

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ A ETIKY

**Fenomén stáří a umírání z pohledu současné společnosti a z biblického
hlediska**

Phenomenon of being old and dying from the view of present society and the Bible

Studijný obor: Husitská teologie v kombinaci s psychosociálními studii

Vedoucí práce: doc. ThDr. Václav Ventura, Th. D.

Diplomant: Zdenka Nováková

Praha 2006

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla veškerou použitou literaturu.

Ydanka Knežková

V Praze dne 29. 3. 2006

Chtěla bych poděkovat doc. ThDr. Venturovi, Th. D. a MUDr. Opatrné za jejich rady a ochotu podílet se na mé diplomové práci.

Obsah

Anotace.....	3
Annotation.....	4
Úvod.....	5
1. Stáří – psychosociální hledisko	7
1.1 Postoj společnosti	7
1.2 Odchod do důchodu.....	8
1.3 Tělesné a psychické změny	9
1.3.1 Tělesné změny	9
1.3.2 Psychické změny.....	10
2. Umírání a smrt – psychosociální hledisko	12
2.1 Období PRE FINEM	14
2.1.1 Milosrdná lež	14
2.1.2 Vyrovnávání se s nemocí – fáze dle Kübler-Rossové	16
2.2 Období IN FINEM	19
2.2.1 Eutanazie.....	21
2.3 Období POST FINEM.....	23
3. Stáří – biblické hledisko.....	24
4. Umírání a smrt – biblické hledisko.....	32
5. Stáří, umírání a smrt – filozofické hledisko.....	38
6. Praktická péče o lidi a umírající.....	45
6.1 Ošetrovatelská péče před Kristem	45
6.1.1 Péče v antických civilizacích.....	45
6.1.2 Péče v řeckém světě.....	45
6.1.3 Péče v římském světě.....	47
6.2 Ošetrovatelská péče ve středověku.....	48
6.2.1 Péče v Evropě	48
6.2.2 Péče v Čechách	49
6.3 Současná ošetrovatelská péče.....	51
6.3.1 Paliativní péče.....	53
6.3.2 Hospic	55
6.3.3 Hospic v ČR.....	60
6.3.4 Duchovní aspekty v paliativní medicíně.....	62
6.3.5 Péče o pečující	64
6.3.6 Syndrom vyhoření.....	65

7. Zkoumání pohledu současné společnosti na fenomény stáří a.....	67
umírání	67
7.1 Cíl šetření.....	67
7.2 Úkoly šetření	67
7.3 Metody a metodika šetření	67
7.4 Výsledky šetření	69
7.5 Závěry šetření	95
Závěr.....	100
Použitá literatura.....	102
Příloha.....	108

Anotace

Společnost stárne. O stáří a umírání se stále musíme učit mnoho nových věcí. Práce je rozdělena do tří základních částí.

V první části je popsán psychosociální pohled na stáří a umírání – postoj společnosti ke starým lidem, jak staří lidé přijímají psychické a fyzické změny, pohled společnosti na nemoci a umírání.

V druhé části jsou tyto fenomény viděny biblickým pohledem – pozice starých lidí v době biblické, postoj společnosti k nemocem a umírání (nový pohled na umírání v Novém zákoně). Po této části následuje filozofický pohled.

Poslední část je praktická. V průzkumu lidé odpovídali na otázky: co si myslí o současném postoji lékařů k umírajícím lidem, zda se v současné době mluví dostatečně o umírání a smrti, zda je dostatečná péče o staré lidi, zda jsou schopni mluvit o umírání se svými blízkými (se svou rodinou), zda mají obavy spojené s umíráním a pokud ano, které obavy převládají.

Annotation

Human society is getting old. We have to learn many new things about old people and dying, too. The work is divided into three basic parts.

The first part is psychosocial view of being old and dying – society's attitude towards the old, how the old receive their physical and mental changes, society's looking at diseases and dying.

The second part is biblical view of these phenomena – the position of the old people in that time, society's attitude toward diseases and dying (new comprehension dying in New Testament). After biblical view follows philosophic.

The last part is practical. In the research people were asked what they think about doctors's attitude towards dying people, if present society sufficiently speak about dying and death , if the care about the old people is acceptable, if they are able to speak about dying with their family, if they are afraid of dying and if so which things they have the biggest fear of.

Úvod

Česká společnost stárne. Nejen proto bychom měli o stáří více mluvit, ale také se více učit. Starého člověka neuspokojí pouze péče o jeho fyzickou stránku. Důležitá je také péče o jeho psychiku, o jeho duši. I on má své sny, cíle, stále má city...vnímá svět kolem sebe. On sám sebe nevidí jako někoho, kdo je současné rychlé a mladé době na obtíž a tak by na něj měla pohlížet i společnost – jako na rovnocenného partnera. A navíc, stáří čeká každého z nás a věřím, že by nikdo z nás nechtěl, aby se s ním zacházelo jako „s nějakou věcí“.

Se stářím bychom se měli seznamovat již od mládí, respektovat ho a snažit se vést k těmto krokům nejen naše potomky, ale celou společnost.

Stejně tak, jako se musíme učit ještě mnohé o stáří, musíme se také učit mnohé o umírání. Od roku 1989 se sice tabu smrti postupně překonává, ale tento pokrok je více znát v odborných kruzích. Je zvláštní, že nám řeči o smrti připadají „divné, až morbidní...“, vždyť smrt k našemu životu patří. A je jasné, že jsme se narodili jen proto, abychom mohli zemřít. Věřící člověk může říci, že nám byl život pouze propůjčen a smrt je pro nás znamením, že Bůh chce tuto půjčku vrátit zpět.

Myslím, že zde nás čeká ještě hodně dlouhá cesta. Aby člověk mohl umírající pochopit a hlavně jim nějak pomoci, musí být smířen s vlastní smrtelností. Toto je například podle Kübler-Rossové jedna ze základních podmínek, které musí člověk splňovat, aby mohl pracovat v hospici.

Ve své práci jsem shrnula pohled na stáří, umírání a smrt jak z psychosociálního, tak z biblického hlediska.

Je zajímavé si tato dvě hlediska porovnat, zatímco v psychosociální části je popisován stárnoucí člověk jako někdo, kdo je postupně „vytlačován“ ze společnosti, v biblické době je tento člověk vyvyšován a naopak se mu dostává větších pravomocí. Je s ním jednáno s úctou a jeho dlouhověkost je spojována s moudrostí a s Boží láskou.

Občas mám pocit, že naše společnost neustále „uhání kamsi dopředu“ a vše co bylo dříve, bylo špatné, protože my už jsme si vymysleli novější a samozřejmě lepší nápady. Možná by nám někdy neuškodilo se na chvíli zastavit a ohlédnout se

dozadu, například do doby biblické – zde bychom mohli začít s naším učením, jak se chovat ke starým lidem.

1. Stáří – psychosociální hledisko

Stanovit přesnou definici stáří není tak jednoduché, vždy se nám nabízí mnoho pohledů. Podle Štilce (2004, s. 12) je člověk tak starý, jak staře myslí a jak staře se cítí. Stáří je dle něj především funkcí duševního a tělesného stavu, a ne jen počtu let života. Udržet co nejdéle svěžest mysli a těla se člověku podaří, když žije v souladu s řádem bytí, neznásilňuje svou přirozenost a nesnaží se hrát si na někoho, kým není. Člověk je tedy relativně mladý, dokud je schopen se učit, snášet nové odlišné názory, získávat nové zkušenosti a nechávat se jimi ovlivnit.

Také podle Vágnerové (2000, s. 446) je postoj k vlastnímu stáří a ke stáří obecně individuálně rozdílný. Adaptace na stárnutí může mít různý průběh v čase, zpravidla v závislosti na vnějších stresorech i změnách psychického a somatického stavu.

Stáří přináší také nové zkušenosti, s nimiž se musí každý člověk nějakým způsobem vyrovnat. Hlavním vývojovým úkolem stáří je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života jako celku a pochopením jeho smyslu. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec. Vyrovnání se s vlastním životem usnadňuje i vyrovnání se se smrtí jako jeho nevyhnutelným důsledkem.

1.1 Postoj společnosti

S nástupem stáří se také začíná měnit postoj společnosti k člověku. Haškovcová ho nazývá konfliktem (1989, s. 17). Na jedné straně chceme staré lidi ctít a milovat, což je v souladu s našimi velkými ideály. Na druhé straně staré lidi zatracujeme a nechceme s nimi mít „nic společného“, dráždí nás svou pomalostí, svým zevnějškem, svou zdánlivou nebo opravdovou neschopností.

Vágnerová tento postoj popisuje dokonce jako spíše negativní (2000, s. 443). Stáří je chápáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat, v nejlepším případě si zachová část toho, co získal dříve. Jeho zkušenosti i kompetence ztrácejí svůj význam, pro společnost není takový člověk ničím přínosný. Hodnotový systém

dnešní společnosti, zdůrazňuje zachování všech, především biologicky podmíněných kompetencí mládí (mladistvého vzhledu, výkonu atd.), staré lidi silně znevýhodňuje.

Současným trendem je propagovat mládí, flexibilitu, úspěch a zdraví. Stárnutí se však netýká pouze starých lidí, ale celé společnosti. Populace osob starších 60 let tvoří ve vyspělých zemích světa 22 % společnosti, v České republice 21 % a je reálný předpoklad, že toto procento bude nadále stoupat (ŠTILEC 2004, s. 12). Lékaři v souhrnu věnují přes 50 % své pracovní doby řešení problémů těchto pacientů. Vzhledem k tomu, že se délka středního věku neustále prodlužuje, je nezbytným požadavkem nejen zkvalitnění lékařské péče, ale i využití poznatků dalších oborů, které mohou, zvláště v oblasti prevence, nabídnout řadu zásadních námětů.

1.2 Odchod do důchodu

Při odchodu do důchodu se člověk vyrovnává nejen s novým postavením ve společnosti, ale také s novou organizací svého života. Člověk, který byl do této doby aktivní a svůj den měl do posledního detailu naplánovaný, najednou zjistí, že má plno volného času.

Haškovcová (1989, s. 46) podotýká: „V současném světě je uznávanou rolí být pracujícím. Ztráta této dominantní role znamená tragické vykojení.“ Člověk může mít pocit vydědence společnosti. Být důchodcem znamená mít roli nemít roli.

Pichaud a Thareauová (1998, s. 27) popisují odchod do důchodu jako důležitý životní moment, zlom, který označuje konec jednoho období a počátek dalšího období. Přirovnávají ho k dospívání: „Nelze se už upínat na minulost a zároveň nevíme, co přijde v budoucnosti. Rozdíl je však v tom, že dětství a dospívání připravují člověka na dospělost, kdežto důchod představuje pro mnoho lidí odchod ze života dospělých a vstup do stáří, přiřazení ke skupině starých lidí, blízkost smrti...“ Odchodem do důchodu mění člověk svou identitu.

Také Vágnerová (2000, s. 465) označuje odchod do důchodu jako jednoznačný znak stáří. Podle ní je potvrzením ztráty výkonnosti a z toho vyplývající závislosti na společnosti, která starému člověku důchod poskytuje.

Odchodem do důchodu člověk symbolicky odchází ze společnosti do svého soukromí, někdy bychom mohli říci až do izolace.

„Skupinu starých lidí v důchodu lze považovat za určitou sociální minoritu, která je majoritní společností chápána jako nevýznamná, neužitečná a neproduktivní. Je definována ekonomickou závislostí na společnosti a omezenou možností do dění této společnosti nějak zasahovat.“

Společnost upozorňuje, že je třeba mít ke starým lidem ohled a poskytovat jim potřebné zabezpečení, ale nepovažuje za nutné brát v úvahu jejich názory.

Někteří lidé nejsou k odchodu do důchodu motivováni a snaží se udržet v zaměstnání co nejdéle. Jejich motivací může být např. skutečný zájem o profesi, potřeba uchování sociálního statusu daného profesí, potřeba zachovat určitý životní styl, potřeba kontaktu s lidmi, ekonomické důvody.

V této době je také velice důležitá rodina. Starší člověk potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí a to mu může blízká rodina zajistit. Přestane sice chodit do práce, ale pomáhá v rodině (např. hlídá děti, vyřídí drobné pochůzky...). Nemá pocit méněcennosti a jeho den dostává určitý řád.

1.3 Tělesné a psychické změny

Jak už bylo zmíněno, ve stáří se člověk musí vyrovnávat s mnoha novými věcmi, nejen tedy že se mění jeho sociální postavení ve společnosti, ale také dochází ke změnám tělesným i psychickým.

1.3.1 Tělesné změny

Mezi tělesné změny patří například stárnutí smyslových orgánů. Staří lidé si často stěžují, že jejich zrak již „není, co býval“. Stěžují si na zhoršení schopnosti zaostřovat na různé vzdálenosti, především na blízko. To je způsobeno tím, že stárnoucí oční čočka postupně ztrácí pružnost a tedy i schopnost zaostřovat.

Také se sluchem má mnoho starých lidí problémy, sluch v průběhu dospělosti postupně slábne. Již v padesáti letech má řada lidí alespoň za určitých okolností (například při naslouchání slabým zvukům) horší sluch.

Zřejmé ztenčování a vrásnění kůže starých lidí vede ke změnám citlivosti hmatu. Skutečně je potvrzeno, že staří lidé mají vyšší hmatový práh citlivosti (je tedy třeba větší stimulace kůže, aby byl dotyk zaregistrován).

U některých starších lidí bylo také zjištěno zvýšení prahu citlivosti na bolest – starší lidé jsou údajně schopni snášet intenzivnější podněty, aniž by je vnímali jako bolestivé. Může to souviset se snížením počtu smyslových receptorů ve stáří (STUART-HAMILTON, 1999, s. 27-34).

Mezi další fyziologické změny patří zejména:

- svrašťování a vysušování kůže;
- ubývání a šedivění vlasů a chlupů;
- ochabování svalstva, ubývání kostní hmoty;
- rychlejší únava dýchací soustavy, hlavně při námaze;
- postupně se mění hormonální produkce;
- přetváří se imunitní systém.

1.3.2 Psychické změny

V období stáří se mění i mnohé psychické funkce. Některé z těchto změn jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem různých psychosociálních vlivů.

1. Biologicky podmíněné změny mohou mít různý charakter:

- změny, které jsou pouhým projevem stárnutí, a lze je z tohoto hlediska považovat za normální (např. celková pomalost, obtíže v zapamatování a vybavování, snížení frustrační tolerance atd).
- změny, které vyvolal nějaký chorobný proces, a nelze je proto hodnotit jako pouhý důsledek stárnutí.

Změny podmíněné stárnutím se často projevují zpomalením reakcí. Příčinou může být snížená produkce klíčových neurotransmiterů, které umožňují přenos nervových impulzů. Jinou příčinou tohoto zpomalení může být i změna průtoku

krve mozkovými cévami. Za těchto okolností nemůže člověk plně využívat všechny nové informace, které přicházejí, nedokáže je dostatečně rychle zpracovávat, a proto není schopen uvažovat o více faktech najednou. V důsledku toho se jeho myšlení zpomaluje a ochuzuje.

2. Psychosociálně podmíněné změny. Postupný pokles funkčních rezerv a zhoršení adaptačních schopností, včetně inteligence, mohou ovlivňovat i různé psychosociální faktory:

- individuálně specifický životný styl
- očekávání a postoje společnosti, které manipulují staré lidi k přijetí určitého modelu chování, k pasivitě, jejímž důsledkem je stagnace a úpadek kompetencí, které přestaly být využívány.

Celkově lze říci, že psychické změny v období stáří závisí jak na biologických, tak na sociokulturních vlivech. Doba, kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat, jejich dynamika i způsob, jakým na ně starý člověk reaguje, jsou individuálně rozdílné (VÁGNEROVÁ 2000, s. 447-451).

2. Umírání a smrt – psychosociální hledisko

Thanatologie je nauka o smrti i o okolnostech okolo ní, zabývá se otázkami umírání a smrti (KOL. AUTORŮ A KONZULT. ENCYKLOPEDICKÉHO DOMU 1996, s. 333)

Podle Haškovcové (2002, s. 202) jsou umírání a smrt velkými lidskými a obtížnými odbornými tématy. Na oba fenomény je možno pohlížet z filozofického, teologického, psychologického i sociálního hlediska. Prakticky je však umírání i smrt především údělem člověka. Obojí nás v individuální budoucnosti čeká a nemine. Tato zneklidňující a jediná jistota je zahalena do nejistoty: nikdo z nás neví, kdy se tak stane, ani jakým způsobem se tak stane. V běžné každodennosti však lidé žijí zpravidla tak, jako by měli žít věčně. Většina společnosti podporuje tzv. strategii popření.

Někdy se nám až může zdát, že smrt přestává být součástí našeho života. Stárnoucí osoby umírají v ústraní, jaksi „neviditelně“. Současná televize a další mediální prostředky předvádějí smrt jako mnohokrát denně opakovanou skutečnost. Je nereálná, odehrává se na obrazovce jako něco, co se diváka osobně nedotýká (srov. BŘICHÁČEK: Důstojný odchod).

Právem se hovoří o tom, že smrt byla především ve 20. století, a výrazně pak po druhé světové válce, tabuizována. Důvodů je celá řada a výsledkem je skutečnost, že se lidé pravděpodobně neobávali nikdy tolik smrti jako právě dnes.

Zatímco ve světě byl zahájen proces postupné detabuizace problematiky umírání a smrti zhruba počátkem sedmdesátých let 20. století, u nás přetrvávalo, v důsledku jisté ideologizace těchto problémů, hluboké mlčení. Neudivuje tedy, že právě po roce 1989 dochází i u nás k zvýšenému a otevřenému zájmu o tuto složitou a naléhavou problematiku. Dlouhodobá absence přirozené reflexe problémů umírání a smrti však způsobila, že se většina laiků i odborníků zajímá pouze o některé atraktivní otázky umírání a smrti.

Složitou problematiku umírání a smrti je vhodné z metodického hlediska nejprve utřídit, osvojit a poté v následných rozpravách respektovat. V opačném případě tedy hrozí, že diskuse na dané téma budou především emotivně laděné a

individuální názor bude improvizací, vypovídající o nezvládnutí problematiky a zastihující podstatu pojednávané věci.

Především je třeba upozornit na podstatu zájmu moderního člověka o fenomén smrti. Tematizovat smrt není nic morbidního, nýbrž opravdová snaha otevřít problém smyslu konečného lidského osudu. Lidský život je vymezen zrozením i smrtí (HAŠKOVCOVÁ 2002, s. 202-203).

Vždyt' dříve bylo narození i smrt veřejnou událostí, spojovanou s mnoha rituály, které měly člověku pomoci se vyrovnat se světem v rovině náboženské i světské (NAVRÁTILOVÁ 2004, s. 184).

Celé generace byly srozuměny se smrtí a jednotlivci se v průběhu krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí, nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila.

To, co dnes vnímáme jako „kulisu dobrého umírání“ je spíše idealizovaná představa než někdejší prostá realita. Smrt byla běžnou součástí života a byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špině a bez jakékoliv pomoci. Umírání bylo relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Lze říci, že lidé krátce stonali a rychle umírali.

Podle Haškovcové (2002, s. 204-216) je pojem umírání v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkčních tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors). Terminální stav můžeme chápat jako „vlastní umírání“. Pojem umírání však ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav.

Umírání je především proces. Teoreticky je možné uvažovat ad absurdum a konstatovat, že v jistém slova smyslu umíráme od narození. Vývoj smrti je podmiňován a život je umožňován smrtí .

Někteří odborníci rozdělují proces umírání na tři časově nestejná, ale výrazná období: *pre finem, in finem a post finem* .

2.1 Období PRE FINEM

Období **pre finem** začíná tam a tehdy, kdy vejde v odbornou, případně laickou, tedy pacientovu povědomost, že nemoc konkrétního člověka je vážná a perspektivně neslučitelná se životem. Smrt je pak v určitém i relativně dlouhém čase (týdny, měsíce) vysoce pravděpodobná. Umírání v tomto smyslu je proces, jehož začátkem je diagnóza vážné, dlouhodobé a prognosticky neblahé nemoci. Po celé toto období je třeba nejen usilovat o dosažení remise, popř. alespoň zmírnění obtíží strádajícího, ale také s ohledem na pravděpodobnost zlého konce nemocného úskalími nemoci vést. Konfrontace nemocného s bolestí a situací nemoci je výrazná, a jen zřídka je uplatněn tak silný mechanismus strategie popření, že vyplní celý čas života s nemocí. Nemocný musí bezpečně vědět, že kromě lékařské pomoci mu bude poskytnuta též pomoc psychologická a lidská. Nemocného je bezpodmínečně nutné uchránit od tzv. psychické a sociální smrti. Nikdo by neměl zemřít dříve psychicky než fyzicky.

2.1.1 Milosrdná lež

V této chvíli bychom se také mohli pozastavit nad otázkou, zda říci pacientovi pravdu o jeho nemoci a nebo, zda je „lepší“ se uchýlit k milosrdné lži (pia fraus). Svatošová (2003, s. 18) zastává názor, že pacient by měl znát celou pravdu, ale zároveň se mu nesmí vzít naděje – to je kus umění a stále se v tom hodně chybí. Mnoho lékařů buď neřekne nemocnému nic, anebo ho naopak zahltí spoustou informací v příliš krátkém čase, pacient je nestačí vstřebat, takže si ze slyšeného vybere jen co chce. V každodenní lékařské praxi nastávají situace, kdy je s nemocným nutno otevřeně hovořit nejen o nemoci, ale i o smrti. Ovšem ne v době, kdy se to hodí lékaři, ale v době, kterou si sám zvolí pacient. Na začátku onemocnění pacient obvykle ještě smysl choroby nehledá. V hospici už tomu bývá jinak. Zde už má podle Svatošové většina nemocných naléhavou potřebu pochopit smysl situace, v níž se ocitla a otázka „proč“ nebo „k čemu“ je na denním pořádku. Personál by měl brát nemocného vážně, jeho problémy nebagatelizovat, ale pomoci mu hledat odpovědi na jeho otázky (srov. SVATOŠOVÁ: Milosrdná pravda místo (ne)milosrdné lži). I Haškovcová zdůrazňuje (2002, s. 208), že každý vážně

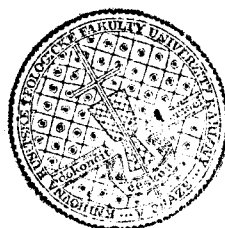
nemocný by měl mít alespoň jednoho člověka, se kterým bude podle potřeby volně hovořit a který bude respektovat oprávněný nárok na tzv. otevřenou komunikaci.

Sdělení pravdy o nemoci se netýká pouze pacienta, ale také jeho rodiny. I ta musí být plně informovaná. Podle Svatošové i Kübler-Rossovové celá pravda „pročistí“ vzduch, lidé k sobě mají blíže, dokáží si užít poslední společné chvíle, uspořádat své poslední věci a také si vyříkat nejasnosti a křivdy. Takoví nemocní zpravidla umírají klidně a důstojně. Připravit se na smrt svou a smrt svých blízkých předpokládá o smrti přemýšlet a také o ní včas mluvit.

Kübler-Rossová na otázku, „*zda je lepší, aby lékař hovořil s příbuznými jinde, než právě u lůžka pacienta v komatu*“, ve své knize „Otázky a odpovědi o smrti a umírání“ (1994, s. 4) odpovídá: „Snažím se hned zpočátku naučit své mediky, externí i interní, že pacienti v bezvědomí jsou často schopni slyšet a plně si uvědomují, co se v místnosti děje. Protože dávám v komunikaci s vážně nemocnými pacienty přednost naprosté otevřenosti a upřímnosti, nijak mi nevadí, když nemocný člověk slyší, co o vážnosti jeho choroby říkám příbuzným.“

Může také nastat situace, že rodina je informována o vážnosti nemoci svého blízkého, ale nepřeje si, aby on sám věděl celou pravdu. Pak začíná tzv. „hra na schovávanou“. Kübler-Rossová doporučuje tuto situaci řešit vyslechnutím rodiny a zjištěním z čeho přesně mají obavy. Tyto obavy se jim pak pokusí pomoc překonat, aby i oni mohli čelit skutečné realitě a vyrovnat se s ní. Bez pochopení celé situace a vyrovnání se s ní, nemůže rodina nemocnému pomoci.

