

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
Katedra teologické etiky a spirituální teologie

Hana Puková

Chování k umírajícímu

Diplomová práce

Vedoucí práce: ThLic. Mgr. Jaroslav Lorman, Th.D.

PRAHA 2012

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval (a) samostatně a použil (a) jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 9. února 2012

Hana Puková

Bibliografická citace

Chování k umírajícímu [rukopis] : Diplomová práce / Hana Puková; vedoucí práce: ThLic. Jaroslav Lorman Th.D. – Praha, 2012. -- 86 s.

Anotace

Smrt je součástí našeho lidského života. Už od dávných dob si člověk kladl otázky, které se týkaly jeho samého: „Kdo jsem? Odkud přicházím? Kam jdu?“ a v neposlední řadě si uvědomoval svoji konečnost. Umírání patří k životu. Pro člověka je to fáze, kdy všechno končí. „Kdy je ale skutečně mrtvý?“ Je to opravdu v ten moment, když mu přestane bít srdce, zastaví se krevní oběh a on přestane dýchat. Nebo už je pro druhé mrtvý v okamžiku svoji těžké nemoci. Práce si klade za cíl, ukázat adekvátní chování k umírajícímu.

Klíčová slova

zdraví, nemoc, bolest, utrpení, umírání, eutanazie, paliativní a hospicová péče, smrt

Abstract

Dead is a part of our human life. Even in the old days human was asking questions about himself: „Who am I? Where do I come from? Where do I go?“ And last but not least understood his mortality. Dying is a part of life. It is a period for a human, when everything finishes. When is he really dead though? Is it really the moment when his heart beat and blood circulation stops and he stops breathing? Or is he dead for the others in the moment of his hard illness. The aim of the thesis is to point out an adequate behaviour to a dying human being.

Keywords

health, illness, pain, suffering, dying, euthanasia, palliative and hospice care, death

Počet znaků (včetně mezer): 162 821

Poděkování

Srdečně děkuji ThLic. Jaroslavovi Lormanovi Th.D., za pomoc při výběru tématu diplomové práce, všechny poskytnuté rady a připomínky, metodické vedení a hlavně za trpělivost při tvorbě práce.s

Dále chci poděkovat za stylistické a gramatické opravy Josefině Wichsové a za formální úpravy Kristianovi Feldsamovi a v neposlední řadě svojí rodině, která mě vždy podporovala.

Obsah

Úvod.....	7
1. Zjištění a reakce na sdělení závažné diagnózy.....	9
1.1 Zdraví a nemoc.....	9
1.1.1 Co je to lidské zdraví?.....	10
1.1.2 Zachování zdraví.....	11
1.1.3 Ohrožení zdraví a života.....	12
1.2 Reakce na závažnou diagnózu a její prožitek.....	13
1.2.1 První stádium: Popírání a izolace.....	14
1.2.2 Druhé stádium: Zlost.....	15
1.2.3 Třetí stádium: Smlouvání.....	17
1.2.4 Čtvrté stádium: Deprese.....	17
1.2.5 Páté stádium: Akceptace.....	19
1.3 Nemoc jako součást života.....	20
1.4 Smysl nemoci.....	21
1.4.1 Pacient s léčitelnou a nevléčitelnou nemocí.....	22
1.4.2 Reflexe situace nemocného.....	23
1.5 Smysl bolesti a utrpení.....	28
1.5.1 Bolest na biologické úrovni.....	30
1.5.2 Utrpení na psychologické úrovni.....	30
1.5.3 Individuální potřeby v pojetí člověka jako celku.....	30
1.5.4 Teologická dimenze lidského utrpení.....	32
2. Umírání jako proces a vztah umírajícího a jeho bezprostředního okolí.....	36
2.1 Přítomnost rodiny u umírajícího (domácí model umírání).....	38
2.2 Lékařská asistence při umírání (institucionální model umírání).....	43
2.3 Eutanazie.....	44
2.3.1 Základní terminologie.....	44
2.3.2 Definice eutanazie podle WMA (World Medical Association).....	46
2.3.3 Lékař, nemocný a eutanazie.....	48
2.3.4 Křesťanský pohled na eutanazii.....	50
2.4 Paliativní a hospicová péče.....	53
2.4.1 Paliativní péče.....	53
2.4.2 Hospicová péče.....	55
2.4.3 Práva pacientů.....	58
3. Smrt a pohřeb.....	62
3.1 Smrt.....	63
3.2 Definice smrti.....	64
3.3 Rozdělení smrti.....	66
3.4 Morálně teologické problémy.....	67
3.5 Péče o zemřelé.....	68
3.6 Pohřeb.....	70
3.6.1 Pohřby a jejich varianty.....	71
Závěr.....	72
Seznam literatury.....	74
Přílohy.....	78
Příloha č. 1.....	78
Příloha č. 2.....	79
Příloha č. 3.....	80
Příloha č. 4.....	81

Motto:

„Existují v zásadě dva způsoby, jak se vyrovnat se smrtí, dokud jsme naživu. Buď ji můžeme ignorovat, nebo se k ní postavit čelem a jasně o ní uvažovat, abychom zmenšili utrpení, které může přinést... Stejně důležité jako příprava na vlastní smrt je pomáhat druhým, aby umírali dobře a klidně. Jako novorozené děti jsme byli všichni bezmocní a nepřežili bychom bez lásky a péče, které se nám dostalo. Ani umírající nejsou mnohdy schopni sami sobě pomoci, a proto se jim snažme ulehčit v jejich potížích a úzkostí, jak jen můžeme.“

J. S. 14 Dalajlama

Úvod

Paliativní péče a smrt jsou obecně ve společnosti spíše opomíjenými, nicméně se dotýkají každého člověka. Jak vypadalo umírání v okruhu nejbližších v době dřívější a jak vypadá dnes? Jakým způsobem se navrací smrt zpátky do povědomí současné společnosti? Jak se vyvíjel pohled na smrt v minulosti a jaké atributy má umírání dnes?

Uvažovat o smrti lze na mnoha úrovních. Mohu uvažovat o vlastní smrti, vyrovnávat účty. Ve své práci se budu zabývat smrtí ve smyslu společenské situace umírajícího a jeho okolí. Smrtí jako tabuizovanou chvílí lidského života, naprosto výjimečným sociálním okamžikem.

Smrt je v povědomí jednotlivců dnes velice upozaděným tématem. Chci ukázat, že je to spojeno s upozaděním individuality v dnešní společnosti, která se naoko tváří, že právě individualitu vyzdvihuje. Umírajícího nebereme v potaz jako subjekt, ale jako objekt, který lze odsunout z centra dění společnosti až za její samotný okraj.

Téma diplomové práce jsem si vybrala v rámci svého osobního hledání odpovědí na otázky, které si každý člověk pokládá jen občas, převážně v době nemoci, a navíc se často bojí vyslovit je nahlas. Cítím potřebu zdůraznit, že to vše k lidskému životu neodmyslitelně patří. Zdá se, že myšlenky na smrt a její okolnosti se v dnešní uspěchané době dostávají do popředí jen tehdy, kdy se reálně dostaneme do její blízkosti.

Nechci říct, že se každý dokáže připravit na smrt někoho, koho ve svém životě miluje, zvláště pokud odešel nečekaně. Chci především upozornit na nedostatečnou připravenost lidí ocitajících se v kontaktu se smrtí (snad s výjimkou lékařů a sester). Společnost dnes smrt tabuizuje, thanatologii a vše s ní spojené staví do pozice mystického tajemství opředěného tématu, které ovšem řeší každý z nás pouze na individuální úrovni a neměl by mít potřebu ve všedním životě s kýmkoli myšlenky na smrt sdílet. Současný životní trend zaměřený na životní sílu a „věčné mládí“ a s ním spojená kultura vytlačuje otázky smrti na okraj společenských diskuzí.

Ani dnešní koncept nukleární rodiny neplní stejnou funkci tak jako rodina široká, pospolitá, tzv. tradiční. Tuto funkci nahrazuje ústavní péče, což odděluje smrt od běžného života lidí. Umírání probíhá kdesi „stranou“, lidé neumírají v rodinném kruhu, tudíž ostatní členové rodiny nejsou na přítomnost smrti zvyklí. Člověk se začíná vyrovnávat se smrtí až s vědomím svého vlastního konce. Smrt či stáří, jakožto fyzická a psychická nemohoucnost, je tak často vnímána jako „selhání“ těla, které se dotýká člověka pouze na individuální úrovni, a které můžeme s postupujícími znalostmi medicíny vyléčit.

Tento nesoulad mezi skutečným stavem věcí a jejich smrt vylučující reflexí zcela nabourává mocně apelující skutečnost, a to totiž, že smrt představuje nedílnou součást našeho života, ať už chceme nebo ne. Dříve či později potká každého z nás a vyžaduje to jistou dávku zaslepenosti, ignorovat její denní přítomnost v životě mnoha lidí. Lidé, kteří pracují s nemocnými a umírajícími, to jistě nemají lehké. Nikdy nevíme, kdy budeme potřebovat tuto pomoc my sami. Díky těmto lidem máme mnohé poznatky a vědomosti, které dokázali popsat a předat nám je, abychom nebyli tak bezradní a ztraceni. Mnohé tyto texty nám ukazují, že umírající i ti, kteří je doprovázejí, prožívají situaci do jisté míry podobně.

Pokud by se společnost nestavěla zády k umírání a smrti, mohla by vzniknout i další diskuse, která by přinesla nové podněty a nápady, jak zlepšit podmínky pro umírající. Většinou se však setkáváme s brojením proti paliativní péči, kdy kvůli naprosté neznalosti, co tato péče obnáší, lne část společnosti k legalizaci eutanazie jako „konečného“ řešení pro umírající.

Diplomová práce si klade za cíl v neposlední řadě ukázat, jak radikálně dokáže moment nemoci a blížící se smrti změnit život člověka, který je zdravý a zasáhne ho nečekaně nemoc doprovázená bolestmi a utrpením. Mou snahou bude popsat postoj nemocného člověka k nemoci a přiblížit chování jeho rodiny a ošetřujícího personálu.

Umírá-li člověk tzv. "sešlostí věkem" nebo vyčerpáním sil po dlouhodobé nemoci, nejde o nic dramatického, tento skon spíše připomíná „postupné usínání po vyčerpávajícím dni.“ Avšak mnoho lidí v takové situaci nemocného bezradně odváží do nemocnice v domnění, že pro něho udělají „to nejlepší“. Velmi často to dělají ze strachu, že se se smrtí, o níž odmítají uvažovat, setkají tváří v tvář.

Umírání představuje proces, který je součástí našeho života. Záleží jen na nás, jak se k tomu postavíme a vyrovnáme se s nastalou situací. Chtěla bych tak ukázat, jak se k umírání může postavit rodina i ošetřující lékař. Na závěr, bych se zmínila o smrti a pohřbu, posledním rozloučením pro pozůstalé a prostoru pro vyjádření toho, co pro ně zemřelý znamenal.

1. Zjištění a reakce na sdělení závažné diagnózy

Zda a jak přijímá člověk odpovědnost za svůj život, to úzce souvisí s jeho postojem ke smrti. Již v nejstarších historických pramenech se můžeme dočíst, jak se člověk setkával se smrtí kolem sebe a jak se s ní vyrovnával. Schopnost předvídat vlastní smrt byla považována za důležitou složku lidství. Nejintenzivnější existencionální zkušeností je setkání se smrtí milovaného člověka, která vytrhává z našeho života něco nenavratitelného. Teprve láska k druhé osobě a její smrt nás konfrontuje s nevyhnutelností vlastní smrti.¹

Pokud se podíváme kolem sebe, počet nemocných a starých lidí se stále zvyšuje. Péči o skupinu lidí, kteří jsou nemocní nebo umírají, přebírá medicína, která nabízí stále nové a obdivuhodné technické možnosti. Medicína však sama nedokáže vytvořit kritéria pro jejich správné či nesprávné použití. Z křesťanského pohledu je situace o to komplikovanější, že tento vývoj a rozhodování probíhá ve společnosti, která se explicitně nehlásí ke křesťanskému poselství, ale k hodnotovému pluralismu.

Umírání patří k životu, to s sebou nese i různé důležité otázky: „Jaké úkoly na nás čekají v poslední fázi našeho života? Jak je zvládneme? Kdo nám přitom bude pomáhat?“

1.1 Zdraví a nemoc

Problémy života, smrti, zdraví, nemoci a věci s nimi souvisejícími nemají jednoduchá řešení. Takto se dá říci, že na žádnou obecně položenou otázku neexistuje jasná odpověď. Moje diplomová práce si neklade za úkol tyto problémy vyřešit, ale pouze navádět čtenáře k formulaci nových otázek, které mu pomohou lépe na individuální a i intimní úrovni přistupovat k tématu smrti a umírání.

Nemoc představuje výzvu stejně jako každá jiná překážka v našem životě: výzvu k boji, k zamyšlení, k pochopení, proč se to stalo, proč člověk onemocněl, zda lze danou situaci chápat z nějakého úhlu jako pozitivní, a pokud ano, co dobrého může přinést. Pokud uvěříme heslu „Co tě nezabije, to tě posílí.“, pochopíme pak nemoc zcela novým způsobem. Považuji proto nemoc za výzvu podívat se na život a na svět jinými očima.²

¹ Srov. GÜTER Virt, *Žít až do konce*, Praha: Vyšehrad, 2000, s. 13.

² Srov. Prof. MUDr. ASTL Jaromír a kol., *Nemoc jako výzva?*, Praha: Maxdorf, 2010, s. 6.

1.1.1 Co je to lidské zdraví?

Uvažujeme-li o nemoci, vyvstává otázka, jak vůbec definovat zdraví. To můžeme nahlížet *negativně* jako absence nemoci, *funkcionálně* pak jako schopnost vyrovnat se s denními aktivitami, nebo *pozitivně* jako způsobilost a podoba balansu (vyrovnanosti). V každém organismu je zdraví forma homeostáze.³ Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady“.⁴ Každý má však jinou hranici nebo pocity spojené se zdravím. Pro někoho může být rýma velkou zátěží, jiní nás naopak udivují svou vyrovnaností, s jakou snášejí a porážejí nemoc jako například rakovinu.

Moderní medicína poukazuje na skutečnost, která je známá v různých podobách již od stvoření světa. Nemoc je stavem těla, duše a mysli a tvoří s nimi jednotu. Dokumenty 2. vatikánského koncilu uvádějí, že člověk v sobě sjednocuje duši a tělo (GS14). Tím máme na mysli, že lidská osoba je stvořená k Božímu obrazu, je zároveň bytost tělesná i duchovní. Duchovní a nesmrtelná duše je principem jednoty člověka a díky duši lidská bytost existuje jako jeden celek, jako jednota duše a těla, tj. jako osoba.⁵ Proto je možné zdravotní stav těla a nemocí částečně ovlivnit našimi vnitřními postoji a činy, které vedou k posílení zdraví jednoduše tím, jak se svým tělem, ale i duší, a nakonec i se svým životem sami aktivně nakládáme. Medicína, jak vyplývá z definice WHO výše, se stará o tělesné a duševní zdraví.⁶ Stále silněji se prosazuje celostní postoj k léčbě odpovídající širší definici zdraví jako fyzického, psychického a sociálního, a to nejen v pohledu alternativního léčitelství.⁷

Život člověka bývá často nahlížen jako analogie cesty. Každá cesta, ať už se jedná o výlet nebo jen návštěvu známého, má svůj začátek, průběh a konec. Stejně tak lze vnímat i život, i ten má svůj začátek - narození, průběh – rozvoj života, a nakonec svůj závěr – umírání a smrt.⁸ Za integrální součást lidského života lze označit zdraví. Pokud v některé části průběhu života zdraví chybí, jedná se o jistou životní stagnaci.

³ To je stav balansu s příjmem a výdejem energie a látky v rovnováze (s možností růstu).

⁴ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, s. 16.

⁵ Srov. PAPEŽSKÁ RADA PRO SPRÁVEDLNOST A MÍR, *Kompendium sociální nauky církve*, [z oficiální italské verze přihlédnutím k souběžně vydané anglické verzi přeložil prof. Ctírad Václav Pospíšil], Kotelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, čl. 126, s. 91.

⁶ Máme tím na mysli psychické poruchy, nikoliv starost o duši ta je ponechána Bohu.

⁷ Prostor dostává celostní medicína, andská medicína, čínská medicína, přírodní medicína, alternativní medicína.

⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ Jaro, *Poslední úsek cesty*, Praha: Návrat domů, 1995, s. 3.

1.1.2 Zachování zdraví

Péči o zdraví člověka je z náboženského pohledu možné chápat jako péči o dar života. Tělesný život a zdraví jsou dobra, která byla člověku svěřena, a proto je přirozené se o ně starat.⁹ Tato péče nespočívá jen v ochotě léčit se, když už nemoc propukla, nýbrž zejména v prevenci. Odpovědný přístup k životosprávě zahrnuje nejen péči tělesnou, ale také odpovídající péči o duševní a sociální hygienu. Nevyžadujeme, aby člověk znovunabyl zdraví, či si zachránil život prostředky, které nám nabízí medicína. Proti péči o dar života se v pohledu nauky církve proviňuje ten, kdo nechce již dál žít (např. sebevrah) a ten, kdo své zdraví neustále poškozují (např. alkoholik, narkoman). V rozporu s úkolem chránit zdraví však není obětování části organismu pro záchranu celku (amputace ruky nebo nohy). Některé životní okolnosti však vyžadují vystavit se nebezpečí smrti, třeba jde-li o obranu víry, anebo to vyžaduje dobro skupiny (ve válce).¹⁰

Zdraví je dnes v hodnotovém žebříčku naší společnosti na jednom z předních míst. Obvykle však bývá nemoc impulsem, který nám dává poznat hodnotu našeho zdraví. Všechny snahy o udržení a znovuzískání zdraví jsou důležitým úkolem jednotlivce, ale nejen jeho, tyto požadavky jsou kladeny i na společnost. Musí být však dodržena a zachována správná míra a řád.¹¹ Znamená to podporovat a udržovat zdraví a vyhnout se jeho neuváženému ohrožení. Přitom je třeba zdraví uvažovat tak široce, jak je definuje Světová zdravotnická organizace, tedy jako „stav dokonalého tělesného, duchovního a sociálního prospívání“.

Pojem zdraví tedy v sobě zahrnuje tělesné i duševní blaho člověka, a to v individuálním i sociálním rozměru. Zdraví nesmí být chápáno jen ve smyslu zdraví tělesného. Psychologie a psychiatrie se zabývají také tím, do jaké míry mohou poruchy ducha a duše ovlivnit tělesné zdraví. Mnoho nemocí má psychologické příčiny. I tehdy pokud je důvodem nemoci organická příčina, nemocného k životu silně spoluurčuje vnitřní postoj.¹²

V tělesné rovině souvisí zachování zdraví s tělesnou péčí. Máme tím na mysli oblast hygieny a organickou funkční zdatnost. Základní hygienické návyky zajišťuje rodičovská výchova a škola. Je třeba však i upozornit na smysl těch forem péče o tělo, které nesouvisí

⁹ Sv. Pavel pokládá za samozřejmost: „Nikdo přece nemá v nenávisti své tělo, ale živí je a stará se o ně.“ (Ef 5, 29).

¹⁰ Srov. SKOBLÍK Jiří, *Přehled křesťanské etiky*, Praha: Karolinum, 2004, s. 187.

¹¹ Srov. NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE: *Život z víry: překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*, 2.vyd., České Budějovice: Teologická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2005, s. 202.

¹² Srov. PESCHKE Karl-Heinz, *Křesťanská etika*, 2.vyd., Praha: Vyšehrad, 2004, s. 225.

přímo se zdatností, ale krásou. Neboť zanedbávání zevnějšku může být příznakem vnějšího a s ním spojeného vnitřního úpadku a rozpadu osobnosti.¹³

V souvislosti s odpovědností člověka za jeho tělo je třeba upozornit i na otázku sportu a etiky. Sport slouží k zachování a podpoře našeho zdraví. 2. vatikánský koncil hodnotí tělesné cvičení a sport jako prostředky k utváření člověka, které pomáhají udržet duševní vyrovnanost jednotlivce i společnosti a utvářet a rozvíjet vztahy mezi lidmi.¹⁴ Člověk, jehož duch a myšlení jsou velmi podstatně tělesně podmíněny, potřebuje ke svému rozvoji zdravé a výkonné tělo.

I když je tělesný život významnou hodnotou, přece není hodnotou absolutní. KKC hovoří v této souvislosti o novopohanském pojetí, které se snaží podporovat kult těla a podřídít mu tak vše ostatní.¹⁵ To nevyjadřuje ovšem nejvyšší hodnotu člověka. Jedná se především o štěstí jednotlivce a jeho život jako celek, to se také projevuje ve vztahu k Bohu. Tento rozměr je svým způsobem umožněn každému jednotlivci: zdravému, nemocnému nebo postiženému, který je odkázán na druhé. K takovému životu patří nejen péče o tělesné zdraví, ale i rozvoj citových a duševních sil se zařazením náboženské dimenze.

Do celkového rozměru života nesmíme zapomenout zařadit také práci, která je pro člověka dobrem a vyjadřuje lidskou integritu a důstojnost. Plnohodnotný život neopomíjí ani chvíle vzdělání a odpočinku.¹⁶

1.1.3 Ohrožení zdraví a života

Tradice katolické morální teologie neprosazuje požadavek absolutní ochrany lidského života v každé situaci. V každé konfliktní situaci by měl mít člověk schopnost správně posoudit hodnotu svého života. Pouhý vnější zákaz nemůže činu zabránit. Z etického hlediska je rozhodující, zda je zákaz dodržován z vnitřního přesvědčení a zda jednajícím také disponuje svobodou, tj. vnitřní silou, vyhnout se nedobrému jednání. Proto nemá být prvořadým úkolem chránit život, nýbrž že člověku pomůžeme pochopit špatnost činu, ale také nalézt sílu k tomu, aby se této špatnosti zdržel.¹⁷

¹³ Srov. FURGER Franz, *Etika seberealizace, osobních vztahů a politiky*, Praha: Academia, s. 20-21.

¹⁴ Srov. DRUHÝ Vatikánský koncil, Pastorální konstituce o církvi v dnešním světě *Gaudium et spes* (ze dne 7. 12. 1965) in: Dokumenty II. vatikánského koncilu, Praha: zvon, 1995, čl. 61, s. 235.

¹⁵ Srov. KATECHISMUS KATOLICKÉ CÍRKVE, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, č. 2289, s. 547.

¹⁶ Srov. NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE, *Život z víry*, s. 203.

¹⁷ Srov. ROTTER Hans, *Důstojnost lidského života*, Praha: Vyšehrad, 1999, s. 31.

Se životem ve společnosti souvisí potřeba přistupovat ke svému životu pravdivě, uznat svoje limity, zvládat konfliktní situace. Pokušení uniknout svým problémům dosáhnout pocitu štěstí, pohody, síly a mimořádných schopností a dovedností je veliké. Tlak, na výkon, kterému stojí v cestě zdravotní problémy, jež jsou však mnohdy důsledkem snahy o vyšší výkon, nezávislosti a sebeurčení, mnohdy přispívají k tomu, že se lidé stávají závislími na lécích, alkoholu a drogách. Mnozí se snaží zmírnit svoje utrpení, nalézt tak smysl svého života v opojení a utéct do světa snů. Následky si mnohdy neuvědomují, proto bývají tak ničivé. Člověk se pomalu stává závislým na uklidňujících a návykových látkách, dochází ke slábnutí sociálních vztahů, stává se osamělým a bez kontaktů a dochází k celkovému rozpadu jeho osobnosti. Každý člověk se může, za určitých okolností stát závislý na užívání psychoaktivní látky.¹⁸ Konzumace těchto látek nakonec poskytují pravý opak toho, co slibují.

Při užívání léků, alkoholu a drog nemusí jít pokaždé o jejich zneužití. Naopak některé mohou sloužit k podpoře a k léčení nemocných. Avšak pokud někdo podlehe opojnému účinku těchto látek, kdy člověk ztrácí kontrolu nad sebou samým, je jejich používání nutné odmítnout. Také užívání látek, které vedou k tělesné nebo duševní závislosti, k narušení mravní osobnosti a svobody, je mravně nepřipustné.

1.2 Reakce na závažnou diagnózu a její prožitek

Pokud se chceme pustit do úvah, co prožívá náš nemocný, abychom ho kvalifikovaně mohli na této cestě doprovázet, neuškodí nám zmínit se pár slovy o tom, jak člověk obecně reaguje na větší zátěže v životě. Nemusí jít hned o nemoc, určitě každý najdeme ve svém životě nějakou složitější situaci, a jak na ni reagoval. Jde tu vlastně o psychickou obranu s cílem zachovat si vnitřní rovnováhu. Jak už bylo řečeno, každý člověk je originál, a proto reakce mohou být rozdílné a tak závisí na mnoho okolnostech, uveďme aspoň některé, například na:

- typu osobnosti a temperamentu,
- věku,
- životních zkušenostech,
- momentální kondici a zdravotnímu stavu,
- rodinnému či jinému zázemí,

¹⁸ Psychoaktivní droga (též psychotropní látka, omamná látka, často nepřesně droga nebo návyková látka) je chemická látka primárně působící na centrálně nervovou soustavu kde mění mozkové funkce a způsobuje dočasné změny ve vnímání, náladě, vědomí a chování.

- hloubce a opravdovosti víry apod.¹⁹

Zapamatování reakce variant obrany se utváří během našeho života, na základě zpětné vazby. Proto je jasné, že každý bude používat takový druh obrany, ve kterém byl v předchozích zkušenostech úspěšný a tak v minulosti obstál. Pokud známe určitého člověka velmi dobře, je pro nás i snadnější odhadnout reakci na určitou situaci. V podstatě existují dvě základní reakce: „aktivnější a pasivnější.“ *Aktivnější* se projeví, jak už značí název zvýšenou aktivitou, nebo zvýšenou agresivitou. *Pasivnější* se projeví popíráním a vytěšňováním, jindy rezignací.²⁰

Jak dobře víme, reakce jednotlivých lidí na životní situace jsou velmi různé a závisí na mnoha okolnostech. Je proto pro nás užitečné vybrat si jeden konkrétní model, a ten si přiblížit více. Velice přehledně reakce lidí popsala a rozdělila doktorka Elisabeth Kübler-Rossová po dlouholetých zkušenostech při péči o nemocné a umírající. Je docela zvláštní, že jimi neprochází jen samotní nemocní, ale i jejich příbuzní.²¹ Postoje jednotlivých pacientů nemusí být stejné, mohou se navzájem prolínat, přeskakovat a vracet se. Pokud se nějaká fáze neuskuteční, není to nic neobvyklého, poněvadž záleží na typu osobnosti, věku, životních zkušenostech, zdravotnímu stavu, hloubce víry a společenskému zázemí člověka.

