ČSR 1990.
- BLUMENTHAL-BARBY Key.: Kapitoly z thanatologie, Praha: Avicenum, 1987.
- BRABEC Ladislav: Křesťanská thanatologie, Praha: Gemma89,1991.
- DAŇEK Jan, KUNETKA František: Člověk, svět, budoucnost, Olomouc: KTF (skriptum pro vnitřní potřebu), 1974.
- Dokumenty II. vatikánského koncilu, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002.
- FRANKL Viktor Emanuel: Lékařská péče o duši, Cesta Brno, 1994.
- FRANKL Viktor Emanuel: Vůle ke smyslu, Brno: Cesta, 1994
- FRINTA Antonín: Kde je co v Bibli Praha: Kalich 1992.
- GNILKA.Joachim: Ježíš Nazaretský – poselství a historie, Praha: Vyšehrad 2001.
- HALÍK Tomáš: Oslovit Zachea, Praha: Lidové Noviny, 2003.
- HAŠKOVCOVÁ Helena: Lékařská etika, Praha: Karolinum, 1997.
- HAŠKOVCOVÁ Helena: Spoutaný život, Praha: Panorama, 1985.
- HROUDA Vojtěch: Naděje v pastýřském rozhovoru, vikářská práce z ETF, 2009.
- Katechismus katolické církve, Praha: Zvon, 1995.
- Kodex kanonického práva, Praha: Zvon, 1994.
- KŘIVOHLAVÝ Jaro, KACZMARCZYK Stanislav: Poslední úsek cesty, Praha: Návrat domů.
- KŘIVOHLAVÝ Jaro: Křesťanská péče o nemocné, Praha: Advent, 1991.
- KŘIVOHLAVÝ Jaro: Rozhovor lékaře s pacientem, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků.ve zdravotnictví BRNO, druhé přepracované vydání, 1995.
- KÜBLER-ROSSOVÁ Elizabeth: O smrti a umírání, Turnov: Arica, 1993
- LUKASOVÁ Elisabeth: I tvoje utrpení má smysl, Brno: Cesta, 1988.
- MÁNEK Jindřich: Pohled Bible na smrt a na život, Praha, 1973.
- MARSCH Michael: Uzdravení skrze svátosti, Praha: Portál, 1992
- MUNZAROVÁ Marta: Eutanazie nebo paliativní péče, Praha: Grada Publishing, 2005.,
- Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné, Praha: Česká biskupská konference, 2002.
- PANGRAZZI Arnaldo: Proč právě já? Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997.
- PARKES Colin Murray, RELFOVÁ Marilyn, COULDRICKOVÁ Ann: Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé, Brno : Společnost pro odbornou literaturu 1997.
- PERA Heinrich, WEINERT Bernd: Nemocným na blízku, Praha: Vyšehrad1996.
- PESCHKE Karl Heinz: Křesťanská etika, Praha: Vyšehrad, 1999.
- POLLARD Briand: Eutanazie ano či ne? Praha: Dita, 1996.
- POSPÍŠIL Ctirad Václav: Teologie služby, Karmelitánské nakladatelství: Kostelní vydří, 2002.
- PLÜGGE Herbert: O naději, Praha: Vyšehrad, 1971.
- REJCHRT Luděk: Na úpatí hory, Praha: Kalich, 1984
- ROTTER Hans: Důstojnost lidského života, Praha: Vyšehrad, 1999.
- SANDTNER Pavel: Doprovázení v hospicové péči a logoterapii, Diplomová práce, UK-KTF, 2004.
- SIMAJCHL Ladislav: Cestou do Emauz, Brno: Cesta, 1998.
- SLABÝ Adolf: Pastorální medicína a zdravotní etika, Praha: Univerzita Karlova, Karolinum1991.

- Slovník cizích slov, Praha: Encyklopedický dům, 1995.
- SUSA Karel: Pomoz mi můj Pane, Praha: Kalich, 1991.
- SVATOŠOVÁ Marie, Hospice a umění doprovázet, Praha: Ecce Homo, 1999.
- ŠPINKOVÁ Martina, ŠPINKA Štěpán: Eutanazie, víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů, 2006.
- TRILLING Wolfgang: Hledání historického Ježíše: Praha: Vyšehrad.
- VÁGNEROVÁ Marie: Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál, 1999.
- VIRT Günter: Žít až do konce, Praha: Vyšehrad, 2000.
- VODVÁŘKA Pavel: Poznámky k bio-psycho- sociální problematice onkologie, Ostrava: Ostravská universita, 1997.

Internetové odkazy

- Církev uzavřely dohodu o duchovní péči ve zdravotnictví: <http://www.tribune.cz/clanek/2132>, (2. 4.2010)
- Dobrovolnický program: <http://hhv.nmmn.cz/index.php?ln=cz&id=13&cat=c&typ=menu>.
- EUTANAZIE: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Eutanazie> (10. 5. 2010).
- KOUBA Jiří: Co je hospic?, <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>(18. 9. 2010).
- OPATRNÝ Aleš: Pastorační péče v méně obvyklých situacích: http://www.knihovna.net/KNIHA/0054_t01.htm. (14. 9. 2009).
- OPATRNÁ Marie: Problematika pastorační péče o nemocné, http://www.fnhk.cz/cze/original/casopis_scan/2005_1pdf. (10. 6. 2010).
- OPATRNÁ Marie: Proč spirituální péče v českém zdravotnickém systému: http://www.eurochaplains.org/enhcc_library/opatrna2006-1_czech.pdf (5. 6. 2010).
- Nemocniční kaplani: <http://www.kaplaninemocniceteplice.estranky.cz/clanky/kdo-je-nemocnicni-kaplan.html>, (10. 4. 2010).
- RADA EVROPY: <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003297.pdf>.10-12 (12. 6. 2010).
- SLÁMA O [...]: Paliativní domácí péče, www.kaplaninemocniceteplice.estranky.cz/odborne-dokumenty/paliativnidomaci-pece (1. 4. 2010).
- Standardy pro zdravotní kaplanství v Evropě: <http://www.kaplaninemocniceteplice.estranky.cz/.../standardy-pro-zdravotni-kaplanskou-sluzbu-v-evrope.html> (10. 5. 2010).

Citace z časopisů

- SCARANO Angelo: Ježíšův vztah k nemocným,in: MKR Communio 1, 2008.
- GUILLÉN Diego Garcia: Ohledně dějin nemoci, in MKR Communio 1, 2008.
- KOHUT Pavel Vojtěch: Svátost uzdravení, nebo svátost spásy? in MKR Communio 1, 2008.
- OPATRNÝ Aleš. Pomazání nemocných – pastorační pohled, in MKR Communio 1. 2008.
- SCARANO Angelo: Ježíšův vztah k nemocným, in: MKR Communio 1,2008.
- SZÉKELY Anton: Nemocnice místo uzdravení a spásy, in: Teologické texty, roč. I, 1991.