Podle Svatošové je tedy milosrdná lež velmi často ve skutečnosti krutě nemilosrdná, a to hned z několika důvodů. Člověka obvykle připraví o možnost se připravit, dát si včas do pořádku své záležitosti, nejen majetkové, ale především vztahové. Navíc člověka ponižuje, někdy i uráží, dělá z něho hlupáka. Připraví ho o pocit bezpečí, nemocný se ocitá v izolaci, nemá nikoho, kdo by byl ochoten s ním hovořit otevřeně o tom, co se mu honí hlavou. Zpravidla to také velmi naruší vztahy v rodině, které mohly být celá dlouhá léta upřímné a kvalitní – a najednou taková zrada a odcizení.



Nemocní by tedy měli být informováni o vážnosti své situace. Může ovšem nastat i situace, že by pacient „neunesl“ celou pravdu o své nemoci. Lékař pak může využít možnosti zámlky, ale nikdy není nutné lhát.

2.1.2 Vyrovnávání se s nemocí – fáze dle Kübler-Rossové

Umírání a smrt se bohužel netýká pouze starých lidí, kteří zemřou „přirozenou cestou“, tedy sešlostí věkem, ale také i lidí mladších, kteří umírají na nevléčitelné nemoci. Sdělení pravdy o závažnosti nemoci je pouze jeden z mnoha kroků na dlouhé cestě.

Pacienti i jejich nejbližší se postupně s realitou vyrovnávají a procházejí jednotlivými „fázemi“, které popsala na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími dr. Elisabeth Kübler-Rossová (1993, s. 35-120) Těmito fázemi prochází každý pacient jinak, pokaždé jsou jinak dlouhé a různě se střídají. Často se může stát, že nemocný, který právě překonal určitou fázi „nepostoupí dopředu“, ale vrátí se do fáze předchozí.

1. stadium – popírání a izolace

První pacientovou reakcí na zprávu o terminální povaze jeho onemocnění může být dočasný šok, otřes, z nějž se postupně zotavuje. Když počáteční ochromení začne ustupovat a člověk najde sílu znovu se vzchopit, jeho obvyklým dojmem je: „Ne, to se určitě netýká mě, to není možné“. Někteří přesvědčují sami sebe, že se jejich rentgenové snímky zaměnily za snímky někoho jiného, nebo že se lékaři mýlí. Často proto pak opakovaně navštěvují různé lékaře a přejí si, aby potvrdili, že původní výsledek byl pouhým omylem.

2. stadium – zlost

Zatímco první stadium, stadium popírání, jsou lidé v okolí nemocného schopni přijímat a tolerovat v podstatě bez problémů, pro stadium zlosti nachází pacientova rodina a zdravotnický personál porozumění jen obtížně. Pacientův hněv se totiž obrací na všechny strany, vybíjí se skoro na každém, kdo mu přijde právě do cesty. Podle nemocného jsou doktoři neschopní, nevědí jaké mají dělat testy, co

nasadit za dietu, drží člověka v nemocnici zbytečně dlouho, nerespektují jeho přání, rodina ho navštěvuje v nevhodnou dobu... Ať se nemocný člověk v takovou chvíli podívá kamkoli, všechno je jen pro zlost.

Často příliš o příčinách pacientova hněvu nepřemýšlíme a bereme si je osobně, ačkoli se nás hněv vůbec netýká. Může se stát, že rodina se takovému pacientu začne vyhýbat, zkracovat své návštěvy na minimum nebo se pouštět do zbytečných hádek.

3. stadium – smlouvání

Třetí stadium je pro pacienta stejně důležité, jako stadia předešlá, přestože trvá jen krátký čas. Je to doba, kdy se pacient snaží dosáhnout určité dohody, jak s Bohem, tak s lékaři...Kübler-Rossová popisuje příběh o pacientce, operní pěvkyni, které zhoubné nádorové onemocnění zdeformovalo bradu a část tváře. Když už nemohla vystupovat na jevišti, žádala o možnost „vystoupit ještě alespoň jednou“. Když pochopila, že to není možné, zinscenovala snad nejdojemnější a nejpůsobivější představení ve svém životě – požádala, aby směla přijít na seminář a vystoupit tam před posluchači: přímo, ne skrytá. Vyprávěla příběh svého života, historii svého úspěchu i své tragédie, až ji telefonem vyzvali k návratu do jejího pokoje. Ošetřující lékař a dentista byli připraveni vytrhnout jí všechny zuby, aby mohli pokračovat v ozařovací terapii. Pacientka požádala, aby mohla ještě jednou zazpívat, než bude muset navždycky skrývat svou tvář.

4. stadium – deprese

Když smrtelně nemocný pacient nemůže už dál svou nemoc popírat, když je přinucen podstoupit řadu operací nebo léčebných zákroků, když přibývá zjevných příznaků nemoci a ubývá sil, nemůže se tomu všemu už dál vysmívat. Jeho zaraženost nebo stoicismus, jeho zlost a hněv brzy vystřídá pocit velké ztráty a deprese.

Nevyléčitelně nemocný si musí projít určitým hlubokým „přípravným“ smutkem, aby se připravil na konečné rozloučení s tímto světem.

Kübler-Rossová toto stadium tedy dělí na dva druhy depresí: první označuje jako reakční depresi (např. ztráta zubů pro již zmíněnou operní pěvkyni) a druhou jako depresi přípravnou. Ke každém bychom měli přistupovat jiným způsobem.

Reakční deprese

Často je způsobena pocitem viny nebo studu. Ženu, která se trápí tím, že už není ženou, můžeme pochválit pro nějakou obzvláště ženskou vlastnost, můžeme ji ujistit, že je stále toutéž ženou, jakou byla před operací. Pacientce s rakovinou prsu velmi pomohla k obnovení ztracené sebeúcty prsní protéza.

Přípravná deprese

K tomuto typu deprese nedochází následkem minulé, už utrpené ztráty, ale naopak v důsledku ztrát očekávaných, hrozících. Je-li však deprese jakýmsi nástrojem, jehož prostřednictvím se nemocný připravuje na nastávající ztrátu všech milovaných, je-li cestou pro snazší dosažení konečného smíření, pak nějaká povzbuzování a ujišťování nejsou tak docela namístě. Neměli bychom pacienta nutit, aby pohlížel na světlé stránky věcí, protože to by znamenalo, že má přemýšlet o své nastávající smrti. Pacient je ve stavu, kdy ztrácí všechno a všechny, které miluje. Je to doba, kdy pacient může požádat o modlitbu, kdy se zaobírá spíše tím, co bude, než tím, co bylo. Je to čas, kdy přílišné zasahování návštěvníků zvenčí, kteří se jej pokouší rozveselit, spíše brání citové přípravě, než aby jí napomáhalo.

5. stadium – akceptace

Páté stadium je dosažení stavu, kdy nemocný už není deprimován, ani necítí zlost na svůj osud. Je schopen vyjádřit své předchozí pocity, svou někdejší nenávist vůči žijícím a zdravým, svou dávno vyprchanou zlost na ty, kteří nemusejí čelit svému konci tak brzy.

Nemocný je unaven a ve většině případů zcela zesláblý, často upadá do krátkého spánku.

Je to také období, kdy rodina obvykle potřebuje více pomoci, porozumění a podpory, než sám pacient. Když umírající člověk dojde vnitřního míru a akceptace,

okruh jeho zájmů se zúží. Nepřeje si být vyrušován zprávami a problémy týkajícími se vnějšího světa.

Komunikace se stává stále více neverbální, ubývá slov.

2.2 Období IN FINEM

Situace **in finem** je totožná s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Sem bychom také mohli zařadit pátou fázi Kübler-Rossové.

„**Smrt** je individuální zánik organismu, tedy také člověka. V jistém smyslu se dá říci, že člověk umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život je umožňován smrtí. Biologové hovoří o programu života, který je střídán smrtí, anebo o programu smrti, k jehož spuštění dojde poté, kdy byl vyčerpán program života. Na bázi genetického programování vznikl i pojem **smrtné hodiny**.“ (HAŠKOVCOVÁ 2000, s. 74).

Podle Haškovcové (2002, s. 209-211) vypadla smrt jako fenomén z běžného pole sociální pozornosti lidí všech věkových skupin a sociálních rolí. Umírání a smrt se diskrétně odehrávají mimo naši pozornost. Společnost odsunuje umírajícího do instituce a tam je profesionálně opět odsunut: smrt je opouzdřena bílou plentou.

Dříve mělo umírání svůj řád. O nemocného pečovala především jeho rodina, to znamená, že péče o těžce nemocné a umírající byla převážně laická. Umírání „pod dohledem“ lékaře začíná až ve 20. století. Výjimku samozřejmě tvořili bohatí, kteří měli vždy svého lékaře.

Nemoc v určitém časovém předstihu signalizovala smrt, rodina či pečující vždy znali svou roli, tu brali jako samozřejmost. I nemocný věděl, co se rámcově bude dít, až přijde jeho „poslední“ hodinka. Vždyť i on většinou ve svém životě sehrál roli doprovázejícího.

„Z generace na generaci přecházela nejen zkušenost, jak pečovat, ale také prožitek, co je to umírání a smrt zblízka“ (HAŠKOVCOVÁ 2002, s. 210).

Péče o nemocné se postupem času přesunula do nemocnic, zde je umírajícím poskytována veškerá potřebná péče, ale chybí lidský kontakt. Umírání a smrt ztratily prvky sociálního aktu.

Počátkem třicátých let 20. století začal zvyk izolovat umírající. Tehdy vládlo v odborných kruzích přesvědčení, že takový postup je správný a vysoce humánní. Teprve koncem padesátých let 20. století dochází k postupnému odstraňování „bílé plenty“. Začalo se hovořit o tom, že bílá plenta zesiluje pocit osamění. Umírající nechce být sám a ve většině případů touží po přítomnosti druhého člověka.

V mnohých nemocničních zařízeních byla tedy praxe bílé plenty opuštěna, ale jak namítá Haškovcová (2002, s. 212-216), odstrčenou smrt nelze jen obnažit, je nutné ji také zlidštit. Je třeba hledat nový a vhodný rituál, který by byl přijatelný pro obě strany a který by respektovat kombinaci tradičního, domácího modelu umírání a moderní lékařské formy pomoci a péče.

Dlouhou dobu převládalo všeobecné přesvědčení, že nemocní potřebují přísný klid a pořádek. Ten byl zajištěn tak, že veřejnost, a tedy i příbuzní, byli vyloučeni z účasti na péči o těžce nemocné a umírající.

Naštěstí se od této praxe postupně ustupovalo a dnes mohou rodiny nemocného kdykoliv navštívit.

Vzkřísit tradiční model (domácí) není možné, ale zkultivovat ten současný je nutné. Například v některých nemocnicích má každý nemocný, právě tak jako umírající, právo na přítomnost svých blízkých. Někde dokonce praktikují tzv. kombinované hospitalizace, což znamená, že je do péče přijat nejen pacient, ale také jeden člen jeho rodiny. Tento způsob se uplatňuje zejména v případech těžce nemocných a umírajících dětí.

V našich podmínkách kombinované hospitalizace naráží na celou řadu překážek zejména finančního a technického rázu. Kontinuální nebo denní návštěvy je však nutné bezpodmínečně umožnit.

Mezi další speciální zařízení, které se v současné době budují, patří hospice. Pojem hospice znamená původně útulek, útočiště. Termín hospice byl používán již ve středověku pro tzv. domy odpočinku pro poutníky, kteří byli na dlouhé cestě do Palestiny. Smyslem speciální péče nesoucí název Hospice je zajistit potřebným důstojné umírání. Při zmínění hospice nesmíme zapomenout také na pojem „paliativní péče“, která je s ním úzce spjatá.

V České republice byl otevřen první hospic 8. prosince 1995, a to Hospic Anežky České v Červeném Kostelci.

2.2.1 Eutanazie

V poslední se o eutanazii diskutuje poměrně často, a to v kruzích jak odborných, tak i laických.

Slovo eutanazie je řeckého původu. „eu“ znamená dobrý, „thanatos“ smrt. Původním obsahem pojmu byla dobrá smrt, která prakticky korelovala s představou a přáním lehké smrti. Většina lidí by si přála zemřít rychle, tiše, bez bolesti, nejlépe ve spánku a samozřejmě až v závěru dlouho spokojeného života. Zemřít lehkou smrtí se pokládá za štěstí svého druhu. Je nesporným paradoxem, že lehký skon je dnes méně častý než v minulosti, neboť dobře míněné terapeutické intervence mají nezřídka za následek dystanazii. Stav, kdy návrat do života je nereálný a kdy zemřít je „nemožné“, je těžce prožíván nejen umírajícími, ale i všemi zúčastněnými. Často právě nelehké umírání, spojené s bolestí iniciuje úvahy o milosrdné smrti.

V současné době je pojem eutanazie rezervován pro milosrdnou smrt, smrt ze soucitu, smrt z útrpnosti. Konkrétní formy milosrdné smrti mohou být různé:

- eutanazie aktivní – pacient trpí nevléčitelnou nemocí, která má neblahou prognózu, smrt lze reálně očekávat v krátké době, pacient je vystaven nesnesitelnému utrpení a opakovaně žádá urychlení smrti, vykonavatelem aktivní eutanazie je lékař;
- eutanazie nevyžádaná – je variantou aktivní eutanazie a liší se tím, že pacient není schopen o urychlení smrti požádat;
- eutanazie nedobrovolná je nejen nevyžádaná, ale dokonce nechtěná, verifikovat pacientovu vůli a odlišit nevyžádanou eutanazii od nechtěné je metodicky nemožné;
- eutanazie pasivní – je ekvivalentem odnětí nebo přerušování léčby, nikoliv však ukončením péče, bývá interpretována jako právo na „přirozenou smrt“, a proto má mnoho zastánců.

Postupy DNR (do not resuscitate) jsou takové postupy, které dovolují za určitých podmínek, popřípadě s přihlédnutím k přání nemocného, které je dáno dopředu, a s použitím systému medicínských kritérií pro ukončení zejména mimořádných terapií zastavit léčbu. Bezprostředním důsledkem pro pacienta je smrt. Programy DNR jsou používány zejména na anesteziologicko-resuscitačních odděleních.

Asistovaná sebevražda – pacient je nevléčitelně nemocný, povaha nemoci má neblahou prognózu, trpí nesnesitelnými bolestmi a přeje si zemřít, žádá lékaře o prostředek nebo metodickou radu, jak odejít ze života. Asistence lékaře je odborná, akt ukončení života však provádí pacient sám.

Ve většině zemí je lékařům uložena povinnost ulehčit umírajícímu nesnadné umírání, a proto bývá tolerována tradiční, tzv. situační etika. Lékař provede ukončení léčby a umožní vstup smrti „bez příkazu“. Situační etika se v minulosti používala v závěru života poměrně často (lékař s přeplněnou stříkačkou morfia), neboť pro ni existovaly vhodné podmínky: lékař nemusel zvažovat, zda další léčba bude efektivní či marná, neboť evidentně všechny dostupné prostředky vyčerpал a mohl autoritativně rozhodnout, neboť pacienta znal, měl povědomost o jeho předpokládaném přání a uskutečňovaná pomoc byla vymezena dyadickým rámcem péče. Dnes jsou podmínky pro situační etiku jen výjimečně příznivé, častěji nevhodné. V současném systému péče (týmová práce, „nekonečné“ možnosti terapeutických zásahů, partnerský přístup a právo nemocných na sebeurčení) je stanovení kritérií pro ukončení terapie opodstatněným nárokem.

Aktivní eutanazie není uzákoněna nikde na světě. V některých státech je však povolena asistovaná sebevražda, v jiných je uzákoněna beztrestnost aktivní eutanazie (např. Holandsko, nověji Belgie). Většina států je tolerantní k pasivní eutanazii. U nás je eutanazie zakázána a asistovaná sebevražda je pokládána za trestný čin. (VORLÍČEK, ADAM, POSPÍŠILOVÁ A KOL. 2004, s. 444-447)

2.3 Období POST FINEM

Smrtí vše končí pro nemocného člověka, ale pro příbuzné a rodinu život nekončí, je třeba se začít postupně vyrovnávat s odchodem blízké osoby, popř. zařizovat „poslední rozloučení“. Tento čas bychom také mohli nazvat obdobím **post finem**.

představitele rodin, nicméně Ex 24,1 stanovuje pevný počet 70. Právě na tento vnitřní kruh sedmdesáti starších vylil Hospodin Ducha, aby se mohli s Mojžíšem podílet na řízení lidu (Nu 11,25). „*Jdi, shromážď izraelské starší a pověz jim: „Ukázal se mi Hospodin, Bůh vašich otců, Bůh Abrahamův, Izákův a Jákobův, a řekl: Rozhodl jsem se vás navštívit, vím, jak s vámi v Egyptě nakládají.“ (Ex 3,16); „Potom Mojžíšovi řekl: „Vystup k Hospodinu, ty i Áron, Nádab a Abihú a sedmdesát z izraelských starších. Budete se zdálky klanět.“ (Ex 24,1); „Hospodin sestoupil v oblaku, promluvil k němu a odebral z ducha, který byl na něm, a dal jej těm sedmdesáti starším. Sotva na nich duch spočinul, prorokovali, ale potom už nikdy.“ (Nu 11,25).*

Pokud tedy nějaká společnost nechovala úctu ke staří, svědčilo to o jejím úpadku „*V lidu bude popohánět jeden druhého, druh druhu, chlapec zaútočí na starého, bezectný na váženého.“ (Iz 3,5).* Tak tomu bylo například u Babyloňanů, kteří „neměli soucit se starci ani kmety“. Úcta ke staří přinášela společnosti požehnání.

Písmo nepřehlíží ani slabost stáří „*Nezamítej mě v čas stáří, neopouštěj mě, když pozbývám sil.“ (Ž 71,9).*

O přechodu ke „staří“ se hovořilo u věku 60-ti let. Takto šedesátiletý - k síle, devadesátiletý - k sehnutí, stoletý - jakoby již zemřel, odešel a zmizel z tohoto světa.

Staří se stane darem, pokud je středem lidského života Bůh. Vše, co není vyváženo na střed, visí křivě. S Bohem ve středu získává život svůj smysl, neboť „*všechno zmohu v tom, který mě posiluje“ (F 4,13).* Je-li člověk „sám“, zdaleka ještě nemusí být „osamělý“. (ABELN, KNER 1995, s. 44)

Staří a víra. Myslím, že toto spojení určitě patří dohromady. Někteří staří lidé mívají pocit samoty a právě víra jim v této samotě může pomoci. Už jen to, že navštěvují kostel, jim dává pocit sounáležitosti do určité skupiny lidí.

Křivohlavý (2002, s. 55-66) uvádí ve svém zamyšlení „Véra a zdraví“ vztah mezi vírou a mortalitou či dlouhověkostí. Příkladem k tomuto tématu uvádí tzv. studii „Alameda“. V této studii bylo velké množství lidí zdravotně sledováno po

dobu 28 let. Při původním vyšetření byla účastníkům mimo jiné kladena i otázka, zda navštěvují nebo nenavštěvují kostel. Při zpracování zjištěných dat byli účastníci rozděleni do dvou skupin. Porovnáním úmrtnosti těch, kteří uvedli, že nechodí do kostela s těmi, kteří uvedli, že do kostela chodí, se zjistilo, že tato skupina vykazuje o 23 % vyšší úmrtnost. Dále byli účastníci šetření, kteří navštěvují kostel, rozděleni do dalších dvou skupin. Do jedné byli zařazeni lidé, kteří uvedli, že chodí do kostela jednou týdně nebo častěji, a do druhé ty, kteří uváděli, že chodí jen jednou za měsíc nebo ještě méně. V tomto případě u druhé skupiny byla mortalita o 36 % vyšší.

To, že si lidé až ve stáří často uvědomují svou víru, souvisí s naší dobou „rychlého žití“. V současné době stálého mládí můžeme realitu vlastní smrtelnosti na čas popřít, ve svém podvědomí, nejsme schopni možnost své smrti pochopit, a tak sami pro sebe věříme v nesmrtelnost. Kübler-Rossová (1992, s. 13) ale vysvětluje, že i přes popření vlastní smrtelnosti, smrt vnímáme (např. smrt našeho souseda, počty lidí usmrcených při autohaváriích). Všechny tyto zprávy se ale týkají cizí smrti.

Tak jako ke stáří patří víra, patří k němu také modlitba. Abeln a Kner (1995, s. 46-47) zmiňují, jak je modlitba v lidském životě cosi zcela důležitého. „Modlete se za mne“ prosívají lidé, protože jim záleží na tom, aby je druzí zahrnuli do svého rozhovoru s Bohem, neboť věří, že přimluva druhých pomáhá.

Dříve byla modlitba v rodině naprostou samozřejmostí. Tvořila pevnou součást dne. Lidé se modlili společně ráno, v poledne, večer. Dnes se podle Abelna a Knera dostala modlitba do těžké krize. Mnozí žijí prostě jen ze dne na den. Na modlitbu už jim nezbyde čas.

Zdraví patří k tomu nejdůležitějšímu v lidském životě. K narozeninám, na přelomu roku i při nejrůznějších setkáních si navzájem kromě úspěchů a štěstí přejeme zejména hojnost zdraví. I přes všechna upřímná přání nám občas zdraví sloužit přestane a objeví se nemoc. Hledáme lékaře, který by nám zdraví vrátil a toužíme pochopitelně najít toho nejlepšího a nejschopnějšího. Otázky zdraví a nemoci se nás bytostně dotýkají. (SÁZAVA 1998, s. 68)

Stáří je s nemocemi spojováno. Pokud se dozvíme o někom mladém, že je těžce nemocný, je nám ho líto. Pokud se ovšem tuto informaci dozvíme o někom starším, už to pro nás není překvapující. Samozřejmě nikomu žádnou zlou nemoc nepřejeme, ale ke stáří nemoci patří.

Je zajímavé si porovnat, jak přijímali nemoc lidé v dřívějších dobách. Podle Biblického slovníku (NOVOTNÝ 1956, I. díl, s. 489-490) byla ve středověku nemoc všeobecně považována za trest božstev pro nedodržování hlavně kultických předpisů a náboženských ustanovení, takže výrazy označující „hřích“ jsou současně výrazy označující nemoc.

U Platona je nemoc pokládána také za obraz mravního provinění, jež vede k vnějšímu neštěstí. Toto hledisko převládá ve Starém zákoně, jenže zde nejde o pouhý obraz, nýbrž o příčinnou souvislost mezi hříchem a Božím trestem. „*Jestliže nebudeš bedlivě dodržovat všechna slova tohoto zákona, napsaná v této knize, a bát se toho slavného a hrozného jména Hospodina, svého Boha, dopustí Hospodin na tebe i na tvé potomstvo neobyčejné rány, rány veliké a vytrvalé i nemoci zlé a vytrvalé.*“ (Dt 28,58-60). Odpuštění nepravosti a uzdravení ze smrtelné nemoci spolu těsně souvisí. „*On ti odpouští všechny nepravosti, ze všech nemocí tě uzdravuje, vykupuje ze zkázy tvůj život, věncí tě svým milosrdenstvím a slitováním*“ (Ž 103, 3-4).

Nejen jedinci, ale i celé národy mohou být trestány nemocí za své hříchy. „*Ach, pronárodě hříšný, lide obtížený vinou, potomstvo zlovolníků, synové šířící zkázu! Opustili Hospodina, Svatého, Boha Izraele, znevážili, odcizili se mu.*“ (Iz 1,4).