1.2.1 První stádium: Popírání a izolace

K úplnému či alespoň částečnému popírání se uchylují téměř všichni pacienti, a to nejen v prvních fázích nemoci nebo bezprostředně poté, co byli seznámeni s diagnózou, ale čas od času také ve fázích pozdějších. Člověk se tak brání před sebou samým a typická věta, která charakterizuje toto období je: „Ne, to se určitě netýká mě, to není možné“.

Tato prvotní reakce je společná jak lidem, které lékaři otevřeně informovali hned na začátku, tak těm, jimiž výslovně nikdo nic neřekl, a kdo nakonec dospěl k nějakému závěru sám. Úzkostné odmítání stanovené diagnózy je typičtější u pacientů, kteří byli informováni předčasně nebo stroze a necitlivě někým, kdo buďto nemocného dost dobře neznal, nebo sám chtěl mít onu nepříjemnou a těžkou chvíli „rychle za sebou“, a nebral proto v úvahu, zda pacient je či není schopen a připraven zprávu přijmout.

¹⁹ SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 22.

²⁰ Tamtéž, s. 22-23.

²¹ Reakci příbuzných nastíníme v další kapitole. Zde jen upozorním na to, že je jasné, že nejbližší trpí společně s nemocným, protože se od nich mnohdy očekává, až nadlidský výkon. Musí být jasně stanovená rozumná hranice. Rodina má nezastupitelnou roli, musí mít však možnost dát si taky přestávku a nabrat nové síly.

Vážně nemocní pacienti se myšlenkou na vlastní smrt mohou zabývat nějaký čas, vždycky však zase musí takového uvažování zanechat, aby udělali místo zbývajícimu životu. To je běžná přirozená reakce na danou situaci.

Odmítání - popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, jenž tlumí účinky nenadálé a šokující zprávy, dovoluje pacientovi trochu se sebrat a, s postupem času, také zmobilizovat v sobě jiné, méně radikální obranné strategie. Takový rozhovor se ovšem může, ba musí konat až tehdy, když je pacient schopen toto téma unést. Rozmluvu je také třeba okamžitě ukončit, jestliže už pacient dál nedokáže unést fakta a začne znovu hledat útočiště v předcházejícím odmítání. Je dobré dát přednost možnosti promluvit si s pacientem dlouho předtím, než se smrt přiblíží, projeví-li nemocný o takový rozhovor zájem.

Většina nemocných lidí nepopírá svoji situaci stále. Relativně zdravější a silnější jedinec může o těchto věcech uvažovat snáze. Blížící se smrti je tak méně znepokojen, je-li ještě na míle daleko, nežli když už klepe na dveře, jak to výstižně charakterizoval jeden pacient. V podvědomí každého člověka je totiž svým způsobem zakódována nesmrtelnost, proto se mnoho lidí těžce vyrovnává se stárnutím a smrtí.

Nemocný člověk může mluvit o důležitých věcech vztahujících se k jeho životu, podělit se s námi o své představy o smrti či o životě po ní, aby přitom po pár minutách přešel k tématu, které je téměř v rozporu s tím, o čem mluvil předtím. V této chvíli musíme mít dostatečnou sílu a pochopení a nevykládat našemu nemocnému, že mluví z cesty. První pacientovou reakcí na zprávu o terminální povaze jeho onemocnění může být dočasný šok, otřes, z něžž se postupně zotavuje. Pro každého je to opět individuální a je proto důležité nechat pacientovi nějaký čas. Pokoušíme se tak zjistit, co pacient potřebuje, rozpoznat jeho slabiny a silné stránky, a snažíme se nacházet otevřené nebo skryté způsoby komunikace, jejichž prostřednictvím bychom zjistili, nakolik pacient v dané chvíli může a chce realitě čelit.

Naším úkolem tedy zůstává být nemocnému na blízku, a když je potřeba nabídnout mu svoje rámě. Ten má potom možnost postupem času dospět k rozhovoru a uvolnit se natolik, že si dokáže přiznat svoji smrtelnost.²²

1.2.2 Druhé stádium: Zlost

„Vykládáme si svět nesprávně a tvrdíme, že nás klame.“

Jestliže jsou naší první reakcí na katastrofickou zprávu slova: „Ne, to není pravda, ne, to se mě netýká, tohle se přece nemohlo stát mě,“ zákonitě pak musí později, když na nás realita dolehne ve vší tíži, nastoupit reakce nová: „Ale ano, jsem to já, nebyl to žádný omyl.“

²² Srov. KUBLER-ROSS Elisabeth, *On death and dying*, New York: Routledge, 1973, s. 35-42.

Nastoupí pocity zlosti, vzteku, závisti a rozmrzelosti; logicky vyvstane otázka: „Proč zrovna já?“ Proč se to nemohlo stát raději jemu?“

Pro stádium zlosti nachází pacientova rodina a zdravotnický personál porozumění jen obtížně. Je třeba se obrnit velkou dávkou trpělivosti, protože pacient většinou kope kolem sebe, aniž by si nechal něco rozumně vysvětlit.

V této fázi jsou i doktoři často bezradní a nevědí co dělat – drží člověka v nemocnici zbytečně dlouho a nerespektují jeho přání dostat alespoň tu a tam něco nad rámec běžných služeb. Problém tu spočívá v tom, že ne každý se pokouší vcítit do pacientova postavení, a zákonitě pak nemůže pochopit, odkud se taková zlost vlastně bere. Když lidé v jeho okolí pacienta respektují a chápou, když mu věnují pozornost a trochu svého času, nemocný brzy svůj hlas ztiší a zmírní své zlostné požadavky.

Postupně pozná, že je cennou a ceněnou lidskou bytostí, že není ostatním lhostejný, ale že se všichni naopak snaží pomáhat mu, aby mohl fungovat, jak nejlépe a nejdéle to jde. Musíme se naučit nemocným naslouchat, přijímat jejich někdy i nespravedlivou zlost s vědomím, že úleva, jež se dostaví s jejím vyjádřením, jim pomůže snáze akceptovat poslední hodiny života. Můžeme to však učinit pouze tehdy, jestliže jsme předtím sami zvládli vlastní strach ze smrti, vlastní destruktivní přání, a jestliže jsme si vědomi svých vlastních obranných postojů, jež mohou narušovat naši péči o pacienta.

U věřícího člověka dochází často ke konfrontaci jeho víry v Boha. I u něj se vyskytnou otázky hněvu, kdy se začne ptát „Proč zrovna on musí trpět?“ A pokud mu duchovní nepodá kvalifikovanou odpověď, má pocit, že přestože nic špatného neprovedl, musí trpět nespravedlivě a Bůh ho za něco trestá. Pokud se pacient ocitne ještě v neznámém prostředí, trpí většinou nedostatkem důvěry k cizím lidem.

I nepřipravené okolí reaguje různě. Většinou se jedná o vztahovačnou reakci, kdy si vykládáme útoky nemocného jako velmi osobní a tak se agrese začíná stupňovat na obou stranách. Potom nás přestane bavit za nemocným chodit, abychom zbytečně nevyvolávaly hádky. Jaké je tedy správné řešení? Správným řešením by mělo být chvíli posečkat, až se nemocný pacient vyzuří a poté v klidu se k němu obrátit a dát se s ním do řeči. Důležité je v této fázi nic nemocnému nevyčítat, protože pokud dojde k akceptaci jeho nemoci, mělo by tak zároveň dojít uvědomění vlastní chyby.²³

²³ Srov. KUBLER-ROSS Elisabeth, *On death and daying*, s. 45-60.

1.2.3 Třetí stadium: Smlouvání

Třetí stadium, stadium smlouvání, je sice méně známé, ale pro pacienta stejně důležité, jako stadia předešlá, byť trvalá pouze krátký čas. Jestliže se nemocný nedokázal prvně vyrovnat s faktem nemoci a ve druhé fázi se zlobil na lidi kolem sebe a obviňoval i Boha, proč by se teď nešlo přece jen dohodnout na nějakém východisku. Je to jako při uzavírání smlouvy při nástupu do práce. Šéf mi dá peníze za odvedenou práci. Nebo pacientovo jednání můžeme přirovnat k chování malého dítěte, které za drobný úplatek nebude zlobit maminku.

Z dosavadní životní zkušenosti ví, že existuje jistá nepatrná naděje na odměnu za dobré chování, že za mimořádné služby mu někdy může být splněno přání. Tím nejčastěji bývá prodloužení života a hned potom přání prožít několik dnů bez bolesti nebo bez fyzických potíží. Smlouvání je vlastně pokusem o odklad, musí obsahovat cenu, jež by měla přijít za ono „dobré chování“, a stanovuje i dobrovolně a samostatně zvolenou hranici, a obsahuje v sobě také implicitní slib, že pacient nebude žádat víc, bude-li mu tento odklad udělen. Žádný z pacientů to většinou nedodrží.

Většinu smluv uzavírají nemocní lidé s Bohem, a obvykle je drží v tajnosti. Zmínka o nich se někdy objeví jen mezi řádky, nebo zazní v kaplanově soukromé kanceláři. Duchovní často bývá první osobou, která zachytí příznaky takto smlouvavého pohledu na věc. Fáze se také často vyznačuje zpytováním svědomí, které u nevěřícího člověka může vést až ke konverzi. Je však důležité, nevzbudit v pacientovi falešné naděje, že pokud se obrátí, Bůh ho zázračně uzdraví. Bůh s námi nejedná jako obchodník ani není automatem, do kterého hodíme minci, a vypadne nám to, co chceme. Bůh nás miluje, a pokud učiní zvrat v našem životě, dělá to za nějakým účelem a my v konkrétní situaci nemůžeme vědět co je pro nás nejlepší, i když si to myslíme, že to víme ze všech nejlépe.²⁴

1.2.4 Čtvrté stádium: Deprese

Když smrtelně nemocný pacient nemůže už dál svou nemoc popírat, když je nucen posoudit řadu operací nebo léčebných zákroků, když přibývá zjevných příznaků nemoci a ubývá sil, nemůže se tomu všemu už vysmívat a ignorovat nastalou situaci.

Jeho zlost a hněv brzy vystřídá pocit velké ztráty. S rozsáhlým léčením a hospitalizací přibývají i finanční náklady. Někdy může nemocný člověk kvůli mnoha absencím nebo dlouhodobé pracovní neschopnosti ztratit zaměstnání, a matky a ženy pak samy musejí živit celou rodinu, čímž připraví své děti o péči, které se jim dostávalo předtím.

²⁴ Srov. KUBLER-ROSS Elisabeth, *On death and dying*, s. 60-75.

Všechny zmiňované zdroje deprese dobře zná a chápe každý, kdo vstupuje do kontaktu s vážně nemocnými pacienty. Na co však často zapomíná, co máme tendenci často opomíjet, to je jakýsi hluboký „případný“ smutek, který musí nevyhlášeně nemocný člověk prožít, aby se připravil na konečné rozloučení s tímto světem.

Rozlišujeme v této fázi dva druhy deprese. První můžeme označit jako *reakční deprese* a druhou jako *deprese přípravná*.

První se nazývá reakční, protože chápacímu člověku nedá takovou práci zjistit příčiny deprese a zmírnit některé nerealistické pocity viny nebo studu, které často depresi doprovázejí. V každém případě ji ale nesmíme podcenit nebo naopak bagatelizovat. Záleží tedy na doprovázejícím, aby správně danou situaci odhadl a dokázal na ní reagovat.

K druhému typu deprese nedochází následkem minulé, už utrpěné ztráty, ale naopak v důsledku ztrát očekávaných, hrozících. Je-li však deprese jakýmsi nástrojem, jehož prostřednictvím se nemocný připravuje na následující ztrátu všech milovaných a je-li cestou pro snazší dosažení konečného smíření, pak nějaká povzbuzování a ujišťování nejsou zcela tak docela namístě.

Základní chybou, kterou často děláme, je, že nutíme pacienta, aby pohlížel na světlé stránky věcí, protože to by znamenalo, že nemá přemýšlet o své nastávající smrti. Pacient je ve stavu, kdy ztrácí všechno a všechny, které miluje. Pokud mu dovolíme, aby vyjádřil svůj žal a nic neskrýval, dospěje ke konečnému smíření mnohem snáze a bude vděčný těm, kdo s ním dokáží být i během jeho depresivních stavů, aniž by mu stále říkali, ať není smutný. V době přípravného smutku není potřeba slov, jen málo stačí nemocnému. Mnohem důležitější pro něj bývá společně sdílený pocit, který je často nejlépe vyjádřen dotykem ruky, pohlazením vlasů nebo jen tichým posezením pospolu.

Je to čas, kdy přílišné zasahování návštěvníků zvenčí, kteří se jej pokoušejí rozveselit, spíše brání citové přípravě, než aby jim napomáhalo. Měli bychom vědět, že tento typ deprese je nezbytný a prospěšný, má-li pacient zemřít ve stavu smíření a pokoje. Člověk nemocný rakovinou nemyslí tolik, jak na to, ale jaký má význam jeho život. Většinu času věnuje přemítání o svém životě a jeho smyslu, a také o způsobu, jakým to všechno sdělit tomu nejdůležitějšímu člověku v životě. On moc dobře ví, život půjde dál stejnou cestou, i když on tady nebude.²⁵

²⁵ Srov. KUBLER-ROSS Elisabeth, *On death and dying*, s. 77-97.

1.2.5 Páté stádium: Akceptace

„Nadešel čas rozloučení, dejte mi sbohem, bratři!“

„Klaním se vám a sbírám se k odchodu.“

„Zde vracím klíče od svých dveří – a vzdávám se všech nároků na svůj dům.“

„Žádám vás jen o poslední hřejivá slova.“

„Dlouhá léta jsme si byli tak blízko, ale dostal jsem více, než jsem mohl dát. Už se rozednělo a lampa, která ozařovala můj temný kout, nesvítí.“

„Byl jsem povolán a jsem hotov ke své cestě.“²⁶

Jestliže měl pacient dost času a pomohl mu někdo prožít a zvládnout ona dříve popsaná stadia, dosáhne stavu, kdy není ani deprimován, ani necítí zlost na svůj osud. Bude schopen vyjádřit své předchozí pocity, svou někdejší nenávist vůči žijícím a zdravým, svou dávno již rozpuštěnou zlost na ty, kteří nemusejí čelit svému konci tak brzy.

Už nebude truchlit nad hrozící ztrátou tolika pro něj důležitých lidí a věcí, a na svůj nadcházející konec bude pohlížet v jakémisi tichém očekávání. Akceptace by neměla být chybně považována za šťastné stádium. Je to, jako když bolest odejde, boj je dobojován, a přijde čas na poslední odpočinek před dlouhou cestou. Když umírající člověk dojde vnitřního míru a akceptace, okruh jeho zájmů se zúží.

Přeje si být sám, nebo alespoň nebýt vyrušován zprávami a problémy týkajícími se vnějšího světa. Přeje si, aby za ním chodilo méně lidí a na kratší dobu. Pacient nás může jen gestem ruky pozvat ke chvílce posezení vedle lůžka. Může jen držet naše ruce a mlčky nás požádat, abychom k němu přisedli.

Můžeme jen dát umírajícímu najevo, že je to v pořádku nic neříkat, když o všechny důležité věci je už postaráno a je jen otázkou času, kdy zavře oči navždy. Naše blízkost jej může znovu ujistit, že nezůstal sám, i když už nemůže mluvit, a stisk ruky, pohled, podepření zad polštářem může sdělit víc, než mnoho hlučných slov.

Je dobré vědět, že i večerní návštěva je pro pacienta důležitá. Ukazuje mu, že na něj jeho blízcí nezapomínají, když už pro něj nemohou nic jiného udělat. Pro návštěvníka je setkání také přínosem, protože vidí, že umírání není tou děsivou a hroznou věcí, které se tolik lidí chce vyhnout. Zjistili jsme, že lépe jsou na tom pacienti, kteří byli podněcováni k tomu, aby vyjádřili svou zlobu, vyplakali se z prvního žalu a vysvobodili své obavy a představy někomu, kdo dovede tiše sedět a naslouchat.

²⁶ KUBLER-ROSS Elisabeth, *On death and dying*, s. 101.

Měli bychom si uvědomit, jak je takový přístup a takové jednání důležité, ba nezbytné k dosažení stadia akceptace, jež vede k postupnému odloučení, kdy již dále neexistuje oboustranná komunikace. Stačí jen tichá přítomnost a podpora v očekávání brzkého konce.²⁷

1.3 Nemoc jako součást života

Bolest, nemoc a utrpení jsou nevyhnutelnými zkušenostmi každého člověka. Jak napovídá samo slovo nemoc, jedná se o jistou negaci moci. V jakém smyslu člověk přichází o schopnosti a moc nad svým životem? Každý z nás už se někdy stal pacientem, i když naše zkušenosti mohou být velmi rozdílné. Nemocí může být porucha tělesných nebo psychických funkcí. Může nás přepadnout náhle (nehoda), nebo si ji můžeme způsobit sami svým způsobem života.²⁸ Nemoc napadá vždy celého člověka. Při tělesné bolesti nebo duševním trápení se zásadně mění postoj ke každodennostem života. Z velké části to ovlivní sociální situaci nemocného. Ten je omezen, čímž trpí dosavadní vztahy, které byly do jeho života smysluplně zakomponovány. Základní roviny vztahů: vztah k sobě samému, k ostatním lidem a často také k Bohu musí být zejména při dlouhodobé a trvalé nemoci znovu uchopeny. Člověk se cítí být vyřazen z normálního života, izolován, neschopný a zbytečný.

Nemocný člověk se dostává do nového období svého života, kde si často připadá opuštěný. Jeho komunikace s druhými lidmi je těžkopádná. Musí podstupovat nová a nová vyšetření a další léčebné zákroky, na kterých se podílí řada pro něj neznámých osob. Nemocný se přestává vnímat jako člověk s konkrétním životním příběhem, ale jako „případ“ s nemocným orgánem, nebo jako pacient z pokoje číslo šest s postelí u okna. Tato zkušenost v něm může vyvolat strach. K tomu nastupují pocity osamělosti a odcizení. Valí se na něj celá mašinerie diagnostiky a terapie. Je jí vydán na milost a nemilost a přitom se v ní nevyzná.

Také s onemocněním závažnou chorobou se významně mění status člověka, Najednou se omezuje ve všech svých ostatních rolích a stává se pacientem. Z někoho dlouhodobě produktivního vyrobí nemoc člověka neproduktivního, naopak vyžadujícího péči okolí. Označení člověka za nemocného automaticky obsahuje požadavek na léčení. Nemocný člověk je ztotožňován s pacientem. Z nemocného subjektu se prostřednictvím instituce lékařství stává léčený objekt. Nakolik se pak individualita člověka musí podřídit jeho diagnóze? Stává se z jedince „pacient s nemocnou nohou“, nebo „trpící rakovinou“?

²⁷ Srov. KUBLER-ROSS Elisabeth, *On death and dying*, s. 102-119.

²⁸ Srov. NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE, *Život z víry*, s. 221.

1.4 Smysl nemoci

Co je smyslem nemoci? A má vůbec nějaký smysl? Není to jen prostě náhoda, že zrovna já jsem nemocný/á? Nebo jen Bůh chce, abychom více přemýšleli v době nemoci nad sebou samotnými?

Při každodenním shonu nemáme čas přemýšlet o těchto otázkách, protože jsme často zaměstnání svoji rodinou, prací, problémy vlastními i problémy druhých. Nabízí se pohled z druhé strany: Nevyhýbáme se těmto otázkám jen proto, že neumíme začlenit do svého vnímání světa nemoc a smrt?

Co je nemoc? Pokoušeli jsme se tu již o definici zdraví, stejně tak není snadné se dohodnout na definici nemoci. Nemoc lze definovat jako poruchu zdraví.²⁹ Důsledkem nemoci je určitě omezení. Nemocný nechodí do práce, nejí, nesportuje...atd. Je to určité omezení naší svobody. Nemoc nám odhaluje naši křehkost a je příležitostí ke kontemplaci a k sebereflexi.³⁰

Nemoc se může jevit člověku jako osobní tragédie. Nemocný se může stáhnout do sebe a přestat komunikovat s okolním světem. Může se však své situaci postavit, a navzdory ní vnímat život jako dar, ze kterého má cenu se těšit. Nemoc nás vždy o něco připraví, ale můžeme ji pojmout jako výzvu, abychom kompenzovali vzniklé nedostatky a ztráty. Jedná se o určité zastavení a vyřazení nemocného z každodenní činnosti. To nám může nabídnout šanci na úpravu životních postojů. Nemoc, i když nás o něco ochuzuje (anebo právě díky tomu), se tak může stát pozitivním prostorem pro přerod člověka.³¹

Pozitivní přínos nemoci nespočívá v onemocnění, ale v postoji, který člověk vůči nemoci zaujme a jak se s nemocí vyrovnává. Proto otázka po smyslu nemoci a utrpení zůstává pro spoustu lidí nezodpovězena.³²

Lze vůbec nalézt tedy nějakou odpověď na otázku po smyslu nemoci? Každý z nás se může této otázce vyhýbat třeba i celá léta možná i desetiletí, ale ve dnech, kdy člověk onemocní, se mu neustále vrací. Čas nemoci by proto měl být časem ztišení a časem niterného přemýšlení (navazujícího na utlumení energické tělesnosti). Mohou nás napadat ty

²⁹ Srov. J. M. S., *Moudrost nemocných*, Svitavy: Trinitas, 2001, s. 18.

³⁰ Srov. DOLISTA Josef a kol., *Studie z bioetiky*, 1. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008, s. 32.

³¹ Srov. J. M. S., *Moudrost nemocných*, s. 19.

³² Srov. DOLISTA Josef a kol., *Studie z bioetiky*, s. 32.

nejpodstatnější otázky a i základní otázky, které zatím ležely stranou naší pozornosti. Jen v tichu můžeme nově naslouchat a poznávat, v tichu je možné věci nově pochopit.³³

1.4.1 Pacient s léčitelnou a nevléčitelnou nemocí

Všichni pacienti samozřejmě nemusí ležet v nemocnici. Řada zranění, může být ošetřena ambulantně. Mnoho lidí se raději léčí doma, a to i delší dobu. Ve svém okolí často narážíme na mnoho těch, kteří trpí příznaky rozličných nemocí, které je značně omezují, a proto možná chodí od lékaře k lékaři. Většina tak léčí jen příznaky a nepátrá po příčině. Velmi důležitý je také postoj pacienta, který hraje významnou roli v průběhu nemoci. Je veliký rozdíl, pokud pacient hned na začátku rezignoval, nebo pokud má skutečnou motivaci k překonání své nemoci. Proto se setkáváme s pacienty, kteří sice mají stejnou diagnózu, ale kvůli odlišnému přístupu k léčbě jeden zemře a druhý, se zázračně uzdraví.

Není pochyb o tom, že se většina nemocných cítí nejlépe v teple svého domova, mezi svými blízkými. Rodiny se většinou chtějí o nemocného člena postarat, ale bohužel často neví jak na to. Rodinám je nezbytné dodat nejen psychickou podporu, ale i odbornou pomoc. Některé ošetrovatelské úkony se jednotliví členové mohou naučit velmi rychle, za pomoci odborníků. V odborné terminologii je rozlišována domácí péče prováděna laiky (home help) nebo profesionály³⁴ (home care).

Domácí péče má mnohé varianty, pro naše potřeby ji rozdělíme na tři druhy:

- Domácí péče, která klade důraz na osvětu týkající se hygieny, stravování, péče o děti, prevence AIDS a plánovanému rodičovství. (Aktuální především v Africe a v Asii).
- Domácí péče jako služba lékařů a sester. (Anglie, Kanada) V posledních letech je domácí péče známá i u nás. U lůžka nemocného se střídají nejen zdravotníci ale i lidé poskytující sociální služby. Tato forma péče má své přednosti, např. domácí prostředí pro nemocného. Nejasný je ale způsob financování.
- Domácí péče ve formě domácí hospitalizace je neobvyklá, nákladná a může si jí dovolit jen malé množství pacientů. Extrémní je umístění jednotky intenzivní péče v pokoji nemocného. (USA, Anglie, Japonsko).³⁵

³³ Srov. PERA Heinrich a WEINERT Bernd, *Nemocným na blízku*, s. 71.

³⁴ Lékař, sestra, sociální pracovník.s

³⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, 2.vyd., Praha: Galén, 2007, s. 59.

Díky domácí péči jsou pacient i rodina motivováni k aktivní spolupráci s lékařem a příslušným personálem pohybujícím se okolo nemocného. Domácí péče může s sebou nést nejen pozitiva, ale i negativa. Nemocný, který se léčí doma, má sice jistotu svých čtyř stěn, ale mohou ho také vést k osamělosti a sklíčenosti. Když nemá kolem sebe svoji rodinu, tak se může potýkat s konfliktem, který není schopný sám vyřešit a překonat, a to v něm často vyvolá i těžkou krizi. Postupně se zmenšuje odvaha a vůle k životu a jsou těžce narušeny mezilidské vztahy, což může vést i k pocitům viny a tak dotyčný neklade své nemoci potřebný odpor.³⁶

Nemoc pro nemocného znamená rozhodující změnu v jeho životě. Někteří během své nemoci zakouší dočasnou ztrátu svojí vitality a pohyblivosti a jsou vyřazeni na nějakou dobu ze společenského života. Nemoc může být chronická nebo má za následek trvalé poškození. Každá situace tedy vyžaduje odlišnou pomoc. Také vypořádání se s nemocí a je zcela jiné – k tomu se vrátím podrobněji v další kapitole. Ale již teď mohu říci, že nemocný potřebuje vždy někoho blízkého, aby se s nemocí vyrovnal. Je to jedna z cest jak překonat a objevit nový život v pozmeněné podobě.³⁷

Takový pacient, který trpí nevy léčitelnou nemocí, pobývá v naší zemi zpravidla v nemocnici, pečovatelském domě nebo v hospici.