Nový zákon převzal z velké části starozákonní názor nemoci, i když nevylučoval přirozené příčiny. „*Tedy k němu přivedli posedlého, který byl slepý i němý; a uzdravil ho, takže ten němý mluvil i viděl.*“ (Mt 12,22). Ježíš však prolomil židovský názor o mechanické souvislosti hříchu a nemoci. Nemoc je pro věřící blahodárným kázeňským prostředkem otcovské Boží lásky. „*A proto neklesáme na mysli: i když navenek hyneme, vnitřně se den ze dne obnovujeme. Toto krátké a lehké soužení působí přenesmírnou váhu věčné slávy nám, kteří nehledíme k viditelnému, nýbrž k neviditelnému. Viditelné je dočasné, neviditelné však věčné.*“

(2 K 4, 16-18). Ježíš odpouštěl hříchy a uzdravoval „Když Ježíš viděl jejich víru, řekl ochrnutému: „Synu, odpouštějí se ti hříchy.“ (MK 2,5), apoštolové činili podle Ježíšova příkazu taktéž „Těchto dvanáct Ježíš vyslal a přikázal jim: „Na cestu k pohanům nevstupujte, do samaršské obce nechoďte: jděte raději ke ztraceným ovčím z lidu izraelského. Jděte a kaďte, že se přiblížilo království nebeské. Nemocné uzdravujte, mrtvé probouzejte k životu, malomocné očišťujte, démony vymítejte; zadarmo jste dostali, zadarmo dejte.“ (Mt 10- 5-8). Proti nemoci bojovali modlitbou i přirozenými prostředky.

V Markově evangeliu přirovnává Ježíš hříšníky k nemocným a staví se na stranu hříšníků, jimž chce pomoci k obecenství s Bohem „Ježíš to uslyšel a řekl jim: „Lékaře nepotřebují zdraví, ale nemocní. Nepřišel jsem pozvat spravedlivé, ale hříšníky.“ (Mk 2, 17).

Ježíš je představován jako ten, který přišel, aby z nás sňal naše hříchy. Jeho utrpení a smrt na kříži jsou nesením našich nemocí, tedy hříchů. Tím, že je na sebe vzal, tím je z nás také sňal. Těmito svými činy se Ježíš symbolicky ztotožňuje s hříšníky.

Přehled pohledů, jak byla nemoc chápána hlavně v době biblické bych uzavřela částí úvahy prof. Sázavy (1998, s. 71-72) – „Ještě jednou slovo o zdraví a nemoci“, kde shrnuje celé téma takto:

„Ježíš Kristus věděl (řekne na věci nezúčastněný historik – pozorovatel) a Ježíš ví (dodá věřící křesťan), že nemoc člověka není jen selháním tělesných funkcí, nýbrž postihuje člověka komplexně, celostně, nebo nesprávně česky řečeno „skrz naskrz“. Může být totiž způsobena nebo spolupůsobena duchovními a duševními problémy, konflikty v lidských vztazích, nezřízenými konzumními touhami a nároky, obtížemi vyvolanými celou, řekl bych „nemocnou“, moderní společností a zejména skrze to, co nazýváme hřích a vina. Ježíšova uzdravování v důsledku toho vždy byla zacílena i dnes cílí k uzdravení celého člověka, jak nám připomíná např. 23. verš 7. kapitoly Janova evangelia, kde Pán Ježíš výslovně říká Židům v chrámě: „Uzdravil jsem právě celého člověka!“ Ježíš tedy uzdravoval z tělesné nemoci, z náporů posedlosti různého typu, avšak uzdravuje i z hříchu a z hříchů jako spolupůsobilů onemocnění. Jednal kolikrát i proti předpisům svého náboženství a to tím, že

neváhal potřebného člověka uzdravit i v den sobotní. Důležité je též, že prostřednictvím jeho léčitelské péče nacházejí lidé cestu ven z tíživého osamocení a izolace, což platilo zejména o tehdejších lidech, trpících leprou a podobnými nemocemi. Ano, po Ježíšově zásahu, vykonaném s autoritou, nebeským Otcem mu danou, jsou slepí, hluchí, němí i těžce nemocní schopni komunikovat; obavy a strach z nich „spadly“. Ze společenství vyvržení malomocní se do něj zase mohou vrátit, tj. navrátit se do lidského i náboženského společenství, z něhož je nemoc vyřadila.

Nechceme zapomenout ani na to, že nemocní při setkání s Ježíšem – lékařem získávají víru, jsou naplněni důvěrou v jeho osobnost i učení a za své uzdravení velebí Boha.

Ježíš z Nazareta, na rozdíl od svého okolí, nepovažoval utrpení člověka a nemoc za trest a Boží odplatu za hřích a neznámkoval podle toho lidi. Spíše správně předpokládal, že všichni lidé jsou hříšníci a tak volá naléhavě ku pokání, zároveň i záchraně a uzdravení – rovněž všechny bez výjimky. A žádá od zachráněných a uzdravených – rovněž bez výjimky – aby začali nově a lépe.

I v naší době je Duch svatý jako pokračovatel Kristův v nezmenšené míře při díle, a to ve stejně rozmanitém způsobu jako v raně křesťanských obcích a působí neobyčejná uzdravování.

Bůh v Kristu i dnes a denně zmocňuje mnohé lidi k tomu, aby spolupůsobením, braním podílu a modlitbou skrze léčebnou a pečovatelskou službu přispívali k uzdravení svých bližních, anebo přinejmenším k ulehčení jejich údělu. “

Tak jako jsou spojovány pojmy stáří a nemoc, stejně tak jsou spojovány pojmy nemoc a utrpení. „Proč nás Bůh nechává trpět?“ Tato otázka patří k nejzákladnějším otázkám lidské existence a obzvláště nemocní si ji kladou dost často. Většinou je pro ně tím největším problémem víry.

Tuto otázku si také klade a současně na ni odpovídá Georg Stoff, autor knihy „Dobré slovo u lůžka nemocných“ (1994, s. 10-13). Podle něj mnoho lidí uvažuje podobně: „Je-li Bůh všemohoucí, musel by mít moc, aby utrpení okamžitě odstranil; je-li vševědoucí, musel by vědět o tolika trápeních na celém světě; je-li

milosrdný, musel by se nad trpícími slitovat; a je-li spravedlivý, nesmělo by utrpení postihnout nikdy právě ty nevinné.“

Podle Stoffa musíme především rozlišovat mezi utrpením, které způsobil jednoznačně člověk sám, a mezi ostatním, kde se právem ptáme: „Kdo to zavinil?“ Do první skupiny patří především války a ovšem i atomové bomby. Ale také spousta různých nelaskavostí, jimiž si lidé zbytečně ztrpčují život. Avšak i řada hrozných nemocí, které umožnila nerozumnost lidí nebo proti jejichž příčinám se příliš málo cílevědomě bojuje. Bůh je jistě všemohoucí, ale stvořil člověka – jako korunu tvorstva – se svobodnou vůlí. Podle Božího záměru má člověk utvářet svůj život s vlastní zodpovědností – i s rizikem, že jedná špatně a že způsobí mnoha druhým zlo. Kdyby Bůh chtěl zabránit utrpení, které způsobili lidé, musel by změnit svůj stvořitelský plán, což by však mluvilo proti jeho moudrosti. Bůh nechce utrpení, ale dopouští ho, protože stvořil člověka svobodného! Proto ani nemiluje utrpení, ale miluje toho, kdo trpí. Spoustu utrpení musíme tedy připsat na vrub lidem, kteří zneužívají daru své svobody ke zlému.

Podstatně těžší je podle Stoffa odpovědět na to, co se týká ostatního utrpení. Zde, podle něj, nezná lidský rozum žádné řešení; jde o tajemství. Člověk se musí spokojit s odpovědí, kterou naznačuje Písmo svaté. Touto prastarou otázkou lidstva se zabývají již první stránky Starého zákona: líčí v obrazné podobě prvotní hřích. Člověk chce jít svou vlastní cestou – nezávisle na svém Stvořiteli. Chce být sám sobě neomezeným pánem. Prvotní hřích byl umožněn tím, že člověka pokoušel satan a že člověk byl slabý. Důsledkem tohoto hříchu bylo utrpení a smrt. Bůh však dává člověku milost a vykupuje ho skrze Ježíše Krista, svého jednorozeného Syna. Ten trpí jako člověk, aby učinil to množství lidského utrpení snesitelným – pro ty, kdo budou hledět na Něho; a dobrovolně na sebe bere smrt, aby lidem opět daroval život s Bohem. Člověk se však musí rozhodnout pro vykoupení Kristem sám.

Ve světle Kristova kříže nabývá naše utrpení i naše umírání zcela nové světlo. Ježíš Kristus zve ty, kdo v něho věří, ať své utrpení i umírání vezmou na sebe s ním, aby tak v tomto utrpení na jedné straně obstáli a na druhé straně jím činili pokání za vlastní viny i za hříchy druhých. Kdo to chápe, má předpoklad k tomu, aby nastoupil na strmější cestu víry.

Často může utrpení, i když je lidsky tak těžko pochopitelné, být pro trpícího znamením, že ho Bůh miluje. To vše vyjadřuje i přísloví: „Koho Pán Bůh miluje, křížkem ho navštěvuje.“

K otázce utrpení se moudře vyjádřila jedna paní, se kterou jsem hovořila o svém tématu diplomové práce: „Člověk si myslí, že životem jen tak lehce propluje – že to je správné, ale naopak, člověk začíná žít skutečný život až po tom, co všechny zkoušky, utrpení a bolesti přijdou. O tom všem přeci život je.“

4. Umírání a smrt – biblické hledisko

Už dávní obyvatelé Mezopotámie se zamýšleli nejen nad taji vesmíru, ale také nad podstatou člověka. Tajemství smrti pro ně zůstalo zastřeno rouškou tajuplnosti a marně se snažili určit, proč smrt vítězí nad životem. Jejich texty hovoří o „duši“, ale duše pro ně nebyla totéž co řecky „psýché“, nehmotná, duchovní složka lidské bytosti odlišná a oddělitelná od hmotného těla. Duše byla označením pro oživenost těla, prostě znamením života. Byl to zvláštní dar bohů projevující se například dechem. Když člověk přestal dýchat, tělo se rychle rozkládalo a zaniklo.

Lidskému životu byly položeny nepřekročitelné meze. Ale proč se tedy člověk vůbec narodil? Odpověď mohla být stručná: aby umřel. Tomuto osudu neunikne nikdo. Proto platilo: užij života! Obyvatelům Mezopotámie byla vzdálena každá myšlenka na askezi. Je třeba umět se radost z přítomné chvíle. Nechyběly ovšem ani myšlenky o možnosti dosáhnout nesmrtnosti – avšak marně. Člověk nesmrtnosti nedosáhne.

Zbývala tedy druhá starost, co následuje po smrti? I když Sumerové a všichni Sémité, kteří se v Mezopotámii vystřídali, viděli zblízka rozklad těla nebožtíků a nepočítali se samostatnou duchovní složkou člověka, která by z mrtvého po smrti unikla a někde žila dál, věřili v jakýsi posmrtný život.

Nevíme, zda Mezopotámci věřili v posmrtné zhodnocení skutků, které učinili za života. Egypťané s takovým posmrtných soudem počítali a snažili se všelijak nebožtíkovi pomoci a jeho soudce (bylo jich dvaadvacet) obměkčit. V mezopotámské literatuře se jen docela ojediněle najdou zmínky o ostrově blažených. Není však dosti zřejmé, kdo a jak se tam dostal.

Mezopotámské náboženství nezná ani pojem hříchu, který by odpovídal biblické představě o překročení a porušení věčných zákonů božích. (BIČ 1990, s.289-291)

„Neumírám, vstupuji do života“

Terezie z Lisieux

Podle Virta (2000, s. 81-91) se ve Starém zákoně na mnoha místech mluví o pozitivní zkušenosti s umíráním a smrtí. Na hranici pozemského života je živý Bůh – a jinak nic. Z této zkušenosti víry vyrůstá v pozdějších vrstvách Starého zákona naděje na překonání smrti zásahem oživující Boží moci. Starozákonní člověk se chtěl vyhnout všemu, co by bylo vypadalo jako opovážlivý pokus představovat si a vykreslovat ve fantazii posmrtný život bez Boha. Takový postup by se byl právem stal terčem kritiky náboženství.

Představu umírání jako šťastného dovršení lidského života v pravou chvíli, kdy člověk sytý životem sklízí jeho plody, vyvracejí jiné zkušenosti s náhlou, předčasnou, zlou smrtí: po neúspěšném životě, bez potomstva, v konfliktu, zásahem brutálního násilí. Netřeba dlouze vysvětlovat, že je to právě tato zkušenost s umíráním a smrtí, jež nám dodnes působí veliké problémy. Taková smrt vysílá předem, uprostřed života své posly. Předzvěstí smrti se nám dostává už během života: nemoc, chudoba, nouze, osamělost, zoufalství, konflikty, subtilní formy přímého násilí ve společenských strukturách, jež omezují a ohrožují život, jsou smrtícími zkušenostmi uprostřed života.

Nový zákon navazuje kontinuálně na Starý zákon a podle Virta ukazuje člověka realisticky jako bytost odcizenou Bohu zdráhající se přijmout život jako dar a úkol od Boha. Člověk si chce dát život sám, vlastní silou, přivlastnit si jej v egoistické sebevztažnosti, a chce se jej křečovitě držet. Při umírání se konkrétně ukazuje, jak se věci s životem hříšníka mají.

Ježíš na sebe bere tuto těžkou zkušenost umírání. I když s jistotou nemůžeme říci, jak Ježíš chápal vlastní smrt, podle Virta svědčí všechny prameny o tom, že prožíval své umírání jako temný, hořký konec ztroskotaného života. Ježíš neumíral dobrou smrtí starozákonního spravedlivého, neumíral ani harmonickou smrtí Sokratovou, který umíral v naději, že ho cosi z něho, jeho životní princip, duše, přežije. Ježíš umíral naší smrtí – smrtí hříšníka v osamělosti, krutě přibitý na kříž, s výkřikem zoufalství. A skutečně zemřel.

Jelikož Ježíš i v této strašné zkušenosti pevně lne k Otci jako k prameni života, odpovídá Otec důkazem své věrnosti. Bůh ho probouzí k novému životu, dává mu darem novou identitu a nový vztah.

Lidé, kteří měli k Ježíšovi nejbližší, poznali, že žije novým způsobem, že vstal z mrtvých. Zmrtvýchvstání, vzkříšení těla, neznamená další existenci v čase. Vzkříšení těla neznamená žádný fyziologický děj, nýbrž záchranu celého konkrétního tělesného života člověka u Boha. Proto je umírání věřícího člověka zbaveno definitivní temnoty a bezvýchodnosti. Je vysvobozeno z prokletí, že by bylo poslední ratifikací nesmyslné existence hříšníka. Umírání může být dovršením života, vnořením do Boha, očištěním a napravením lidské osoby Božím zásahem v tom okamžiku života, kdy už člověk sám nemůže udělat nic – ve smrti.

Nejstarší křesťní katecheze obsažené v listě Římanům nám říká, že celý život křesťana, křtem počínaje, může být chápán jako umírání spolu s Kristem – v důvěře, že s ním budeme také žít. „*Jestliže jsme spolu s Kristem zemřeli, věříme, že spolu s ním budeme také žít.*“ (Ř 6,8). Taková účast na umírání není depresivním postojem ve stálých myšlenkách na smrt, ale právě osvobozením od života křečovité v sobě uzavřeného, a právě tím podrobeného smrtícím mechanismům hříchu. Kdo se křečovité neдрží svého života, ten život získá.

Je to život, který na sobě křečovité nelpí, ale daruje se ve víře, vědom si toho, že Bůh, v něhož věří, je dárce života, jenž člověku uštědřuje v hojnosti stále nový život.

V Biblickém slovníku (NOVOTNÝ 1956, II. díl, s. 1145 – 1146) najdeme tuto definici pojmu **UMÍRÁNÍ**: o biblickém názoru na smrt Starý zákon sice ví, že umírá moudrý i blázen, ale zná rozdíl mezi způsobem umírání člověka ničemného, který byl bez soudního procesu zavražděn „*Což musel zemřít Abnér, tak jako umírá bloud? Nebyly spoutány tvé ruce ani do okovů sevřeny tvé nohy. Padl jsi jak ten, kdo rukou bidáků padá.*“ (2S 3, 33n-34) a nebo umírá v hořkosti ducha „*Druhý zemře s hořkou duší, aniž okusil co dobrého.*“ (Jb 21,25), a umíráním v plné síle, spokojenosti a klidu „*Jeden zemře v plném květu, zcela bezstarostný, klidný.*“ (Jb 21, 23).

Také Nový zákon vychází ze skutečnosti, že je všem uloženo jednou zemřít „*A jako každý člověk jen jednou umírá...*“ (Žd 9, 27), ale rozlišuje mezi lidmi zásadní rozdíly: jedni přijímají smrt jako nevyhnutelný osud a jejich život se řídí

heslem „Jezme a pijme, neboť zítra zemřeme“ (1K 15,32n), druzí žijí a umírají v Pánu „*Nikdo z nás nežije sám sobě a nikdo sám sobě neumírá. Žijeme-li, žijeme Pánu, umíráme-li, umíráme Pánu.*“ (Ř 14, 7-8).

Rozdíl v lidském životě a umírání způsobil Kristus. On umřel ve prospěch hříšných a za hříšné „*Když jsme ještě byli bezmocní, v čas, který Bůh určil, zemřel Kristus za bezbožné. Sotva kdo je hotov podstoupit smrt za spravedlivého člověka, i když za takového by se snad někdo odvážil nasadit život. Bůh však prokazuje svou lásku k nám tím, že Kristus za nás zemřel, když jsme ještě byli hříšní.*“ (Ř 5, 6-8), a tak smrt pro ně ztratila svou ničivou moc. Ti, kdo věří v Krista, jsou s ním spojeni vírou, v těch Kristus žije; s ním byli ukřižováni, s ním zemřeli a s ním také jdou vstříc ke vzkříšení. „*Jestliže jsme spolu s Kristem zemřeli, věříme, že spolu s ním budeme také žít. Vždyť víme, že Kristus, když byl vzkříšen z mrtvých, už neumírá, smrt nad ním už nepanuje. Když zemřel, zemřel hříchu jednou provždy, když nyní žije, žije Bohu. Tak i vy počítejte s tím, že jste mrtvi hříchu, ale živi Bohu v Kristu Ježíši.*“ (Ř 6,8-11).

Nový biblický slovník (KOLEKTIV AUTORŮ 1996, s. 944-945) popisuje **SMRT** z určitého pohledu jako tu nejpřirozenější věc. Lidé ji mohou přijímat bez odporu „*Pojďme i my, ať zemřeme spolu s ním.*“ (J 11, 16n). Z jiného pohledu však smrt představuje cosi velmi nepřirozeného. Je trestem za hřích „*Mzdou hříchu je smrt...*“ (Ř 6,23) a jako takové se jí musíme bát. Oba tyto aspekty se nacházejí v Písmu, ani jeden bychom neměli přehlédnout. Smrt je biologická nutnost, ale člověk neumírá stejně jako zvířata.

Nový biblický slovník vyjmenovává několik druhů smrti:

I. Fyzická smrt

Zdá se, že vzhledem k fyzické konstituci našich těl je smrt nezbytná. Nelze se vyhnout stárnutí těla a konečnému rozpadu. Přesto Bible o smrti mluví jako o důsledku hříchu. Bůh řekl Adamovi: „*V den, kdy bys z něho pojedl, propadneš smrti.*“ (Gn 2,17n). Pavel píše, že „*skrze jednoho člověka přišel do světa hřích a skrze hřích smrt*“ (Ř 5,12) a že „*mzdou hříchu je smrt*“ (Ř 6,23). Při bližším

pohledu zjistíme, že Adam nezemřel fyzicky v den, kdy neuposlechl Boha. V páté a šesté kapitole listu Římanům staví apoštol Pavel do protikladu smrt, kterou způsobil Adamův hřích a život, který lidem přináší Kristus. Nicméně skutečnost, že máme věčný život, nevylučuje fyzickou smrt. Věčný život souvisí více s duchovním stavem než pouze s tělesnou událostí. Z toho lze vyvodit závěr, že smrt jako důsledek hříchu přesahuje tělesný zánik.

II. Duchovní smrt

Tato smrt je Božím trestem. V listě Římanům kapitole 6. verši 23. je smrt považována za „mzdu“ hříchu, tedy náležitou odměnu za hřích. Apoštol Pavel může mluvit o jistých hříšnicích, kteří znají „*Boží spravedlivé rozhodnutí, že ti, kteří tak jednají, jsou hodni smrti.*“ (Ř 1,32). Právě z této myšlenky božího rozhodnutí vychází Janova zmínka o „smrtném hříchu“ „*Vidí-li někdo, že jeho brat se dopouští hříchu, který není k smrti, ať za něho prosí; a Bůh mu daruje život, jestliže nehřešil k smrti. Jest ovšem hřích, který je k smrti; o takovém neříkám, abyste za něj prosili.*“ (1J 5,16). Jedná se o velmi důležitou pravdu. Ukazuje plnou hrůzu smrti. Zároveň však, paradoxně, dává naději. Člověk se nezmítá v síti utkané slepým osudem, takže když zhřeší, neznamená to, že s tím už nelze nic dělat. Bůh má nade vším moc. Jestliže vyhlásil, že trestem za hřích je smrt, pak se také rozhodl dát hříšnému člověku věčný život.

III. Vítězství nad smrtí

Zajímavým rysem novozákonního učení o smrti je, podle Nového biblického slovníku, jeho důraz na život. Ve většině případech se slovo *nekros* = mrtvý užívá v souvislosti se vzkříšením z mrtvých. Písmo neuhýbá před smrtí ani před žádnou jinou skutečností. Má však zájem na životě a smrti rozumí víceméně jako něčemu, z čeho má být člověk vysvobozen.

Bez Krista se smrt stává úhlavním nepřítelem, symbolem našeho odcizení Bohu, nejvyšší hrůzou. Kristus však použil smrt k tomu, aby člověka vysvobodil od smrti. Zemřel, aby člověk mohl žít.

Rozsah vítězství nad smrtí, kterého Kristus dosáhl, naznačuje jeho vzkříšení. *„Vždyt' víme, že Kristus, když byl vzkříšen z mrtvých, už neumírá, smrt nad ním už nepanuje. „ (Ř 6, 10)*

5. Stáří, umírání a smrt – filozofické hledisko

„Filozofická otázka posledních věcí člověka se především týká smyslu života a jeho naplnění. Vysvětluje stáří i smrt jako přirozenost a poukazuje na význam konečnosti lidské existence prostřednictvím hodnot a cílů.“ (BRZÁKOVÁ-BEKSOVÁ 2005, s. 88)

Uvažuje-li Aristoteles podle Brzákové-Beksové o věcech posledních, táže se především po smyslu života a po jeho nejvyšších hodnotách. Jeho představa o lidském údělu na tomto světě spočívá v dobru a blahu, které vyplývá z vykonaného díla člověka, jenž v životě našel svůj osobní význam. „Život zajisté má člověk společný s rostlinami, my však hledáme to, co jest vlastní člověku. Musíme tudíž rozlišovat život výživný a rostlivý. Druhý snad jest život smyslový, avšak i tento jest zřejmě společný koni, volu a každému živému tvorů. A tak u rozumné bytosti zbývá jakýsi život činný; ta pak jednak poslouchá rozumového důvodu, jednak má rozum a myslí.“ (ARISTOTELES 1996, s. 35).

Pravým cílem lidského života je blaženost; „blaženost není stavem; neboť tento může mít také ten, kdo život prospí, žije životem rostlin, anebo ten, koho stihnou největší nehody“. Nalézání nejvyšší blaženosti u Aristotela znamená snahu o nesmrtelnost. Tato nesmrtelnost pak spočívá v souladu života s tím, co je v něm nejvyššího, v souladu s vlastní přirozeností.

Směřování člověka k tomu, co se mu jeví dobrým, předpokládá volbu hodnot a cílů. Jedinečnost a neopakovatelnost lidské osobnosti pak předpokládá individuálně specifické pojetí dobra a blaženosti.

Brzáková-Beksová předpokládá, že staří lidé rozjímají nad naplněním rolí vlastního života s ohledem na jejich důležitost. Podle ní mají někteří pocit, že svoji roli pozitivně naplnili, přičemž většina z nich považuje za svůj cíl výchovu dětí. Ti senioři, kterým se nepodařily jejich cíle uskutečnit, nehodnotili svůj dosavadní život jako úspěšný. Bilancování seniorů nad minulostí pak ve značné míře ovlivňuje prožívanou současnost, zejména duševní blaženost.

Člověk, který našel dobro a krásu, je ve stáří navzdory všemu špatnému blaženým; blaho pociťuje i ten, který mnoho vytrpěl, ale jehož život vyvážíly krásné věci. Další z postojů, s kterým se ve stáří setkáváme, je vyjádření zklamání a

smutku nad vlastní zbytečností. Otázkou zůstává, můžeme-li vůlí ovlivnit poznání vlastního dobra a získat tak blažený postoj ke stáří.

„Řekne-li snad někdo, že všichni lidé směřují k tomu, co se jim jeví dobrým, že však nejsou pány své obrazivosti, nýbrž jaký právě kdo jest, takovým se mu jeví účel a cíl, tedy když každý člověk jest jaksi vinen svým stavem, bude míti také sám jaksi vinu za svou obrazivost. Není-li však nikdo sám vinen svým špatným jednáním, nýbrž jedná tak z neznalosti cíle, ježto má za to, že se mu těmito prostředky dostane nejlepšího, pak směřování k cíli není předmětem jeho vlastní volby, nýbrž se tak musí roditi jakoby se zrakem, aby jím správně rozeznával a vybíral opravdové dobro, a jest dobré přirozenosti ten, komu se toho od přírody krásně dostalo – neboť tj. největší, nejkrásnější a takové, že toho nelze od jiného převzít ani se tomu naučiti, nýbrž jen tak to bude míti, jak mu to přirozenost dala, v tomto dobrém a krásném přirozeném nadání záleží asi dokonalá a opravdu dobrá přirozenost.“
(ARISTOTELES 1996, s. 80)

Celkový obraz o blahu a dokonalosti dobra dotváří ve stáří starost seniorů o vlastní soběstačnost (plynoucí ze ztráty zdraví), strach z osamocení a z bolesti.

Aristoteles tvrdí, že člověk je bytost společenská, starost o soběstačnost znamená tedy z velké části obavu nad potenciálním zatížením společnosti, především rodiny. *„Za soběstačné pokládáme to, co samo o sobě činí život žádoucím a ničeho nepostrádajícím; domníváme se pak, že takovým dobrem jest blaženost, která, nesečtena, jest nejžádoucnější ze všech věcí. Sečtena byla by zjevně ještě žádoucnější i s nejmenším dobrem; neboť nadbytkem dober se stává to, co jest přidáno, a větší z dober jest vždy žádoucnější. Jeví se tudíž blaženost něčím dokonalým a něčím soběstačným, poněvadž jest cílem všeho konání“*(ARISTOTELES 1996, s. 34).

Seneca ve svých listech Luciliovi říká: *„Nemůže být velké to zlo, které je poslední. Bojíme-li se poslední hodiny, činíme si i všechny ostatní neklidnými, pachtíme se za zbytečnostmi a opravdový život, který nám zprostředkovala příroda, nerespektujeme v jeho zákonitosti. Hodnota života nespočívá v jeho délce ani ve strachu o něj, je uložena v hledání kvality a dobra. Jenom také dobro je plným*

potěšením pro majetníka, je-li mysl připravena na jeho ztrátu; nic však nemůžeme snáze oželeť nežli to, po čem již vůbec nelze toužit, přijdeme-li o to.“ (pátý list, s. 12-13)

Ve stáří se odráží náš dosavadní život, dokážeme-li se přizpůsobit nevyhnutelnému s vyrovnanou myslí, je zásluhou naší moudrosti, že ve stařeckém těle slabost do jisté míry zadržíme a podepřeme. „*Jakmile však jako ve zpuchřelém stavení povolují všechny vazby, a zachytíš jednu část, sesouvá se druhá, je třeba pomýšlet na odchod. Jiné druhy smrtelného nebezpečí jsou smíšeny s nadějí: nemoc může ustát, požár být hašen, řítící se zdivo ušetřit tě závalu; moře může touž silou, kterou pohltilo své oběti, vyvrhnout je živé a zdravé; voják může zadržet meč zkázy přímo na hrdle poraženého. Naproti tomu ten, koho vleče k smrti stáří, nemá nic, v co by mohl doufat. Jedině proti stáří nelze nijak zakročit. Žádný jiný druh smrti není mírnější, ale také zdlouhavější.“ (SENECA, třicátý list 1969, s. 47).*

Podle Brzákové-Beksová poukazuje Seneca metaforou bortícího se stavení k nezadržitelnosti procesu stárnutí z hlediska multiorgánových změn či psychické stability a křehkosti. Starý dům se může udržovat drobnými opravami či nákladnou rekonstrukcí nebo se může nechat zchátrat a spadnout bez povšimnutí. Stejně tak lze pečovat o starého člověka, avšak s vědomím pouhého oddalování nezadržitelného úpadku. Metafora starých věcí je vyjádřením pohledu společnosti a jejích dvou postojů ke stáří: může o něj laskavě pečovat, aby bylo krásné a důstojné nebo jej může zanedbávat a odsouvat ze svého středu, neboť je ošklivé a nepotřebné.

Senecův záměr je zřetelně orientován na přirozenost lidského vývoje a na klid v jeho poslední etapě. Pošetilý je ten, kdo strachuje se stáří. „*Kdo nechce zemřít, vlastně nechce žít. Vždyť život nám byl dán s podmínkou, že zemřeme; k tomuto cíli se ubíráme životem. Proto bát se smrti je známkou pošetilosti, protože jisté věci jsou očekávány a jen nejisté jsou předmětem obav. Smrt má oprávněnou a nepřemožitelnou nutnost.“ (pátý list, s. 49).*

Na základě svého šetření, které proběhlo v rámci diplomové práce, Brzáková-Beksová (2002, s. 90) uvádí, že největší obavy starých lidí neplynou ze smrti, ale z pomyšlení na smrt – z umírání. Je to obava, která vzniká z nejistoty času, událostí, pocitů a obrazů. Celý život se bojíme, aby se nám či našim blízkým

nestalo něco zlého a tím zlým nikdy miníme smrt. Přestože známe její fakticitu, odsouváme ji na okraj života, očekáváme ji s příchodem přirozenosti konce – se stářím. Není pravda, že nedokážeme přijmout smrt; náš strach plyne z nepředvídatelnosti její podoby. Tragičnost smrti často vyplývá ze zkušenosti, že život skončil v rozporu s jeho přirozenou koncepcí stárnutí (zemře-li dítě dříve než rodiče, násilná smrt apod.) nebo z oprávněné obavy před špatným umíráním (ztráta důstojnosti, týrání seniorů, osamělost, nemohoucnost, bolest apod).

Smrt je pojmem, majícím moc vyvolat nepříjemné představy a emoce. Seneca vyslovuje názor, že statečnější je právě umírající, nežli ten, komu ještě zbývá čas. Říká, že *„bezprostřední blízkost smrti dodává i nezkušeným lidem odvahy, aby se nevyhýbali nevyhnutelnému“* a že *„je-li nějaká nepříjemnost nebo strach kolem této věci, je to vina umírajícího, nikoli vina smrti, a dále, že při smrti je právě tak málo obtíží jako po ní. Kdo se bojí toho, čím nebude trpět, je stejně pošetilý, jako kdo se bojí toho, co nebude cítit. Či si někdo myslí, že táž smrt, která zbavuje vnímání, sama bude vnímána?“* (SENECA, třicátý list 1969, s. 48)

Úkolem člověka je snést svůj osud i v jeho konečné podobě, říká Seneca. Životní štěstí a radost z možnosti existence vycházejí z našeho nitra; závisejí-li pouze na ostatních (věcech či lidech), není to pravá opora bytí, ale pouhá dočasná iluze, která pomine. Jedině naše vnitřní dobro je stabilní a může nám pomoci snášet naši konečnost. Život je dostatečně bohatý, poskytuje mnoho možností, jak jej prožít, aby byl dobrý. Aby však bylo dobré stáří, je zapotřebí připravovat se na umírání.

Ve Filosofickém slovníku (1995) je tato charakteristika smrti: **SMRT** (resp. smrtelnost) jako výraz lidské konečnosti byla v dějinách filozofie různě reflektována a hodnocena. Pro materialisticky orientované filozofy je smrt většinou definitivním koncem lidské bytosti (což však nevylučuje možnost fil. tematizace překonání smrti, jak činí např. E. Bloch). Pokud smrt vystupuje jako pojem z oblasti individuální eschatologie, tj. zpravidla u nábožensky a idealisticky orientovaných filozofů, bývají hlášány, dokazovány nebo alespoň připouštěny nějaké formy posmrtné existence. Smrt je pak interpretována jako ukončení určité podoby lidské

existence a přechod k formě (nebo formám) jiné (většinou chápané jako kvalitativně vyšší). Mnozí z těchto filozofů opírají svá tvrzení i o výsledky parapsychologie.

K filozofům, kteří ve 20. století reflektovali lidskou smrtelnost - pobyt jako bytí k smrti patřil M. Heidegger. Se smrtí (jako schránou nicoty) je třeba se vyrovnat; je naší poslední možností, jež na nás ještě čeká; tím, že nám smrt nikdo nevezme, je naší nejvlastnější možností. Náš život je bytím (pohybem) k smrti, ke konci. V našem vztahu ke smrti, jež tu stále je, se zračí náš vztah k našemu vlastnímu bytí, k vlastní celistvosti, k životu vcelku, k bytí samému. Tubytí se v smrti ukazuje ve své „propastné šíři“, tj. jako základ možnosti pravdy, základ jedinečnosti sebe sama (autenticity), základ položení otázky bytí (OLŠOVSKÝ 2005, s. 191-2).

Marcus Aurelius nahlíží na smrt jako na přirozenost a předurčenost světovým řádem. Podle zákona nezměnitelné nutnosti se na světě vše opakuje a vrací; stejně tak jako je přirozené plození, zrození i dospívání, je přirozené zestárnout a zemřít.

Ve stoickém pojetí přirozenosti smrti nalézá Brzáková-Beksová (2005, s.90) myšlenky blízké současnému modelu hospicového hnutí, jehož pilířem je především důraz na spontaneitu. Dnešní thanatologie tematizuje smrt prostřednictvím fenoménu obavy postmoderního člověka z vlastní konečnosti, ohroženosti či ztráty. Aurelius poukazuje na možnost překonání strachu ze smrti filozofováním. Podle něj je filozofie cestou životem. „*Trvání lidského života je bod, jeho podstata – neustále proudění, smyslové vnímání je kalné, složení celého těla náchylné k rozkladu, duše – čarovný kruh, náš osud – záhada, naše pověst – plod libovůle. Úhrnem řečeno: všechno, co se vztahuje k tělu, je proud změn, a co se vztahuje k duši, sen a dým, život je boj a putování cizinou a posmrtná sláva – zapomínání*“ (MARCUS AURELIUS 1969, s. 38).

Akceptujeme-li stanovisko přirozenosti smrti, znamená obava ze smrti obavu z přírody. Racionálním přijetím fakticity smrti však nemůžeme opomenout její emocionální povahu. Obava ze ztráty života není pouze záležitostí rozumu.

Aurelioova filozofie se lidské emocionalitě dotýká především z hlediska osobního pojetí smrti, nezabývá se smrtí z pohledu pozůstalých. „*Kdo se bojí smrti,*

ten se bojí buď ztráty svého cítění, nebo změny cítění. Ale nebude-li pak už vůbec cítění, nebudeš mít ani pocit něčeho zlého; a jestli se ti dostane jiného cítění, staneš se jinou bytostí a nepřestaneš žít. (MARCUS AURELIUS 1969, s. 115).

Stoická odvaha přemýšlet o smrti předpokládá odvahu zodpovědně využít život v jeho plnosti. Tato odvaha znamená uchopit život jako dar a prožívat jej podle zákonů přírody až do konce tak, jako by měl v této chvíli skončit. Smysl pozemského života je určen naplněním a zvažováním jeho hodnoty. „Člověku je zapotřebí, aby se včas zamyslel nad svým životem, který se zkracuje každým svým dnem a pokud by uvažoval o prodloužení svého pozemského bytí, musí počítat s tím, že každým dnem ubývá i jeho schopnost ovládat rozumně sebe sama. (Stoická sebevražda je přípustná a někdy dokonce žádoucí jako povinnost projevu nezávislosti na vnějších věcech; zavrženíhodná je sebevražda z nerozvážnosti nikoli však z úsudku, že hodnota smrti převážila hodnotu života.“ (MARCUS AURELIUS 1969 s. 40)

Podle Marca Aurelia není důležité, jak dlouhý náš život je. Podstatné je jednat, mluvit a myslet tak, jako by život mohl v tomto okamžiku skončit. „Smrt i život, sláva i ponížení, bolest i rozkoš, bohatství i chudoba – to všechno bývá stejně údělem dobrých jako zlých, neboť to není ani krásné, ani ošklivé; tedy ani dobro, ani zlo.“

Aurelius tvrdí, že smrt je odpočínutím od smyslových rozporů, od záchvěvů chťičů, od trmácení rozumu a od sloužení tělu. Tělo v zemi splyne s hmotou a duše s vesmírem; odkud co pochází, zpět se navrácí, pevné k pevnému, duše k nehmotnému, spojí se s Bohem. Smrt neměla by představovat žádnou tíseň; „není tady žádná tíseň nepřirozená ani člověku, pokud člověk činí to, co náleží člověku. A není-li mu nepřirozená, není ani zlem pro něho“ (s. 36-81).

Vše, tedy i smrt, je člověku snesitelné. „Nic se člověku nepřihází, co by podle své přirozenosti nemohl snést. Jinému se přihodí totéž, ale buď neví, že se mu to přihodilo, anebo se chce blýsknout svou neohrožeností, zachová duševní rovnováhu a zůstane nepoškozen.“ (MARCUS AURELIUS 1969, s. 68) Se smrtí ale také může souviset bolest. Marcus Aurelius o bolestí říká: „Co je nesnesitelné, ukončuje život; co trvá déle, je snesitelné. A duše si zachovává svou pohodu tím, že

se uzavře v sebe, a naše vůdčí část neutrpí škodu. Ale části, které bolest poškozují, jen ať se o ní vysloví, jestli mohou“ (s. 94)

Když zmíněnou teorii tolerance nesnesitelnosti vztáhneme na starého člověka, tak míra jeho odolnosti vůči snesitelnosti závisí také na individuálních hodnotách a na míře lidskosti jeho okolí. Co se někomu zdá snesitelné, jiného uvrhne do beznaděje. Někteří staří lidé umírají z nedostatku zdraví, jiní nemohou žít bez lásky a kontaktu svých blízkých, někteří zemřou fyzicky, jiní se přestanou mít rádi a přestože jejich tělo funguje, jejich duše je vyhaslá. (BRZÁKOVÁ-BEKSOVÁ 2005, s. 91-92)

6. Praktická péče o lidi a umírající

6.1 Ošetrovatelská péče před Kristem

6.1.1 Péče v antických civilizacích

Messina se domnívá, že egyptská civilizace znala náboženská sanatoria, vybudovaná na půvabných místech, na březích řek a u moře, se světnicemi pro krátký pobyt v nemocnicích. Nemocní se shromažďovali u chrámů, od kterých si slibovali ještě více božské ochrany.

U starých Hebrejců vykonávali lékařství kněží. Jejich zdravotnická politika se vyznačovala bojem proti nakažlivým chorobám. Odsuzovali pomoc amuletů a čarodějů, utíkání se k modlám a fetišům.

V Indii vznikly první nemocnice kolem r. 400 př. Kristem. Buddhovo náboženství stanovovalo pravidla pro ošetrovatele nemocných: „Ošetrovatel musí být dobrotivý a obětavý vůči pacientovi, musí být čistý myslí i tělem, schopný každé služby, kterou nemocný potřebuje, musí umět míchat léky, vařit, trpělivě umývat nemocného, musí umět zvedat nemocného z lůžka a vodit ho při procházce, musí mít praxi v upravování lůžek. Musí být ochotný, trpělivý, musí poslouchat obdržené příkazy, nikdy nesmí jednat svévolně.“ (MESSINA 2005, s. 11)

V Číně se již v roce 2800 př. Kristem používala akupunktura a asi sto léků.

6.1.2 Péče v řeckém světě

V egejské civilizaci byl podle Messina nemocný člověk osobou společensky neužitečnou, která nestála za pozornost a obec se jí neměla zabývat.

Ovšem v řecké civilizaci už nalézáme tři organizované formy zdravotní péče:

1. *Asklepia*: malé chrámky zasvěcené božstvu s rozsáhlými sloupořadími pro uložení nemocných, později rozšířené pro tělesnou péči, pro rekonvalescenty, rodičky a umírající. Lékařské umění provozovali kněží.
2. *Iatreia* byly veřejné ošetrovny s přílehlými chirurgickými pracovny. Zde se provozovalo profesionální lékařství, vážnější, méně empirické.
3. *Domáci nemocničky*, místnosti upravené pro ošetrování rodinných příslušníků, jakési malé soukromé kliniky.

Nejdůležitější lékařskou osobou antického světa je **Hippokrates**. Hippokrates se narodil na Kósu v Dodekanesu kolem r. 460 př. Kr. a zemřel v pokročilém věku v Larisse v Tesalii kolem roku 370 př. Kr. Je pravděpodobné, že všechna díla, jež nesou Hippokratovo jméno, sepsaná na přelomu posledních desetiletí pátého století a prvních desetiletí století čtvrtého př. Kr., byla původně majetkem knihovny velké lékařské školy v Kósu, ve které byly shromážděny zřejmě nejen spisy velkého učitele nebo alespoň jemu připisované, ale také spisy a zprávy jiných lékařů nebo žáků, jež vznikaly v průběhu více než sto let činnosti.

Ze všech spisů Hippokratovské sbírky si zachovala bezpochyby dodnes platnost a aktuálnost „Přísaha“. Text napsala pravděpodobně skupina lékařů, kteří sebrali základní učitelovy poučky. (MESSINA 2005, s. 11-13)

Podle Haškovcové (2002, s. 74) je tento fakt pravděpodobně důvodem, proč existuje více variant tohoto textu a proč jsou některé části přísahy kontroverzní. Toto je jedna z dodnes nejčastěji uváděných verzí:

HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

Přisahám při lékaři Apollonu, při Hygieii a Panacei, volám za svědky všecky bohy a bohyně, že ze všech sil s plným svědomím budu plnit tento slib:

Budu si vážit svého mistra v tomto umění jako svých vlastních rodičů, budu se s ním dělit o svůj příjem, budu mu dávat to, čeho bude mít nedostatek; budu pokládat jeho děti za své bratry pokrevné a ze své strany vyučím je v tomto umění bez odměny a bez závazků.

Umožním účast na vědění a naukách tohoto oboru především svým synům, dále synům svého mistra a potom těm, kdo zápisem a přísahou se prohlásí za mé žáky, ale nikomu jinému.

Aby nemocní opět nabyli zdraví, nařídím opatření podle svého nejlepšího vědění a posouzení a budu od nich vzdalovat všecko zlé a škodlivé.

Nehodlám se pohnouti od nikoho, ať je to kdokoli, abych mu podal jedu nebo abych mu dal za podobným účelem radu.

Nedám žádné ženě vložku do pochvy s tím úmyslem, abych zabránil oplodnění nebo přerušil vývoj plodu.

Svůj život i své umění budu cenit jako posvátné; nebudu dělati operace kamene, a vstoupím-li do domu, vejdu tam pro blaho nemocných, zdržím se všeho počínání nešlechtného, neposkvřím se chlípným dotekem s ženami, muži, se svobodnými ani s otroky.

O všem, co uvidím a uslyším při léčení samém, nebo v souvislosti s ním, zachovám mlčení a podržím to jako tajemství, nebude-li mi dáno svolení k tomu, abych to řekl.

Udržím-li pevně a dokonale věrnost této přísaze, buď mi za to dán šťastný život a budoucí zdar ve výkonu povolání, aby má pověst došla chvály pro všechny časy; kdybych však se proti této přísaze prohřešil, ať mě postihne pravý opak.

6.1.3 Péče v římském světě

Messina (2005, s. 15) popisuje zdravotní péči v římském světě podobně jako ve světě řeckém. Také se zde vyskytují chrámy, léčivé prostředky, útulky.

1. Římské chrámy se staly vyhledávaným střediskem pro nemocné, takže měly hodnotu nemocnic podle řeckého vzoru.
2. Medikatryny odpovídají řeckým iatreia (tedy veřejným ošetřovněm s přílehlými chirurgickými pracovněmi).
3. Domácí nemocnice byla tzv. valetudinaria – ošetřovna pro rodinné příslušníky, kde vládl láskyplný vztah.

Nemocné služebnictvo a otroci byli léčeni jen pro výhody pána.

Existovaly také lazarety pro vojsko.

6.2 Ošetrovatelská péče ve středověku

6.2.1 Péče v Evropě

V prvních staletích je péče o nemocné a umírající především záležitostí církve, tedy řeholních řádů. Pravděpodobně od 6. století vznikají charitativní zařízení, která jsou financována ze státních příspěvků, z darů dobročinných laiků nebo řeholníků a spravovaných správcem pod kontrolou biskupa. Tato charitativní zařízení se nazývala diakonie.

Diakonie nebyly kostely, ale světské budovy určené k péči o chudé. Měly jim poskytovat almužny (především potraviny), duchovní péči (k tomu měly kaple) a možnost hygieny. V některých případech byly schopny poskytnout i pohostinství a lékařskou pomoc.

Po prvním tisíciletí začínají v Evropě vznikat a rozvíjet se špitální hnutí. Ve Francii byl špitál nedílnou součástí katedrály nebo baziliky a u velkých klášterů bylo jeho zřízení povinné.

V tomto období se rodí také rytířské řády. Každý rytíř pokládal za věc své cti chránit nejbezbrannější. V den, kdy byl pasován na rytíře, byl jeho meč požehnán slovy: „Kéz zajišťuje obranu a ochranu kostelů, vdov, sirotků, nemocných, chudých a všech Božích služebníků.“(MESSINA 2005, s. 87) Takto vznikalo mnoho vojenských rytířských řádů. Tvořili je sdružení laici se stanovami, jež se inspirovaly řeholí svatého Benedikta.

Ve 12. století přestává být pomoc bližním výsadou mnichů a kleriků. Do této činnosti se také zapojují laici – muži i ženy. Ti se z různých společenských vrstev sdružují a zakládají nejrůznější pomocná zařízení, od sirotčinců po útulky pro prostitutky, od ústavů pro malomocné po nemocnice. Jako příklad uvádí Messina Bratrstvo nebo Společenství milosrdenství, založené ve Florencii roku 1214 nosičem zavazadel Pierem Luca della Borsa, „pro nejrozmanitější nemoci a neduhy“.

Církev postupně přenechává správu a vedení nemocnic obecním laickým autoritám. Mnoho nemocnic je ale zavíráno, protože už nejsou podporovány církevní charitou.

Na přelomu 15. a 16. století začíná doba velkých nemocnic. Nemocnice jsou umělecké a přepychové stavby, projektované význačnými staviteli a umělci s úmyslem učinit nesmrtelným jméno knížete, vévody, nebo markýze, který byl většinou „zřizovatelem“ nemocnice.

Ošetřovatelství už není pouze věc lásky – pomoc bližnímu, ale začíná být úkolem a povinností státu. Nemocný už není jen Kristovým bratrem, ale také občanem a subjektem státu. (MESSINA 2005, s. 67-110)

Přestože se péče o nemocné a umírající postupně přesouvá do vznikajících nemocnic a ošetřovatelských řádů (klášterní špitály apod.), stále většina lidí umírá doma mezi svými nejbližšími, tedy v tzv. „domácí péči“.

Podle Haškovcové (2000, s. 25-33) je představa o tom, jak vypadala v minulosti péče o umírající, dosti idealizovaná. O podobě tzv. domácího modelu umírání se však může hovořit teprve v posledních dvou stoletích. Do té doby byla podle ní péče o většinu prostých lidí laická a často dokonce žádná.