1.4.2 Reflexe situace nemocného

Do té doby dokud se sami nestaneme nemocnými, možná si ani moc dobře neuvědomíme jaké to je a o co všechno nemocný přichází. Jde především o postavení ve společnosti, životní jistotu, pravidelný rytmus, volnost pohybu a dalších aktivit. Teď k tomu přibyla bolest, utrpení, obavy, co bude dál, mnohá vyšetření, spolupacienti a mnoho dalších nepříjemností, které jsou spojeny s nemocí.

Každý nemocný reaguje na nastalou situaci různě, může být agresivní, uzavřít se do sebe, trpět depresí, nebo dochází k upravení jeho chování. Reakce okolí nebývá příliš jiná a tak se dostáváme do začarovaného kruhu, a to není dobré ani pro pacienta, ani pro jeho okolí. Když však máme dobře připravené lidi kolem nemocného, dokážeme zvládnout nastalou situaci mnohem lépe a může být pro nemocného obrovskou oporou a pomocí.

Definice zdraví, jak nám ji předkládá Světová zdravotnická organizace (WHO), lze vyvodit čtyři okruhy potřeb nemocného člověka: *biologické, psychologické, sociální a spirituální*. Pokud si uvědomíme, jaké má potřeby nemocný pacient, můžeme mu snadněji

³⁶ Srov. ROTTER Hans, *Důstojnost lidského života*, s. 78.

³⁷ Srov. PERA Heinrich a WEINERT Bernd, *Nemocným na blízku*, s. 71.

pomoci v jeho nejtěžších chvílích. Jak už bylo naznačeno, každá nemoc potřebuje individuální přístup. Průběh nemoci se v jednotlivých fázích mění, a s tím se proměňují i potřeby pacienta.

Schopnost vyrovnávat se s problémy nemoci je naprosto individuální. S určitým rizikem se na jedné straně dopouštíme přílišného zjednodušení lidské osobnosti, proto je dobré rozdělit lidské jedince do dvou základních skupin: na jedné straně máme lidi, kteří kladou důraz na rozum a jsou citově založení, a na straně druhé jsou lidé, kteří vzdorují a snaží se vyhnout nastalé situaci. Většina dnešních lidí se nachází někde mezi těmito dvěma extrémy. Pokud volíme způsob, kterým budeme chtít pomoci, většinou se přikloníme k jedné skupině.³⁸

1.4.2.1 Potřeby biologické

Do této skupiny patří všechny potřeby nemocného těla. Jak zdravý, tak i nemocný člověk potřebuje přijímat potravu, někdy i speciálně upravenou pro potřeby nemocného. Potom vyvstávají potřeby spojené s vylučováním, které může jít buď cestou přirozenou nebo za pomoci cévek nebo klystýru. Zároveň je důležité postarat se o klidné dýchání pacienta, to je velmi složité, pokud se jedná o onemocnění dýchacího ústrojí nebo srdce. Někdy je situace mnohem „snazší“, když je pacient urychleně zbaven nemocného orgánu a následuje zajištění prostředků, aby se nemoc znovu neprojevila.³⁹

V poslední řadě, pokud je pacient dlouhodobě upoután na lůžku a pokud máme povolení ošetřujícího lékaře, je nutné v rámci možností donutit nemocné tělo k aktivitě, jinak často dochází k proleženinám. O většinu biologických potřeb, ať už jde o zajištění stravy nebo tušení bolesti, bývá dobře postaráno v nemocnici, ale nemusí tomu být tak vždycky. Například pro nemocného je lepší nerušený spánek v prostředí jeho domova než spát v nemocnici s cizí osobou vedle na lůžku a celou noc poslouchat hlasité chrápání nebo vozík sestřičky, která si připravuje potřebné léky pro pacienty na další den. Pokud máme před sebou pacienta, který spal celou noc a nabral potřebné síly do dalšího náročného dne, pracuje se nám s ním mnohem lépe než s vyčerpaným a mrzutým.

³⁸ Srov. PARKES Colin a kol., *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, [z anglického originálu...přeložil Pavel Pejša], Brno: Společnost pro odbornou literaturu, s. 73-74.

³⁹ Ozařování, chemoterapie, hormonální léčba.

1.4.2.2 Potřeby psychologické

Sem patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu jeho tělesné schránky. Člověk je jedinečnou bytostí a jako takového je ho třeba chápat a respektovat. Na těchto zásadách je postavené celé hospicové hnutí.

Pacient potřebuje komunikovat se svým okolím, na což se často zapomíná. Každý z nás potřebuje pocit bezpečí, proto je velmi důležité nelhat nemocnému ohledně jeho diagnózy, tj. neříkat nic, co by potom musel člověk později odvolávat. Pokud pacienta zklame jeho ošetřující lékař, je to velmi smutné, ale je-li to někdo nejbližší z rodiny např. manželka, děti může ho to zasáhnout mnohem hlouběji. Další zásada je říkat nemocnému jen tolik, kolik je nezbytně nutné.⁴⁰

1.4.2.3 Individuální charakter sociálních potřeb

Člověk je tvor společenský, nežije izolovaně, a proto ani izolovaně není nemocen. Většina nemocných stojí o návštěvy a potřebuje kolem sebe lidi, kteří ho mají rádi. Ne vždy a ne na všechny. Je třeba brát v úvahu jeho přání a plně je respektovat. Nejsilnější vazby jsou především na rodinu, ale není to samozřejmostí. Nemocný byl většinou svou nemocí zaskočen uprostřed nějaké práce, kterou nemůže dokončit a hlavou se mu honí tisíce dalších problémů, na které je lékařská věda příliš krátká, a proto má zásadní roli v této situaci rodina.

Člověk tak řeší problémy dvojím způsobem. Buď je na všechno sám, nebo se snaží najít někoho, kdo by byl pro něj oporou. Oba způsoby, které se nám nabízejí, jsou vhodné, ale bez ohledu na to existují lidé, kteří jednomu z těchto způsobů dávají přednost. V rodinách, kde funguje „spoléhání se sama na sebe“ a dominantní hodnotou je nezávislost, jsou členové povzbuzováni a vedeni k tomu, aby stáli na vlastních nohách a nebyli zátěží pro ostatní. Na druhé straně, kde pasivita a poslušnost vůči autoritám, přizpůsobování napomáhají spíše spolupráci, pokoře a respektu. Tyto postoje dávají vzniknout velmi odlišným způsobům řešení problémů. Lidé, kteří se snaží mít věci pod kontrolou, jsou obvykle velice suverénní, ti druhí jsou obvykle pasivní, mírní a možná i trochu spoléhají na soucit ostatních. První typ velice těžce nese, když se jim nedaří uchovat jejich nezávislost, pro druhé je naopak problematické, když není nablízku nikdo, o koho by se mohli opřít.⁴¹

Pokud musí čelit nemoci lidé, kteří mají racionální přístup k životu, pokoušejí se vytvořit plán a nalézt nějaký způsob, jak i nadále mít věci pod kontrolou. Těžko se smířují s tím, že existuje něco, nad čím nemohou mít plnou kontrolu. Nedokáží si připustit, že situaci

⁴⁰ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 20.

⁴¹ Srov. PARKES Colin a kol., *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, s. 74.

nemají pevně v ruce, své potíže přikládají léčbě, ztrácí postupně důvěru k lidem kolem sebe, zpochybňují každé rozhodnutí, které učiníme ve snaze jim pomoci. V konečném důsledku se z nich stávají velmi problémoví pacienti.

Opakem jsou lidé, kteří dávají své emoce najevo a mají srdce na dlani, jak se říká. Většinou mají nízké sebevědomí, ohledně toho, že by mohli ovlivnit nějak věci kolem sebe, na straně druhé jsou spokojení, když to mohou nechat na ostatních. Tito lidé většinou přilnou k někomu z rodiny, lékaři nebo sestřám, v kterých vidí najednou všemocné bytosti. Jsou vděční za všechno, co pro ně uděláme, dávají přednost tomu, hlavně aby se sami nemuseli rozhodovat. V neposlední řadě dochází na slzy a pláč, které v nás někdy vyvolávají pocity viny za to, že nejsme tak všemohoucí, za jaké nás nemocní někdy mylně považují. O tom, zda nemocná osoba klade důraz ve svém životě spíše na rozum nebo na city, rozhoduje často prostředí, ve kterém se pacient vyskytuje.⁴²

1.4.2.4 Potřeby spirituální a úkol duchovního

Spirituální potřeby připisuje stále ještě mnoho lidí, včetně těch ošetřujících, výhradně věřícím v rámci církve. Ovšem tyto potřeby jsou všeobecné a v lidech, včetně těch nevěřících, je obsažena jistá transcendentní složka, která přesahuje hranice jejich tělesných potřeb.

Duchovní, který vstoupí do pokoje nemocného, je většinou cizí osoba a pokud má před sebou pacienta, který z víry nežije, je ve velmi těžké situaci. Pacient si klade v průběhu své nemoci spoustu závažných otázek po smyslu života. Člověk v takové situaci potřebuje vědět, že jeho život měl smysl, a že do poslední chvíle smysl obsahuje. Osoba duchovního by tomu měla z velké části pomoci.⁴³

Prostor nemocničního pokoje však nemůžeme považovat za sakrální místo. Pokud se zde udělují svátosti, děje se to většinou velmi skrytě, protože někdy věřící nebo kněz nedokáže srozumitelně vysvětlit smysl modlitby a svátostí nemocným spolupacientům, kteří v kostele nikdy nebyli, a víra je pro ně naprosto cizí. Nevěřící když spatří kněze na návštěvě v nemocnici, mnohdy to bere jako znamení, že se jeho stav rapidně zhoršil. Farář je brán jako „hlasatel smrti“ a pacient pak často reaguje podrážděně a odmítavě, často i agresivně.

Jak má tedy duchovní přistoupit k této službě? Musí být dostatečně otevřený nejen k tomu, aby nemocným radil, ale aby také sám jim mohl naslouchat a učit se od nich. V této situaci je nejdůležitější se zamyslet nad tím, jak jedním sám, pokud jsem nemocný nebo se dostanu do těžké situace. Duchovní je tu proto, aby zprostředkoval nemocnému uzdravující

⁴² Srov. tamtéž, s. 75.

⁴³ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 21.

moc a sílu víry, aby mohl žít plněji. Měl by vnímat jednotlivé potřeby nemocných a taky se odpovědně připravovat na jednotlivá setkání, protože ta se odehrávají trochu jinak, než je tomu v kostele.

Styl vystupování se mění, pokud přichází duchovní poprvé k pacientovi a také podle toho, jestli je nemocný věřící či nevěřící. Vzhledem k rozložení naší společnosti bývá většina přítomných většinou nevěřící. V nemocnici se pacienti často obměňují, proto je téměř vždy potřeba začínat znova i při pravidelných návštěvách. Návštěva s sebou může nést jak pozitivní aspekt, tak i bohužel negativní. Většinou se setkáváme s pozitivní reakcí, a to především proto, že přináší nemocnému změnu. Před nemocným stojí osoba, která je mu plně k dispozici. Duchovní je představitelem církve, na to nesmíme zapomínat. Mnohým pacientům může v mysli vyvstat dosavadní špatná zkušenosti s církví, či mají automaticky negativní reakci na cokoli spojeného s vírou a církví založenou na častých předsudcích. Duchovní se musí naučit zacházet i s těmito nemocnými velmi opatrně. Mnozí mají totiž tendence svádět špatné věci ve svém životě na Boha, papeže, biskupy nebo církvev. Tito lidé mají většinou velmi zkreslené představy, ale i s tím se musí umět duchovní poprat, protože do takových situací se dostane často.

Jak již bylo řečeno výše, duchovní není poslán jen k věřícím, má být otevřený všem. Nabízí tak pacientovi cestu, na které ho bude doprovázet a v tom spočívá jeho služba. Musí však počítat s tím, že nemocný může jeho nabídku odmítnout. Každý duchovní by se měl snažit o to, aby na to nebyl sám a proto má spolupracovat s lékaři a ošetřujícím personálem. Má být schopen nabídnout své služby nejen nemocným, ale i lékařům a sestřám. Dojde-li ke vzájemné spolupráci při společné péči o nemocné, dochází mnohdy k přehodnocení vztahů k pacientům i vztahům mezi sebou.

Pomoc duchovního je bezesporu nezbytná. Jeho úkolem není však zastupovat odborné působení psychoterapeuta. Proč je to tedy potřebné a jeho pomoc žádaná? Již bylo řečeno, že člověka bereme v jeho celistvosti, což bohužel zdravotnická péče mnohdy zanedbává. Když si pak doktoři a ošetřující uvědomí, že jejich možnosti jsou často omezené, dostávají se tak často do slepé uličky. Zde by měla být právě pomocná ruka duchovního, kterého pacienti vnímají jako společníka a zdravotní personál jako spolupracovníka. Duchovní se tak setkává s celým člověkem a společně s ním hledá cestu v jeho současné situaci.⁴⁴

⁴⁴ Srov. PERA Heinrich a WEINERT Bernd, *Nemocným na blízku*, s. 26-28.

1.5 Smysl bolesti a utrpení

Bolest je běžnou záležitostí života každého člověka. Člověk se na tento svět rodí s pláčem, protože je mu odňato teplo mateřského lůna a odchází ze života v touze po světle a teple. Neustále si klademe otázky po smyslu našeho života, ale nejvíce nás většinou zaměstnávají tyto: „Proč existuje něco takového jako bolest? A „Kde je Bůh, když to bolí?“⁴⁵

Kde je tedy Bůh? V tomto případě se jedná o velice složitou a zneklidňující otázku, kterou je ovšem pro většinu lidí zároveň nevyhnutelná. Co se však stane, když se k němu člověk obrátí v zoufalé situaci, pokud si sám neví rady. V přítomnosti lidí, kteří trpí velkou bolestí, se každý cítí být bezmocný.

Přesto nás bolest a utrpení provázejí po celý náš život. Můžeme je považovat za zkoušky a zápasy, se kterými je nutno v životě počítat. Již Cicero konstatoval, že „*mortalis nemo est, quem non anttingat dolor morbusque*“⁴⁶ (smrtelný není ten, jehož se nedotkla bolest a nemoc). Bolest je nejčastěji považována za zdroj utrpení, a to do té míry, že oba dva pojmy jsou obvykle spojovány – „bolest a utrpení“. Utrpení je většinou odpovědí na bolest a je vysoce individuální.⁴⁷

Ačkoliv výrazy „utrpení a bolest“ mohou být považovány za stejné významy, je potřeba rozdělit bolest na *fyzickou* a *duševní*. Rozdíl nalezneme snadno, zakládá se na dvojí podstatě člověka a ukazuje tak prvek tělesný a duchovní. *Bolest fyzická* je to, čím nějakým způsobem „bolí tělo“, avšak duševní utrpení je „bolest duše“. Jedná se tedy o utrpení duchovní povahy, ne jen o psychickou stránku utrpení, která souvisí jak s fyzickou (také psychosomatickou), tak s morální oblastí. Morální bolest není bezpochyby menší než velikost a rozmanitost utrpení fyzického, ale přesto se dá mnohem hůře rozpoznat a vyléčit.⁴⁸

Bolest pro nás často bývá alarmem, který nám může zachránit život, aniž bychom si to uvědomovali. Každý pak uzná, že tato bolest je vlastně velice užitečná, jedná se však pouze o *bolest aktuální*.⁴⁹ *Bolest chronická*⁵⁰ není pouhým varováním, jedná se o nemoc jako takovou.

⁴⁵ Srov. YANCEY Philip, *Kde je Bůh, když to bolí?*

⁴⁶ MUNZAROVÁ Marta, *Zdravotnická etika od A až po Z*, 1. vyd., Praha: Grada, 2005, s. 74.

⁴⁷ Základní pravidlo zní - bolest vnímá každý jinak, a proto je nutno nemocnému věřit. A nejen věřit. My jsme povinni respektovat pacientovo rozhodnutí i v případě, že se rozhodne vědomě a svobodně bolest až do určité míry snášet.

⁴⁸ Srov. JAN PAVEL II., *Apoštolský list Salvifici doloris* (z 11. 2. 1984), č. 5, s. 10-11.

⁴⁹ Může být varovným signálem například po námaze či sportovním výkonu a prezentují se jako bolesti zad, svalové obtíže apod. Tyto akutní bolesti není mnohdy třeba tišit léky, stačí přerušit námahu, změnit zátěž nebo pracovní režim. Mnohdy pomůže rehabilitační odborník s návodem k provádění správných cvičení a dalších pohybových aktivit. Místo léků jsou často doporučovány i staré „babské“ receptury, například křenová placka nebo zelí na bolestivé klouby. Tyto praktiky dnes spíše budí úsměv.

⁵⁰ Chronická bolest představuje samostatné onemocnění a její léčení je podstatně složitější než u bolesti akutní. Trvá většinou déle než několik měsíců a zasahuje více do celkového stavu pacienta. Jedinec, který trpí chronickou bolestí, prošel stadiem bolesti akutní, kdy většinou pociťoval určité stupně nepříjemnosti, psychické

Je-li vytrvalý a útrpný charakter nedovolí nemocnému myslet na nic jiného.⁵¹ Souhrnně můžeme říci, že pro akutní bolest je typický přechodný charakter, ale chronická bolest dovede dlouho potrápít.

V posledních staletích léčba bolesti udělala velký pokrok. Rozpoznala, jakým způsobem a na jaké úrovni lze odstranit, zmírnit nebo tlumit bolest. Kdy a v jaké dávce je použít, je záležitostí ošetřujícího lékaře. Rozhodně nemáme na mysli jen analgetika, která účinně mírní bolest. Patří sem například některé operativní zákroky, ozařování, chemoterapie nebo hormonální léčba. V neposlední řadě je tady láskyplná péče a pochopení, že i v této situaci má život smysl. Tím se zabývá poměrně nový obor nazvaný *paliativní medicína*, spojená společně s hospicovou péčí.⁵²

Důležité je si stanovit realistické a splnitelné cíle:

- bez bolesti se vyspat
- bez bolesti v klidu odpočívat
- bez bolesti se pohybovat⁵³

První dva body se dají splnit celkem vždy, ale pohybovat se bez bolesti je už trochu obtížnější, ale někdy pomůže i obyčejná úprava životního stylu nebo různé jiné pomůcky, jako je třeba polohovací lehátko, které je velmi šikovné na manipulaci s pacientem. Vše záleží na tom, jak se dokáže vyladit komunikaci mezi pacientem a lékařem a jak lékař dokáže účinně léčit bolest.⁵⁴

Je jasné, že někdy dochází k utrpení i bez jakéhokoliv podkladu „tělesného“, které však druhotně mohou vést k tělesným obtížím; například pohled rodičů na bolest a smrt svého dítěte, zrada milované osoby, neopětovaná láska. Velkou roli v každém utrpení hraje i představa budoucnosti. Strach z nevléčitelné choroby, nekonečnost, beznaděj pokud si člověk uvědomí, že naděje na zlepšení je minimální. A protože představy, naděje a myšlenky se podílejí velkou měrou na utrpení, je to člověk, který trpí jeho „duše“⁵⁵, „tělo“ samo netrpí.⁵⁶

povahy. Pokud bolest přetrvává, začínají se projevovat příznaky bolesti chronické. Typickým psychickým projevem jsou různé stupně špatné nálady, smutku, někdy až deprese. V sociální sféře mívají tito pacienti častější problémy zejména v zaměstnání a v rodině.

⁵¹ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 26.

⁵² Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stavu) a jejich blízkým účinnou pomoc, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující. Hospicová péče je určena většinou pro pacienty s onkologickým onemocněním, přijímání jsou ale i pacienti s jinými druhy nevléčitelných onemocnění, většinou v terminálním stadiu onemocnění. Hospicová péče se poskytuje jak v lůžkových hospicových zařízeních, tak i doma ve spolupráci s rodinou nemocného (např. domácí hospic Cesta domů v Praze).

⁵³ Srov. tamtéž, s. 27.

⁵⁴ Viz příloha č. 1.

⁵⁵ Tato úvaha není zaměřena na dualismus člověka, ale upřednostňuje dimenzi „netělesnou“.

⁵⁶ Srov. MUNZAROVÁ Marta, *Zdravotnická etika od A až po Z*, 1. vyd., Praha: Grada, 2005, s. 75.

Při pokusu o zodpovězení otázky smyslu utrpení, je pro nás praktické si je rozdělit na dvě různé úrovně; rozlišujeme tedy bolest na biologické úrovni a utrpení na psychologické úrovni.

1.5.1 Bolest na biologické úrovni

Bolest nezůstane nikomu neznámá. Bolesti pro nás mají funkci varovného signálu. Konkrétní nemoci nás vedou k tomu, aby se věnovala pozornost a dělalo se všechno pro její nápravu. Náš organismus je omezen tak, že někdy ústrojí pro vnímání bolesti zapracuje v neprospěch člověka.

Odpověď na otázku, proč na světě existuje bolest, nemůže znít tak, že by snad Bůh chtěl, aby člověk trpěl, nebo že ho snad nemiluje natolik, aby mu dopřál bezstarostný a bezbolestný život. Bolest v dnešní době často souvisí s rychlým rozvojem lidského organismu a je nezbytná k zajištění lidské existence.⁵⁷

1.5.2 Utrpení na psychologické úrovni

Psychické utrpení se v lidském životě vyskytuje v tisícířech podobách. Každý nemůže zůstat s milovanou osobou, protože ta se buď ubírá vlastní cestou, nebo umírá. Dále nemůže dělat práci, která by byla jeho koníčkem a též nemusí dosáhnout cílů, které si ve svém životě stanovil atd. Přesto i takovéto utrpení má v životě důležitou funkci.

Jako má biologická bolest nutnou funkci pro udržení lidského zdraví, tak má psychologická bolest podobnou funkci pro zajištění mezilidských vztahů, společenské solidarity a nasazení všech možných prostředků k dosažení jednotlivých cílů.

Pokud se však jedná o případ, že ztratíme člověka, kterého milujeme, bolest takového odloučení nemá žádnou pozitivní funkci.

1.5.3 Individuální potřeby v pojetí člověka jako celku

V rámci pojetí člověka jako celku, lze souhlasit s následující definicí:

„Utrpení je specifickým stavem velkých těžkostí, způsobených ztrátou integrity, neporušenosti, soudržnosti nebo celistvosti osoby, anebo hrozbou v níž člověk věří, že povede ke zrušení integrity člověka. Utrpení trvá tak dlouho, dokud integrita není zrestaurována nebo dokud hrozba nepomine“.⁵⁸

⁵⁷ Srov. ROTTER Hans, *Důstojnost lidského života*, s. 71.

⁵⁸ CASSEL, EJ. Pain and suffering. In: REICH, WT. (Ed.) *Encyklopedia of Bioethics*, revised edition. New York:Simon and Schuster Macmillian, 1995, s. 1897-1905.

Lidé tedy mohou trpět fyzickou bolestí, jejíž příčinou je jejich nemoc, ale mohou také trpět emocionální a psychickou bolestí, která přichází se ztrátou všeho, čím byli, i toho, čeho si ještě v životě přáli dosáhnout.⁵⁹

Skutečná krize pro člověka přichází tehdy, když už neví proč má bolest a utrpení vůbec snášet. Pak se zdá, že už nic nemá smysl. K této nesmyslnosti se později přidává bezvýchodnost situace. Člověk má dojem, že bolest a utrpení ho nemohou vést k ničemu dobrému a jejich budoucí život je v troskách. Lidská osoba dokáže snášet až neuvěřitelné bolesti a utrpení, dokud ovšem ví, proč je má snášet a k čemu to je. Pokud si však smysl neuvědomuje, je zasaženo jeho nitro a ztrácí tak vlastní podstatu.

Smysl snášení určitých tělesných bolestí a přijetí utrpení, má zcela logické zdůvodnění. Pokud v dětství onemocníme, může nám to pomoci k tomu, že tělo získá určité obranné síly a později již touto nemocí nebude ohroženo. Nebo může utrpení přispět k tomu, že člověk určitým způsobem „zmoudří“ a tak získává větší porozumění pro ostatní.

Díky utrpení se člověk stává také otevřenější a zralejší pro přijetí Boha. Trpící člověk může proti svým bolestem sice protestovat, ale také se může naučit pokoře. Může zoufat nad smyslem svého života nebo se dopracovat k poznání, že sám je sice nemocný a potřebuje pomoc, ale i tak má jeho život stále smysl pokud se otevře Boží lásce. Tato myšlenka je snad jedinou možností, jak máme nalézat smysl v těch nejhorších situacích.

Viktor E. Frankl, který je zakladatelem logoterapie⁶⁰, věnuje ve svých dílech utrpení nemalou pozornost. Rada bych citovala z jeho knihy, kde popisuje, jak „psycholog prožívá koncentrační tábor“ : „Má-li život vůbec nějaký smysl, pak jej musí mít i utrpení. Protože utrpení k životu jaksi náleží - právě tak, jako k němu náleží osudovost a smrt. Nouze a smrt teprve tvoří z lidského života celek.“⁶¹

Nejvyšším výkonem člověka a jeho hrdinství spočívá právě v postoji, který zaujme vůči utrpení. Žijeme v době, kdy se mění hodnocení jednotlivce ve společnosti. Všestranná zdatnost člověka se stala základní ctností, úspěch cílem, výkon základem naší společnosti, kdy každý jedinec hraje svoji důležitou roli. Smysl života je tak zaměřen na konzum, růst, pokrok, dokonalost a zlepšování životní úrovně v každém ohledu. A právě toto myšlení je velmi nebezpečné pro trpícího člověka, který je tak odsunut na druhou kolej, kdy je považován za nepotřebného.

⁵⁹ Srov. BYOCK Ira, *Dobré umírání*, Cesta domů: Vyšehrad, 2005 s. 79.

⁶⁰ Léčení nemoci pomocí nalézání smyslu.

⁶¹ FRANKL, VE. ...*A přesto říci životu ano*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996, s. 125.