Dlouhodobým a naléhavým problémem společnosti byl tedy úkol, jak zajistit každému umírajícímu alespoň minimální, tj. základní materiální zázemí a jak pokrýt nejdůležitější fyzické potřeby. O to vše se postupně pokoušejí již zmíněné chorobince a špitály.

V praktickém životě se také postupně ustálila péče o pozůstalé, například zaopatření sirotků a vdov.

6.2.2 Péče v Čechách

Z různých typů zařízení, ve kterých od příchodu křesťanství do našich zemí, nacházeli útulek také (i když nikoliv převážně a už vůbec ne výhradně) nemocní, hrály až do josefinských reforem zdravotní a sociální péče nejdůležitější roli takzvané špitály. Slovo špitál, používané v češtině i v němčině *das Spital* k označení předchůdců dnešních nemocnic a často i jako citově zabarvený hovorový ekvivalent pro nemocnici, pochází z latinského *hospitale* (hospic, špitál, nemocnice).

Špitály byly zřizovány především při kláštorech, ale také u sídel biskupů a kapitul a od 12. století i z iniciativy měšťanstva.

Jak už bylo zmíněno, ve 12. století vznikají nejen různá špitální hnutí, ale také rytířské řády starající se o chudé a nemocné.

Jeden z nejvýznamnějších a spolehlivě nejdéle existující pražský špitál křižovníků s červenou hvězdou nevznikl překvapivě z popudu tradičních rytířských a špitálních řádů, ale z iniciativy příslušnice domácího panovnického rodu, Anežky České (1211–1282).

Péče o nemocné ve špitálech se z větší části dlouho nelišila od péče o ostatní chovance a vedle poskytnutí útulku a stravy nešla dále než za ošetření a obvázání ran, podávání utišujících a desinfekčních prostředků, převážně rostlinného původu, nebo pouštění žilou.

Škála terapeutických postupů, teoreticky popsána v dobové lékařské literatuře, se tak nelišila od ošetření poskytovaného pacientům v jejich domovech.

Denní režim chovanců špitálu upravovaly od 16. století domácí řády, od ranního budičku ohlašovaného zvoncem, přes úklid, oblékání stejnokrojů, osobní hygienu, povinné bohoslužby, čas na jídlo i čas na zábavu.

Pro majetnější měšťany, kteří si zaopatření ve špitále ve stáří nebo v nemoci mohli zaplatit a určitou úroveň péče tak garantovat, byla tato možnost na svou dobu důstojným zakončením životní cesty. Osoby, odkázané pouze na milosrdenství bližních, vynucený pobyt ve špitále často jen uchránil před bídým živořením na ulici, poskytl jim přístřeší a nemocným zcela základní ošetření, ale ne vždy už dostatečnou stravu.

Zásadním zvratem v historii pražských špitálů a nemocnic po roce 1620 bylo jejich využití pro praktickou výuku medicíny a pěstování lékařské vědy, zprvu spíše jen teoreticky postulované a ještě několik desetiletí jen sporadické. První rozhodný krok k zapojení špitálu do výukového plánu učinila obnovená pražská lékařská fakulta ve svých statutech z druhé půlky 17. století. Podle nich měli povinně navštěvovat pacienty v nemocnicích nejen budoucí lékaři medicíny po dobu dvou let, ale praktickou zkoušku u nich vykonávali i chirurgové.

Snahy státu o organizaci zdravotní péče vyvrcholily až za vlády Marie Terezie v padesátých letech 18. století. Dvorským reskriptem z roku 1752 byly vedle nejvyšší dvorské zdravotní deputace ve Vídni zřízeny zemské zdravotní

komise v čele s tzv. protomediky. O rok později byl pro Čechy vydán zdravotní řád, který na svou dobu velice moderně upravoval systém veřejné zdravotní služby. Byl závazný pro všechny kategorie pracovníků pečujících o nemocné, jež připojeným výčtem kodifikoval takto: zemští, krajští a městští fyzikové (úřední lékaři), doktoři (graduovaní lékaři soukromě praktikující), lékařští praktikové, chirurgové, lékárníci, lazebníci, oční lékaři, kýlořežci, kamenorežci a porodní báby. Zemský zdravotní řád pro Čechy se stal vzorem pro říšský zdravotní řád vydaný roku 1770. Ten zůstal vrcholnou zdravotní normou na celé následující století.

S vydáním zemského zdravotního řádu pro Čechy roku 1753 byla fakulta inkorporována do vytvořené hierarchie zdravotnických institucí jako nejvyšší odborná instance, podléhající pochopitelně formálně zemské zdravotní komisi, s níž byla personálně spojena osobou svého direktora, současně zemského protomedika.

Vedle nových nemocnic a starých špitálů původního zaměření na potřebné všeho druhu vznikly během 17. a 18. století některé další zaopatřovací ústavy, jejichž cesta se s novými nemocnicemi již zcela rozešla.

Další velké reformy v systému nemocniční péče nastaly za vlády Josefa II. Všeobecné nemocnice měly zajišťovat péči o chudé a osaměle žijící nemocné, podobným osudem stížená rodičky a děti měly nalézt útočiště v porodnicích, nalezincích a sirotčincích, o práce neschopné, opuštěné a chronickými nemocemi stížené osoby se měly starat chorobince, o duševně nemocné ústavy pro choromyslné. Prostředky pro vybudování a provoz těchto ústavů se měly získat především zrušením některých klášterů, nevyhovujících špitálů, chudobinců a podobných útulků, prodejem jejich budov a soustředěním různých sociálních fondů a nadací do fondů centrálních. (SVOBODNÝ, HLAVÁČKOVÁ 1999, s. 11-48).

6.3 Současná ošetrovatelská péče

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Nejprve bylo nutné zajistit, aby každý vážně nemocný a umírající měl čisté lůžko, teplo, jídlo a pití a základní hygienické zázemí. Nemocní byli většinou umístováni do azylových domů (chorobince), později do zdravotnických zařízení (špitály, nemocnice). Ve velkých pokojích bývalo mnoho postelí, mezi kterými byly pouze úzké uličky, později

jednoduché noční stolky. Pro rychlou orientaci ošetřujících bývala v záhlaví postele černá tabule, na kterou se psalo jméno nemocného, rok narození a případně i diagnóza. Tuto praxi později doplňovaly a nakonec zcela nahradily podrobnější údaje zachycené písemnou formou na jednotlivých listech papíru. Uvedený předchůdce chorobopisu se ukládal společně s tzv. teplotní tabulkou do zvláštní přihrádky nacházející se na té straně lůžka, kde měl nemocný nohy. Ošetřovatelské úkony měly především laický charakter opřený o bohatou empirii. Ani řádové sestry neměly zpravidla odborné vzdělání v dnešním slova smyslu, i když tradiční ošetřovatelské techniky bravurně ovládaly.

Historie moderního ošetřovatelství je spojena se jménem Angličanky Florence Nightingalové, ta je autorkou „Knihy o ošetřování nemocných“, která vyšla česky v roce 1874. V tomtéž roce byla otevřena na území Rakouska-Uherska první zdravotnická škola, a to „Česká ošetřovatelská škola“. Zásahu na jejím ustanovení měl lékař Vítězslav Janovský a čelné představitelky Ženského výrobního spolku českého – Karolina Světlá a Eliška Krásnohorská.

Tradiční opatrovnická činnost se pozvolna měnila v činnost ošetřovatelskou, podloženou odbornými znalostmi a dovednostmi. Skutečná odborná škola byla založena v Praze až v roce 1916.

Péče o nemocné se neustále zlepšovala. Postupně se lékařům dařilo stále více vítězit nad nemocemi. Smrt, která byla dříve „běžnou“ součástí života, je nyní stále odsouvána a mnozí získávají dojem, že zemřít je vždy předčasné a vlastně nevhodné.

Jako jeden z důvodů, proč tato situace nastala, uvádí Haškovcová (2000, s. 31) na základě výzkumu Artura Imhofa, objev nových léků, později dokonce antibiotik. To vše způsobilo, že došlo k radikální změně „k bezpečnému životnímu času“. **„Nesamozřejmost života je vystřídána nesamozřejmostí smrti“**

Oddalování smrti je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. To, že se nebere na vědomí konečnost lidského osudu je podle Haškovcové (2000, s. 32-33) projevem lidské i profesionální neodpovědnosti, která se vymstí, a to nejméně dvakrát.

Poprvé tehdy, kdy nejsou včas a náležitě zohledněny potřeby člověka, který právě vstoupil do procesu umírání. Tam moc vítězné medicíny končí a dotýčný i

jeho rodina potřebují jiný typ pomoci. Paliativní formy péče jsou zahajovány pozdě, anebo jsou zamlčovány. Některým profesionálům a laikům nejsou dokonce ani známy. Rodiny bývají rozčarovány tím, že záchrana, kterou si přejí není možná, anebo tím, že se nemocnému nedostává laskavého doprovodu. Umírající na tom nejsou o mnoho lépe. Někteří doufají v nepřicházející zázrak a mají pocit, že je lékaři v těžké situaci zradili. Jiní těžce prožívají, že jim není poskytována péče, která by pokryla jejich aktuální potřeby.

Podruhé, když se zdravotníci v dobrém úmyslu dopouštějí „chyby“ tím, že bývají hyperaktivní. Lékaři jsou většinou bez ohledu na profesní kategorii školeni na vítězný boj s nemocí. Stále intervenují ve prospěch života, který nezadržitelně odchází, a tvrdošíjně se snaží zvrátit neblahý stav věcí. Používají všech metod a technik, které ještě mají k dispozici a prakticky nenechají člověka v klidu zemřít. Kdyby neintervenovali a přenechali vládu moudré přírodě, umírající by nebyl zatěžován léčbou, která mu přináší víc bolesti než prospěchu.

6.3.1 Paliativní péče

„Paliativní neboli **útěšná medicína** představuje ucelený a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Lze ji poskytovat ve zvláštních zařízeních, která se jmenují **hospice** a je nutné i možné ji v určité míře inkorporovat i do stávajícího systému vítězné medicíny. Do péče o umírajícího je třeba opět zapojit rodinu. Zcela oprávněně se tedy hovoří o **hospicovém hnutí**.“ (HAŠKOVCOVÁ 2000, s. 34)

Podle *Světové zdravotnické organizace (WHO)* - je **paliativní medicína** celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní (standardní) 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. (VORLÍČEK, ADAM, POSPÍŠILOVÁ A KOLEKTIV 2004, s. 24)

Světová zdravotnická organizace dále konstatuje, že paliativní péče:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- ani neurychluje, ani neoddaluje smrt
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti

Paliativní, neboli útěšná a zmírňující medicína, péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Principy paliativní medicíny korelují s potřebami umírajících a zahrnují tyto základní cíle:

- symptomatickou léčbu
- zmírňující péči
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti
- emotivní podporu
- spirituální pomoc
- sociální zázemí
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího

Paliativní léčbu lze zařadit do onkologické péče vedle léčby kurativní a podpůrné. Všechny tyto přístupy se navzájem prolínají.

Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení, zatímco postupy paliativní medicíny se nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacientalepší. Paliativní péče podporuje kvalitu života, ne jeho prodlužování.

Cílem je dále provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného. Obvykle se jedná o chronicky nemocné nebo o nemocné v terminální fázi života.

Paliativní péče smrt ničím neurychluje ani neoddaluje, mírní bolest a jiné symptomy, začleňuje do komplexní péče i psychologický, sociální a duchovní

aspekt. Paliativní péče zahrnuje i péči o rodinu nemocného, a to v období pre finem, in finem i post finem.

Významným mezníkem v moderní paliativní medicíně bylo v 70. letech 20. století ve Velké Británii ustanovení *pěti zásad rozvoje oboru*:

1. založení oddělení hospicové (paliativní) medicíny, která provádějí komplexní multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné péče lékařské
2. rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu
3. založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, která zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů
4. rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích
5. výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče

K otázce eutanazie má paliativní medicína jednoznačně vyhraněný postoj:

Pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE. (HAŠKOVCOVÁ 2000, s. 34–36)

6.3.2 Hospic

Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště. Termín byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Vyhledávali je zejména unavení poutníci směřující do Palestiny. Pobyli v nich zpravidla několik dní, aby nabrali čerstvé síly na další úsek obtížné a daleké cesty. Řádně se vyspali, najedli, napili a ošetřili bolavé nohy. Hospic většinou vedl člověk, který byl schopný vést nejen hostinec, ale který se vyznal i v ranhojičství. Středověký hospic poskytoval v elementární úrovni vše, co můžeme moderní terminologií nazvat bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem. (HAŠKOVCOVÁ 2000, s. 39)

Hospice později přirozeně zanikly a myšlenka na ně ožila teprve v polovině 19. století. V roce 1842 Jeanne Garnierová založila v Lyonu společenství žen

(většinou vdov), které se plně věnovalo péči o nevyлéčitelně nemocné. V roce 1847 toto společenství otevřelo v Paříži první dům pojmenovaný hospic. Právě v souvislosti s dílem Garnierové získalo slovo „hospic“ svůj význam jako místo, kam jsou přijímáni pacienti na konci života.

V roce 1878 zakládá v irském Dublinu Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky, jejíž hlavním posláním je doprovázení umírajících při umírání. Tato komunita založila několik domů v Irsku a v Anglii, např. hospic sv. Josefa v Londýně. V tomto hospici pracovala po 2. světové válce Cecilly Saundersová, zpočátku jako zdravotní sestra, po ukončení studií jako lékařka.

V 50. letech 20. století zde postupně formulovala zásady lékařské péče přiměřené potřebám a situaci nemocných, kterým tehdy rychle se rozvíjející medicína nemohla nabídnout vyléčení. Za určitý souhrn základních myšlenek Saundersové (a celého hospicového hnutí) lze považovat její koncept „celkové bolesti“ (total pain). Tělesná bolest je dle tohoto pojetí nerozlučně spjata a vzájemně se ovlivňuje s utrpením (bolestí) v oblasti psychické, sociální a duchovní. Zvláště u terminálně nemocných a umírajících je tato vzájemná provázanost zcela zásadní a jednotlivé složky bolesti nelze mírnit odděleně (VORLÍČEK, ADAM, POSPÍŠILOVÁ A KOLEKTIV 2004, s. 19-20).

V roce 1967 založila dr. Cecilly Saundersová St. Christopher hospic, ve kterém je péče o „celkovou bolest“ terminálně nemocných poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem. Toto bývá považováno za počátek moderního hospicového hnutí.

Od anglické královny dostává za své zásluhy titul „dame“. Nezůstalo totiž jen při jednom hospici. Myšlenka obletěla celý civilizovaný svět, kde je v současné době kolem dvou tisíc hospiců. St. Christopher hospic zajišťuje odbornou metodickou službu pro zájemce ze všech světadílů. (HAŠKOVCOVÁ 2000, s. 39)

Hospice ve světě mají podle místních podmínek různé formy, ale jejich myšlenka je stejná. Podle Svatošové (2003, s. 133) jsou dobré podmínky pro domácí formu hospicového hnutí v místech, kde je menší zaměstnanost žen. Ta převládá např. v USA, ovšem ani tam nestačí vždycky. Potřebuje-li nemocný lůžko, jsou tu „ošetřovatelské domy“.

Jaká forma hospicové péče se v dané zemi rozvine, záleží také na místních zákonech a v neposlední řadě na způsobu financování zdravotní péče. Tak např. v Itálii za hospicovým pacientem přijede až do bytu (podle potřeby) kdokoliv z hospicového týmu, včetně lékařů a specialistů. Kvalita života nemocného má přednost před ekonomikou.

Za povzbudivý pokládá Svatošová také fakt, že všude, kde vznikly hospice, bylo časem zaznamenáno výrazné zlepšení péče o umírající i v nemocnicích. (SVATOŠOVÁ 2003, s. 133)

Ve světě se hospicová péče rozděluje do tří forem:

1. Domácí hospicové hnutí

je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejich možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď schází, nebo se časem vyčerpá, „prostě dojdou síly“.

Dalším omezujícím faktorem může být i odbornost. Zejména v místech, kde dosud není žádná sesterská agentura poskytující domácí péči, anebo nemá speciálně vyškolené sestry pro hospicovou práci. (SVATOŠOVÁ 2003, s. 127)

Při těchto problémech nabízí pomocnou ruku Hospicové občanské sdružení „Cesta domů“. Toto sdružení založilo a provozuje v Praze domácí hospic, který nabízí konkrétní pomoc rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající blízké doma.

Domácí hospic „Cesta domů“ nabízí:

- nabízí služby lékaře, zdravotních sester a dalších pracovníků v situaci, kdy již nemocniční péče není nutná a kdy si nemocný i jeho blízcí přejí být spolu doma
- spolupracuje s lékaři – specialisty na léčbu bolesti, s psychology, duchovními, sociální pracovníky a psychoterapeuty
- spolupracuje s agenturami domácí péče a s ošetřujícími lékaři a společně s nimi pomáhá kvalifikovaně zajistit tělesnou a psychickou pohodu pacienta

- nenahrazuje každodenní péči o dlouhodobě nemocné, kterou poskytují agentury domácí péče

Podmínky přijetí do péče domácího hospice „Cesta domů“:

- rodina i klient se svobodně rozhodli zůstat v domácím prostředí
- nemocný trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém stádiu a ošetřující lékař konstatoval, že byly vyčerpány všechny dostupné možnosti léčby vedoucí k uzdravení a nebo se nemocný sám rozhodl nepokračovat v protinádorové léčbě
- klient i rodina souhlasí s paliativní péčí, která je zaměřená na zmírnění utrpení, léčbu/kontrolu bolesti a na tlumení příznaků, které toto stádium nemoci provázejí
- v rodině je alespoň jedna osoba připravená převzít odpovědnost za každodenní celodenní péči o klienta

Rodina i klient mohou své rozhodnutí o péči v domácím prostředí kdykoli změnit a požádat si o přijetí do lůžkového hospice či jiného zdravotnického zařízení podle vlastní volby. (O ORGANIZACI PALIATIVNÍ PÉČE, Projekt paliativní péče v ČR 2004, s. 5; srov. www.cestadomu.cz)

2. Stacionáře – denní pobyty

Pacient je v tomto případě přijat ráno a odpoledne, nebo večer se vrací domů. Tento způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče.

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.

Základní filozofie hospice vychází z úcty k životu a úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.

Hospic nemocnému garantuje, že

- *nebude trpět nesnesitelnou bolestí*
- *bude vždy respektována jeho lidská důstojnost*
- *v posledních chvílích nezůstane osamocen*

Důraz v myšlence hospicu se klade na kvalitu života nemocného, a to až do jeho posledních chvil. V hospicové péči se snaží naplnit dny nemocného životem, doprovázet jeho i jeho příbuzné, kteří trpí současně s ním a hrají nezastupitelnou roli v hospicové péči. V hospicích se nepouští ze zřetele rodina ani po smrti zesnulého.

Úkolem hospice je pomáhat a sloužit. Nedává si za cíl odstranit utrpení. Hospic respektuje smrt jako nedílnou a přirozenou součást života.

Filozofie hospicu vyžaduje hluboce lidský a současně profesionální přístup stejně tak, jako i týmovou práci všech zúčastněných, včetně dobrovolníků, kteří tvoří neoddělitelnou část těchto týmů. (SVATOŠOVÁ 2003, s. 127–131)

Kdo může v hospici pracovat?

Mimo vysoce odbornou dovednost ve svém povolání to musí být lidé, kteří mají skutečně a bezvýhradně rádi lidi. Současně to jsou lidé, kteří jsou vyrovnaní se svou vlastní konečností, smrtelností (tuto podmínku uvádí také Kübler-Rossová jako jednu z nejdůležitějších). Důležitou částí týmů hospicové péče jsou i dobrovolníci.

Kdo se cítí být povolán k tomu, aby nemocného doprovázel, potřebuje mít základní předpoklady k vytvoření účinného terapeutického vztahu. Především se musí učit trpělivě naslouchat a být pro druhého celou svou osobností přítomen. Ani nevyslovená prosba by neměla být přeslechnuta. Cesta k nemocnému není vždy otevřena, a proto je nezbytná ochota v kteroukoli denní i noční dobu vyslechnout jeho stesky a spolu s ním se pokoušet najít odpověď na otázky, které ho znepokojují.

6.3.3 Hospic v ČR

Myšlenka zřídit první český hospic vznikla hned po roce 1989. Na projektu pracovalo občanské sdružení „Křesťanské sdružení pro pomoc onkologicky nemocných“ v čele s MUDr. Opatrnou. Přes všechny těžkosti byl tento projekt schválen prvním „polistopadovým“ ministrem zdravotnictví.

Hospic měl být vybudován v Roosveltově ulici na Praze 6. Finance přislíbil americký sponzor a Praha 6 měla věnovat občanskému sdružení zrekonstruovaný dům.

V roce 1991 MUDr. Opatrná onemocněla a později zaniklo i „Křesťanské sdružení pro pomoc onkologicky nemocných“.

První český hospic byl tedy zřízen „až“ v roce 1995 v Červeném Kostelci. Uvedení pojmu hospic do sdělovacích prostředků a do veřejnosti bylo odstartováno televizním adventním koncertem, který byl věnován vybudování hospice v Červeném Kostelci. Projekt budovy byl přizpůsoben poznatkům získaným stáží ve Velké Británii, v kolébce hospicových hnutí. Stavba budovy byla zahájena v říjnu 1994 na „zelené louce“ a za 13 měsíců byla dokončena.

Slavnostní zahájení provozu na 30 lůžkách pro pacienty, na 14 přistýlkách pro doprovázející příbuzné 8. prosince 1995 a přijetí prvních pacientů 2. ledna 1996 jsou významná data spojená se začátkem hospicového hnutí v České republice. Další obvyklou formou hospicové péče je tzv. denní stacionář pro vážně nemocné. Služby v této části budovy jsou nabízeny od dubna 1996. Pomocí pro preterminálně a terminálně nemocné pacienty, kteří mohou zůstat ve svých vlastních domácnostech, je hospicové poradenské centrum spojené s půjčovnou zdravotních pomůcek, které bylo otevřeno v červnu 1998.

Kdo je MUDr. Marie Svatošová?

MUDr. Svatošová je jednou ze zakladatelek hospicového hnutí u nás. Do roku 1990 byla praktickou lékařkou. 1990 opouští ordinaci, aby realizovala myšlenku hospice, kterou zná ze samizdatové literatury. Roku 1993 založila sdružení „Ecce homo“ pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. Dne 8. 12. 1995 pak byl otevřen první český hospic v Červeném Kostelci. Další

následují....Marie Svatošová je známá nejen jako iniciátorka hospicového hnutí, ale také jako autorka řady článků a publikací. Čtenářsky nejúspěšnější je její knížka „Hospice a umění doprovázet“.

Ecce homo

Zakladatelé Ecce homo - Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí shrnuli už v roce 1993 zamýšlenou taktiku a strategii do čtyř bodů:

1. Začít o smrti a umírání nahlas mluvit a hlavně přemýšlet.

2. Pomoci vybudovat první český hospic a v něm ukázat, že všechno jde, když se chce.

Tato věc se také zdařila. Za vydatné finanční i morální podpory Ministerstva zdravotnictví byly postupně vybudovány hospice další a postupně vzniká síť těchto zařízení po celé republice.

3. Zkušenosti z hospice předávat dál, například formou přednášek, seminářů, umožněním stáží apod.

Těchto akcí má Ecce homo za sebou stovky a dokud bude zájem a pokud síly stačí, chce v nich pokračovat. Povzbuzující je, že v posledních letech o přednášky s hospicovou tematikou projevíly zájem i některé lékařské fakulty a Institut pro další vzdělávání lékařů.

4. Myšlenku hospice prosadit i mimo budovy hospice, všude, kde lidé umírají.

To Ecce homo hned na začátku označilo jako svůj „vzdálený cíl“. I když je stále ještě hodně vzdálený, není pochyb, že je už o pořádný kus blíž než před deseti lety, kdy projekt startoval. A co je zvláště radostné, o naplnění původního záměru už neusiluje jen několik zakládajících členů sdružení, ale několik stovek dalších lidí. A započítáme-li pozůstalé po pacientech zemřelých v hospicích, kteří myšlenku hospice velmi přesvědčivě a účinně šíří ve svém okolí, angažují se pro tuto dobrou věc už desetitisíce lidí v České republice (SVATOŠOVÁ 2003, s. 149)

6.3.4 Duchovní aspekty v paliativní medicíně

Lidská spiritualita se vztahuje ke skutečnostem přesahujícím smyslovou zkušenost. Mnoho vážně nemocných nalézá ve spirituální dimenzi zdroj vnitřní síly a spojuje ji s potřebou smíření, odpuštění, uznání nároků absolutního bytí. Proto je třeba, aby zdravotničtí pracovníci hovořili se svými pacienty o jejich duchovních hodnotách, a to zvláště v terminálním období nemoci.

Obecně platí, že vážné onemocnění představuje mezní životní situaci. Pro pacienta i pro jeho blízké nastává náročné období, na jaké většina lidí není vůbec připravena.

V paliativní medicíně se dnes plně doceňuje, jak velký význam má vnitřně prožívaná náboženská víra pro pacienta i jeho blízké. Víra dává odpověď na znepokojivé existenciální otázky a dovoluje, aby těžce nemocný prožíval poslední období svého života v metafyzické bezpečí.

V zahraničí není vzácností, že velké nemocnice mají oddělení pastorační péče, jejichž zaměstnanci jsou pacientům neustále k dispozici. Významnou součástí duchovní péče kněze představuje udílení svátostí, zejména svátosti pokání a eucharistie. Vážně nemocný může přijmout též svátost pomazání nemocných, která by neměla být chápána jako „poslední pomazání“.

Spirituální aspekty terminálního období nemoci zůstávají v paliativní medicíně trvalou výzvou. Pro zdravotnické pracovníky se otevírá široké pole působnosti, jestliže si uvědomí, kolik v tomto směru svým pacientům dluží. Mnozí nemocní hledají u svého ošetřujícího lékaře pochopení a podporu také ve svých duchovních potřebách. (VORLÍČEK, ADAM, POSPÍŠILOVÁ A KOL. 2004, s.449-455)

V ČR má duchovenská služba před sebou ještě dlouhou cestu. Prvním nemocničním kaplanem, který je součástí multidisciplinárního týmu, byla v roce 1997 jmenována MUDr. Opatrná. Smlouva mezi VFN a Arcibiskupstvím pražským je uzavřena od roku 1998. Druhý nemocniční kaplan, který je součástí týmu, je na

Moravě – v hospici Rajhrad. Přestože je ČR malá země, jsou dva nemocniční kaplani, kteří jsou součástí týmu, opravdu málo. Ostatní nemocnice, které nemají „svého“ kaplana, jsou rozděleny do skupin, které spadají pod různé kněží. V konečné podobě to vypadá asi tak, že jeden kněz má „na starost“ až dva tisíce lůžek.

MUDr. Opatrná iniciovala vznik pracovní skupiny při Ekumenické radě církví (ERC), která se zabývá problematikou možnosti zavedení duchovní péče do zdravotnických zařízení. Duchovní péče, ekumenicky pojatá, již existuje řadu let ve vězeňství a v armádě. Práce zde probíhá na základě dohod mezi Českou biskupskou konferencí a ERC. (srov. OPATRná: Zkušenost s pastorační péčí ve VFN Praha (1997-2002) 2002, s. 74-77). Ekumenická práce již nyní funguje při Havířovské nemocnici. Je zde v provozu „Centrum pro duchovní službu“, kde se střídají duchovní různých církví. Založení tohoto centra inicioval luteránský biskup Vladislav Volný.

Duchovní péči nebo-li zdravotní kaplanství definují „Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě“ takto: „Zdravotní kaplanství poskytuje pastorační služby v různých zdravotnických zařízeních, a to tak, že prokazuje službu s ohledem na existenciální, duchovní a náboženské potřeby těch, kdo trpí, a těch, kdo o ně pečují, že přivádí k zdrojům osobním, zdrojům víry, kulturním i zdrojům společenství.

Kaplanské služby jsou organizovány různými způsoby v různých evropských zemích. Je to určováno:

- a) administrací náboženských skupin
- b) zdravotnickými institucemi
- c) státními zdravotnickými směrnici a politikou
- d) kaplanskými asociacemi.

Kaplanské služby jsou vykonávány duchovními i laiky, kteří byly profesionálně vycvičeni v oblasti pastorační péče. Jsou zplnomocněni jejich společenstvím věřících a uznáni zdravotnickým systémem.

Kaplanské služby fungují jako součást multidisciplinárního týmu.“ (srov. Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě – červen 2002; www.eurochaplains.org)

6.3.5 Péče o pečující

Práce s těžce nemocnými a umírajícími je nejen fyzicky, ale i psychicky náročná. Psychickou zátěž pociťují všichni, kteří se na péči podílejí. V posledních letech tedy začíná být také věnována péče pečujícím, resp. **péče o pečující** (z angl. to respite – uvolnit, ulehčit).

Předpokládá se, že psychicky vyrovnaný ošetřující bude umět vést k potřebné duševní hygieně i rodinu umírajícího, která je rovněž vystavena extrémní psychické zátěži.

Podle Haškovcové (2002, s. 152) je třeba vědět, v jaké situaci se vlastně pečující nacházejí a co je příčinou vysoké zátěže, jedině tak je péče o pečující účinná. Jako příklad uvádí studii pražského psychiatra Radkina Honzáka, který se soustředil v jednom ze svých sdělení na problém altruismu (nesobecká láska k bližnímu, která se projevuje účinným, vstřícným a pomáhajícím chováním), který je všeobecně považován za jednu z rozhodujících podmínek volby povolání v pomáhajících profesích a který je současně „živnou půdou“ pro pravidelný rozvoj tzv. syndromu vyhoření.

Honzák dále upozorňuje, že i altruisticky orientovaný člověk musí pamatovat sám na sebe (egoismus) a musí se umět postarat také o své vlastní potřeby. Sebeobětování a spasitelský komplex do obsahu skutečného altruismu nepatří.

Je-li altruismus i egoismus v prakticky vyvážené formě, pak stačí, když každý, kdo pracuje v pomáhajících profesích, bude dbát pravidel základní duševní hygieny.

Pojem „duševní hygiena“ bývá často neprávem zesměšňován. Duševní hygiena je potřebná a má svá pravidla, která je vhodné znát a řídit se jimi.

Stane-li se, že pracovník pomáhající profese nepraktikuje duševní hygienu, anebo je příliš dlouho vystaven nádlimitní zátěži, může se u něj projevit tzv. syndrom vyhoření (HAŠKOVCOVÁ 2002, s. 154)

6.3.6 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (burn-out) byl původně popsán v americké psychiatrii a byl definován jako důsledek specifického profesionálního rizika psychiatrů, kteří musí neustále pozorovat, přijímat a pracovat s různými pocity svých pacientů.

Později bylo opakovaně doloženo, že syndrom vyhoření je obecným fenoménem a vzniká tam, kde je profesionál vystaven velké emotivní psychické zátěži. Se syndromem vyhoření se pravidelně setkáváme u zdravotníků, učitelů a všech, kteří pracují s lidmi.

Neléčený syndrom vyhoření může mít celou řadu nejen psychických, ale i somatických následků. V psychické rovině je nápadná rozladěnost, podrážděnost a nebo naopak apatie. Postižený pracovník nezřídka lituje volby své profese, která mu nepřinesla „ani slávu, ani peníze“. Problematické a většinou nedostatečné finanční ocenění očekával, domníval se však, že se mu dostane alespoň společenského uznání. V somatické rovině se rozvíjí především celá škála tzv. psychosomatických onemocnění (vředová choroba, hypertenze).

Haškovcová uvádí (2002, s.154), že někteří odborníci jsou přesvědčeni, že se syndromu vyhoření nelze vyhnout a že si ho každý z reprezentantů pomáhajících profesí jednou prožije. Z toho důvodu je vhodná základní znalost o jeho existenci a projevech, nehledě na to, že každá prevence je lepší než léčba.

V současné medicíně se tedy nejen stále vyvíjí přístup k nemocnému a péče o pomáhající profese, ale do povědomí lékařů i pacientů se dostává také dodržování různých ustanovení a kodexů.

V průběhu dlouhých staletí hrála dominantní roli Hippokratova přísaha. K jejím novelizacím docházelo opakovaně, a to zejména po 2. světové válce. I když základní myšlenka (vztah lékaře vůči pacientovi, kolegům a veřejnosti) byla zachována, došlo k obsahové změně v nazírání na povinnosti lékařů, případně

dalších zdravotníků. Proto byly formulovány další kodexy, které navazují na klasickou Hippokratovu přísahu jen volně a prakticky respektují pouze její obecný důraz na mravnost.

V roce 1948 byla přijata *Ženevská deklarace* (později doplněná nebo upravená v letech 1968 a 1983), které se rovněž říká *Ženevský slib lékařů*. Poměrně krátký text zavazuje lékaře k tomu, aby stáli vždy na straně humanitních cílů medicíny. Návaznost na Hippokratovu přísahu je zřejmá, právě tak jako je evidentní, že bylo třeba reagovat na zveřejněné zločiny lékařů z doby fašistického Německa.

Světová lékařská asociace (World Medical Association, WMA), která byla ustanovena v roce 1945, vydala ještě celou řadu významných dokumentů týkajících se lékařské etiky. Například Všeobecnou deklaraci lidských práv (1948), Mezinárodní kodex lékařské etiky (1949), Helsinskou deklaraci (1964 a další její novelizace), Lisabonskou deklaraci o právech pacientů (1986).

Oborového svazu pracovníků ve zdravotnictví „Morální profil zdravotnického pracovníka“. Tento materiál měl především politický charakter. Lékaři se jimi sice formálně museli řídit, ale praktický pozitivní dopad byl sporný.

Významné bylo vyhlášení etického kodexu Práva nemocných (HAŠKOVCOVÁ 2002, s. 77-78).

Další kodexy, které bychom mohli zmínit jsou např. Charta práv hospitalizovaných dětí, Práva umírajících a Onko-charta (Pařížská charta proti rakovině, 2000).

7. Zkoumání pohledu současné společnosti na fenomény stáří a umírání

Ve svém šetření jsem zkoumala pohled současné společnosti na fenomény stáří a umírání. Vycházela jsem z teoretické části své práce.

7.1 Cíl šetření

Cílem šetření bylo zjistit pohled současné společnosti na stáří, umírání a přístup lékařů k pacientům

7.2 Úkoly šetření

Za úkoly šetření jsem si stanovila:

1. poskytování informací o zdravotním stavu
2. přístup společnosti a institucí ke smrti
3. tabu smrti v rodině
4. osobní přístup ke smrti a umírání

7.3 Metody a metodika šetření

Pro své šetření jsem si stanovila 12 otázek. Respondenti byli v období mladé dospělosti (20-35), střední dospělosti (35-45), starší dospělosti (45-60), raného stáří (60-70) a pravého stáří (75 a více).

Šetření probíhalo koncem ledna a v první polovině února roku 2006. V rámci svého zaměstnání mám přístup do několika poboček v republice (Brno, Ostrava, Litoměřice, Praha), tam jsem dotazníky rozdala. Dále jsem je distribuovala v rámci náhodného výběru mezi své přátele a známé.

Vzorek respondentů byl tedy vybrán z více částí republiky. Většina oslovených vyplnila dotazník bez jakýchkoliv námitek. Předpokládám, že na tento „bezproblémový“ průběh mělo vliv také to, že mě respondenti znali. Vyplnění dotazníku odmítli pouze dva oslovení. Jeden odmítl předat dotazník své

osmdesátileté matce se slovy „ona se o těchto věcech nebaví, ji to nezajímá“ a druhý kvůli nedávnému úmrtí otce.

Šetření se zúčastnilo 131 respondentů. 58 respondentů bylo věku 20-34 let, 31 respondentů ve věku 35-44 let, 33 respondentů ve věku 45-59 let, 6 respondentů ve věku 60-74 a 3 respondenti ve věku 75 let a více. 33 respondentů bylo vyučených, 74 respondentů mělo středoškolské vzdělání a 24 respondentů mělo vzdělání vysokoškolské.

Metoda sběru dat

Jak jsem již zmínila, jedná se o dotazník (příloha č. 1). Pro lepší zpracování jsem zvolila uzavřené otázky s odpověďmi ANO, SPÍŠE ANO, SPÍŠE NE, NE, NEVÍM, nebo respondenti označovali předem dané odpovědi (viz. ot. č. 4, č. 8 a č.11)

Metoda zpracování dat

Vzhledem k malému počtu respondentů – mužů, jsem odstoupila od gender rozdílu v rámci věkových kategorií.

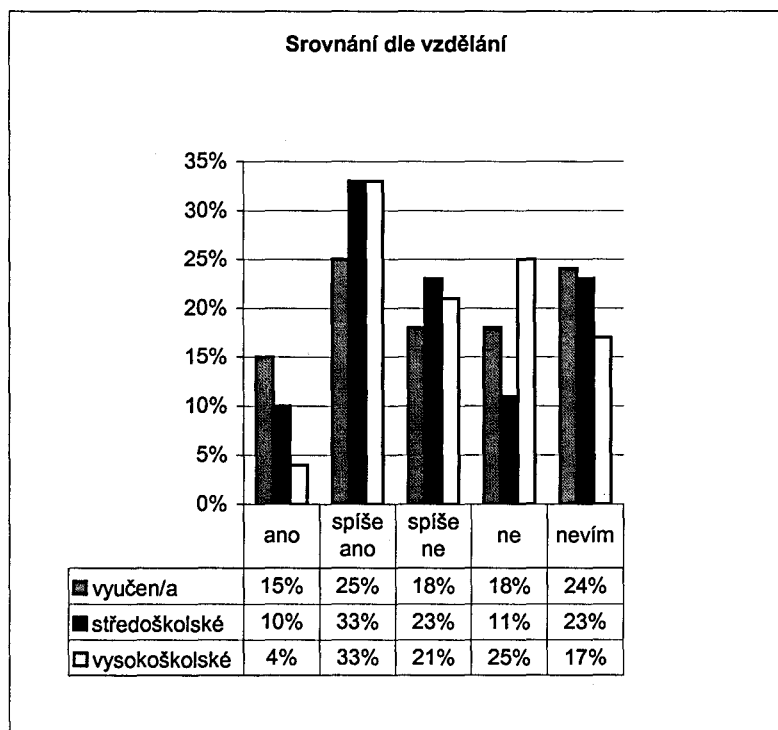
Celkem jsem porovnávala 5 skupin podle věku a 3 skupiny podle vzdělání.

Jednotlivé otázky jsem zpracovala graficky.

7.4 Výsledky šetření

1. otázka: Zlepšil se podle Vašich zkušeností v posledních letech přístup lékařů k nemocným a umírajícím?

Tabulka č. 1 k otázce č. 1



Na otázku č. 1 odpovědělo ANO 15 % vyučených respondentů (dále VčR), 10 % respondentů se středoškolským vzděláním (dále SR) a 4 % respondentů s vysokoškolským vzděláním (dále VšR).

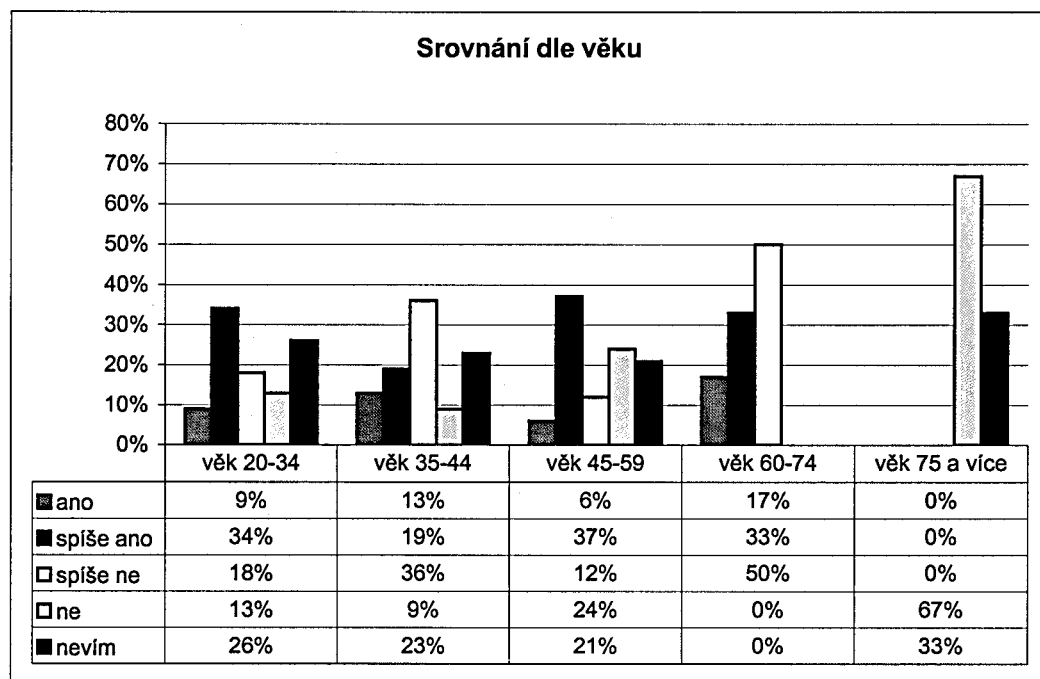
SPÍŠE ANO odpovědělo 25 % VčR, 33 % SR a 33 % VšR,

SPÍŠE NE odpovědělo 18 % VčR, 23 % SR a 21 % VšR,

NE odpovědělo 18 % VčR, 11 % SR a 25 % VšR,

NEVÍM odpovědělo 24 % VčR., 23 % SR a 17 % VšR.

Tabulka č. 2 k otázce č. 1



Na otázku č. 1 odpovědělo ANO 9 % resp. ve věku 20-34, 13 % ve věku 35-44, 6 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74 a 0 % resp. ve věku 75 a více.

SPÍŠE ANO odpovědělo 34 % resp. ve věku 20-34, 19 % ve věku 35-44, 37 % ve věku 45-59, 33 % ve věku 60-74 a 0 % resp. ve věku 75 a více.

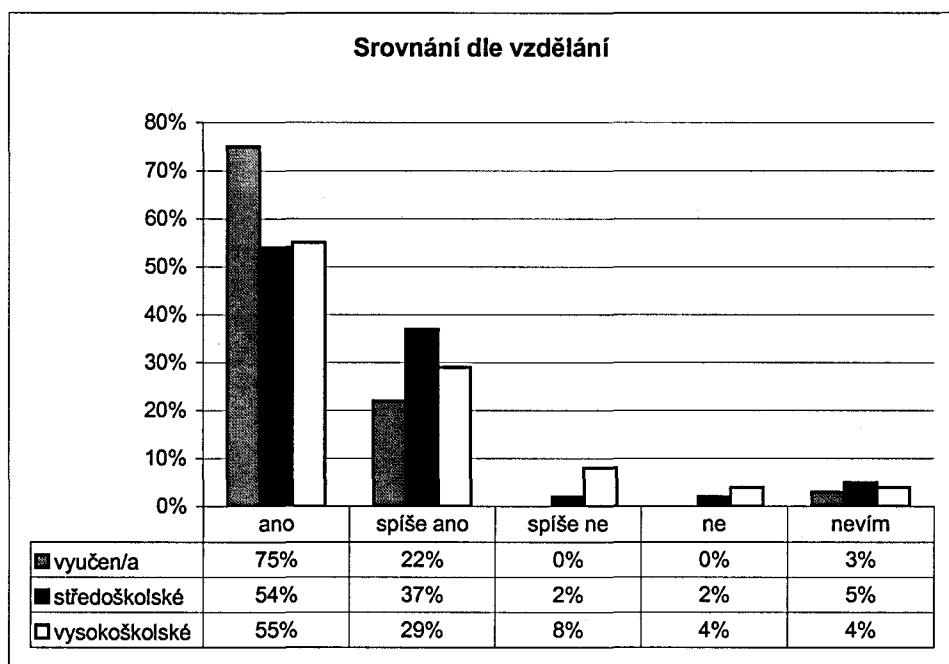
SPÍŠE NE odpovědělo 18 % resp. ve věku 20-34, 36 % ve věku 35-44, 12 % ve věku 45-59, 50 % ve věku 60-74 a 0 % resp. ve věku 75 a více.

NE odpovědělo 13 % resp. ve věku 20-34, 9 % ve věku 35-44, 24 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 67 % resp. ve věku 75 a více.

NEVÍM odpovědělo 26 % resp. ve věku 20-34, 23 % ve věku 35-44, 21 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 33 % ve věku 75 a více.

2. otázka: Měl by lékař v každém případě informovat pacienta o jeho zdravotním stavu?

Tabulka č. 3 k otázce č. 2



Na otázku č. 2 odpovědělo ANO 75 % VčR, 54 % SR, 55 % VšR.

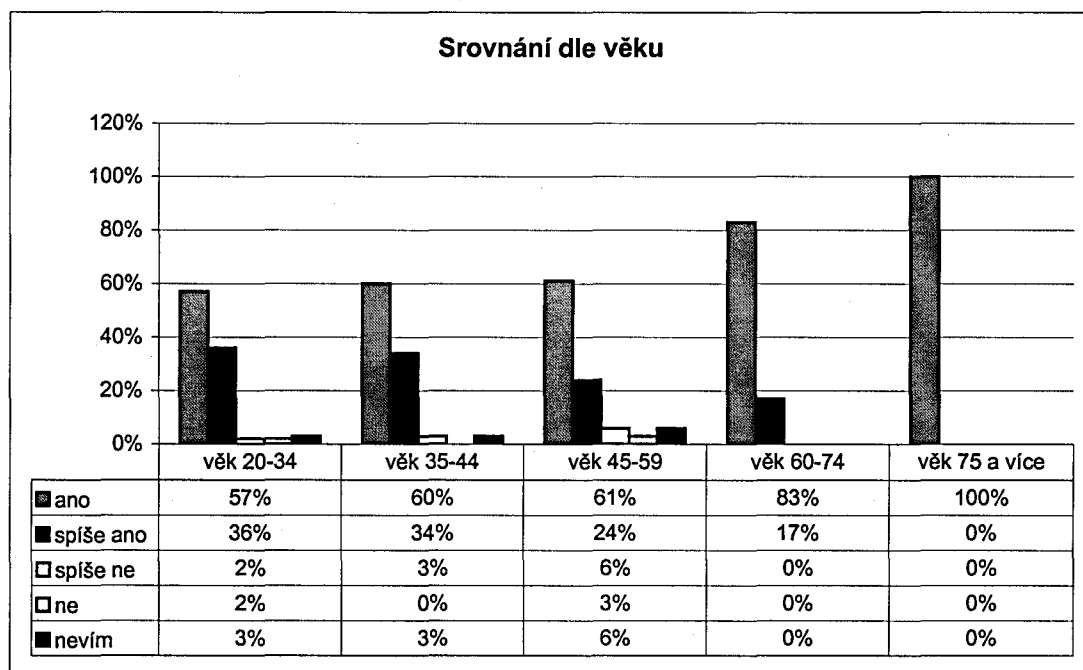
SPÍŠE ANO odpovědělo 22 % VčR, 37 % SR a 29 % VšR.

SPÍŠE NE odpovědělo 0 % VčR, 2 % SR a 8 % VšR.

NE odpovědělo 0 % VčR, 2 % SR a 4 % VšR.

NEVÍM odpovědělo 3 % VčR, 5 % SR a 4 % VšR.

Tabulka č. 4 k otázce č. 2



Na otázku č. 2 odpovědělo ANO 57 % resp. ve věku 20-34, 60 % ve věku 35-44, 61 % ve věku 45-59, 83 % věku 60-74 a 100 % resp. ve věku 75 let a více.

SPÍŠE ANO odpovědělo 36 % resp. ve věku 20-34, 34 % ve věku 35-44, 24 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74 a 0 % resp. ve věku 75 a více.