Člověk postižený těžkým utrpením je zpravidla závislý na pomoci druhých, trpí ztrátou sebejistoty i sebedůvěry a má sklon Bohu vyčítat své trápení. Bolest však obsahuje také rysy pozitivní: pomáhá nám uznat omezení našich sil, činí nás citlivějšími k těžkostem druhých, otevírá cestu k nalezení smyslu života a vybízí k myšlenkám na Boha. Člověk, který prošel zkouškou těžké bolesti je lépe připraven k zakoušení radosti.

Proto se snažme z plných sil respektovat originalitu každého člověka a jeho svobodu, abychom ho lépe vnímali a poskytli mu kvalitní péči. Tím si zasloužíme jeho důvěru a pak pro nás nebude problém mu lépe pomoci v jeho bolesti a utrpení.

1.5.4 Teologická dimenze lidského utrpení

Utrpení nemusí zničit v člověku vše dobré. Nestojí ani v protikladu Boží lásce k lidem. Pokud je utrpení konfrontováno s vírou v Boha, může přinést mnoho užitečného. Utrpení a bolest umožňují zrání víry člověka a mohou vést k novému hledání, hodnotnějších věcí v životě.⁶²

Skrze utrpení se člověk otevírá sám sobě, poznává díky tomu svoji omezenost a smrtelnost. Bolest a utrpení zároveň otevírá cestu k hlubšímu objevování víry v Boha. Utrpení tak dává možnost kladení si otázek a hledání odpovědí, na které nebyl čas. To platí nejen v oblasti vztahu k sobě samému, ale i k jiným lidem a Bohu. Definitivní podoba překonání utrpení a smrti, lze tedy poznat ve světle víry.

„Při hledání smyslu utrpení nacházíme jen částečnou odpověď. Bolest je spojená se zlem, a zlo je tajemství. Při náležitém úsilí se nám občas podaří poodhrnout oponu, ale plného poznání smyslu všech životních proher a nesází se nám během života zde na zemi nedostane.“⁶³

Nemocný těžce nese to, že je závislý na svém okolí, trpí pocitem méněcennosti, nejistoty a ztrácí důvěru ke svému okolí, ale také důvěru v Boha. To v sobě zahrnuje negativní aspekt, ale pozitivní je, že člověk díky tomu pozná svoje limity, snaží se přemýšlet nad svým životem a hledat jeho smysl. Není moc důležité, co nás v životě potká, ale to jak se s tím vypořádáme.⁶⁴

Trpící lidé jsou si podobní svým stavem, v němž žijí, i když každý může prožívat bolest a utrpení různě, přece všichni stejně mají představu o laskavé péči a největší jejich otázka stále směřuje po smyslu utrpení.⁶⁵

⁶² KŘIVOHLAVÝ Jaro, *Křesťanská péče o nemocné*, Praha: Advent, 1991, s. 62.

⁶³ CIKRLE Vojtěch, *Smysl bolesti a utrpení*, *Scripta bioethica*, Brno: Hippokrates, 2003, č. 1, s. 4.

⁶⁴ Srov. tamtéž, s. 4.

⁶⁵ Srov. JAN PAVEL II., *Apoštolský list Salvifici doloris*, č. 8, s. 13.

Utrpení má tedy *smysl lidský* – člověk v něm nachází sám sebe, svoji důstojnost a životní poslání a zároveň *smysl nadpřirozený* – je zakořeněn v Božím tajemství vykoupení světa.

Prožitek nemoci, bolesti a utrpení by měl vést k celkovému růstu lidské osobnosti. Abychom mohli poznat smysl všech nesnází lidského života, nebude nám stačit pouze přirozený řád. „*Skutečný smysl lidské bolesti, nemoci a utrpení je možno nalézt pouze v řádu spásy.*“⁶⁶

1.5.4.1 Utrpení z hlediska knihy Job

Proč trpí obyčejní lidé? Kdyby na tomto světě byla spravedlnost, určitě by tomu tak nebylo. Tímto způsobem, si lidé snaží vysvětlit smysl utrpení na tomto světě, které vychází z předpokladu, že si zasloužíme to, co se nám stalo a že naše neštěstí přišlo jako trest za naše hříchy. Vždy si dokážeme najít důvod, proč se nám to stalo. Myšlenka, že vlastně Bůh nám dává to, co si zasloužíme a že naše hříchy jsou příčinou našeho neštěstí, je pro nás vlastně pohodlná a nemusíme se dále zabývat touto problematikou. Jediná reakce pak na danou situaci je, že pomalu nenávidíme Boha a potom i sebe.⁶⁷

V knize Job se však setkáváme s jinou skutečností. Je zde jasně popřeno, že utrpení je trestem za hřích. Utrpení je zde chápáno jako tajemství, jež člověk není schopen vlastním rozumem pojmout. Pokud je utrpení vázáno na vinu, má smysl jako trest, ale nelze tvrdit, že jakékoliv utrpení je následkem viny a má charakter trestu.⁶⁸

Knihy Job je pro nás knihou netradiční v Písmu, protože nám bortí naše tradiční představy o Bohu. Proč trpí spravedlivý člověk a jak se má vůbec chovat k Bohu? Job přichází o majetek, syny, dcery a sám nakonec trpí těžkou nemocí. V tomto jeho nejtěžším období přicházejí tři přátelé. Nejprve nic neříkají, snaží se být jen s ním v tichosti. Později však začnou rozvíjet nejrůznější teorie, proč se to as mohlo Jobovi stát a tak s dobrým úmyslem mu vysvětlit jeho utrpení. Všichni, i když každý jiným způsobem se mu snaží ukázat, že se mu to stalo na základě těžkého provinění. Názor Jobových přátel prozrazuje, přesvědčení, které se objevuje v podvědomí lidského pokolení: mravním řádem je za přestupek, hřích či provinění požadován trest. Z tohoto hlediska se utrpení jedná jako „oprávněný trest“.⁶⁹

⁶⁶ CIKRLÉ Vojtěch, Smysl bolesti a utrpení, *Scripta bioethica*, č. 1, s. 5.

⁶⁷ Srov. KUSHNER Harold, *When bad things happen to good people*, United States:Random House Inc,2000, s. 20-23.

⁶⁸ Srov. JAN PAVEL II., *Apoštolský list Salvifici doloris*, č. 10, s. 16.

⁶⁹ Srov. tamtéž, č. 10, s. 16.

Job si je moc dobře vědom svoji nevině a proto odporuje svým přátelům a ve své obraně se bouří i proti samotnému Bohu. Do sporu náhle zasahuje Bůh, kárá Jobovy přátele⁷⁰ za jejich obžaloby a prohlašuje, že Job je skutečně člověk spravedlivý.⁷¹ „*Jeho utrpení je utrpení nevinného; a to má být chápáno jako tajemství, jež člověk svým rozumem není s to pochopit.*“⁷² Naše proč zůstává tedy často nezodpovězeno, ale to neznamená, že nemáme Bohu důvěřovat.

Job je toho zvláštním důkazem. Ačkoliv Job není trestán, protože k tomu chybějí logické důvody, přesto je nesmírně tvrdě zkoušen. Kniha Job nám nedává konečné vysvětlení po smyslu utrpení, pouze nám určitým způsobem předjímá Kristovo utrpení. Jobův příběh v nás vyvolává pocit sounáležitosti, protože i my pokud trpíme, máme tendenci stavět se proti Bohu. Job je ve svém vztahu k Hospodinu upřímný, i když nevýslovně trpí.

Příběh je určen pro nás, abychom z něho čerpali víru a také poznali, jak moc je dobré být upřímní k Pánu a sami k sobě. Můžeme mít pocit, že Bohu spíše záleží na naší víře než na našem blahu, ale příběh nám chce spíše ukázat, že Bůh nás slyší. Hospodin obrací Jobovo utrpení ve chvíli, kdy se modlí za své přátele. Bůh mu prokazuje milost a dává mu dvojnásobek všeho, co měl dříve. Hospodin touží lidem žehnat ne je trestat, jak si mnozí mylně myslí. Protože láska je tím nejbohatším zdrojem, s jehož pomocí lze otázku po smyslu utrpení zodpovědět.⁷³

1.5.4.2 Utrpení jako zpodobnění se s Kristem

Chceme-li poznat význam lidské bolesti, musíme se nejprve přiblížit pochopení smyslu Ježíšovy oběti. On přijal kříž, *aby naplnil vůli Otce* a dokonal jeho dílo⁷⁴. Tajemství smyslu utrpení v řádu křesťanské víry poznáme natolik, nakolik poznáme Ježíše Krista, nakolik pochopíme motivy jeho jednání.

Ten, kdo přijme pozvání *následovat Krista v lásce k Otci v Duchu Svatém*, se vydává na cestu lepšího chápání smyslu utrpení. Kdo miluje, dokáže unést všechno. A tak, třebaže nerozumíme, proč máme trpět, dobře víme, že nás utrpení víc spojuje s Bohem.⁷⁵

Toto pojetí nacházíme na mnoha místech Nového zákona, zvláště v teologii u sv. Pavla adresováno církevním obcím.⁷⁶ Sdílení Kristova utrpení má zde dvojí význam. Je-li

⁷⁰ Srov. Jb 42,7.

⁷¹ Srov. BRANTSCHEN J. B., *Proč nás dobrý Bůh nechává trpět?*, Praha: Scriptum, 1994, s. 20-21.

⁷² JAN PAVEL II., *Apoštolský list Salvifici doloris*, č. 11, s. 17.

⁷³ Srov. tamtéž, č. 13, s. 19.

⁷⁴ Srov. Jan 4,34, Jan 5,30, Jan 6,38.

⁷⁵ Srov. CIKRLÉ Vojtěch, *Smysl bolesti a utrpení*, *Scripta bioethica*, č. 2, s. 8.

⁷⁶ Srov. 2 Kor 4,8-11.14; 2 Kor 1,5; 2 Sol 3,5.

člověk účastníkem utrpení, je to jen z toho důvodu, že Kristus otevřel své utrpení člověku, protože na základě vykoupení se stal účastníkem všech lidských bolestí. Pokud tedy člověk skrze svoji víru, odhaluje vykupující utrpení, nachází v něm současně i své vlastní utrpení, ale díky jeho víře je obohaceno o nový obsah a význam.⁷⁷

Utrpení zůstává zlem. Jeho snášením se však přibližují lásce, kterou žil Ježíš Kristus. Utrpení a kříž nemáme vyhledávat podle svých zálib, ale máme je nést v tom, *co přináší den*. Nejde samozřejmě o nějaké pasivní podrobování se těžkostem. Jde o něco jiného: tam, kde mohu změnit věci k dobrému, přijmout kříž tohoto úsilí, a tam, kde věci změnit nemohu, přijmout kříž trpělivého snášení reality.

Uklidnění přichází teprve z pochopení smyslu utrpení. Není mým úkolem dokonale poznat smysl všech křížů a utrpení. Avšak i pochopení částečné, totiž rozpoznání bolesti jako cesty ke zpodobnění se s trpícím Kristem, dává sílu k zakoušení radosti, radosti ze spojení s Kristem. Člověk, který prožil bolest, je lépe disponovaný k zakoušení radosti. Pochopení skutečnosti, proč Ježíš umřel na kříži, a radost z jeho vítězství nad utrpením a zlem, jsou tím, co tříbí naše smysly, abychom uslyšeli, až zaklepe na dveře s pozváním k důvěrnému společenství⁷⁸. Jen s pohledem upřeným na Krista je možno *utrpení nejen přijmout, ale také obejmout*, protože nás spojuje s ním.

⁷⁷ Srov. JAN PAVEL II., *Apoštolský list Salvifici doloris*, č. 14, s. 20.

⁷⁸ Srov. Zj. 3,20.

2. Umírání jako proces a vztah umírajícího a jeho bezprostředního okolí

Doprovázení umírajících po nás vyžaduje mnoho síly a zároveň nás konfrontuje s vlastní konečností. Ten kdo doprovází umírajícího, by měl být obeznámen o posledních a možná nejdůležitějších životních úkolech, s nimiž se každý člověk při svém umírání musí vyrovnat. Přes hledání rozumného a věcného přístupu k umírajícímu, nesmíme zapomenout, že umírání prostě k životu patří. „Život znamená učit se milovat. Žít znamená učit se až do posledního okamžiku“ (Cicely Saundersová)⁷⁹.

Umírání je poslední fází našeho života⁸⁰ stejně, jako ostatní životní fáze je výzvou, abychom si uvědomili, že smrt je součástí našeho života, a tak ukládá člověku specifické etické úkoly. Máme odpovědnost za zachování života, upevňování zdraví, za odstraňování a léčení nemocí, i za doprovázení a pomoc při umírání a přijetí vlastní smrti. Tomuto cíli slouží také lékařská pomoc a pečovatelská služba, jejíž největší zásadou by mělo být blaho nemocného v širokém slova smyslu. V křesťanství je služba nemocným a umírajícím již odedávna považována za „skutek milosrdenství“.

V poslední době udělala lékařská věda velký pokrok dopředu. Všechny tyto úspěchy moderní medicíny v nás budí velký údiv. Pokud vede k vyléčení a rozumnému prodloužení našeho života, je třeba s ní z mravního hlediska souhlasit.

Bohužel to s sebou přináší i negativa, jejichž význam je stále větší. Možnosti moderní medicíny fascinují natolik, že se neustále mění postoj k tomu, co je z etického hlediska přípustné a co už nikoli. Kdo bezmezně bude věřit technice, která je stále lepší, bude chápat medicínu jako obor, který je schopen opravit všechno poškozené a k léčbě bude přistupovat

⁷⁹ GÜTER Virt, *Žít až do konce*, s. 55; poznámka k Cicely Saundersové (22. června 1918 - 14. července 2005) byla anglická lékařka, spisovatelka a sociální pracovnice, zakladatelka moderního hospicového hnutí a propagátorka paliativní medicíny. Svůj *hospic svatého Kryštofa* v Sydenhamu v Londýně založila roku 1967. V 39 letech získala doktorát medicíny a stala se světově uznávanou kapacitou v oblasti paliativní medicíny, umírání a lékařské etiky, na tato téma přednášela na řadě univerzit po celém světě. Napsala též řadu knih a pojednání tematicky se věnujícím oblastem jejího díla. Jako hluboce věřící křesťanka odmítala euthanasii a o křesťanství prohlásila, že je a zůstane základním kamenem hospicového hnutí, kamenem, kterým možná není vidět, ale na kterém celá stavba stojí. Za svoji práci v sociální, zdravotnické a náboženské oblasti získala nejvyšší možná ocenění: z rozhodnutí Alžběty II. se stala nejprve důstojnicí a později rytířkou Řádu britského impéria, v roce 1981 obdržela Templetonovu cenu a v roce 2001 též nejprestižnější a nejvyšší ocenění za humanitární dílo: Humanitární cenu Conrada N. Hiltona. Byla (mimo jiné) členkou *Royal College of Physicians*, *Royal College of Nursing* a *Royal College of Surgeons of England*, obdržela desítky čestných doktorátů. Zemřela na rakovinu ve věku zmíněném *hospici svatého Kryštofa*. Jejím manželem byl polský emigrant malíř Marian Bohusz-Szyszko(1901-1995).

⁸⁰ Virt Güter toto období nazývá Poslední životní úkol; Bernd Weinert jako Životní období umírání.

bez ohledu na to, zda léčba vede k rozumnému vyléčení nebo prodloužení života (nezřídka se odehrávajícího již pouze v nemocnici). Smrt se tak stává tím největším nepřítelem, který musí být všemi prostředky a za všech okolností oddalována. Dokonce se tomu děje i tehdy, když se toho dosahuje za cenu nedůstojného prodlužování vlastního utrpení. Další problém spočívá v tom, že pacient, který je dlouhodobě udržován na přístrojích, může být vzata možnost, aby zemřel lidsky důstojně vlastní smrtí.

I přes mnohá nebezpečí, která sebou nese použití techniky v medicíně, by bylo nerealistické a nepoctivé, toto nasazení odmítat. Moderní metody vyšetřování a léčení nemocí mají velice důležitou funkci pro uzdravení a udržení lidského života a tím velký význam pro člověka.

Etické otázky, které se kladou, v souvislosti s využitím moderní techniky v medicíně jsou: „Smí lékař to, co medicína může?“ Co je na konci života mravně přípustné, a co je mravně zakázané?⁸¹

Všechny pokusy o morálně zdůvodnitelnou odpověď na tyto a jiné otázky musí vycházet především z toho, že ať je lidský život v jakémkoliv stadiu, nemůžeme s ním samovolně disponovat, člověk má právo na důstojné umírání. To na nás klade požadavek k doprovázení umírajícího. Pravdivý a velmi citlivý doprovod člověka na jeho poslední cestě je tedy mravně žádoucí.

Kromě doprovázení má velice důležitou roli určitá infrastruktura. Máme na mysli například zajištění vhodné místnosti pro rozloučení s rodinou a přáteli, aby tak člověk, který není schopen umírat doma mezi svými, nebo rodina není nakloněna tomuto způsobu, se mohl přece jen rozloučit se životem v kruhu svých blízkých.⁸²

Proto upřímnost a opravdovost, kterou sdělujeme s láskou našemu nemocnému, nikoho neraní, ba naopak ji nemocný ocení. Těžce nemocný se totiž velmi často považuje za „nezpůsobilého pro naši společnost.“ Nevědomky je tak vylučován ze společnosti a rodiny a najednou se stává jen věcí nemocnice. Je zavržen, jakoby se snad dopustil osobní nebo společenské zrady. V některých případech je jeho utrpení a umírání anonymní a přihlížejí mu jen ti, kteří to mají v pracovní náplni, pokud se tomu nevyhýbají ani oni. Útěcha rodiny tak bývá často omezena jen na dobu návštěv. Řada lidí dokonce věří, že svým smrtelně nemocným příbuzným pomohou nejlépe tehdy, když jim zajistí tu nejlepší lékařskou péči. Pak se často stává, že umírání je bráno jako odborná záležitost lékařů, sester a duchovních, což

⁸¹ NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE, *Život z víry*, s. 225.

⁸² Srov. GÜTER Virt, *Žít až do konce*, s. 56.

vede k významnému odcizení procesu umírání od umírajícího a vůbec to odsouvá roli blízkých a rodiny až na druhou kolej.

V minulosti byl umírající spíše ve středu pozornosti své rodiny, nyní se bohužel stává jen dalším „případem, číslem nebo i věcí“. Věnuje se mu sice dostatečná pozornost, bohužel je zaměřena úplně na jiné složky než umírající potřebuje. Úspěch moderní techniky pomohou nemocnému jen tehdy, když jejich použití vede k úspěšnému cíli, což znamená vyléčení – u umírajícího však tomu tak přece není.⁸³ Proto je důležité i přes tyto skutečnosti nikdy nebrat nemocnému naději. Známé latinské přísloví praví: **„Dum spiro spero!“** Doufat znamená pro umírajícího vidět před sebou možnost-„možnost dalšího kroku“. Pokud není možnost na uzdravení, je dobré zvolit taktiku malých kroků a drobných splnitelných cílů a díky tomu držet nemocného nad vodou. Tak se dokáže náš umírající radovat sice z malých, ale zato splnitelných cílů. Dokud před sebou vidí splnitelný cíl, má důvod proč žít.⁸⁴

V každém z nás je kdesi hluboko zakořeněna touha po nesmrtelnosti. Pro věřícího člověka je víra ve věčný život nenahraditelnou nadějí. Nevěřící člověk si taky určitým způsobem představuje svoji nesmrtelnost, v níž v hloubi duše doufá. Někdo se těší z toho, že jeho obraz bude dál žít v jeho potomstvu, jiní zase ve svém díle, které tu po jeho smrti zůstane.

Není dobré jak zpochybňovat stanovisko věřícího, ani nevěřícího, i kdyby jeho naděje měly být falešné. Nikdy bychom mu neměli brát naději, a tak se vyvarujeme řečí o bezvýchodnosti nastalé situace. Lze po pravdě přiznat, že situace je velice vážná a vypořádat se s ní nebude snadné. Rozdíl pak pocítíme v tom, že situace je sice závažná, ale nikoliv beznadějná.⁸⁵

2.1 Přítomnost rodiny u umírajícího (domácí model umírání)

Všichni, kteří pociťují se svými umírajícími příbuznými hlubokou sounáležitost anebo kteří o ně pečují, se tak naléhavě ptají: „Co mám dělat? Vždyť jsem tak bezmocný! Chtěl bych, ale nedůvěřuju si.“ (To jest: Mám strach z vzájemné blízkosti.) „Rád bych pomohl, ale nevím jak.“ (To jest: Nerozumím tomu člověku, nevím, co si přeje a co očekává.)⁸⁶

Z těchto důvodů bych chtěla přiblížit životní období smrtelně nemocného, ale zároveň si musím přiznat, že neexistuje jeden návod jak postupovat při práci s umírajícím. V minulé

⁸³ Srov. PERA Heinrich a WEINERT Bernd, *Nemocným na blízku*, s. 122.

⁸⁴ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 30.

⁸⁵ Srov. tamtéž, s. 31.

⁸⁶ PERA Heinrich a WEINERT Bernd, *Nemocným na blízku*, s. 123.

kapitole jsem popsala „chování nemocného“ podle známé lékařky Elisabeth Kübler-Rossové⁸⁷, která se zasloužila o porozumění řeči nemocného a odhalila především chování umírajícího jako neverbální komunikaci. Jinak se chová tedy nemocný ve *fázi popírání*,⁸⁸ ve *fázi agrese*,⁸⁹ ve *fázi smlouvání*,⁹⁰ ve *fázi deprese*⁹¹ a ve *fázi přijetí*.⁹², jak již bylo zmíněno v kapitole

Na prvním místě je samozřejmě nemocný. Někteří trpí četnými obtížemi a jejich pohybové možnosti se najednou zhoršili. Jiní se stále cítí docela zdraví, takže zpráva o tom, že by za dva měsíce měli zemřít je pro ne naprosto nepochopitelná. Míra poznání, jak jsou od této chvíle zdraví, se od tohoto okamžiku neřídí jejich pocity, ale výsledky laboratorních testů a rentgenů a k nim jsou přidány interpretace ošetřujícího lékaře.⁹³ Jsou to snímky, které říkají: „Ano pacient nám umírá.“

Důležitou roli v doprovázení hraje rodina umírajícího. Někdy bývá ale velice těžké přednést nabídku na doprovázení. Lidé v současné době umírají jinde než dříve.⁹⁴ Jen málo lidí stráví své poslední chvíle ve svém bytě a v kruhu svých nejbližších. I délka umírání se podstatně změnila. Lidé dnešní doby umírají spíše na následky civilizačních nemocí (srdeční či oběhové nemoci, rakovina). Při některých onemocněních umírání tedy trvá většinou i delší dobu.⁹⁵

Vzhledem ke skutečnosti, že smrt nebyla v minulosti „tabuizována“, proto lidé „věděli“, jak se mají vůči umírajícímu chovat, a dokonce i umírající přesně věděl, co se od něj bude očekávat. Umírající čerpal ze své vlastní zkušenosti, protože se většinou ve svém dětství či mládí nesčetně krát měl „stráž“ u lůžka těch, kteří umírali v jeho okolí.⁹⁶

Standardní postup spočíval v tom, že umírající v určitém okamžiku poznal, že se blíží jeho konec. Svolat tedy členy svojí rodiny a v jejich přítomnosti sdělil poslední přání a pak se s nimi důstojně rozloučil. Příbuzní zavolali kněze, který poskytl umírajícímu útěchu

⁸⁷ Viz. Příloha č. 2.

⁸⁸ „Ne já přeci neumírám, to nemůže být pravda!“

⁸⁹ „Já však ještě žiji a dokáži ti to!“

⁹⁰ „Až potom, až půjde můj vnuk do školy.“

⁹¹ „Tak přece je to tak.“

⁹² „Všechno má svůj smysl.“

⁹³ Srov. THEOVÁ Anne-Mei, *Paliativní péče a komunikace*, [z anglického originálu ... přeložil Jiří Ogrocký], 1. vyd., Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 16.

⁹⁴ V minulosti péče o umírajícího spadala především do podoby tzv. domácího modelu umírání. O něm jako o realitě můžeme mluvit teprve v posledních dvou staletích. Do té doby byla péče pro většinu prostých lidí laická, a často dokonce žádná.

⁹⁵ Srov. PERA Heinrich a WEINERT Bernd, *Nemocným na blízku*, s. 131.

⁹⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 26.

nemocných⁹⁷ s večeří Páně.⁹⁸ Pokud nemocný trpěl silnými bolestmi a nedařilo se je zvládnout laickými postupy, byl výjimečně volán ještě lékař, který podal zklidňující injekci morfia.⁹⁹

Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka. Někteří dokonce uměli předpovídat jednotlivé fáze umírání. Ti většinou ovládali tradiční laické ošetrovatelské úkony, které prováděli. Nabízeli například umírajícímu, který už nebyl schopen jíst tuhou stravu, nabídnout polévkový vývar, později jen tekutiny. Umírajícího přikrývali různými přikrývkami, především okolo končetin, kde pociťoval chlad. V místnosti udržovali pološero, protože moc dobře věděli, že světlo je pro nemocného dosti nepříjemné. Když dotyčný zemřel, zpravidla mu nejstarší syn zatlačil oči a někdo z přítomných otevřel okno, aby duše mohla odlétnout. Postát v klidu a v úctě se pomodlit Otče náš, bylo samozřejmostí. Omýt mrtvého a obléci ho patřilo k zvládnutelným životním dovednostem. Pohřby byly většinou chystány z domova, kde bylo mrtvé tělo zpravidla tři dni vystaveno ve slavnostním pokoji.¹⁰⁰ Příbuzní, ale i sousedé a známí se mohli poklonit a rozloučit se tak se zemřelým.

Moderní člověk většinou tyto znalosti nemá, chybí mu i cenné praktické dovednosti a je přesvědčen, že péče o umírající je výhradně v kompetenci profesionálních zdravotníků. Konfrontace se smrtí v dětství nebo dospělosti bývá dnes moc vzácná, a tak setkání s umírajícím doprovází sebou panickou hrůzu a bezradnost. Nejistota je velmi ochromující a způsobuje, že je obtížné, a mnohdy dokonce nemožné, aktuálně si osvojit potřebné dovednosti péče o umírajícího.¹⁰¹

Velkým problémem bývá adaptace na diagnózu, která klade nároky na radikální změnu v životě nemocného i života rodiny. Jak moc se dokáží vyrovnat rodiny umírajícího se ztrátou, která v jejich životě nastane a jakým způsobem zvládají každodenní život, je individuální záležitostí. V každém člověku totiž může vyvolat termín „rodina“ zcela odlišnou představu. Literatura na ni pohlíží jako na primární sociální skupinu, do které se rodíme a díky které máme hmotné zabezpečení, ale tento model nemůžeme používat všeobecně.¹⁰²

⁹⁷ Poskytnutím svátosti nemocných kněz připravil těžce nemocného na neznámou cestu. V této souvislosti mnozí laici užívají nepřesný pojem poslední pomazání, které ovšem nutně nemusí být poslední (zaopatření nemocného a posila pro tělo a duši může být udělena opakovaně).

⁹⁸ Večeře Páně eschatologicky předjímá království Boží. Jen ten bude mít podíl na budoucím věčném království, kdo má podíl na Ježíšově stolování, kdo je účasten společenství s Kristem.

⁹⁹ Tamtéž, s. 27.

¹⁰⁰ květiny, svíce.

¹⁰¹ Tamtéž, s. 29.

¹⁰² Změny ve formách soužití, rostoucí počet rozvodů a příchod nových forem rodiny. Představy o „rodině“ se také proměňují, pokud rodina musí čelit nemoci či smrti.

V konfrontaci s nemocí každý člen rodiny musí předefinovat svá vlastní očekávání a vztahy ke všem ostatním. Není tomu tak jen v případě nevyléčitelné nemoci. I v každodenním životě se mnohdy dostáváme do rozporů: některé zkušenosti zvyšují náš pocit soudržnosti, zatímco jiné jsou náročnější a vyžadují po nás přehodnocení toho, kým vlastně jsme. Někteří mohou tvář v tvář nemoci zažívat těžký vnitřní boj, pro jiné to zase znamená zvolit jiný styl uvažování o sobě samých a o vztazích k druhým. Důležitý je i fakt, že si uvědomujeme, že náš blízký už není zdravý, ale nemocný a je tím pádem do značné míry ovlivněn názory rodiny a ošetřujícího personálu i širším prostředím, ve kterém žije.¹⁰³

Ať už se dostaneme do styku s jakoukoliv nemocí, ke komplikaci dochází zvláště tehdy, když se rodina snaží o přílišné zachování stylu života nemocného, i když to reálně není možné.¹⁰⁴ V tomto případě se musí naučit rodina více komunikovat s vnějším světem. Lidé, kteří pro ně doteď byli cizí, jako jsou lékaři a zdravotní sestry, se najednou stávají součástí „rodiny“. V jistém smyslu nám tedy vzniká nový systém, který má lidi přimět k tomu, aby společnými silami snažili zvýšit šance nemocného na delší život. Souhra rodiny s ošetřujícím personálem je velmi komplikovaná v období vystupňovaných emocí. Nemoc někoho bližního může vyvolat ve všech pocity zranitelnosti, které mohou ovlivnit profesní i soukromý život.¹⁰⁵ Procesy, kterými prochází umírající, mohou mít dopad i na vztahy mezi členy rodiny. Upravený jídelníček, medikace nebo procedury, jako je například dialýza, nutí rodiny přehodnocovat pojetí osobní odpovědnosti.¹⁰⁶

Léčba sebou někdy přináší i zmatek. Vyčerpanost nebo deprese nemusí být projevem emočního vypětí. Může se jednat o vedlejší účinek léčby a stát se tak signálem, že medikace, která byla nasazena, již není tak účinná a je potřeba ji změnit. Důležitým faktorem v období nemoci je tedy čas. Nemoc se v čase proměňuje, a pokud se na ni zaměříme, konkrétně zjistíme, že většinou probíhá v různých stádiích, z nichž každé přináší specifické úkoly. I když víme, že onemocnění nemusí mít stejný průběh u všech pacientů. Proto se role pacienta, rodiny i odborníků mění spolu se zdravotním stavem umírajícího.

¹⁰³ Srov. FIRTHOVÁ Pam a kol., *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*, OLIVIERE David ed., [z anglického originálu přeložil ... Jiří Ogrocký], 1.vyd., Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 75-77.

¹⁰⁴ Rodiny setrvávají ve stavu závislosti na někom, kdo již není schopen ovlivňovat chod domácnosti, přestože je fyzicky přítomen; namísto přizpůsobení se novým podmínkám, zůstává situace z doby, kdy se tento nemocný člověk těšil dobrému zdraví.

¹⁰⁵ Srov. tamtéž, s. 81.

¹⁰⁶ Potřeba sledovat, kolik dítě v potravě přijímá cukru, nevyhnutelně ovlivní vztahy mezi rodičem a dítětem. Rodina se musí rozhodovat, zda minimalizovat rozdíly, nebo je naopak zdůraznit, zda zajistit, aby se všichni členové stravovali podle diety, kterou musí nemocný dodržovat, a jak zvládat narušení obvyklých osobních hranic.

Na počátku prožívá skoro každý pacient nejistotu, nevědí jak situaci brát. Po čase rodina i pacient začne jednotlivé příznaky brát jako nemoc. Dochází k rozhodování komu se svěřit se závažným sdělením a koho raději nechat v nevědomosti. Stanovení diagnózy bývá často prvním případem, kde se setkává rodina s ošetřujícím personálem, a domlouvají se na dalších krocích. Protože diagnóza mnohdy způsobí šok i samotné rodině, proto je důležité poskytnout trochu času na vstřebání a teprve potom odpovídat na dotazy, které jsou podstatné.

V krizových situacích se rodina i odborníci snaží najít společnou cestu k podpoře nemocného pacienta. Od odborníků požadujeme, aby disponovali technickými schopnostmi, dovedli povzbudit a dělali těžká rozhodnutí ohledně medikace, od rodiny se očekává zcela něco jiného. Ve fázi nemoci, kdy vztahy s ošetřujícím personálem bývají vlažnější, může dojít k bližšímu semknutí s rodinou. Členové rodiny se v této fázi často vyrovnávají s nepohodlím a hledají rovnováhu mezi péčí a osobními potřebami.¹⁰⁷

Doprovázet tedy může kdokoliv z rodiny, pokud je dospělý. Neměl by vystupovat především jako někdo, kdo je „profík.“ Sklonit se k nemocnému a ukázat mu, že jeho problémy ho zajímají nebo se ho osobně dotýkají, je možností jak dát nemocnému najevo svoji blízkost.

Nemocný většinou reaguje podezřívavě a svého doprovázejícího většinou prověřuje, jestli je jeho vztah k němu opravdu upřímný, a jestli se na něj může zcela spolehnout. Proto doprovázet může jen ten, kdo si je zcela jistý, že ho tato nastalá situace možná změní a že asi nezůstane takovým, jako býval dříve. Je to velmi těžká cesta, kde musí počítat s tím, že se setká s různými projevy nejen u nemocného, ale také u sebe. Proto je pro doprovázející velmi příhodné zapojit se do týmu, kteří se už někdy podíleli na této službě a mají už určité zkušenosti. Mohou být pro něho oporou a povzbuzením, napomenout ho pokud překročí správnou míru blízkosti a tím pak zapomíná na sebe samotného. Zde může najít pomoc člověk, který doprovází umírajícího.¹⁰⁸

Rodina, která doprovází umírající, by se měla vždy snažit pochopit, co nalezne za slovy nemocného a jak s nimi správně naložit. Rozhovory s umírajícím, tím že je mu nasloucháno a často se opakující návštěvy se tak stávají doprovázením na posledním životním úseku. Nemocný tak postupně prochází všemi fázemi, které jsem již uvedla. Pokud jimi projde, otevírá se tak možnost, že pak přijme celý svůj dosavadní život. „*K životu patří i umírání a také smrt, která je pro každého zcela osobní a jedinečná.*“¹⁰⁹

¹⁰⁷ Srov. tamtéž, s. 82-84.

¹⁰⁸ Srov. PERA Heinrich a WEINERT Bernd, *Nemocným na blízku*, s. 133.

¹⁰⁹ Tamtéž, s. 136.

Závěr života umírajícího vnímá jeho rodina jako krizi, která je těžce zvládnutelná. Kdyby měl člověk sestavit drobný manuál pro ty, kdo doprovází svoje příbuzné při umírání, neměly by chybět následující zásady:

- jednat opravdově – neskrývat nejistotu a bolest
- nic nepřehánět – vnímat a respektovat přání nemocného, co se týče blízkosti a zachování odstupu
- udělat si čas – umírající vycítí, kolik času jsme mu ochotni věnovat
- naslouchat a chápat – mluvit i mlčet s nadějí a nechat promlouvat symboly¹¹⁰

2.2 Lékařská asistence při umírání (institucionální model umírání)

Tento model se vyvíjel pomalu a postupně. Nejprve bylo důležité zajistit ty nejzákladnější potřeby nemocného, jako byla čistá postel, teplo, jídlo, pití a základní hygienické potřeby. Nejdříve byli nemocní umístováni do chorobinců, až později do zdravotnických zařízení jako byly špitály a nemocnice. V těchto zařízeních se nacházeli jednotlivé pokoje, kde však bývalo mnoho postelí, které byli později, rozděleny jednotlivými nočními stolky. Pro orientaci lékaře byla pověšena černá tabule u postele pacienta, na kterou se napsalo jméno nemocného, rok narození a případně stanovená diagnóza (s touto variantou se dnes běžně setkáváme v nemocnicích).¹¹¹

Umírající byli velmi dlouho přehlíženi a z hlediska odborné pomoci, jim nebyla věnována taková pozornost, jakou by zasloužili. Když se někdo ocitl na prahu smrti, pak mu nebylo poskytnuto dostatečné soukromí a umíral tak „mezi všemi“. Ve snaze zlepšit situaci umírajícího a ostatních, vznikly tzv. bílé zástěny - plenty.¹¹² Měl se tak zajistit klid umírajícího a ušetřit tento pohled jednotlivým spolupacientům. Později docházelo k vyčlenění zvláštního pokoje pro umírající. Zatímco bílá plenta se používá dodnes, pokoj pro umírajícího je již minulostí. Proč? Tento pokoj měl negativní dopad na ostatní pacienty. Těžce nemocní se báli, že jakmile budou odvezeni do tohoto pokoje, nastane jejich konec. Bohužel zavládlo i mínění, že umírající potřebují přísný klid, což mělo tragické následky. Byl sice zajištěn klid

¹¹⁰ Tamtéž, s. 142.

¹¹¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 29-30.

¹¹² Praxe běžně používaná ve 20. letech 20. století.

těžce nemocnému a dodržovaly se striktně návštěvní hodiny, ale v době kdy nemocný člověk potřeboval nejvíce podporu rodiny, bylo mu znemožněno se s nimi každý den vídat.¹¹³

Existovala jedna možnost jak se s nemocným vídat a to bylo vystavení tzv. propustek lékařem. To znamenalo, že příbuzní mohli navštěvovat nemocného kdykoliv, což však nepomohlo pacientovi, protože pochopil stav věci a propadl spíše zoufalství. Příbuzní proto této možnosti využívali jen velmi zřídka. Nechtěli být těmi, kdo oznámí svému milovanému umírajícímu konec jeho pozemského putování. A tak umírání probíhalo přesně tak, jak to známe i v dnešní době. Nemocný umírá sám, obklopen bílým závěsem nebo prostěradlem v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj cizí stejně jako on pro ně.

Snažíme se naše příbuzné odsunout do nemocnic v naději, že moderní medicína dokáže zabránit smrti nebo zajistí důstojný odchod z tohoto života. O to první se medicína snaží usilovat za každou cenu, ve druhém však selhává. Výsledkem je pak nespokojenost všech. Rodina dostává oznámení písemně nebo telefonicky, že jejich příbuzný právě zemřel.

Negativní stránky tohoto modelu jsou zřejmé, společné jim je většinou chladná „profesionální péče“. Ano, je to ona péče, která nám kdysi mnohokrát pomohla, ale nyní nezařídila, aby náš pacient neumřel. V této situaci je dobré si uvědomit, že všechno má své hranice. Nelze, náš život řídit prostřednictvím medicíny, protože i ona má možnosti omezené stejně jako lidské bytosti, které jí slouží. Proto nenecháme tuto péči jen na odborném personálu, ale máme plné právo se na této péči spolupodílet.¹¹⁴

2.3 Eutanázie

2.3.1 Základní terminologie

Diskuze o různých možnostech umírání probíhá v různých společnostech pod pojmem eutanazie, ale interpretace tohoto slova se v jednotlivých společnostech liší. Jde o pojem mnohoznačný zahrnující naprosto odlišné způsoby jednání, takže pokud jej máme vůbec používat, je nutné si vysvětlit, co se pod tímto pojmem přesně rozumí.¹¹⁵

Na začátek si vymezíme pojem eutanázie a charakterizujeme si její typy. Slovo „*euthanasia*“ znamená doslova „dobrou nebo krásnou smrt“, jak vyplývá z původu řeckého slova *eu* – dobrý a *θάνατος* – smrt.¹¹⁶ Mělo by to tedy znamenat smrt, která má přijít po kvalitně prožitém životě. V pozdějších letech se tento pojem výrazně posunul a v dnešní

¹¹³ Srov. tamtéž, s. 30-31.

¹¹⁴ Srov. tamtéž, s. 31.

¹¹⁵ Srov. GÜTER Virt, *Žít až do konce*, s. 22.

¹¹⁶ Srov. MUNZAROVÁ Marta a kol., *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?*, Kostelní Vydří: KN, 2008, s. 19.

společnosti je chápán jako úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným na jeho vlastní žádost.

Dle Světové lékařské asociace (World medical Association – WMA) je eutanazie „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.“¹¹⁷ Jde tedy o milosrdnou smrt nebo smrt z milosti a je tak nazvána „**aktivní eutanazii**“.¹¹⁸ Aby ale nedošlo k omylu. Světová lékařská asociace je organizací, která se stará o etiku lékařského povolání. Proto si je velmi dobře vědoma, že lékaři jsou ti, kteří by zabíjeli, pokud se tak již neděje. Definice eutanázie byla předložena jen proto, aby tento pojem byl jednoznačně vymezen. Rozhodně to neznamená, že s eutanazií souhlasí, ba naopak, opakovaně se snaží přesvědčit lékaře, aby eutanazii nevykonávali, protože protirečí etice. Je důležité, aby si uvědomili, že etické závazky převažují nad zákonnými povinnostmi. Povzbuzuje proto všechny, aby eutanazii nevykonávali, jelikož protirečí etice, aby si uvědomili, že etické zákazy převažují nad zákonnými povinnostmi. Je to výzva pro všechny, aby usilovali o změnu zákonů tolerujících eutanazii tam, kde již existují.¹¹⁹ Většina současných autorů tedy definuje eutanazii jako úmyslné ukončení života člověka, na jeho vlastní žádost, někým jiným než člověkem samotným, tedy lékařem. Podle M. Munzarové, je tato definice nedostačující. Zdůrazňuje, že by se měl zahrnout i úmysl zabít tím, že nezasáhnu: Eutanázie je úmyslné zabití osoby, na její explicitní žádost, ať již aktivním či pasivním způsobem, někým jiným než osobou samotnou (lékařem).¹²⁰

Nyní se zastavme krátce u dosud používané terminologie, abychom se vyvarovali omylu v používání. Aktivní eutanázie má dvě varianty. První variantou je **eutanazie nevyžádaná**, kdy pacient není schopen stanoveným způsobem žádat o provedení eutanazie, avšak můžeme vycházet z předpokladu, že kdyby pacient mohl, jistě by s eutanazií souhlasil.¹²¹ Opakem je **eutanazie nedobrovolná**, která je jednak nevyžádaná, jednak

¹¹⁷ Tamtéž, s. 19.

¹¹⁸ Jedná se tedy o výkon, který provádí lékař u nevléčitelně nemocného pacienta s obrovskými bolestmi, kdy pacient po pečlivém uvážení a svobodném rozhodnutí o eutanázii požádá. Ve zmíněném případě je aktérem lékař, a proto je někdy aktivní eutanázie známá pod termínem „vyžádaná eutanázie.“

¹¹⁹ Tamtéž, s. 20.

¹²⁰ MUNZAROVÁ Marta, *Eutanazie nebo paliativní péče?*, Praha: Grada Publishing, 2005. s. 49.

¹²¹ Srov. <http://www.osud.biz/01-12-2011/178/eutanazie-dobra-smrt>, staženo 3. 1. 2012.

nechtěná. Nemůžeme doložit ani v jednom z případů, zda si dotyčný člověk eutanázii přál nebo nepřál.

Pasivní eutanazie operuje s přerušением léčby nebo s odepřením dalších léčebných postupů. K takovému řešení se obrací lékař, kdy již byly vyčerpány všechny možnosti pomoci. Výjimku tvoří pacienti, kteří jsou napojeni na celou řadu přístrojů, i když jednoho dne budou muset být od těchto přístrojů odpojeni. Na odpojení však existují velice přísná pravidla, na kterých je třeba brát zřetel. S pasivní eutanázií nesmíme zapomínat ani na program DNR (do not resuscitate)¹²², který je u nás znám jako NR (neresuscitovat).¹²³

Objevují se názory z řad lékařů, že právě DNR nebo NR je mnohem vhodnější označení než eutanazie. Dalším termínem, který souvisí s daným tématem, je **asistovaná sebevražda**, reprezentující zvláštní formu eutanazie. Pacient chce zemřít, kvůli své nevléčitelné nemoci, žádá tedy lékaře o radu, jak ukončit svůj život. Nemocný ukončuje život sám za asistence lékaře.

Prenatální eutanazie je pojem označující interrupce ze sociálních důvodů. Podle mnohých odborníků s tímto pojmenováním nesouhlasí. Samo nenarozené dítě netrpí a nemůže ani požádat o eutanázii. Někdo jiný za něj rozhoduje, většinou matka rozhoduje o jeho základním právu na život.

Poslední pojem, který se vyskytuje, je **sociální eutanazie**. Bývá, používám velice zřídka. Vychází ze skutečnosti, že není prakticky možné poskytnout všem lidem, kdykoliv a kdekoliv na světě stejně kvalitní péči odpovídající současným poznatkům vědy a medicíny. Jednotlivému pacientovi lze poskytnout pouze redukovanou péči s ohledem na to, jak omezené jsou ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje lokality, v níž se právě nachází.¹²⁴

2.3.2 Definice eutanazie podle WMA (World Medical Association)

V kontextu úvah o umírání a smrti se nemůžeme vyhnout problematice eutanazie, která má jak mnoho zastánců, tak i odpůrců. Nyní se však vraťme k hlavním bodům v definici eutanazie (dle WMA), kde se pojem eutanazie používá ve smyslu *úmysl zabít, zabití a žádost nemocného*.

¹²² Označení v odborné zahraniční terminologii.

¹²³ Používá se též pojem nepokračování v léčbě (withdrawing) a nezahajování léčby (withholding).

¹²⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 122.

1. *Úmysl zabít*

Všechny činy, které mají určitý mravní rozměr, byly především hodnoceny na základě úmyslu jednatelů. Například lékař zabije nemocného, na jeho žádost, kterou však lze v naprosté většině případů zpochybnit. Lékař tak nechá vyhrát smrt nad životem a tak nenakládá na pacienta další zdlouhavé postupy, které zbytečně protahují jeho život v bolestech, bez naděje na zlepšení, protože o ni sám nemocný nestojí. Pak tu máme ale druhý případ, kdy lékař pečuje o nemocného do posledního dechu a snaží se mu ulehčit ve všech jeho trápeních. Pacient zemře díky svojí nemoci přirozenou cestou, vůči které jsme už bezmocní nikoliv díky usmrcení jinou osobou. Tato situace tedy už není eutanázií, ale je v souladu se zásadami lékařské etiky, včetně dnešních doporučení WMA. Všichni jsme smrtelní a víme, že zemřeme, přesto však vidíme podstatný rozdíl mezi oba případy.

2. *Zabití*

Zabití člověka samo o sobě je velmi závažnou záležitostí. Pokud zabije lékař svého pacienta, dopustil se velmi závažného přestupku, jelikož porušil Hippokratovu přísahu.¹²⁵ Jde tu o jednání, které pošlapává smysl lékařského povolání léčit lidi. Každý nemocný by si měl být jistý, že jeho doktor ho opravdu léčí a nestává se pro něj spíše katem, který mu přinese smrt.

3. *Žádost nemocného*

Mezi základní princip každého lékaře by měl být respekt k autonomii nemocného pacienta;¹²⁶ zastánci eutanazie se odvolávají především na tento princip, jsou přesvědčeni, že autonomie je předpokladem dobrovolného a jasného rozhodování. Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, že v důsledku těžkého onemocnění a natož v umírání, často dochází ke ztrátě autonomie, což je pochopitelné. Proto hlavními důvody žádosti nemocného o eutanazii jsou pocity opuštěnosti, osamělosti, ztráty smyslu života, ztráty důstojnosti, pocit, že jsem ostatním na obtíž, strach ze smrti, strach z umírání a podobně. Když se pacient ocitne v této situaci, pod vlivem léků, může být vůbec schopen rozhodovat o svém životě?

¹²⁵ Hippokratova přísaha je přísaha skládaná lékaři, která obsahuje základní etické principy jejich povolání. Je tradičně připisována Hippokratovi nebo některému z jeho žáků, ale její postoje mohly mít kořeny i v učení Pythagorejců. Její dnešní text se liší od původního v rámci jednotlivých zemí či dokonce i jednotlivých lékařských škol. V řadě moderních verzí bylo např. vypuštěno odvolávání se na bohy, slib o vyučování lékařství pouze mužům a také části, které lékaři zakazují vyvolat potrat a provádět eutanazii.

¹²⁶ Autos- já sám, nomos- zákon.

Všichni co mají nějaké zkušenosti s těžce nemocnými lidmi a kteří mají nějakou představu o jejich duševních pochodech, dobře vědí, že tato žádost je spíše voláním o pomoc a dožadováním se lásky než touhou ukončit svůj život. Ano řekneme si, je nám ho líto jednáme tak ze soucitu k milované osobě. Jednání ze soucitu nemůže být ale mravně obhajitelné. Mnoho křivd v tomto světě bylo prováděno s nadějí, že se jedná o dobro druhého, ale šlo přitom o dobro vlastní. Ten pravý soucit se staví na stranu nemocného, nikoliv na stranu jeho okolí. Nemůže však, ale popírat, že pro ošetřujícího lékaře je někdy vlastně úlevou, když z tohoto světa odejde pacient s nevyлéčitelnou chorobou, protože je to pro něj vysvobozením z jeho vlastní bezmocnosti nemocnému pomoci.¹²⁷

Správná cesta má být pomáhat nemocnému ke skutečné důstojné smrti, a nikoliv nemocného předčasně zabít. Podle mého názoru eutanazie není důstojnou smrtí, i když mnozí se tímto argumentem ohánějí. Člověk, který je nemocný a trpí různými bolestmi, není tak zbaven svoji důstojnosti a nemá právo být dán do ústraní, kde je společností přehlížen. Naopak společnost by mu měla zajistit kvalifikovanou péči, protože žádný jednotlivec neví, kdy se ocitne na místě nemocného a nebude chtít, aby byl jeho život předčasně ukončen.

2.3.3 Lékař, nemocný a eutanazie

Povinností každého lékaře je především chránit život, a pokud se dostane do situace, že pacient už nemá naději na uzdravení, má se alespoň snažit zlepšit jeho zdravotní stav. To že je na lékaře vytvářen tlak, že by měl spíše zvolit milosrdnou smrt než starostlivou péči a mírnit tak pacientovi obtíže, vyvolává mnohé debaty. Hlavním důvodem je především obava, že si každý pacient nemůže být zcela jist, že lékař bude chtít ochránit jeho život. Týká se to především dlouhodobě nemocných lidí a starých, kteří mají pak strach z nedobrovolné eutanazie. Proto bychom se měli zamyslet, zda je vůbec možné, aby v jedné osobě lékař mohla být uplatněna složka ošetřujícího a zároveň usmrcujícího.

Mezi lékaři najdeme pochopitelně ty, kteří jsou zastánci aktivní eutanazie a tak se přiklánějí k té části populace, která si žádá uzákonění s odkazem na právo sebeurčení. Jak již bylo řečeno na začátku kapitoly, víme, co se stane s autonomií člověka, pokud je dlouhodobě nemocný. Proto je třeba upozornit na jednu skutečnost, proč zabránit aktivní eutanazii, a to z důvodu faktického **oddělení rozhodnutí o činu a vykonání činu**.¹²⁸

Ukažme si to na konkrétním příkladu; člověk se rozhodne, že jeho život je bezcenný a spáchá sebevraždu. Zde je jak autorem rozhodnutí, tak i autorem činu, protože tak jednal sám

¹²⁷ Srov. MUNZAROVÁ Marta a kol., *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?*, s. 22- 24.

¹²⁸ HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 142.

ve shodě se svým přesvědčením, že to je pro něho nejlepší řešení. Pokud je však člověk nevyлéčitelně nemocný a v tomto stavu dospěje k rozhodnutí požádat o eutanazii, neprovádí jí tak sám, ale někdo jiný a to většinou lékař. Pacient je sice autorem rozhodnutí, nikoli už činu. Tento čin má za něho vykonat někdo jiný a tím se tu otevírá prostor k další linii debat, která se táhne od souhlasu až po odmítnutí a nařčení ze zabití nebo dokonce vraždy.

Má vůbec pacient na toto právo, žádat od někoho, aby vykonal takovýto čin? Většina odborníků v této oblasti je názoru, že na to člověk právo nemá. Každý lékař má tedy právo nevyhovět žádosti o milosrdnou smrt. To může být jeden z důvodů, proč by měla být uzákoněna beztrestnost eutanazie, ale současně i důvod opačný ji neuzákonit.¹²⁹

Na co se velmi často zapomíná a čemu není v odborné literatuře věnováno moc pozornosti, je jaký by měl vliv zabíjení nemocných jejich lékařem na lékaře samotného. Nikdy se s tímto problémem nesetkáme při diskuzích o eutanazii, zde se mluví jen o legalizaci,¹³⁰ nacistické akce eutanazie¹³¹ a dlouholeté holandské praxi.¹³²

Vztah mezi lékařem a pacientem má být zaměřen na cíl celé medicíny. Vztah musí být „léčebný“. Jeho dlouhodobým cílem je zdraví, krátkodobější léčba a péče se zmírňováním potíží. Jde tu tedy o uskutečnění smlouvy, která se zrcadlí ve smyslu vztahu „já-ty“, který klade na obě strany značné nároky. Právě zde hraje důležitou roli svědomí, které by žádná z těchto stran neměla zradit. Tato vzájemnost je důležitá pro hledání pravdy v řešení nových situací. Po lékaři je požadováno, aby respektoval vztahy pacienta k příbuzným, k přátelům, ke společnosti a k Bohu. Svědomí tu hraje důležitou roli, protože lékař ve vhodné chvíli dá podnět k probuzení svědomí pacienta vůči rodině a společnosti (např. v případě nakažlivých

¹²⁹ Srov. tamtéž, s. 142.