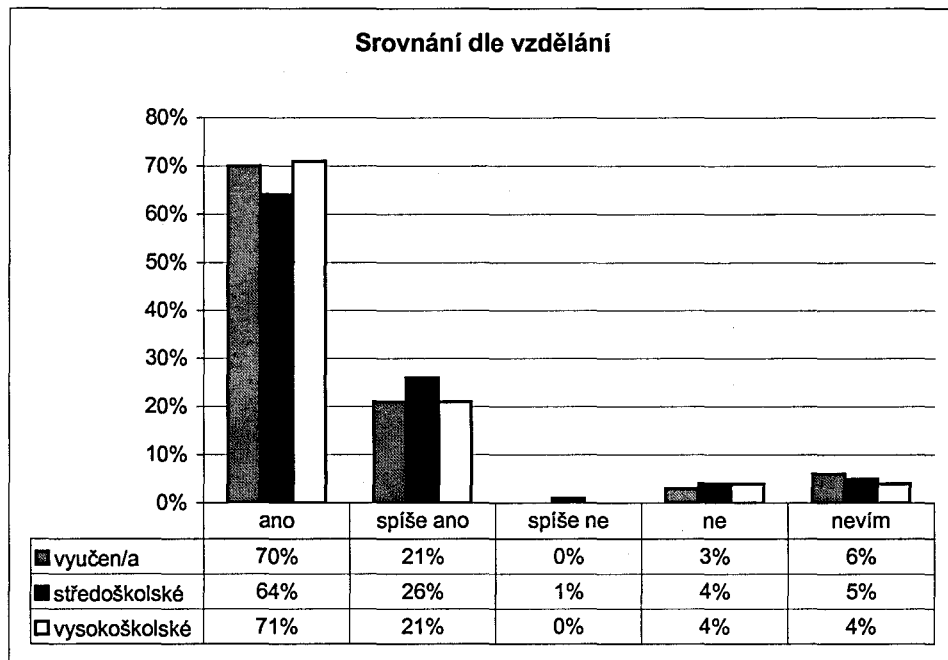
SPÍŠE NE odpovědělo 2 % ve věku 20-34, 3 % ve věku 35-44, 6 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 0 % resp. ve věku 75 a více.

NE odpovědělo 2 % resp. ve věku 20-34, 0 % ve věku 35-44, 3 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

NEVÍM odpovědělo 3 % resp. ve věku 20-34, 3 % ve věku 35-44, 6 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 0 % resp. ve věku 75 a více.

3. otázka: Chtěl/a byste Vy sám/sama být informován/a o svém zdravotním stavu, přestože by byl vážný (nevléčitelná nemoc apod.)

Tabulka č. 5 k otázce č. 3



Na otázku č. 3 odpovědělo ANO 70 % VčR, 64 % SR, 71 % VšR.

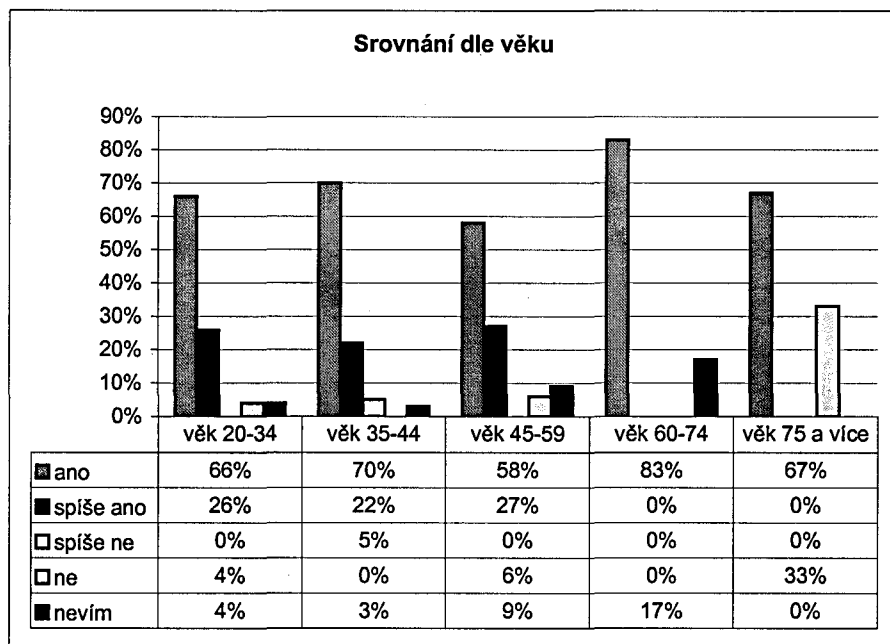
SPÍŠE ANO odpovědělo 21 % VčR, 26 % SR, 21 % VšR.

SPÍŠE NE odpovědělo 0 % VčR, 1 % SR, 0 % VšR.

NE odpovědělo 3 % VčR, 4 % SR, 4 % VšR.

NEVÍM odpovědělo 6 % VčR, 5 % SR, 4 % VšR.

Tabulka č. 6 k otázce č. 3



Na otázku č. 3 odpovědělo ANO 66 % rest. ve věku 20-34, 70 % ve věku 35-44, 58 % ve věku 45-59, 83 % ve věku 60-74 a 67 % ve věku 75 a více.

SPÍŠE ANO odpovědělo 26 % resp. ve věku 20-34, 22 % ve věku 35-44, 27 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

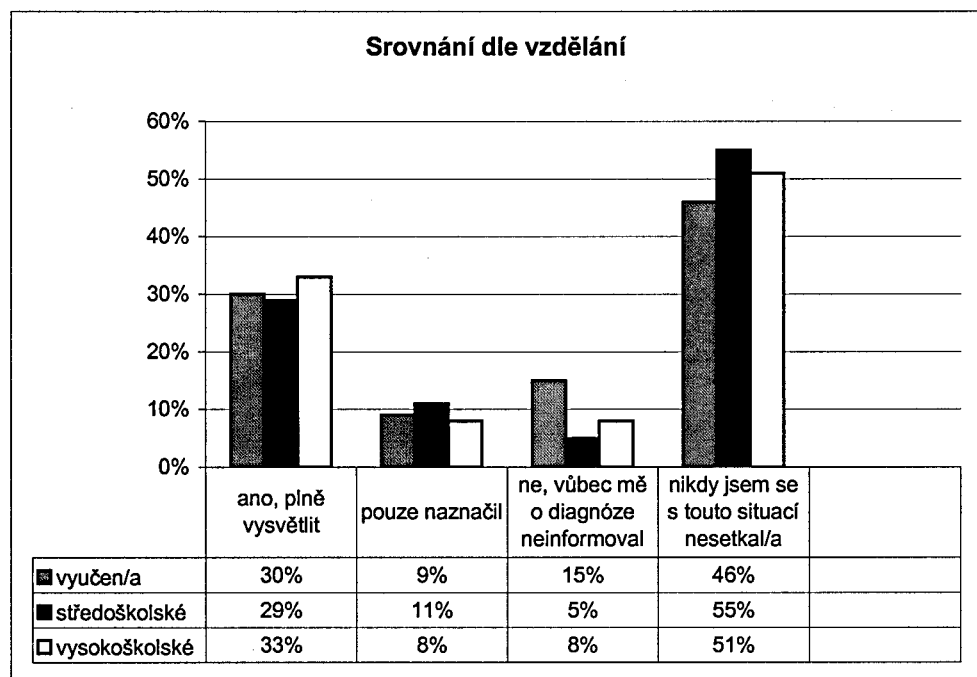
SPÍŠE NE odpovědělo 0 % resp. ve věku 20-35, 5 % ve věku 35-44, 0 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

NE odpovědělo 4 % ve věku 20-34, 0 % ve věku 35-44, 6 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 33 % resp. ve věku 75 a více.

NEVÍM odpovědělo 4 % resp. ve věku 20-34, 3 % ve věku 35-44, 9 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

4. otázka: Pokud Vám umíral někdo blízky, mluvil s Vámi o tom lékař?
Vysvětlil vám podrobně diagnózu a popsal, co bude následovat?

Tabulka č. 7 k otázce č. 4



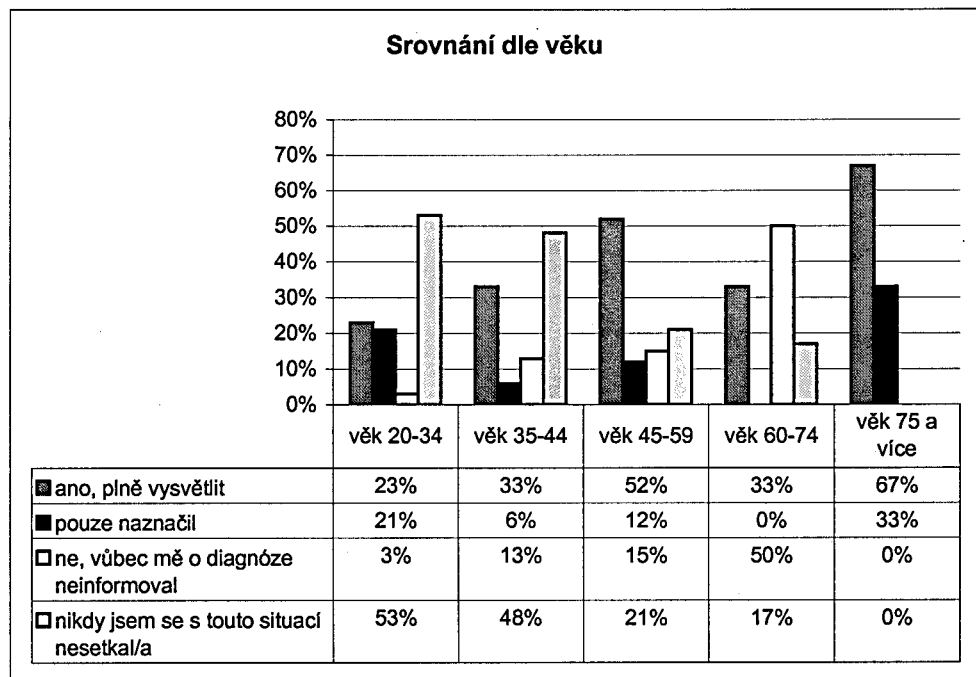
Na otázku č. 4 odpovědělo ANO, PLNĚ VYSVĚTLIL 30 % VčR, 29 % SR, 33 % VŠR.

POUZE NAZNAČIL odpovědělo 9 % VčR, 11 % SR, 8 % VŠR.

NE, VŮBEC MĚ O DIAGNÓZE NEINFORMOVAL odpovědělo 15 % VčR, 5 % SR, 8 % VŠR.

NIKDY JSEM SE S TOUTO SITUACÍ NESTKAL/A odpovědělo 46 % VčR, 55 % SR, 51 % VŠR.

Tabulka č. 8 k otázce č. 4



Na otázku č. 4 odpovědělo ANO, PLNĚ VYSVĚTLIL 23 % resp. ve věku 20-34, 33 % ve věku 35-44, 52 % ve věku 45-59, 33 % ve věku 60-74 a 67 % ve věku 75 a více.

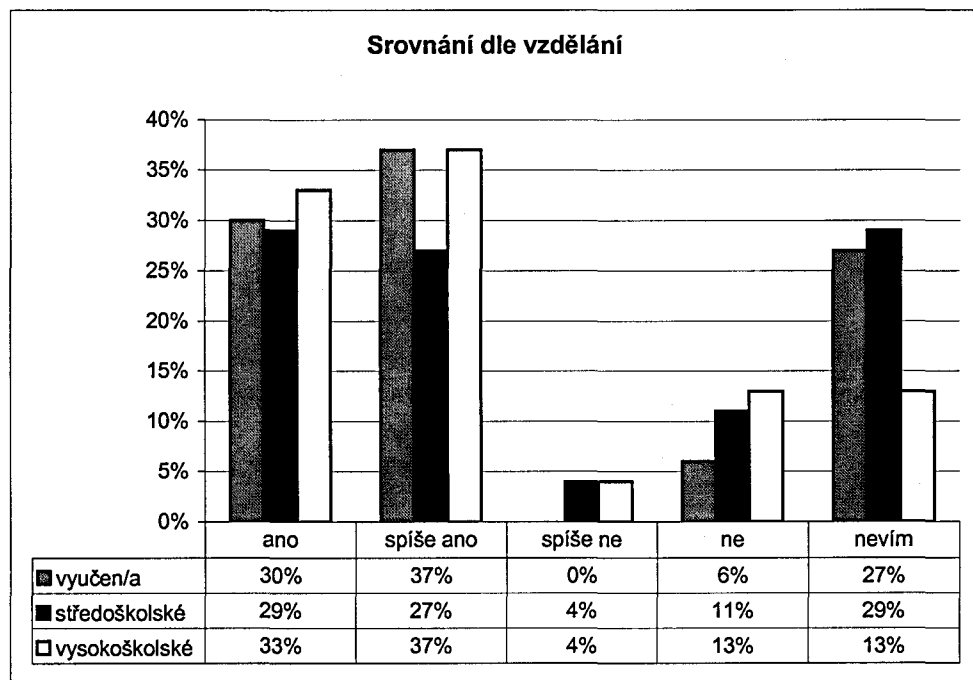
POUZE NAZNAČIL odpovědělo 21 % resp. ve věku 20-34, 6 % ve věku 35-44, 12 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74, 33 % ve věku 75 a více.

NE, VŮBEC MĚ O DIAGNÓZE NEINFORMOVAL odpovědělo 3 % resp. ve věku 20-34, 13 % ve věku 35-44, 15 % ve věku 45-59, 50 % ve věku 60-74 a 0 % resp. ve věku 75 a více.

NIKDY JSEM SE S TOUTO SITUACÍ NESETKAL/A odpovědělo 53 % resp. ve věku 20-34, 48 % ve věku 35-44, 21 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

5. otázka: Měl by být v každé nemocnici kněz, který by byl ochoten vždy vyslechnout nemocného, umírajícího nebo jeho rodinu?

Tabulka č. 9 k otázce č. 5



Na otázku č. 5 odpovědělo ANO 30 % VčR, 29 % SR, 33 % VšR.

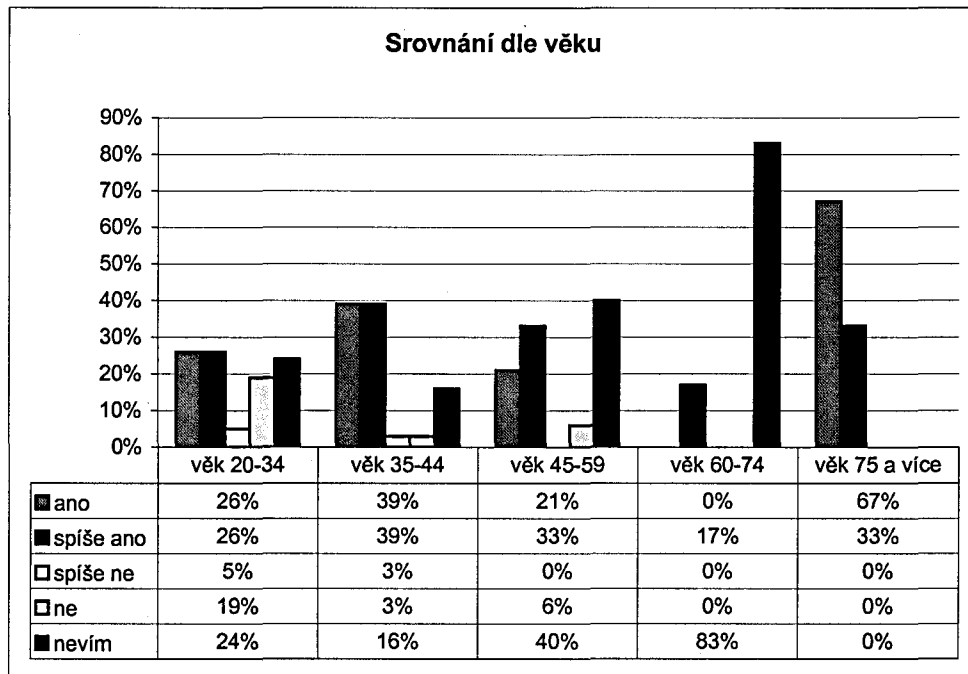
SPÍŠE ANO odpovědělo 37 % VčR, 27 % SR, 37 % VšR.

SPÍŠE NE odpovědělo 0 % VčR, 4 % SR, 4 % VšR.

NE odpovědělo 6 % VčR, 11 % SR, 13 % VšR.

NEVÍM odpovědělo 27 % VčR, 29 % SR, 13 % VšR.

Tabulka č. 10 k otázce č. 5



Na otázku č. 5 odpovědělo ANO 26 % resp. ve věku 20-34, 39 % ve věku 35-44, 21 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74, 67 % ve věku 75 a více.

SPÍŠE ANO odpovědělo 26 % ve věku 20-34, 39 % ve věku 35-44, 33 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74 a 33 % ve věku 75 a více.

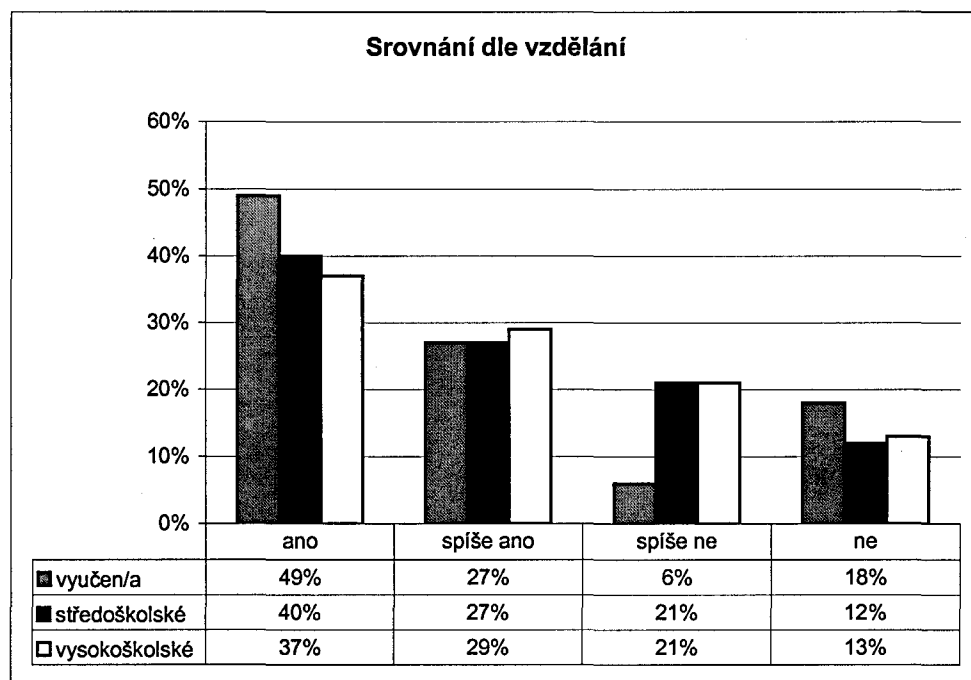
SPÍŠE NE odpovědělo 5 % ve věku 20-34, 3 % ve věku 35-44, 0 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

NE odpovědělo 19 % ve věku 20-34, 3 % ve věku 35-44, 6 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

NEVÍM odpovědělo 24 % resp. ve věku 20-34, 16 % ve věku 35-44, 40 % ve věku 45-59, 83 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

6. Jste schop(e)na hovořit se svými rodiči/prarodiči/děťmi o své smrti a věcech posledních (např. o posledním rozloučení, kde byste chtěl/a být pochován/a..)

Tabulka č. 11 k otázce č. 6



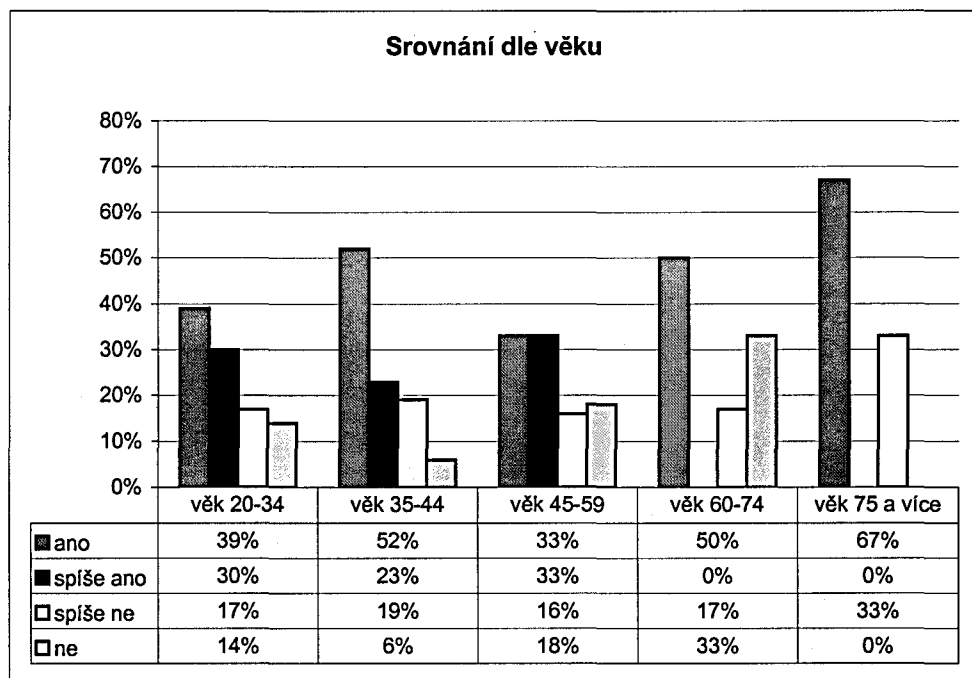
Na otázku č. 6 odpovědělo ANO 49 % VčR, 40 % SR, 37 % VšR.

SPÍŠE ANO odpovědělo 27 % VčR, 27 % SR, 29 % VšR.

SPÍŠE NE odpovědělo 6 % VčR, 21 % SR, 21 % VšR.

NE odpovědělo 18 % VčR, 12 % SR, 13 % VšR.

Tabulka č. 12 k otázce č. 6



Na otázku č. 6 odpovědělo ANO 39 % resp. ve věku 20-34, 52 % ve věku 35-44, 33 % ve věku 45-59, 50 % ve věku 60-74, 67 % ve věku 75 a více.

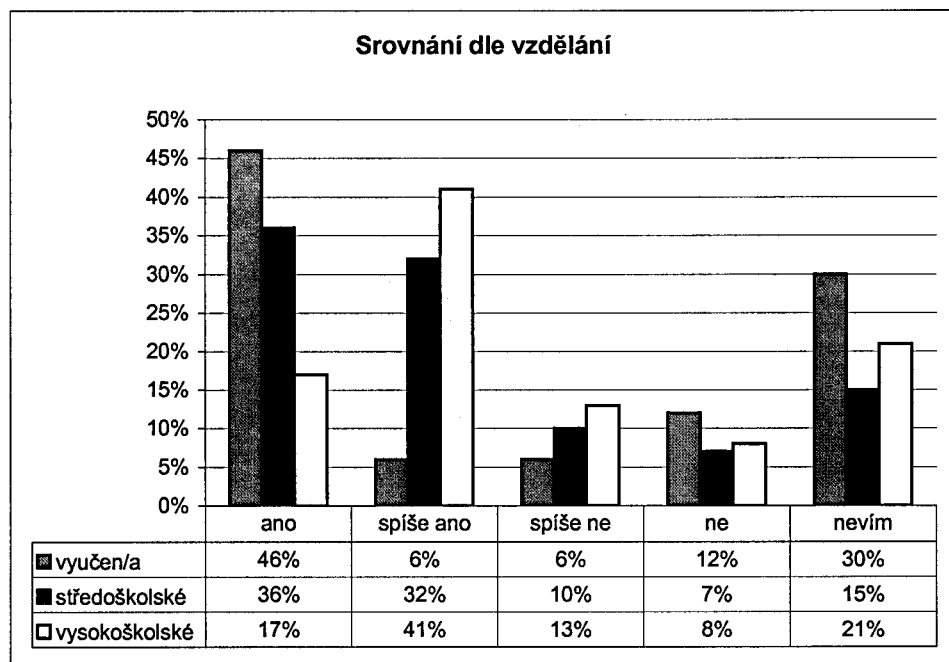
SPÍŠE ANO odpovědělo 30 % resp. ve věku 20-34, 23 % ve věku 35-44, 33 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

SPÍŠE NE odpovědělo 17 % resp. ve věku 20-34, 19 % ve věku 35-44, 16 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74, 33 % ve věku 75 a více.