¹³⁰ Výraz se používá pro uznání něčeho (činnosti, existence) za právně přípustné prostřednictvím právního předpisu nebo rozhodnutí (odtud pak označení, že jde o věc legální).

¹³¹ Program na vyvražďování postižených lidí v nacistickém Německu a na jím kontrolovaných územích, který byl ideologicky založen na nacistické nauce o „rasové hygieně“ (*Rassenhygiene*). Systematické vyvražďování postižených bylo zahájeno v roce 1939, k jeho oficiálnímu ukončení došlo v roce 1941 po protestech, které iniciovali představitelé katolické církve. Ve skutečnosti program ovšem skrytě pokračoval dál, byť mnohem pomaleji, až do konečné porážky Německa. Celkem bylo v letech 1939–1945 povražděno asi 200–250 tisíc postižených.

¹³² Zákon z 25. října 2001 o eutanazii stanovuje, že proto, aby se lékař vyhnul trestní odpovědnosti za provedení eutanazie, musí splnit především následující podmínky (čl. 3 § 1) :

1. Pacient je v okamžiku žádosti dospělý nebo prohlášen za dospělého;
2. Žádost je formulována způsobem dobrovolným, po uvážení a opakovaně není důsledkem vnějších tlaků;
3. Pacient se nachází ve zdravotním stavu, v němž trpí trvale, nesnesitelně fyzicky nebo duševně a nelze toto utrpení zmírnit a který vede k nemoci nebo patologickému stavu závažnému a nevyлéčitelnému.

Podle zákona pak je třeba splnit ještě další podmínky k tomu, aby zejména byla zajištěna jistota, resp. objektivita shora uvedených podmínek (informovanost pacienta, potvrzení diagnózy nezávislými lékaři, vedení dokumentace, atd.).

chorob nebo dědičného zatížení). Vzájemná důvěra mezi lékařem a pacientem může být pro uzdravení rozhodující.¹³³

V případě umírajícího nemůžeme uvažovat ani o uzdravení a ani o vyléčení. Je důležité upravit si mnohdy naše mylné myšlení o tom, že lékař musí za jakýchkoliv okolností pacienta vyléčit. Vždy existují další možnosti a jednou z nich je rozhodnutí se pro kvalitní paliativní péči, která respektuje všechny složky člověka.¹³⁴ Nemocní v konečném období svojí choroby jsou snadno zranitelní a přijímají mnohdy jakékoliv nápady svého okolí a tak často bezmezně až slepě věří i svému ošetřujícímu lékaři. Pokud lékař nakonec eutanazii provede, hraje zde roli toho druhého, podobně jako v případě dvojité sebevraždy. V tomto případě zemře jen pacient a lékař je ten, který zabil. Jde tedy o zradu Hippokratově přísaze a selhání ošetřujícího, jakého se vůbec mohl dopustit.¹³⁵

Nikdo nemá právo posuzovat život jiného člověka jako nehodný života.¹³⁶ Někdy je tedy lékař nevědomky dotlačován do pozice schvalování života jako nevhodného, který je možno zničit a to beztrestně. Vždyť je to přece on kdo má nemocným pomáhat proti utrpení, i proti pocitům zbytečnosti. Trápení se přece nemůže řešit zabitím. Lékař si plně musí uvědomit, co dělá. Nikdo ho nemůže donutit, zabít druhého člověka, ani společnost, ani zákon, který tak z něho nevědomky dělá stroj, který vyhoví jakékoliv žádosti nemocného.¹³⁷

Úmyslné zabití druhého člověka, je velmi závažný skutek, mohli bychom říct, že to je vražda. Riziko, že dojde k narušení lékaře a jeho profesní integrity, je obrovské. Každý člověk by si měl uvědomit, že se z něho stává určitý typ, podle toho jak jedná. Praxe zabíjení, tak může určitým způsobem podkopat vzájemný vztah mezi lékařem a pacientem. Vědomí, že lékař automaticky počítá s možností zabití, by mohla v pacientech vyvolat naprostou nedůvěru a tak by se z dřívějšího vědomí o lékaři jako ošetřujícím a pomáhajícím člověku, stal člověk, který rozhoduje o životě a smrti nemocného.

2.3.4 Křesťanský pohled na eutanazii

Již ve Starém zákoně je Hospodin Bohem života a živých. Život je darem a nejvyšším statkem, který je nikým nedotknutelný, s jedinou výjimkou sebeobrany, přičemž se ale dá konstatovat určitá tendence ke vždy větší ochraně života. Na rozdíl od okolních národů, je tu vyloučeno, jakékoli usmrcení dítěte (Sir 3,13) a že sebevražda představuje výjimku (2 Mak

¹³³ Srov. DOLISTA Josef a kol., *Studie z bioetiky*, s. 40.

¹³⁴ Srov. <http://www.stefajir.cz/index.php?q=pece-o-umirajiciho>, staženo 15. 1. 2012.

¹³⁵ Srov. MUNZAROVÁ Marta a kol., *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?*, s. 30.

¹³⁶ Lebensunwertes Leben – německý termín z doby nacismu.

¹³⁷ Srov. tamtéž, s. 31.

10,13) a neprovádí se za žádných okolností kvůli ukončení utrpení. V Novém zákoně se respekt k životu dále rozvíjí a dokonce je na něj kladen ještě větší apel. Jako hřích proti životu se považuje nenávisť vůči druhému (Mt 5,44; Mt 10,28).¹³⁸

Mezi nejčastější otázky, které zaznívají, zaujímají významné místo práva a hodnoty každé lidské osoby. V tomto směru 2. vatikánský koncil opět potvrzuje vznešenou důstojnost člověka, především jeho práva na život a z tohoto důvodu také odsuzuje zločiny proti životu, tedy i potraty, eutanazii a dobrovolnou sebevraždu.¹³⁹

Jestliže se mnoho lidí domnívá, že život má posvátný charakter a že jím nemohou svévolně nakládat, pak věřící spatřují v životě dar Boží lásky, jenž jsou povoláni zachovávat a konat plodným. Z toho vyplývá, že:

1. *„Nikdo nesmí ukládat o život kteréhokoli nevinného člověka, aniž by se tím postavil proti Boží lásce k tomuto člověku, aniž by porušil jeho základní nezadatelné a nezcizitelné právo a aniž by spáchal zločin krajní závažnosti.“*
2. *„Každý člověk má povinnost žít svůj život ve shodě s Božím plánem.“*
3. *„Dobrovolná smrt neboli sebevražda je tedy stejně nepřijatelná jako vražda.“¹⁴⁰*

Dlouhotrvající nemoc, stáří, osamělost nebo zapominání mnohdy naplňují člověka velkou úzkostí z blížící se smrti. Často je nemoc doprovázena utrpením a zvyšující se bolest, může vést až k myšlence odstranění za každou cenu. Podle křesťanského učení je bolest, zvláště v konečných chvílích života, podílem na Kristově utrpení a spojením se s jeho vykupitelskou obětí (Mt 24,34). Neznamená to však, aby nemocní léky zmírňující nebo odstraňující bolest neužívali. Někteří křesťané používají prostředky zmírňující bolest jen proto, aby alespoň část jejich utrpení mohli sjednotit s Kristovým utrpením. Lidská a křesťanská rozvážnost radí, aby nemocní léky tišící bolest užívali i přesto, že může dojít ke sníženému vědomí, jako vedlejší účinek léčby.¹⁴¹

V prohlášení Pia XII., se ho skupina lékařů zeptala: „Lze z náboženského a morálního hlediska dovolit lékařům a pacientovi potlačovat bolest a vědomí s použitím narkotik (i když se blíží smrt a lze předpokládat, že použití narkotik ukrátká život)?“¹⁴² Papež odpověděl: „Ano, pokud neexistují žádné jiné možnosti pomoci a jestliže to za daných okolností nebrání plnění dalších náboženských a mravních povinností.“ V tomto případě je

¹³⁸ Srov. FURGER Franz, *Etika seberealizace, osobních vztahů a politiky*, s. 94.

¹³⁹ Srov. DRUHÝ Vatikánský koncil, Pastorální konstituce o církvi v dnešním světě *Gaudium et spes*, čl. 27, s. 203.

¹⁴⁰ KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY, *Deklarace o eutanazii: Bona et iura*, 2. vydání, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009, s. 16.

¹⁴¹ Srov. tamtéž, s. 19.

¹⁴² Tamtéž, s. 19.

úmyslem ulevit od bolesti a smrt není zamýšlena. Ztráta vědomí nemocných, která bývá často následkem prostředků tišících bolest, si zaslouží zvážení.¹⁴³ Proto Pius XII. varuje: „bez vážného důvodu není dovoleno umírajícího zbavit jeho vědomí“.¹⁴⁴

Deklarace o eutanázii, kterou vydala kongregace pro nauku víry, zdůrazňuje, že nikdo nemůže dovolit zabití nevinné lidské bytosti, ať je to plod, dítě nebo dospělý, člověk nevyлéčitelně nemocný či umírající. Prosby těžce nemocných lidí, kteří žádají smrt, nemůžou být chápané jako projev skutečného chtění eutanázie.

Katolická nauka vychází z pojetí života jako daru, který nám byl dán od Boha. On jediný je tedy zase ten, kdo nám ho může vzít. Člověk nemá právo o něm sám rozhodovat a proto aktivní eutanazie je pro katolíka nepřipustná.

Katolická morálka však v určitých případech povoluje pasivní eutanazii, což znamená, že není použito všech prostředků k dalšímu prodlužování života umírajícího pacienta. Nejsou tedy použity všechny přístroje, které jsou technicky nebo ekonomicky velmi náročné. V takové situaci se nejedná o aktivní eutanazii, ale jde spíše o pasivní postoj „nechat umřít“.¹⁴⁵

Dnes je velmi těžké přesvědčit společnost, že eutanazie a sebevražda jsou zakázány, protože Bůh je pánem nad životem a smrtí. Proti tomu by se totiž dalo argumentovat, že Bůh přece stvořil člověka tak, že má možnost volby života a smrti. Jako může člověk v zásadě používat všechny své ostatní schopnosti, mohl by také využít této schopnosti k sebevraždě. Pravý důvod lidského bytí se vyjeví pouze tomu, kdo jej opravdu hledá. Příkladem nám mohou být dva lidé, kteří se milují a moc dobře vědí, že jejich existence pro druhého má velkou hodnotu. Kdyby však jeden odešel, ten druhý jako by přišel o součást sebe. To nám ukazuje, že bytí s druhým dává životu smysl. Podobně je to i ve vztahu k Bohu. Dokud je člověk zdravý, uskutečňuje ve svém životě lásku a víru, přijímá milost od Boha a je požehnáním pro druhé. Pokud se nemocný vydá na cestu trpělivosti s Bohem má před ním a před svými bližními vysokou hodnotu.¹⁴⁶

Pokud člověk naopak na tyto hodnoty nevěří, končí jeho život nesmyslně a umírá opuštěný a sám. V dnešní době musíme být opatrní a zdrženliví k morálnímu hodnocení lidí, kteří spáchali sebevraždu nebo žádají o eutanazii. Nevíme co je k tomu vedlo, mohlo jít třeba o dočasný zkrat, kdy už jejich čin není dílem svobody, ale je něčím vynuceným. Místo

¹⁴³ Tamtéž, s. 20.

¹⁴⁴ Tamtéž, s. 20.

¹⁴⁵ Srov. ONDOK Josef, *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, Praha: Triton, 2005, s. 172.

¹⁴⁶ Srov. ROTTER Hans, *Důstojnost lidského života*, s. 101.

odsuzování lidí, dejme se spíš na cestu porozumění, pokusme se je vyslechnout a věnovat jim svoji péči. To je asi to nejvíce co můžeme pro ně udělat.¹⁴⁷

2.4 Paliativní a hospicová péče

Nemoc, utrpení a smrt byly, jsou a budou vždy nevyhnutelnou a neoddělitelnou součástí lidské existence. Moderní medicína učinila velký pokrok tím, že umí mnohé nemoci léčit a vyléčit pomocí nových lékařských přístrojů. I tam kde však nedokáže vyléčit, může velmi pomoci.

2.4.1 Paliativní péče

Paliativní neboli útěšná medicína představuje velmi ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Většinou je poskytována ve speciálních zařízeních, které se jmenují hospice. Je tedy nutné i možné ji včlenit do současného systému medicíny. Do péče o umírajícího je důležité předně zapojit celou rodinu, a proto se tedy hovoří o hospicovém hnutí.¹⁴⁸

Obsah pojmu paliativní medicína není ustálen, a tak se můžeme v odborné literatuře setkat s celou řadou definic, jejichž obsah se více či méně překrývá. Slovo pallium je latinského původu, znamená „plášť“ nebo „obal“.¹⁴⁹ Ze slova paliativní s kombinací slova péče vyplývá symbolicky cíl, kterým je, poskytnou nemocnému ochranu, tím míníme pomyslný plášť v extrémně nepříznivé situaci, kdy hrozí vlastní zánik. Za zakladatelku moderní paliativní péče je považována Cecilie Saundersová, která celý svůj život věnovala péči o pacienty v terminálním stavu. Díky jejímu nasazení se tato dosáhla péče o umírající pacienty velkého rozvoje.¹⁵⁰

Jednoznačná definice neexistuje. Uveďme si však tři definice, které jsou uvedeny v knížce *Paliativní medicína* (Vorlíček Jiří a kolektiv):

„**Paliativní medicína** je celková léčba a péče o nemocné, jejich nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“

¹⁴⁷ Srov. tamtéž, s. 101.

¹⁴⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 37.

¹⁴⁹ Původně pontifikální symbol patriarchů a arcibiskupů, též svrchní roucho starých Římanů.

¹⁵⁰ Srov. VORLÍČEK Jiří a kol., *Paliativní medicína*, 2.vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, s. 511.

Světová zdravotnická organizace (WHO)

„**Hospicový program** je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé (bereavement).“

National Hospice Organization, Arlington, Virginie, USA

„**Paliativní medicína** se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“

Velká Británie¹⁵¹

Světová zdravotnická organizace (WHO) tedy podporuje paliativní medicínu a dále dodává základní principy péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení,
- přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces,
- neusiluje ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti,
- integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty,
- nabízí rovněž systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti,
- nabízí rovněž systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i s vlastním zármutkem,
- pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí,
- podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění,
- je použitelná i v časně fázi onemocnění současně s jinými způsoby léčení, které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje všechny vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobujících utrpení.¹⁵²

Z uvedených bodů je zřejmé, že důraz je kladen na kvalitu nemocí omezeného života, které se rozhodně nemá stát stádiem obtížného přežívání těžkých chvil.

Paliativní péči bychom neměli spojovat jen s ústavou určitého typu. Spíše se na ni pohlíží jako na určitou cestu, kterou je možno používat nejen v hospicích, ale i v domácím

¹⁵¹ <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>, staženo 27. 1. 2012.

¹⁵² HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 38.

prostředí a různých nemocničních zařízení. Dříve byla tato péče často spojována s terminálně nemocnými, dnes je čím dál více vidět, že má co nabídnout i v mnohem dřívějším vývoji chorob.¹⁵³

Paliativní léčba zajišťuje komplexní péči, jejímž cílem je předcházení a zmírňování všech aspektů utrpení nemocného. Komplexní léčba a péče o všechny příčiny utrpení vyžaduje multidisciplinární přístup. Znamená to, že na pacientově léčbě se bude podílet tým, který je tvořen nejenom odbornými lékaři a zdravotními sestrami, ale také skupinou psychologů, sociálních pracovníků, pomocným zdravotním personálem a duchovním.¹⁵⁴

Obor paliativní medicíny se tedy systematicky rozvíjí. Principy paliativní péče jsou mnohem více přednášeny na středních a vyšších zdravotnických školách a lékařských fakultách. Přesto je mnohé formy potřeba neustále zlepšovat a rozšiřovat. Vzhledem ke skutečnostem, že v České republice paliativní medicína dostala potřebný prostor až po roce 1989, máme stále co dohánět.¹⁵⁵

Paliativní péče má k otázce eutanázie jednoznačně vyhraněný postoj. Pomáhat v umírání ANO, pomáhat ke smrti NE.¹⁵⁶ Paliativní medicína a péče je považována za jedinou rozumnou alternativu k otázce eutanázie. Ve zdravotnickém systému by mělo být garantováno, aby měl každý člověk bez ohledu na svou finanční situaci v rámci paliativní medicíny právo na optimální léčbu bolesti.¹⁵⁷

2.4.2 Hospicová péče

K rozšíření paliativní péče a jejímu uplatňování v praxi velmi přispělo hospicové hnutí. Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku. Za počátek moderního hospicového hnutí je považován rok 1967, kdy Dr. Saundersová založila v Londýně Hospic sv. Kryštofa. Základní myšlenky hospicového hnutí můžeme pokládat koncept „celkové bolesti“. Podle tohoto pojetí je fyzická bolest nerozlučně spojena s utrpením v oblasti psychické, sociální a duchovní. Důležité, obzvláště v období umírání je vnímat tuto vzájemnou provázanost a neoddělitelnost všech složek.¹⁵⁸

V hospici je pacientovi poskytována léčba a péče, zároveň je zde snaha uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Idea hospice je založena na úctě k člověku jako

¹⁵³ Srov. MUNZAROVÁ Marta, *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 61.

¹⁵⁴ Srov. VORLÍČEK Jiří a kol., *Paliativní medicína*, 2.vyd., s. 26.

¹⁵⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 39.

¹⁵⁶ <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>, staženo 27. 1. 2012.

¹⁵⁷ GÜTER Virt, *Žít až do konce*, s. 40.

¹⁵⁸ Srov. VORLÍČEK Jiří a kol., *Paliativní medicína*, s. 20.

jedinečné a neopakovatelné bytosti. Důraz se klade na kvalitu života umírajícího, nejde tedy o zbytečné prodloužení jeho utrpení a života.

Hospic nemocnému garantuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen.¹⁵⁹

Každý jedinec má právo na důstojnou smrt, je to základní etický princip, který málo kdo zpochybní. Vystávají tu však hned dvě otázky: KDE a JAK?

Myšlenku hospice zde zastupuje otázka „JAK?“, která jde při troše dobré vůle i za předpokladu splnění určitých podmínek uplatnit skoro kdekoliv. Důraz je kladen na kvalitu života nemocného, jeho doprovázení, do kterého by měla být zahrnuta i rodina, která hraje důležitou a nezastupitelnou roli. Ani po smrti nemocného, pokud je to potřeba, hospice pomáhají vyrovnat se situací pozůstalým.

Chtít odstranit ze života utrpení by bylo velice krásné, ale utíkali bychom mimo realitu. Skutečností je, že k životu nevyhnutelně patří smrt. Hospic respektuje tuto myšlenku a jejím úkolem je pomáhat a sloužit. Rozhodně se jí nesnaží uspěchat, to už by byla eutanazie. Jde tu především o pochopení bolesti a poskytnutí té nejtěžší služby nemocnému a jeho rodině. To vyžaduje hluboký lidský a současně profesionální přístup a týmovou práci všech zúčastněných i dobrovolníků, bez kterých se žádný hospic neobejde.¹⁶⁰

Zastavme se ještě u otázky „KDE?“. To co již bylo řečeno o myšlence hospice je možno aplikovat i v podmínkách nemocnice, ale přece jen je to trochu jiné. Čím máme specializovanější pracoviště, tím dražší je jeho technické vybavení a tím dražší je i každá minuta. Do popředí se tedy nedostává pacient, ale nemoc a tak člověk ustupuje do anonymity. Nechci obvinít lékaře, že by se snad o svoje pacienty nestarali, určitě to s ním myslí dobře, ale pro něj to nemusí být vždy dobře. Takže hospice nebo nemocnice? Odpověď může být prostá. Je potřeba obojí, může to být hlavně ku prospěchu pacienta, protože se navzájem doplňují. Pokud se zamyslíme, tak zjistíme, že mnoho z myšlenky hospice lze uplatnit i v nemocnicích. V určitém okamžiku pobyt v nemocnici ztrácí smysl. Je to i tehdy, kdy se dá paliativní péče aplikovat i doma. Domácí prostředí je jistě optimální pro nemocného, ale i ta má určité hranice. A tím se dostáváme k formám hospicové péče.¹⁶¹

¹⁵⁹ SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 115.

¹⁶⁰ Tamtéž, s. 115-116.

¹⁶¹ Tamtéž, s. 117-118.

Hospicová péče se běžně rozděluje do tří forem:

1. *Domácí hospicová péče* – je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždycky dostačující. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá, nebo je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky.
2. *Stacionární hospicová péče (denní pobyty)* - pacient je v tomto případě přijat ráno a odpoledne, nebo večer se vrací domů. Tenhle způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče. V určité fázi onemocnění může být pro některé nemocné tím nejvhodnějším řešením. Důvod může být různý, např.:
 - diagnostický – kontrola bolesti, kterou se nepodařilo zvládnout doma
 - léčebný – aplikace chemoterapie a nejrůznější paliativní léčby
 - psychoterapeutický – ti co jsou osamělí, rodina není schopna nebo nechce o problémech hovořit
 - odlehčovací důvod – bývá častý, rodina nebo i nemocný si potřebuje odpočinout „od všeho“
3. *Lůžková hospicová péče* - je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí, nebo nejsou vůbec k dispozici. V případě, že je i možnost výše uvedených dvou forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo zotavení jeho rodiny, se může vrátit do domácí péče.¹⁶²

Každý hospic se snaží, aby prostředí, ve kterém se nachází pacient, mu více připomínal domov než nemocnici. Navíc jsou zde nejrůznější pomůcky,¹⁶³ které usnadňují život nejenom nemocnému, ale i ošetřujícímu personálu. Může nastat situace, že hospic je plně obsazen. V takovém případě, je dána přednost těm, u kterých, je již jasné, že jim zbývá jen málo času¹⁶⁴ a jejich nemoc povede k brzké smrti. Pro tyto pacienty je hospic určen především. Jakákoliv protekce by v tomto případě byla vysoce neetická.¹⁶⁵

Za českou zakladatelku hospicového hnutí je považována MUDr. Marie Svatošová, která je autorkou mnoha knih na toto téma. V roce 1995 založila první hospic v České

¹⁶² <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>, staženo 31. 1. 2012.

¹⁶³ např.: polohovací lehátka, zvedáky, pojízdné koupací vany.

¹⁶⁴ Viz příloha č. 3.

¹⁶⁵ SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, s. 121-122.

republiky, Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Od té doby pomáhá v budování dalších hospiců po celé zemi.¹⁶⁶

2.4.3 Práva pacientů

Každý nemocný člověk má právo na smysluplnou a komplexní péči až do posledního okamžiku svého života. Pokrok v medicíně umožňuje téměř všechno, co je technicky uskutečnitelné. Je však na místě otázka aktivního léčení v době terminálního stádia. Podle našich zkušeností často poznáváme, že intenzivní léčba nemocné zatěžuje a jistě by byla vhodnější pro kvalitu života – léčba paliativní, nasazená včas. Tyto okolnosti však musí vhodně posoudit ošetřující lékař společně s nemocným a po zvážení všech okolností.¹⁶⁷

Většina nemocných je schopna spolupracovat s lékařem na důstojné a ohleduplné úrovni, a tak lékaři mohou snadněji akceptovat oprávněné postoje a přání nemocných. Není třeba potom později dokazovat, že ti lékaři, kteří budou práva svých nemocných respektovat i naplňovat, se nemusí obávat o svoji pověst mezi pacienty. Pokud jejich společným cílem bude boj proti nemoci, povede to především ke spokojenosti lékařů a radosti jimi ošetřovaných nemocných.

Pravděpodobně první kodex Práv pacientů vznikl v roce 1971 a formuloval jej lékárník David Anderson z Virginie. Od tohoto data vznikla celá řada kodexů, která se dotýká problematiky práv pacientů a v návaznosti na nové potřeby se stále jejich počet upravuje.

V České republice se začal zpracovávat etický kodex práv pacientů v roce 1990 Centrální etickou komisí při vědecké radě ministerstva zdravotnictví. Kodex pacientů tedy začali tedy zpracovávat odborníci s vědomím, že se však nejedná o práva lékařů, ale nemocných. Česká verze byla vypracována na základě vzorových práv pacientů, která byla uveřejněna Americkým svazem občanských svobod v roce 1985. Současně však byla akceptována některá stanoviska z diskuze veřejnosti a byly respektovány i naše specifické situace.¹⁶⁸

Definitivní verze byla vyhlášena komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 25. února 1992.

„ **Práva pacientů** (úplný text etického kodexu)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

¹⁶⁶ Srov. MUNZAROVÁ Marta, *Eutanazie nebo paliativní péče?*, s. 19.

¹⁶⁷ <http://www.hospic-horice.cz/prava-nemocnych/>, staženo 31. 1. 2012.

¹⁶⁸ Srov. KOŘENEK Josef, *Lékařská etika*, Praha: Triton 2002, s. 76.

2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zsvěčeně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlád nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.¹⁶⁹

*Uvedený etický kodex Práv pacientů by měl znát každý lékař, nejenom teoreticky, ale ve své lékařské praxi má odpovědnou odbornou činností a vysoce lidským přístupem tento kodex pomáhat naplňovat.*¹⁷⁰

Ačkoli je lékařská péče v České republice široce dostupná a je poskytována často na vysoké úrovni, ve zdravotnických zařízeních stále existuje problém se zachováním důstojnosti hospitalizovaných osob či jejich příbuzných. Zejména jsou podceňovány mnohé psychologické rozměry léčby, což se nejvíce projevuje u těch nejzranitelnějších skupin hospitalizovaných.¹⁷¹ Pokud lékař poruší své povinnosti, jen malý počet pacientů se domáhá spravedlnosti u soudu, ať už z obavy z finančních nákladů sporu nebo veřejné stigmatizace.¹⁷²

¹⁶⁹ <http://www.mpsv.cz/cs/840>, staženo 5. 2. 2012.

¹⁷⁰ KOŘENEK Josef, *Lékařská etika*, s. 78.

¹⁷¹ Např.: nezletilí pacienti, rodičky, umírající pacienti.

¹⁷² <http://www.llp.cz/cz/temata/lidska-prava-ve-zdravotnictvi/prava-pacientu>, staženo 5. 2. 2012.

O právech pacientů by měli především vědět ti, kterých se to bezprostředně týká. Etický kodex Práv pacientů k dispozici každému nemocnému, který je přijat do nemocnice nebo by ho měl dostat od svého ošetřujícího lékaře.

Je opravdu nezbytné, aby se práva pacientů stala obecně známá v naší společnosti. Měla by se vytvořit smysluplná rovnováha mezi pacientem a lékařem. Když pacient bude znát svá práva, nestane se tak jen objektem lékařské vědy, ale dochází k vytvoření vztahu nemocný a lékař, kdy je pacient v tomto vztahu plnohodnotným člověkem. S tímto vědomím, může nemocný snadněji přijímat a snášet obtíže a těžkosti své nemoci a snažení lékařů a ostatního zdravotnického personálu.¹⁷³

¹⁷³ Srov. KOŘENEK Josef, *Lékařská etika*, s. 79.

3. Smrt a pohřeb

Strach ze smrti občas pocítuje skoro každý, nejvíce se ale bojí právě ti, kterých se umírání aktuálně týká ať už z důvodu nevléčitelné nemoci nebo nadešlého stáří. Bývá provázen velmi úzkostlivými stavy. Strach z neznáma, obavy o naše blízké nebo i náš v životě nabytý majetek - od toho všeho se umírající musí odpoutat a smířit se s tím, že jeho pobyt na této planetě je u konce. Ale jsou i lidé, kteří se vyloženě těší, až se konečně odpoutají od fyzického těla a pozemských záležitostí - těší se "domů". Není čeho se bát, procesem umírání si projde úplně každý, a je to naprosto v pořádku.¹⁷⁴

Čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize. Smrt je jedinečná událost a každý umírá svou vlastní smrtí. Přesto však můžeme pozorovat určité zákonitosti. Umírající má stále méně fyzických i psychických sil. Vzdaluje se od vnějšího světa a klesá pak zájem o jiné lidi, o noviny, televizi atd. Stále méně si přeje návštěvy známých, ale chce mít u sebe jen ty nejbližší osoby. Někteří si přejí být sami se svými vzpomínkami, jiní vítají přítomnost druhé osoby. Později převládá mlčení, v takových chvílích pamatujme na význam ticha.

Umírající se otevřeně nebo naopak ve skrytu zabývá otázkou: „Kolik času mi ještě zbývá?“ Pokud pacient takovou otázku vysloví, je většinou zahrán do kouta, že na to nemá vůbec ani myslet. On na ně, ale musí myslet, proto je tedy vhodné připravit se na odpověď a ujistit našeho umírajícího, že ať se stane cokoliv, my ho neopustíme. Pro každého příbuzného je zajisté velmi nesnadné vyrovnat se s nejasným očekáváním: kdy smrt přijde, jak vypadá její začátek, jakou bude mít konkrétní formu atd. Všechny tyto obavy pramení z neznalosti a nezkušenosti. Situace je velmi obtížná zejména pro ty příbuzné, kteří se se smrtí někoho blízkého nesetkali, anebo dokonce nikdy neviděli někoho umírat.¹⁷⁵

Dnes se o smrti a umírání se moc nemluví - ale mělo by se. Tato otázka se bude týkat úplně každého a nic není tak daleko, jak by se mohlo zdát. Každý má právo na důstojnou smrt a každý má právo zemřít tam, kde si přeje. Praxe bývá velmi krutá a umírání namísto toho, aby bylo poklidným procesem, bývá pro umírajícího utrpením a smrt vykoupením, ale nemělo by tomu být tak.

Umírání a smrti by měla být věnována přinejmenším stejná pozornost, jako je tomu u zrození. Umírajícímu by měla být prokazována úcta a s tělem zemřelého by také mělo být zacházeno ohleduplně. Člověk na sklonku života mnohdy potřebuje stejnou péči jako novorozeně a stejně tak jako novorozeně si ji zaslouží.

¹⁷⁴ <http://www.umiram.cz/>, staženo 6. 2. 2012.

¹⁷⁵ HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 79-80.

Lidé, se smrti leckdy vyhýbají. Pokud se však lidé ocitnou před skolem, jsou nakonec rádi a vděční za každou pomoc a vlídné slovo. Stejně tak, jako se na školách vyučuje vývoj člověka od jeho narození, měla by být vyučována i látka týkající se života před smrtí a děti by měly být účelně vedeny k úctě ke starým a umírajícím lidem a měly by se učit, jak se o umírajícího člověka starat. Budeme to jednou potřebovat, většina z nás má přeci rodiče, ale zvedne to i upadající morálku mládeže a potažmo i dospělých - před smrtí má přeci každý respekt!

Lidé by měli chápat, že lpění na majetku a blahobytu je třeba omezovat, měli by se učit odpoutávat se od hmotných starostí. K čemu nám bude bohatství po smrti? Mnoho lidí, kteří v životě utrpěli rány v podobě ať už citových nebo jiných ztrát, kteří stáli na hranici smrti díky nemoci či úrazu a spousta dalších ví, že užívání si hmotného majetku je pomíjivé a dočasné. Právě ono odpoutání se od hmotných starostí je třeba ke klidnému odchodu z tohoto světa. Čím klidnější bude náš život a vztah ke všemu hmotnému, tím klidnější bude i naše smrt.¹⁷⁶

3.1 Smrt

Otázka okamžiku a kritérií smrti je záležitostí, která se nemusí týkat jen medicíny a přírodních věd, ale zajímá se o ní také teologie a etika. Tato tematika se totiž dotýká jednak teologické antropologie, a také je směrodatná pro řadu etických problémů.

Každý člověk, tedy i jedinec ocitající se v beznadějně situaci, doufá a věří, že „*bude lépe*“. Někteří i navzdory všem skutečnostem věří v zázrak a v překvapivý zvrát svého zdravotního stavu, nebo dokonce vyléčení. Jestliže nastalo finále a smrt je neodvratná, nezbyvá než falešnou naději odložit.

Říká se, že věřící lidé umírají snáze, protože jim víra poskytuje naději a umožňuje myšlenky na další, i když jiný život. Víra v posmrtný život nebývá jednoznačně útěšná, protože i věřící člověk přichází o všechny a všechno, co v tomto životě poznal a prožil. Méně je však známo, že i nevěřící může zemřít v klidu a v pokoji, smířen se stavem věci i se svým životem. Nejedná se tedy o víru, ale o plnost života, který má člověk za sebou a tak se umožňuje odevzdat do náruče smrti. Víra v Boha je vhodným předpokladem pro zvládnutí extrémní zátěže, ale sama o sobě nemůže být zárukou, že se tak stane.¹⁷⁷

¹⁷⁶ <http://www.umiram.cz/smrt-jako-tabu/>, staženo 6. 2. 2012.

¹⁷⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 89.

3.2 Definice smrti

Smrt je tradičně definovaná třemi biologickými parametry: srdce nebije, není přítomný dech a mozek nevykazuje žádnou aktivitu (pokud zornice zůstávají takzvaně dilatované i po dopadu světla, mluví se o absenci aktivity mozkového kmenu).

Smrt přichází velmi rychle poté, co srdce přestane bít, ustává přísun krve k životně důležitým orgánům včetně mozku. Poté, co se srdce zastaví, dostávají se během několika sekund všechny příznaky toho, že je člověk shledán mrtvým. Okamžik, kdy jsou přítomny všechny tři parametry, je definován jako čas smrti.

Na smrt nenazírají odborníci jako na jeden konkrétní okamžik, ale jako na proces. Ten začíná, když srdce přestane bít a pokračuje poškozením buněk celého těla v důsledku jejich nedostatečného zásobení kyslíkem. Pokud tento proces pokračuje, po několika minutách dochází v buňkách k nevratným změnám a začnou umírat.¹⁷⁸ Neodvolatelným a totálním selháním mozkové kůry končí pozemská historie lidské existence. To znamená, že zbytek organismu už není živým člověkem.

Vědomí smrti získáváme nikoliv z vlastní zkušenosti, ale z umírání ostatních lidí, tedy není jen něčím pomyslným. Smrt je člověku „cizím“ představovaným jako ohrožení a doprovázeným úzkostí. Neznámému se pochopitelně nejčastěji bráníme především popřením, kdy smrt si nepřipouštíme a žijeme bez ohledu na naši konečnost, jako by se nás netýkala a jako bychom byli nesmrtelní.

Druhou možností je, že se smrti postavíme tváří v tvář, tedy celou naší bytostí. Vědomá akceptace smrti bývá především u lidí, kteří se se s mrtví setkali v neprostřední blízkosti. Přestávají se tak smrti bát a hledí jí přímo do očí. Proměna vztahu ke smrti pak dává možnost smysluplně naplňovat a rozvíjet své možnosti s ohledem na druhé a společně s nimi.¹⁷⁹

Helena Haškovcová definuje, že: „*Smrt je tedy individuální zánik organismu, tedy také člověka.*“ V jistém slova smyslu se dá říci, že člověk umírá od svého narození. Biologové mluví o programu života, který je vystřídán programem smrti, k jehož spuštění dochází poté, co byl vyčerpán program života.

J. P. Ondok upřesňuje, že tato definice vychází z chápání smrti jako biologického jevu. Z tohoto pohledu je smrt přirozenou nutností, zákonem, který platí pro všechno živé.

Člověk se však ve svém postoji ke smrti neopírá jen o biologické pojetí smrti. Smrt přece byla předmětem filozofických úvah.

¹⁷⁸ <http://funferr.blog.cz/0910/co-se-deje-s-telem-a-mysli-v-okamziku-smrti>, staženo 6. 2. 2012.

¹⁷⁹ Srov. VYMĚTAL Jiří, *Lékařská psychologie*, 3. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 325.

Scholastická filozofie popisovala smrt velice abstraktně jako oddělení duše a těla. Tato definice však čelí dvěma obtížím. Jednak Tomáš Akvinský zastával názor, že vztah duše a těla není skutečným dualismem. Smrt nelze tedy chápat jako by duše unikla z těla a byla pak na jiném místě. Jednota duše a těla je zvláště zdůrazněná v Bibli. Důležitější je však druhá obtíž, kdy definice smrti jako oddělení duše a těla, je neuspokojivé pro řešení etických problémů. Nám jde o to vědět, jestli ještě pacient žije, nebo jestli už je pouze mrtvým tělem.¹⁸⁰

Asi nejznámějším filozofickým přístupem ke smrti je Heideggerova definice života člověka jako „bytí ke smrti“, které ho vyzývá k „autentickému“ životu a vymanění se ze všednosti života ve které se člověk vzdává své svobody a sebeurčení.

Mně se nejvíce zdá výstižná definice H. Rottera, založená též na filozofické úvaze: kde se smrtí rozumí „konec osobního životního příběhu“. Životní příběh osoby je více než pouhé biologické fungování jednotlivých orgánů. K životnímu příběhu osoby patří schopnost určitého minimálního uvědomění a personální svobody, a tím interpersonální komunikace. Samozřejmě nelze všechny tyto možnosti realizovat kdykoliv. Existuje spánek a bezvědomí, během kterých výkon svobody a komunikace není možný. Existuje období vývoje člověka od zplazení až daleko za porod, kdy se ještě nemůže mluvit o osobní svobodě ve vlastním smyslu. Ale je zde vždy skryta schopnost, díky které příběh svobody člověka jednou začne, resp. bude pokračovat. Kde naopak schopnost vědomého a svobodného jednání zanikla, tam zmizely tak podstatné složky lidství, že již nelze mluvit o lidském životě.¹⁸¹

Zřetelněji to můžeme vidět na teologické úvaze, kdy lidským životem se rozumí setkání s Bohem a zaujetí určitého postoje k němu. Člověk se před ním zodpovídá za svůj život jen tak dlouho, dokud trvá jeho vědomí a svoboda. Kde zmizí příslušná schopnost z lidského života, skončilo to, co má před bohem význam. Pro spásu člověka nemá význam co zbývá z organických funkcí.¹⁸²

¹⁸⁰ ROTTER Hans, *Důstojnost lidského života*, s. 86.

¹⁸¹ Tamtéž, s. 87.

¹⁸² Tamtéž, s. 87.

3.3 Rozdělení smrti

V minulosti umírali lidé přirozenou smrtí, někdy označovanou jako sešlost věkem. Dnes je většinou smrt konečným stadiem nějakého patologického procesu, máme tím na mysli nějakou nemoc. Někdy bývá označována jako lékařská smrt, která nastává v důsledku nemoci. Rychlost skonu je různá, proto rozlišujeme *smrt náhlou, rychlou a pomalou*.¹⁸³

Náhlá smrt na svůj příchod neupozorňuje, **rychlá smrt** to činí nezřetelně nebo v omezeném rozsahu. Pojmy náhlá a rychlá smrt se překrývají. Náhlá smrt se většinou používá, ve spojitosti s tragickou smrtí, jako je např.: úraz, autonehoda, pojem rychlá smrt se používá s nemocí, která je příčinou brzkého úmrtí např.: infarkt. Co je však pro tyto druhy smrti společné, že nás zcela zaskočí nepřipravené na danou událost.

V literatuře se setkáme také s výrazy **avizovaná a neavizovaná smrt**. Pomalá smrt se v určitém čase, relativně dlouhém ohlašuje a tedy avizuje. Toto ohlášení se většinou projevuje nejrůznějšími obtížemi. Umírající většinou trpí bolestmi, ale smrt je ještě poměrně vzdálená a tak příbuzní mají dost času se na blížící ztrátu připravit. Ani avizovaná smrt však neznamená připravenost na situaci, která má nastat. Pro příbuzné je to i tak okamžik velkého překvapení, jako skutečnost, které nechtějí uvěřit. Neavizovaná smrt náhlá nebo rychlá, která právě není spojena s dlouhým strádáním. V současné době si takovou smrt přeje většina lidí. Podle toho v jakém věku nás smrt zastihne, rozlišuje také smrt **předčasnou**, nebo naopak **přiměřenou**. Přiměřená smrt je častěji označována za úmrtí v „*požehnaném věku*.“¹⁸⁴

Samostatnou kapitolu představuje smrt, kterou si člověk sám, a to neúmyslně – **sebezabitím**,¹⁸⁵ nebo úmyslně – **sebevraždou**.¹⁸⁶ Sebevražda je tedy akt úmyslného ukončení

¹⁸³ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 90.

¹⁸⁴ Tamtéž, s. 90.

¹⁸⁵ Jedná se o ukončení života, bez vědomého úmyslu dobrovolně zemřít, nebo si uškodit.

¹⁸⁶ Důvody k sebevraždě jsou mnohé. Proto bych ráda uvedla aspoň základní *druhy sebevražd*.

- *Plánovaná bilanční* - jde o naplánované rozhodnutí, člověk nevidí důvod, proč dál setrvávat na světě. Lze dokonce konstatovat, že detaily provedení připravuje a plánuje velice pečlivě, někdy až zálibně.
- *Impulzivní* - Vznikne z náhlého popudu, a to i při dlouhodobých depresích („padla poslední kapka“), může působit velmi náhle. Šok z momentálního psychického úrazu překryje vše ostatní a dokáže překrýt i pud sebezáchovy.
- *Demonstrační* - je velmi oblíbený nástroj citového vydírání, při kterém je obětí jednoznačně okolí. Sebevrah si zajistí, aby někdo přišel a našel ho.
- *Forma protestu* - jsou známy i případy (neteroristických) aktů sebevraždy, které vyjadřují politické postoje a burcují veřejnost. Často jsou pak oslavovány jako hrdinské činy.
- *Biická a patická* - Biická sebevražda - motiv má původ v realitě, když člověk např. kvůli dluhům vyhodnotí svou situaci jako bezvýhodnou; patická – původ v patologii, např. schizofrenik se zabije kvůli strachu z halucinovaných objektů.
- *Zvláštní typy sebevraždy* – *harakiri* – japonská rituální sebevražda; *kamikadze*- sebevražda japonských pilotů za druhé světové války, kteří umírali i se svým strojem.

vlastního života. Většina lidí se však, ale na sebevrahy dívá jako na „blázny“ a způsob odchodu z tohoto života stále nechápou, ba ho dokonce odmítají.

V minulosti byla sebevražda odmítána křesťanstvím a označena jako „akt pýchy.“ Byly pohřbívání u hřbitovních zdí v nevysvěcení zemi. Vrcholem byl zákaz pohřbívání vůbec, a vyhlášení exkomunikace na každého, kdo by se o to jen pokusil. V církvi tedy po dlouhou dobu platilo, že sebevrahové nemohli mít katolický pohřeb, protože spáchali těžký hřích, po kterém nemohlo dojít ke smíření s církví.¹⁸⁷

Dodnes sice přetrvává názor v katolické církvi, že člověku má být sice pomoci při zmírnění bolesti, nemoci a smrti pomocí medicíny, ale nemá se pokoušet vzít si život. Život pochází od Boha a člověku nepřísluší rozhodovat o jeho konci. Sebevraždu je tedy možné také interpretovat, jako takové selhání, když člověk zvolí tuto variantu, kde jde spíše o zoufalý výkřik o pomoc.¹⁸⁸

Současná teologie se ale čím dál více přiklání k názoru, že při onom setkání s milosrdným Ježíšem „ve smrti“, dá Bůh člověku ještě poslední šanci. A proto odmítnutí pohřbu pak na prvním místě nepotřebuje sebevrah, ale ti, které tu po sobě zanechal. Bylo by necitelné a zbytečné zasahovat další ránu těm, pro které již byla velkou ránou ona tragédie.¹⁸⁹

3.4 Morálně teologické problémy

Tyto otázky především souvisí s tematikou mozkové smrti, že nelze jednoznačně určit okamžik smrti. Zde se nejprve objevuje problém resuscitace, zda má být dál pacient ožívován, nebo již resuscitace není nutná, pokud můžeme definitivně říct, že došlo k mozkové smrti.¹⁹⁰

Úmrtí konstatuje vždy lékař, a to bezpečně a podle platných odborných kritérií. V běžné praxi je nejčastěji konstatována smrt jako nevratná zástava srdeční činnosti. Tam kde se zvažuje odběr orgánů pro potřeby transplantace, se používá kritérií smrti mozku.¹⁹¹

Definice nám jasně ukazuje, za jakých podmínek nastává úmrtí. Pokusí-li se medicína vytrhnout člověka z procesu umírání, bylo by záslužné, aby si uvědomila za jakých okolností, se jedná ještě o život. Pokud člověk, který byl dlouhodobě nemocný a trpěl nesnesitelnými bolestmi a na život již rezignoval, pak by snad nebylo nejlepší prodlužovat a znovu

¹⁸⁷ Srov. <http://www.katolik.cz/otazky/ot.asp?ot=4010>, staženo 7. 2. 2012.

¹⁸⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 92.

¹⁸⁹ <http://www.katolik.cz/otazky/ot.asp?ot=4010>, staženo 7. 2. 2012.

¹⁹⁰ Srov. ROTTER Hans, *Důstojnost lidského života*, s. 89.

¹⁹¹ HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 96.

obnovovat tento proces od začátku. Samozřejmě je velice těžké toto hodnotit globálně a odhadnout jak se bude vyvíjet znovuzískaný život je nemožné.

Proto je zřejmé, že se musí provést resuscitační opatření, ale mohou nastat i případy, kdy se od této možnosti vědomě upouští. Vyskytly se i případy, kdy díky resuscitaci mohl pacient dál smysluplně žít. Nelze proto stanovit jednoznačná kritéria, kdy resuscitace má nebo nemá smysl. V mnoha případech se poukazuje na pacientovu vůli. Lékař si však musí dát pozor a nemělo by pro něj být rozhodující, v jakém stavu se nachází právě pacient, ale jeho celková vůle do budoucna.

Další problém je také u transplantací orgánů. Dochází zde ke střetu zájmů – na jedné straně máme umírajícího, kterému bude vyjmut orgán po jeho smrti. V tomto případě se musí skutečně počkat, až nastane smrt, nemocný nesmí být usmrcen na základě odnětí orgánu.

U etických otázek si musíme dát pozor a brát vždy na vědomí celkovou situaci. Pokud mluvíme o lékařské problematice, je důležité si uvědomit, kdo disponuje bezprostřední zkušeností a znalostí daného tématu. Většina lékařů se spíše přiklání udělat všechno pro zachování života a zvláště v těžkých situacích si velmi dobře uvědomuje svoji odpovědnost, aby udělat správné rozhodnutí.¹⁹²

3.5 Péče o zemřelé

Péče o zemřelého nastává okamžikem konstatování smrti lékařem. Bezprostředně po smrti je třeba zajistit intimitu nemocného, a to s použitím zástěny nebo převozem do místnosti k tomu určené. Intimitu potřebuje nejenom zemřelý, ale i jeho spolupacienti. Ohled na ostatní pacienty, kteří nemohou opustit pokoj je nezbytný. Následně je provedena očista, úprava a identifikaci těla zemřelého a další činnosti související s úmrtím a transportem těla zemřelého.

„Pomůcky

- rukavice, obinadlo, mulové čtverce, leukopor
- pomůcky k očištění těla, čisté prádlo
- materiál k převazu ran
- dermograf (popisovač kůže)
- dokumentace¹⁹³

„Ošetřovatelský postup

¹⁹² Srov. ROTTER Hans, *Důstojnost lidského života*, s. 89-92.

¹⁹³ <http://zdravotnictvi.info.sweb.cz/odborne%20zdravotnicke%20materialy/ostatni/pece%20o%20zemreleho.pdf>, staženo 7. 2. 2012.

- 1) Upravujte tělo zemřelého po konstatování úmrtí lékařem.
- 2) Zajistěte intimitu zemřelého.
- 3) Ponechte na lůžku pouze prostěradlo.
- 4) Uložte svlečené tělo do vodorovné polohy.
- 5) Vyjměte zubní protézy; má-li pacient nesnímatelnou zubní náhradu ze žlutého nebo bílého kovu, nahlase počet zubů lékaři, který provede zápis do dokumentace.
- 6) Odstraňte všechny ozdobné předměty, s cennostmi zacházejte dle příslušných předpisů.
- 7) Zajistěte, aby zemřelý měl zavřené oči, případně přelepené šetrně leukoporem, zavřená ústa podvázáním dolní čelisti (pokud zůstávají ústa otevřená), horní končetiny položené podél těla (horní končetiny není třeba svazovat na břicho zemřelého vzhledem k následnému transportu ve vaku).
- 8) Odstraňte katétry (močový a periferní žilní), ostatní až po domluvě s lékařem.
- 9) Drény ponechte v ráně.
- 10) Proveďte očistu těla.
- 11) Převažte rány novým krytím k tomu určeným.
- 12) Zajistěte identifikaci těla zemřelého - popisovačem na kůži popište levou dolní končetinu (při amputaci pravou dolní končetinu, případně levou paži a předloktí) U novorozence, kojence, batolete a dítěte do 6 let napište údaje na hrudník.
- 13) Na palec druhé dolní (příp. horní) končetiny připevněte identifikační kartičku. Novorozenci a kojenci se kartička nedává.
- 14) Zakryjte tělo zemřelého prostěradlem.
- 15) Vyrozumějte příbuzné telegramem (před odesláním telegramu zkontrolujte, zda není v dokumentaci uveden jiný způsob vyrozumění příbuzných). Telefonicky informuje příbuzné lékař.
- 16) Jde-li o osamělou osobu, podejte zprávu sociální sestře / sociální pracovníci, která vyrozumí obecní úřad v místě bydliště zemřelého a odešle OP do místa jeho vydání a průkaz pojištěnce do příslušné pojišťovny.
- 17) Odepište pacienta ze stavu, stravy a ostatních nemocničních systémů.
- 18) Ponechte zemřelého po dobu nezbytně nutnou na oddělení (max. 2 hodiny) - pokud možno využijte zvláštní místnosti k tomu určené.

19) Zapište seznam věcí a cenností do Knihy pozůstalostí za přítomnosti svědka - zápis podepište a požádejte o podpis i svědka (jiná zdravotní sestra, pacient apod.).

20) Zajistěte odvoz zemřelého – transport zajistí kompetentní osoba a tělo bude převezeno vždy vozidlem k tomu určeným v PVC vaku a přikurtováno (aby nedošlo k sesunutí).¹⁹⁴

Tato praxe je zavedena ve většině zdravotnických zařízení a musíme říct, že je to chvályhodné. Pozůstalý si většinou neuvědomuje co všechno se dělo bezprostředně po smrti příbuzného, protože stále tomu ještě nemůže uvěřit. V tuto chvíli chce být jen ujištěn, že smrt byla klidná a bezbolestná. Lékař by si měl proto najít vždy chvíli na poslední rozhovor s pozůstalým. Pozůstalý potřebuje čas, aby byl schopen přijmout, že osoba jemu blízká už nežije. Každý potřebuje čas a proto vhodný projev pro soustrast je nejlepší až v den pohřbu.

3.6 Pohřeb

Poslední rozloučení je jednou z posledních služeb, kterou můžeme zesnulému prokázat a každý, i ten nejobyčejnější a ve svém životě osamocený člověk, si zaslouží naší úctu a pokoru při jeho důstojném vyprovázení na poslední cestě.¹⁹⁵

Potřeba praktických informací o pohřbu není moc vysoká, protože člověk dnešní doby se o tyto věci samozřejmě nezajímá, dokud nemusí. V době kdy ho opustí osoba blízká, mu pomalu dochází, že situaci ignoroval a do značné míry podcenil informace týkající se pohřbu. Je proto vhodné nabídnout příbuzným základní informace o pohřbu při předávání pozůstalosti.¹⁹⁶

Pohřeb je možné zadat u jakékoliv pohřební služby. Podmínkou je předložení občanského průkazu zemřelého a občanského průkazu toho, kdo pohřeb zajišťuje. Také je důležité předložit doklad o úmrtí.¹⁹⁷ Platba pohřbu se zpravidla provádí při objednávce.

Někteří lidé se již za svého života vyjádří k tomu, jak by si představovali svůj pohřeb a kde chtějí být pochováni. Většina lidí však na tyto věci nespěchá, protože je přesvědčena, že má času dost a příbuzní tak ani neznají přání zesnulého. Pozůstalí se pak zpravidla rozhodují

¹⁹⁴<http://zdravotnictvi.info.sweb.cz/odborne%20zdravotnicke%20materialy/ostatni/pece%20o%20zemreleho.pdf>, staženo 7. 2. 2012.

¹⁹⁵ <http://www.pohrebpegas.cz/>, staženo 7. 2. 2012.

¹⁹⁶ Ministerstvo pro místní rozvoj vydalo příručku pro pozůstalé- Pohřeb a jeho organizace, viz příloha č. 4.

¹⁹⁷ Úmrtí list se vystavuje obvykle týden po pohřbu, a to na příslušné Matrice zemřelých.

podle stávajícího a společensky uznávaného rituálu.¹⁹⁸

3.6.1 Pohřby a jejich varianty

Pohřeb bez obřadu - jedná se pouze o zpopelnění bez provedení smutečního obřadu v obřadní síni. Na přání objednavatele pohřbu, se zajišťuje přítomnost u kremace nebo provedení zpopelnění v přesně stanovenou hodinu. Výstav zemřelého před zpopelněním nebo uložením do země se provádí v závislosti na hygienických předpisech.

Pohřeb s obřadem - jedná se o smuteční rozloučení v obřadní síni a následné zpopelnění v krematoriu. V současné době se jedná o nejrozšířenější způsob pohřbení. Záleží na rozhodnutí pozůstalých, jakou obřadní síň si z naší nabídky vyberou.

Pohřeb církevní - Pokud se rozhodnou pozůstalí pro církevní obřad konaný v kostele nebo v kapli, zajistí pohřební služba většinou vše potřebné jako např.: zapůjčení katafalku, svícňů, stojanů na věnce, reprodukované nebo živé hudby, kněze, popřípadě civilního řečníka a všechny specifické církevní ceremoniály.

Pohřeb do země - samozřejmostí pro každý pohřební ústav je i zajištění pohřbu do země. Tento způsob používali lidé od dávnověku, i když současná uspěchaná moderní doba dává přednost finančně méně náročnému rituálu pohřbení, tzn. kremaci.¹⁹⁹

Význam smrti souvisí se způsobem života a naopak. Dnešní smrt je pojata lékařsky a pohřeb technicky. Ke škodě věci stojí tzv. kultura posledních věcí člověka mimo pozornost lidí dnešního světa. Způsoby pohřbů nám mohou mnohé naznačit, o vztahu mezi jednotlivcem a společností. Měli by být určitým zdrojem poučení, jak přistupovat k umírajícím a pozůstalým. V současné době však svědčí o ztrátě zájmu posledních věcí člověka.²⁰⁰

¹⁹⁸ HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 109.

¹⁹⁹ <http://www.pohrebpegas.cz/>, staženo 7. 2. 2012.

²⁰⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, s. 115.

Závěr

Umírání a smrt, byla v minulosti běžnou součástí života. Lidé za normálních okolností umírali doma, ve svém prostředí, obklopeni svými blízkými. Člověk byl s faktem konečnosti bytí konfrontován od dětství, viděl umírání a smrt mnohokrát, což mu umožnilo věc přijmout, vytvořit si na ni vlastní názor a tím se i určitým způsobem připravit na poslední fázi života.

Naše doba je však orientovaná na výkon, zisk a úspěch proto většina nemocných lidí u nás umírá v nemocnicích, za plentou, daleko od všeho a všech, kteří jim byli po celý život nablízku. Odborný personál v nemocnicích je školen v procesu práce s tělem, jak má být zabaleno, kde a jak dlouho se má tělo ponechat, nikoli jak člověku ulehčit odchod ze života.

Obecně se dá říci, že umírání, respektive jeho podmínky, se liší od zařízení k zařízení – člověk tedy může mít štěstí i smůlu. Často slyšíme argument, že se nemocniční personál sotva stačí postarat o „živé,“ nezbyvá tedy než umírající „uklidit“ za plentu a čas od času zkontrolovat, je-li za plentou pacient v terminálním stadiu choroby nebo už jen tělo. Světlem a nadějí pro nemocné může být snad jen hospicová péče, kde je postarán nejen o umírající, ale i o jejich rodiny.

Nabízí se myšlenka, že to vše souvisí úzce s v moderní době neustále probíhající sekularizací světa. Toto zesvětštění celého pojetí lidského života zbavuje člověka naděje na posmrtný život, který v ateistickém pojetí vlastně neexistuje. Pro většinu tradičních kultur byl ovšem tento život následující po smrti důležitým určujícím bodem, ke kterému se vztahovaly. Tudíž kulturu okolo smrti a umírání také mnohem více rozvíjely. Naproti tomu dnešní západní společnost se pokouší vytvořit jakýsi ráj na zemi, protože po smrti už nic nenásleduje, a tak je třeba si co nejvíce „užívat“ pozemského života a stáří, umírání a především smrt vytěšnit ze všech úvah.

Samozřejmě názory na umírání a smrt je mnoho. A právě proto by se měla hledat ta správná cesta pro každého umírajícího a umožnit mu konec života podle jeho individuální potřeby. Jak toho ovšem dosáhnout? Stačí velmi málo, naslouchat a znát přání umírajících. Je to tak snadné a přitom velice těžké.

První krok, který by měl udělat každý z nás, je zaujmout postoj k umírání a smrti, začít komunikovat o něm otevřeně s rodinou a známými a nevyhýbat se tomuto tématu ani ve společnosti. Dalším krokem by měla být i tolerance k odlišnému názoru ostatních a respektování jeho volby.

Téma nemoci, umírání a smrti považují v dnešní době za velmi aktuální, o kterém by se mělo neustále diskutovat. Určitou nadějí vidím v hospicové péči, která nám ukazuje, jak je

možné pomoci nejen nemocnému, ale i jeho rodině. Na závěr bych umístila několik století starý, leč stále aktuální báseň z pera Johna Donnea:

„Žádný člověk není ostrov sám pro sebe. Každý je kus nějakého kontinentu, část nějaké pevniny: spláchne-li moře hroudu, je Evropa menší, jako by to byl nějaký mys, jako by to byl statek tvých přátel nebo tvůj. Smrtí každého člověka je mne méně, neboť jsem část lidstva. A proto se nikdy neptej, komu zvoní hrana. Zvoní tobě.“

Seznam literatury

Bible, Písmo svaté Starého i Nového zákona (včetně deuterokanonických knih), Český ekumenický překlad, 8. vyd., Praha: Česká biblická společnost, 2001.

BRANTSCHEN J. B., *Proč nás dobrý Bůh nechává trpět?*, Praha: Scriptum, 1994.

BYOCK Ira, *Dobré umírání*, Cesta domů: Vyšehrad, 2005.

CALLANAN Maggie, KELLYOVÁ Patricia, *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*, Praha: Vyšehrad, 2005.

CASSEL, EJ. Pain and suffering. In: REICH, WT. (Ed.) *Encyklopedia of Bioethics*, revised edition. New York: Simon and Schuster Macmillian, 1995.

CIKRLE Vojtěch, *Smysl bolesti a utrpení, Scripta bioethica*, Brno: Hippokrates, 2003.

DRUHÝ VATIKÁNSKÝ KONCIL, Pastorační konstituce o církvi v dnešním světě *Gaudium et spes* (ze dne 7. 12. 1965) in: Dokumenty II. Vatikánského koncilu, Praha: zvon, 1995.

DOLISTA Josef a kol., *Studie z bioetiky*, 1. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008.

FIRTHOVÁ Pam a kol., *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*, OLIVIERE David ed., [z anglického originálu přeložil ... Jiří Ogrocký], 1. vyd., Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.

FRANKL, VE. *...A přesto říci životu ano*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996.

FURGER Franz, *Etika seberealizace, osobních vztahů a politiky*, Praha: Academia, 2003.

HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, 2. vyd., Praha: Galén, 2007.

JAN PAVEL II., *Apoštolský list Salvifici doloris* (ze dne 11. 8. 1984), Praha: Zvon, 1995.

Katechismus katolické církve, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001.

KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY, *Deklarace o eutanazii: Bona et iura*, 2. vyd., Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009.

KOŘENEK Josef, *Lékařská etika*, Praha: Triton 2002.

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

KŘIVOHLAVÝ Jaro, *Poslední úsek cesty*, Praha: Návrat domů, 1995.

KUBLER-ROSS Elisabeth, *On death and daying*, New York: Routledge, 1973.

KUSHNER Harold, *When bad things happen to good people*, United States: Random House Inc, 2000.

MUNZAROVÁ Marta, *Eutanazie nebo paliativní péče?*, Praha: Grada Publishing, 2005.

MUNZAROVÁ Marta a kol., *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?*, Kostelní Vydří: KN, 2008.

MUNZAROVÁ Marta, *Zdravotnická etika od A až po Z*, 1. vyd., Praha: Grada, 2005.

Německá biskupská konference, *Život z víry: překlad 2. Dílu katolického katechismu pro dospělé*, 2. vyd., České Budějovice: Teologická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2005.

ONDOK Josef, *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, Praha: Triton, 2005.

Papežská rada pro spravedlnost a mír, *Kompendium sociální nauky církve*, [z oficiální italské verze s přihlédnutím k souběžně vydané anglické verzi přeložil prof. Ctirad Václav Pospíšil], Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008.

PARKES Colin a kol., *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*, [z anglického originálu...přeložil Pavel Pejša], Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.

PERA Heinrich, WEINERT Bernd, *Nemocným na blízku: Jak pomáhat v těžkých chvílích*, Praha: Vyšehrad, 1996.

PESCHKE Karl-Heinz, *Křesťanská etika*, 2. vyd., Praha: Vyšehrad, 2004.

Prof. MUDr. ASTL Jaromír a kol., *Nemoc jako výzva?*, Praha: Maxdorf, 2010.

ROTTER Hans, *Důstojnost lidského života*, Praha: Vyšehrad, 1999.

SKOBLÍK Jiří, *Přehled křesťanské etiky*, Praha: Karolinum, 2004.

SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011.

THEOVÁ Anne-Mei, *Paliativní péče a komunikace*, [z anglického originálu ... přeložil Jiří Ogrocký], 1. vyd., Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.

VIRT Günter, *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*, Praha: Vyšehrad, 2000.

VORLÍČEK Jiří a kol., *Paliativní medicína*, 2. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004.

VYMĚTAL Jiří, *Lékařská psychologie*, 3. vyd. Praha: Portál, 2003.

YANCEY Philip, *Kde je Bůh, když to bolí?*, Praha: Návrat domů, 2003.

Internetové zdroje

<http://www.osud.biz/01-12-2011/178/eutanazie-dobra-smrt>, staženo 3. 1. 2012.

<http://www.stefajir.cz/index.php?q=pece-o-umirajiciho>, staženo 15. 1. 2012.

<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>, staženo 27. 1. 2012.

<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>, staženo 27. 1. 2012.

<http://www.hospic-horice.cz/prava-nemocnych/>, staženo 31. 1. 2012.

<http://www.mpsv.cz/cs/840>, staženo 5. 2. 2012.

<http://www.llp.cz/cz/temata/lidska-prava-ve-zdravotnictvi/prava-pacientu>, staženo 5. 2. 2012.

<http://www.umiram.cz/>, staženo 6. 2. 2012.

<http://funferr.blog.cz/0910/co-se-deje-s-telem-a-mysli-v-okamziku-smrti>, staženo 6. 2. 2012.

<http://www.katolik.cz/otazky/ot.asp?ot=4010>, staženo 7. 2. 2012.

<http://zdravotnictvi.info.sweb.cz/odborne%20zdravotnicke%20materialy/ostatni/pece%20o%20zemreleho.pdf>, staženo 7. 2. 2012.

<http://www.pohrebpegas.cz/>, staženo 7. 2. 2012.

Přílohy

Příloha č. 1.

Zde nám může hodně pomoci ten, kdo je s nemocným ve dne v noci. O kontrolu bolesti, která je součástí hospicové péče, se můžeme pokusit i doma. Nebude vděčný jen pacient, ale i lékař. Stačí vyrobit si krátké pravítko, kde *jeden konec* znamená vůbec žádná bolest a *druhý konec* znamená naprosto nesnesitelná bolest. A pak je něco mezitím. Takže stačí, když nám nemocný víckrát za den na pravítku ukáže, jak bolest vypadá právě teď. To zaznamenejme do tabulky a později předáme lékaři.

	Bolest	6H	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4
5	Nesnesitelná												
4	Krutá						x						
3	Silná			X				x					
2	Nepříjemná		x			x			x				
1	Mírná	x			x								x
0	Žádná									x	x	x	

Pozn.: Názorný příklad sledování pacienta, jak reaguje na bolest průběhu celého dne.

Příloha č. 2.

Co prožívá nemocný a jeho nejbližší popsala dr. Elisabeth Kübler-Rossová, pro zjednodušení a přehled uvádím tuto tabulku.

FÁZE PODLE KÜBLER-ROSSOVÉ		
FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
NEGACE, ŠOK, POPÍRÁNÍ	s,„Ne, já ne, pro mne to neplatí.“ „To není možné.“ „To je určité omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
AGRESE, HNĚV, VZPOURA	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky, vyčítá nespravedlnost.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ, VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů, a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
DEPRESE, SMUTEK	Smutek z utrpené ztráty, z hrozící ztráty. Strach z účtování, strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
AKCEPTACE, SMÍŘENÍ, SOUHLAS	Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas na loučení. „Dokonáno jest.“ „Do Tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor – rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

Příloha č. 3.

Hospicová péče z hlediska časového

OBDOBÍ prae finem	Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku Zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu (viz fáze podle Kübler-Rossově)
OBDOBÍ in finem	Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu
OBDOBÍ post finem	Kromě péče o tělo zemřelého doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku
CHYBOU by bylo hospic chápat pouze jako péči v období „in finem“!	

Z uvedeného vyplývá, že čím dříve těžce nemocný a jeho rodina hospic kontaktují, tím víc pro ne hospic může udělat. Z téhož důvodu je nesmírně důležitá dobrá a včasné spolupráce ošetřujících lékařů a nemocnic s hospicovým týmem.

Příloha č. 4.

Příručka pro pozůstalé – Pohřeb a jeho organizace

MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ

www.mmr.cz

POHŘEB A JEHO ORGANIZACE

- PŘÍRUČKA PRO POZŮSTALÉ

Úmrtí blízké osoby je pro všechny pozůstalé velmi bolestivé. Většina lidí nemá obvykle v této tíživé situaci myšlenky na přípravu pohřbu. Abychom Vám tuto náročnou životní situaci ulehčili, přikládáme několik informací, které Vám mohou pomoci.

PRAKTICKÉ KROKY

I když existuje řada pohřebních služeb, které nám s organizací obřadu pomohou, budeme muset určité úkony obstarat sami. Zaneprázdněnost spojená s přípravou pohřbu nám však alespoň trochu pomůže ztrátu blízké osoby překonat.

Poznámka: Jsme-li dědicové, pak organizace pohřbu a zajištění hrobu pro blízkého člověka podle jeho poslední vůle patří k našim důležitým mravním povinnostem.

Krok 1: úmrtí

Při úmrtí mimo zdravotnické zařízení:

Je nutné zavolat praktického lékaře nebo lékaře služby první pomoci, který vystaví list o prohlídce mrtvého (tzv. ohledací list).

Poznámka: Naše oznamovací povinnost je právně vymahatelná.

Rada: Rození i umírání je možné doma.

Při úmrtí ve zdravotnickém zařízení nebo ústavu sociální péče:

Ohledací list vystaví službu konající lékař, který rozhodne, zda je nutné zemřelého převézt na oddělení patologie.

Rodinní příslušníci jsou o úmrtí ve zdravotnickém zařízení nebo ústavu sociální péče informováni osobně, telefonicky nebo telegramem.

Krok 2: kontaktování pohřební služby

Můžeme kontaktovat kteroukoli pohřební službu nezávisle na místě úmrtí. Jedním z kritérií našeho výběru může být tzv. Znak kvality. Znak kvality na dobu určitou propůjčuje pohřebním službám Sdružení pohřebnictví (www.pohrebnictvi.cz).

Krok 3: objednání pohřbu

U vybrané pohřební služby můžeme objednat nejen pohřbení, ale i převoz a úpravu těla zemřelého, různé druhy rakví, návrh a tisk parte, květinové dary, hudební doprovod, řečníka, pohřební hostinu, dopravu pozůstalých apod.

K objednání pohřbu vezmeme do provozovny pohřební služby s sebou:

- občanský průkaz zesnulé osoby (je-li k dispozici)
- občanský průkaz objednavatele pohřbu
- rodný a oddací list zesnulé osoby (je-li k dispozici)
- oblečení pro zesnulého k uložení do rakve
(prádlo a vrchní oblečení, nikoli obuv)
- fotografii zemřelého (ho) chceme-li ji použít
např. na parte

Rada: Prostřednictvím pohřební služby je možné objednat také různé náboženské úkony, duchovního, sakrální prostor s hudbou apod.

Krok 4: objednání hrobového místa

Smlouva o nájmu hrobového místa musí mít písemnou formu. Uzavíráme ji nikoli s pohřební službou, ale s provozovatelem pohřebiště.

Co musí smlouva o nájmu obsahovat především?

- výši nájemného
- výši úhrady za služby spojené s nájmem

Cena za nájem je splatná předem na celou dobu trvání nájmu, zpravidla na 10 let.

Rada: K hrobovému místu si sjednejme nájem předem, tj. na dobu předcházející pohřbení nebo uložení urny. Vyberme si hřbitovy a místa, která se nám líbí, či ke kterým měl vztah zesnulý.

Náhrobek a další zařízení můžeme zřídit až po uzavření nájemní smlouvy, a to v souladu s řádem příslušného pohřebiště.

Rada: Databázi všech provozovaných veřejných a neveřejných pohřebišť vydalo Ministerstvo pro místní rozvoj v roce 2006 a zveřejnilo na stránkách portálu veřejné správy.

Krok 5: oznámení pohřbu - parte

Parte je veřejným oznámením o úmrtí a pohřbu. Každý, kdo je přímým adresátem parte, je zpravidla považován za smutečního hosta a dle dobrých mravů by měl příbuzným zemřelého projevit soustrast.

Formy kondolence:

- ručně psaný dopis
- soustrastná návštěva (zpravidla do dvou týdnů po pohřbu)
- podání ruky před nebo po pohřebním obřadu

Krok 6: pohřbení

Zaopatření mrtvého lidského těla spočívá:

- v konečné úpravě
- v oblečení do šatů nebo rubáše
- v uložení do konečné rakve

Rakev s lidskými pozůstatky je poté:

- uložena do hrobu nebo hrobky na veřejném nebo neveřejném pohřebišti
- nebo zpopelněna v žárovišti krematoria

Poznámka: Jiné způsoby pohřbení, podle zákona č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, nejsou dovoleny. Zmíněný zákon stanovuje další činnosti spojené s pohřbením, které smí vykonávat pouze živnostníci s koncesí a provozovatelé veřejných pohřebišť.

Rada: Rozhodnutí o tom, co uděláme pro tělo zemřelého z vlastní iniciativy, je především na nás. Veřejné služby jsou nám v těchto soukromých pietních aktech připraveny pomoci.

Pohřební obřady nám umožní:

- doprovodit zemřelého na jeho poslední cestě
- pochopit ztrátu blízkého člověka jako realitu
- kondolovat příbuzným zemřelého

Rada: Menší obřad rozloučení se zesnulým lze uspořádat i po delší době po pohřbení formou společného uložení urny

- zádušního obřadu

Poznámka: Následnými pietními akty ale samotný pohřeb už nikomu nenahradíme.

Krok 7: vyřizování na úřadech

Smrt blízkého příbuzného je obvykle spojeno s vyřizováním praktických věcí, jako je například rušení smluvních závazků zemřelého apod. V této situaci se můžeme obrátit na následující instituce:

- sociální odbor úřadu obce s rozšířenou působností: informace o případných sociálních dávkách a další pomoci.
- správa sociálního zabezpečení: přiznání vdovského, vdoveckého nebo sirotčího důchodu

a další informace.

- notář: vyřízení pozůstalosti a dědictví

Pokud se dostaneme do hmotné nouze, není hanbou požádat o pomoc příbuzné, přátele, obec a církvev.

Upozornění: Pokud za smrt blízkého nese někdo odpovědnost (v případě trestného činu viník, v případě pracovního úrazu či nemoci z povolání zaměstnavatel atd.), máme nárok na odškodnění. Agendu peněžité pomoci obětem trestných činů vyřizuje Ministerstvo spravedlnosti, odbor odškodňování.

Nebojte se prosazovat svá práva. S žádostí o pomoc se můžete obrátit na kontakty uvedené v závěru.

Financování pohřbu

Pohřebné

Pohřebné je sociální dávkou ve výši 5 000 Kč.

Náleží osobě, která vypravila pohřeb:

- nezaopatřenému dítěti
- osobě, která byla rodičem nezaopatřeného dítěte

Poznámka: Zemřelá osoba musí mít ke dni úmrtí trvalý pobyt na území ČR.

Pojištění pohřbu

Pojištění pohřbu si můžeme zajistit u některých českých pojišťoven. Účel pojištění:

- zmírní pozůstalým starosti s finančními prostředky na vypravení pohřbu
- prostředky na pohřeb jsou v pojišťovně v bezpečí
- výplata peněz je vázána pouze na zajištění pohřbu
- pojistné plnění nepodléhá dědickému řízení

Pohřeb na splátky

Někteří provozovatelé pohřební služby poskytují pohřeb na splátky bez navýšení ceny.

Splátky lze zpravidla rozložit od 12 do 24 měsíců dle individuální dohody.

Případne-li dědictví státu

Stejně jako dědic odpovídá i stát v případě odúmrťe za přiměřené náklady pohřbu zůstavitele.

Náhradu přiměřených nákladů spojených s pohřbem tvoří:

- výdaje účtované za pohřeb
- hřbitovní poplatky

- výdaje na zřízení pomníku nebo desky do výše 20 000 Kč
- výdaje na úpravu pomníku nebo desky
- cestovní výlohy
- jedna třetina obvyklých výdajů na smuteční ošacení osobám blízkým
- při pohřbení uložením těla do hrobu stát hradí nájem za hrobové místo

Nechce-li nikdo vypravit pohřeb

Pohřbívací povinnost má obec. Toto sociální pohřbení je hrazené z rozpočtů obcí. Obec má právo na úhradu účelně vynaložených nákladů na pohřbení vůči dědicům zemřelého.

Darování těla pro vědu, výzkum a výuku

Nezištné darování těla po smrti pro lékařské potřeby je oprávněné a záslužné. Darovaná těla jsou na náklady zdravotnického zařízení po několika letech zpopelněna v krematoriu. Zpravidla je za ně sloužena jednou ročně ekumenická bohoslužba a rekviem.

Podmínky darování:

- darovací smlouva s konkrétním zdravotnickým zařízením
- prokazatelný písemný souhlas zanechaný ve zdravotnické dokumentaci

Upozornění: Urna s popelem zemřelého bývá dodána příbuzným nejdříve po dvou letech od úmrtí.

Rada: Rozhodnutí o tom, že tělo poskytneme pro lékařské potřeby, není konečné – můžeme je kdykoli odvolat.

Pohřeb bez obřadu

Jde za prvé o zpopelnění lidských pozůstatků

v žárovišti krematoria:

- v bezobřadové rakvi
- bez zaslání parte
- bez pronajmutí obřadní síně
- rozloučení se koná v úzkém rodinném kruhu během uložení urny doma nebo na pohřebišti

Za druhé může jít o pietní akt s obřadem v krematoriu, ale:

- nikdo z pozůstalých si urnu z krematoria nevyzvedne
- po roce dojde k anonymnímu smísení popela v obecním hrobě na veřejném pohřebišti
- smísení popela s ostatním popelem zajišťuje hrobník bez přítomnosti pozůstalých

Za třetí dochází ke kombinaci výše uvedených bodů, při které

- chybí jakékoli rozloučení

- pozůstali se nedozví ani číslo hrobového místa svého zemřelého předka, ani adresu pohřebiště, kde se zárovň hrob nachází

Svépomoc ve smutku a žalu

Období intenzivního zármutku a truchlení po smrti blízkého člověka je náročné.

1. Zapojte se do přípravy pohřbu.
2. Věnujte pozornost tomu, co jíte.
3. Zachovejte, pokud možno, normální režim.
4. Posuďte svůj zdravotní stav.
5. Hovořte o zemřelé osobě.
6. Dovolte si truchlit.
7. Udělejte si čas na truchlení.
8. Dovolte si zlostné pocity.
9. Dovolte druhým, aby vám pomáhali.
10. Nebojte se vyhledat pomoc.

Poradenství pro pozůstalé

Je výhodné, pokud se v rodině nebo mezi přáteli nachází někdo, kdo nám může poskytnout svoji pomoc nebo radu a aktivně se zapojit do přepravy pohřbu. Pokud nikoho takového ve svém okolí nemáme, měli bychom mít možnost prokonzultovat potřebné aktivity s někým, kdo má o těchto záležitostech povědomí.

Kvalifikované poradenství ohledně organizace pohřbu a nájmu hrobu nabízí:

- pracovníci pohřební služby
- pracovníci veřejného pohřebiště

Kvalifikované poradenství ohledně vyrovnání se smutkem a žalem nabízí:

- lékař
- psycholog
- psychoterapeut
- sociální pracovník
- duchovní
- poradce v poradenství pro pozůstalé

Existuje státem uznaný standard Poradce v poradenství pro pozůstalé respektující:

- zákonnost; citlivost vůči kulturní a osobní odlišnosti při truchlení; spolusdílení – spolunesení; duchovní rozměr smrti; přiměřenost pietního chování; návaznost služeb; důstojnost umírání i truchlení