NE odpovědělo 14 % resp. ve věku 20-34, 6 % ve věku 35-44, 18 % ve věku 45-59, 33 % ve věku 60-74 a 0 % resp. ve věku 75 a více.

7. Pokud by vám po smrti někoho blízkého byla nabídnuta pomoc (psycholog apod.), přijal/a byste ji?

Tabulka č. 13 k otázce č. 7



Na otázku č. 7 odpovědělo ANO 46 % VčR, 36 % SR, 17 % VšR.

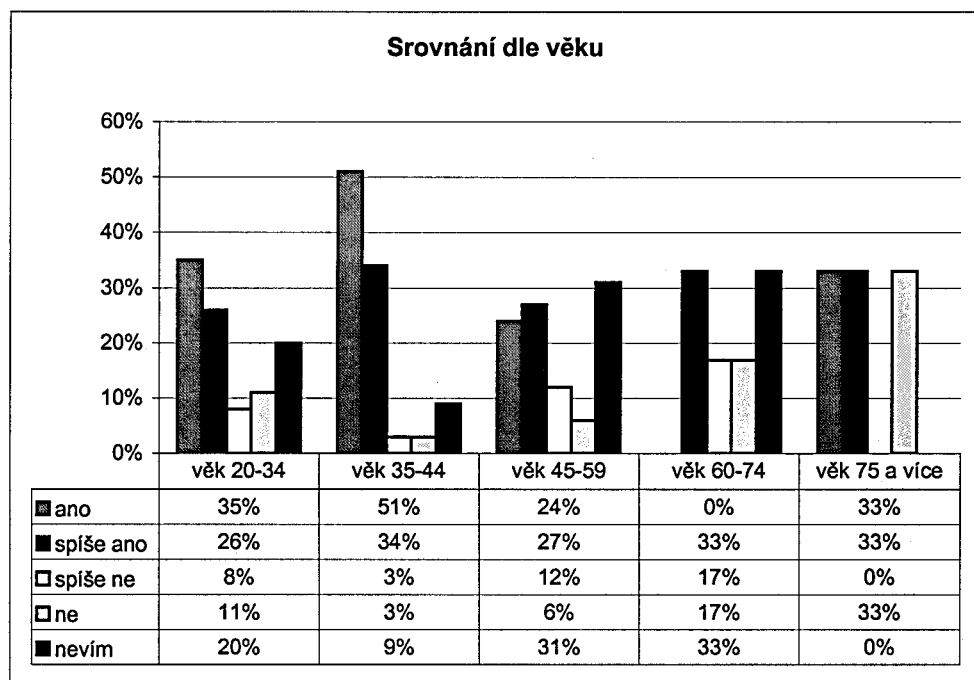
SPÍŠE ANO odpovědělo 6 % VčR, 32 % SR, 41 % VšR.

SPÍŠE NE odpovědělo 6 % VčR, 10 % SR, 13 % VšR.

NE odpovědělo 12 % VčR, 7 % SR, 8 % VšR.

NEVÍM odpovědělo 30 % VčR, 15 % SR, 21 % VšR.

Tabulka č. 14 k otázce č. 7



Na otázku č. 7 odpovědělo ANO 35 % resp. ve věku 20-34, 51 % ve věku 35-44, 24 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 33 % ve věku 75 a více.

SPÍŠE ANO odpovědělo 26 % resp. ve věku 20-34, 34 % ve věku 35-44, 27 % ve věku 45-59, 33 % ve věku 60-74 a 33 % ve věku 75 a více.

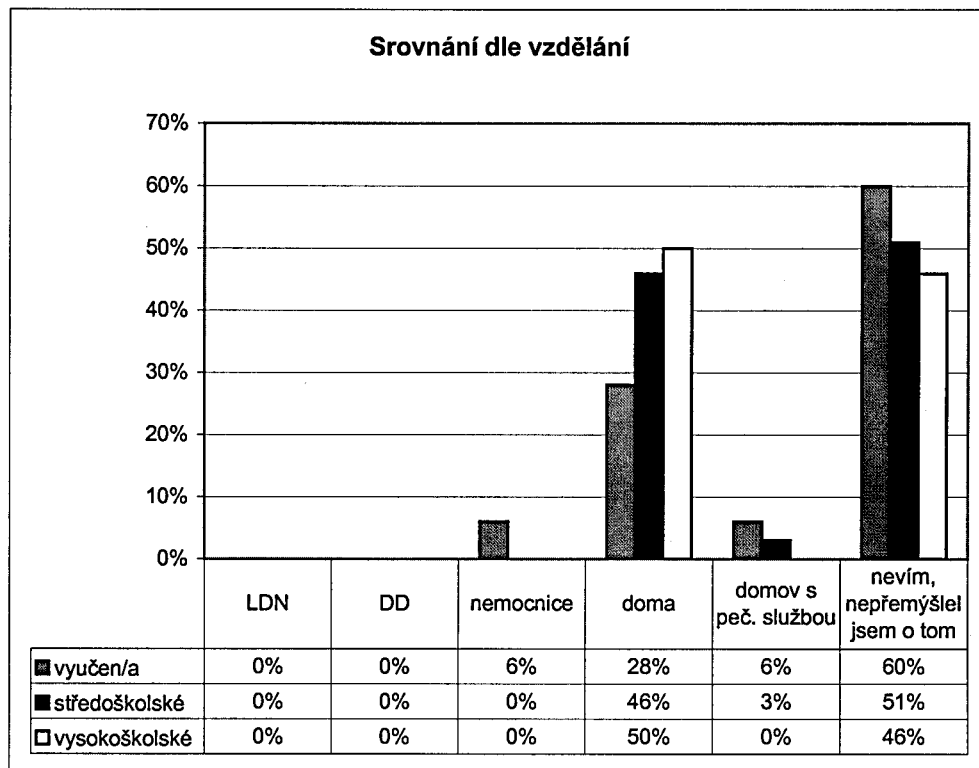
SPÍŠE NE odpovědělo 8 % resp. ve věku 20-34, 3 % ve věku 35-44, 12 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

NE odpovědělo 11 % resp. ve věku 20-34, 3 % ve věku 35-44, 6 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74 a 33 % ve věku 75 a více.

NEVÍM odpovědělo 20 % resp. ve věku 20-34, 9 % ve věku 35-44, 31 % ve věku 45-59, 33 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

8. Pokud byste si mohl/a vybrat, kde byste si přál/a zemřít?

Tabulka č. 15 k otázce č. 8



Na otázku č. 8 odpovědělo LDN (Léčebna pro dlouhodobě nemocné) 0 % VčR, 0 % SR a 0 % VšR.

DD (Domov důchodců) odpovědělo 0 % VčR, 0 % SR, 0 % VšR.

NEMOCNICE odpovědělo 6 % VčR, 0 % SR, 0 % VšR.

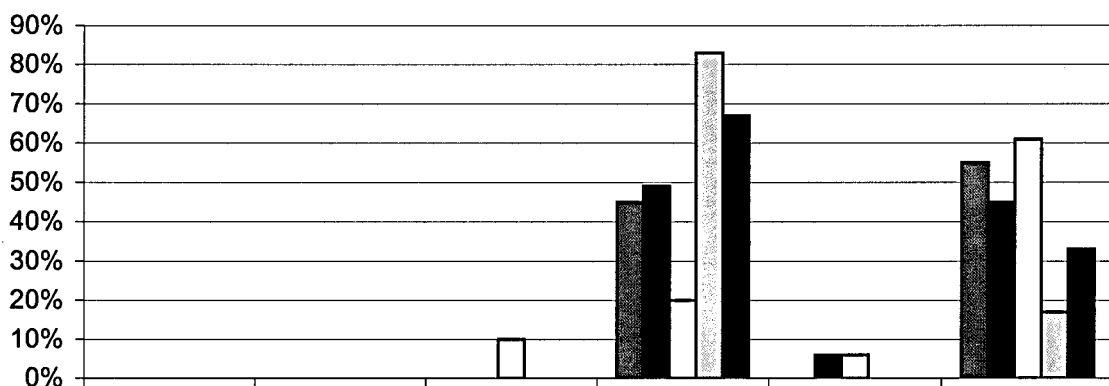
DOMA odpovědělo 28 % VčR, 46 % SR, 50 % VšR.

DOMOV S PEČ. SLUŽBOU odpovědělo 6 % VčR, 3 % SR, 0 % VšR.

NEVÍM, PŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM odpovědělo 60 % VčR, 51 % SR, 46 % VšR.

Tabulka č. 16 k otázce č. 8

Srovnání dle věku



	LDN	DD	nemocnice	doma	domov s peč. službou	nevím, nepřemýšlel jsem o tom
■ věk 20-34	0%	0%	0%	45%	0%	55%
■ věk 35-44	0%	0%	0%	49%	6%	45%
□ věk 45-59	0%	0%	10%	20%	6%	61%
□ věk 60-74	0%	0%	0%	83%	0%	17%
■ věk 75 a více	0%	0%	0%	67%	0%	33%

Na otázku č. 8 odpovědělo LDN 0 % resp. ve věku 20-34 let, 0 % ve věku 35-44, 0 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

DD (Domov důchodců) odpovědělo 0 % resp. ve věku 20-34, 0 % ve věku 35-44, 0 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

NEMOCNICE odpovědělo 0 % resp. ve věku 20-34, 0 % ve věku 35-44, 10 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

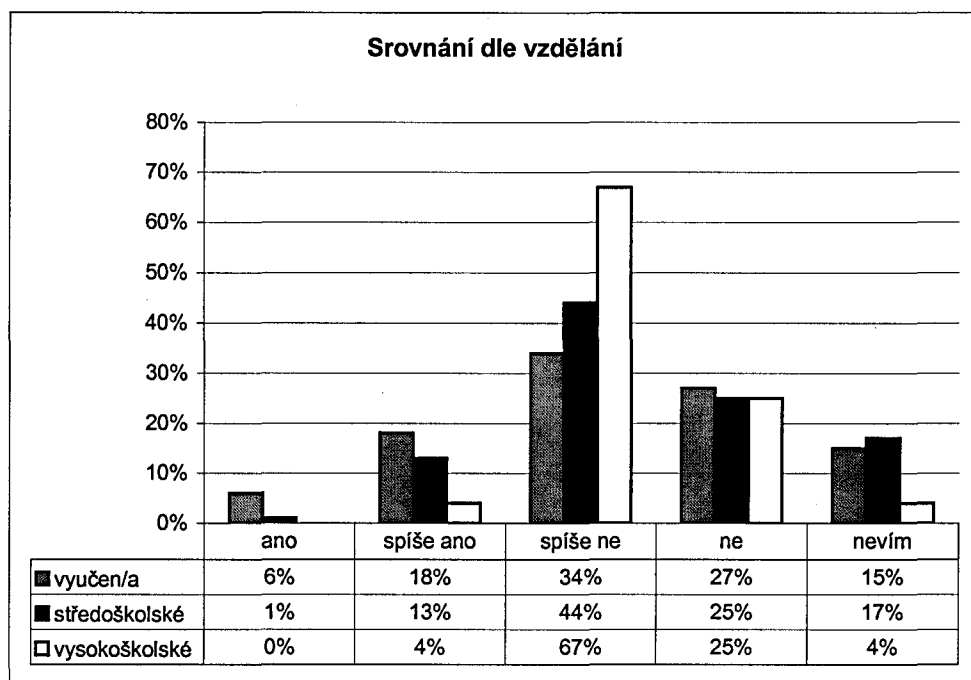
DOMA odpovědělo 45 % resp. ve věku 20-34, 49 % ve věku 35-44, 20 % ve věku 45-59, 83 % ve věku 60-74 a 67 % ve věku 75 a více.

DOMOV S PEČ. SLUŽBOU odpovědělo 0 % resp. ve věku 20-34, 6 % ve věku 35-44, 6 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

NEVÍM, NEPŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM odpovědělo 55 % resp. ve věku 20-34, 45 % ve věku 35-44, 61 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74, 33 % ve věku 75 a více.

9. Je u nás dostatečná péče o staré lidi?

Tabulka č. 17 k otázce č. 9



Na otázku č. 9 odpovědělo ANO 6 % VčR, 1 % SR, 0 % VšR.

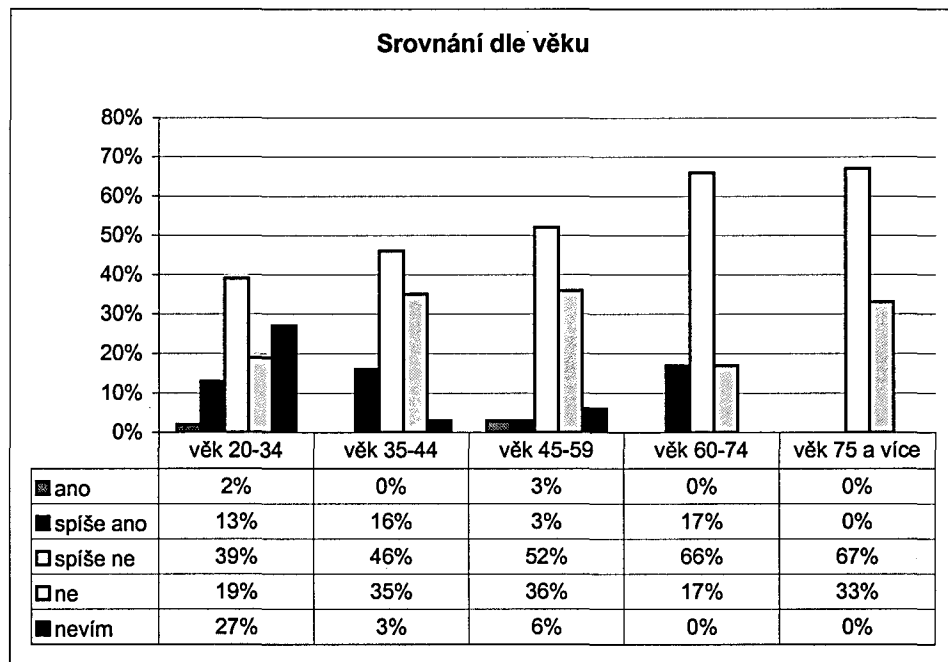
SPÍŠE ANO odpovědělo 18 % VčR, 13 % SR, 4 % VšR.

SPÍŠE NE odpovědělo 34 % VčR, 44 % SR, 67 % VšR.

NE odpovědělo 27 % VčR, 25 % SR, 25 % VšR.

NEVÍM odpovědělo 15 % VčR, 17 % SR, 4 % VšR.

Tabulka č. 18 k otázce č. 9



Na otázku č. 9 odpovědělo ANO 2 % resp. ve věku 20-34, 0 % ve věku 35-44, 3 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

SPÍŠE ANO odpovědělo 13 % resp. ve věku 20-34, 16 % ve věku 35-44, 3 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více

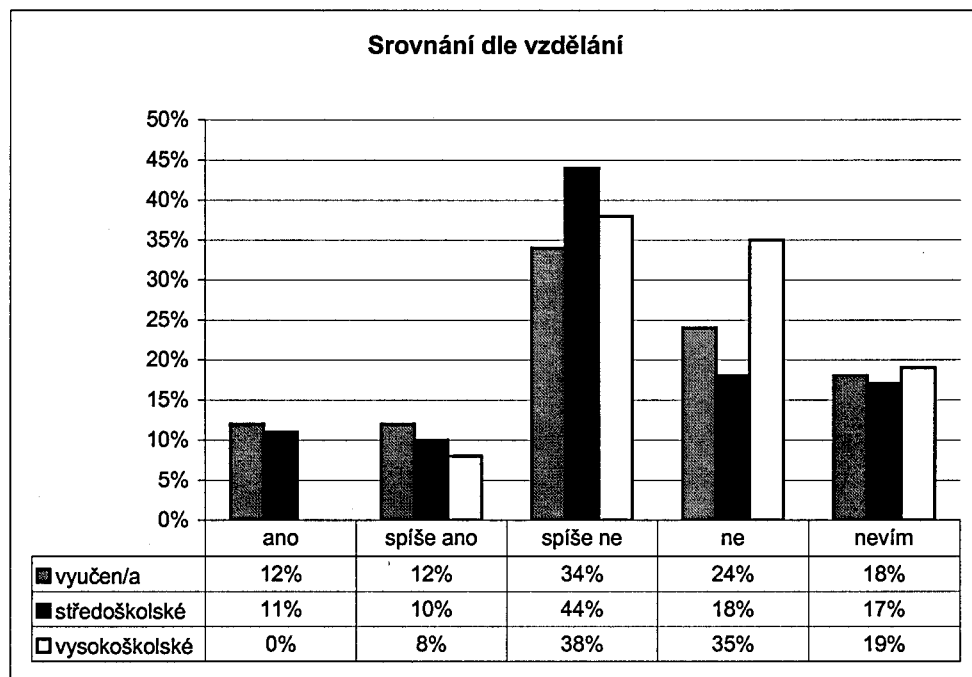
SPÍŠE NE odpovědělo 39 % resp. ve věku 20-34, 46 % ve věku 35-44, 52 % ve věku 45-59, 66 % ve věku 60-74, 67 % ve věku 75 a více.

NE odpovědělo 19 % resp. ve věku 20-34, 35 % ve věku 35-44, 36 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74, 33 % ve věku 75 a více.

NEVÍM odpovědělo 27 % resp. ve věku 20-34, 3 % ve věku 35-44, 6 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

10. Mluví se v současné společnosti dostatečné o smrti a umírání?

Tabulka č. 19 k otázce č. 10



Na otázku č. 10 odpovědělo ANO 12 % VčR, 11 % SR, 0 % VšR.

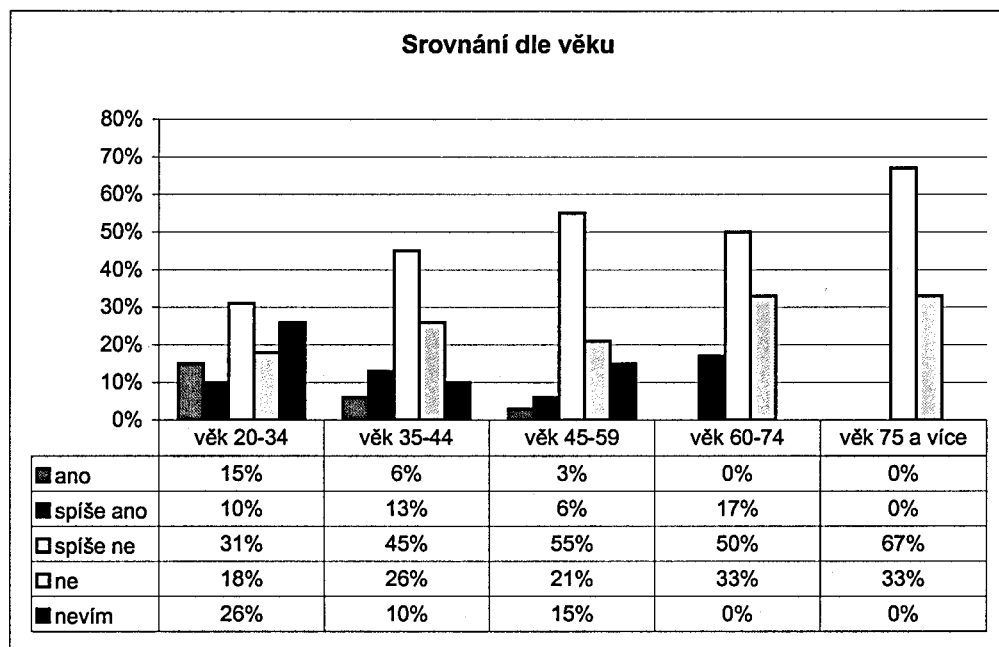
SPÍŠE ANO odpovědělo 12 % VčR, 10 % SR, 8 % VšR.

SPÍŠE NE odpovědělo 34 % VčR, 44 % SR, 38 % VšR.

NE odpovědělo 24 % VčR, 18 % SR, 35 % VšR.

NEVÍM odpovědělo 18 % VčR, 17 % SR, 19 % VšR.

Tabulka č. 20 k otázce č. 10



Na otázku č. 10 odpovědělo ANO 15 % resp. ve věku 20-34, 6 % ve věku 35-44, 3 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

SPÍŠE ANO odpovědělo 10 % resp. ve věku 20-34, 13 % ve věku 35-44, 6 % ve věku 45-59, 17 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

SPÍŠE NE odpovědělo 31 % resp. ve věku 20-34, 45 % ve věku 35-44, 55 % ve věku 45-59, 50 % ve věku 60-74, 67 % ve věku 75 a více.

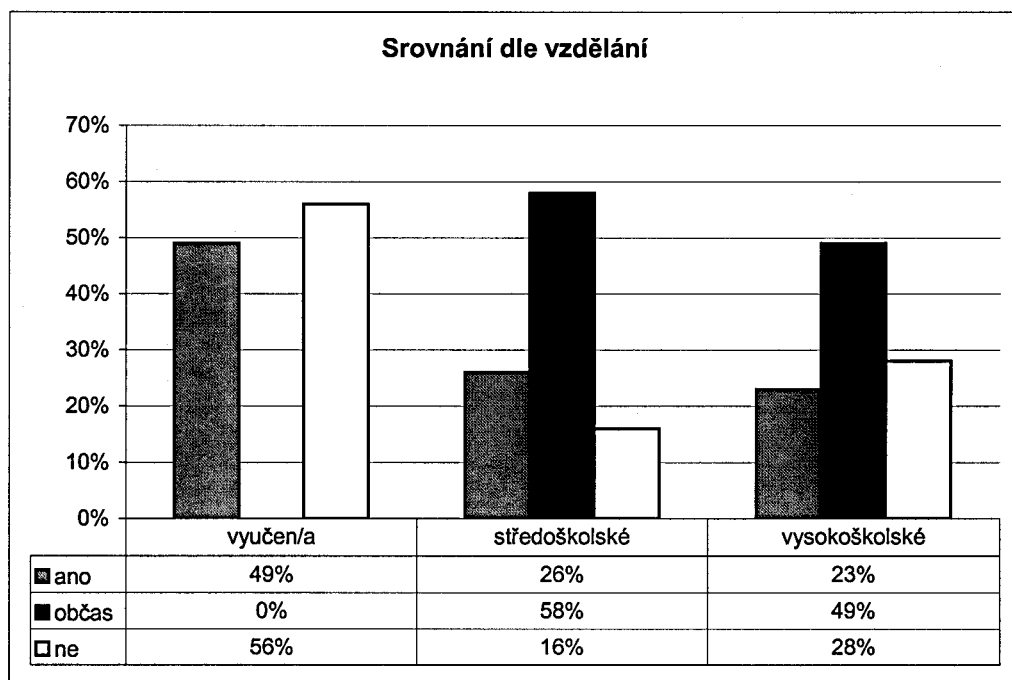
NE odpovědělo 18 % ve věku 20-34, 26 % ve věku 35-44, 21 % ve věku 45-59, 33 % ve věku 60-74, 33 % ve věku 75 a více.

NEVÍM odpovědělo 26 % resp. ve věku 20-34, 10 % ve věku 35-44, 15 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74 a 0 % ve věku 75 a více.

11. Máte obavy spojené se smrtí a umíráním? (tabulka č. 21 a č. 22)

Pokud ano, nebo občas – čeho se nejvíce obáváte (je možno označit více odpovědí) (tabulka č. 23 a č. 24)

Tabulka č. 21 k otázce č. 11

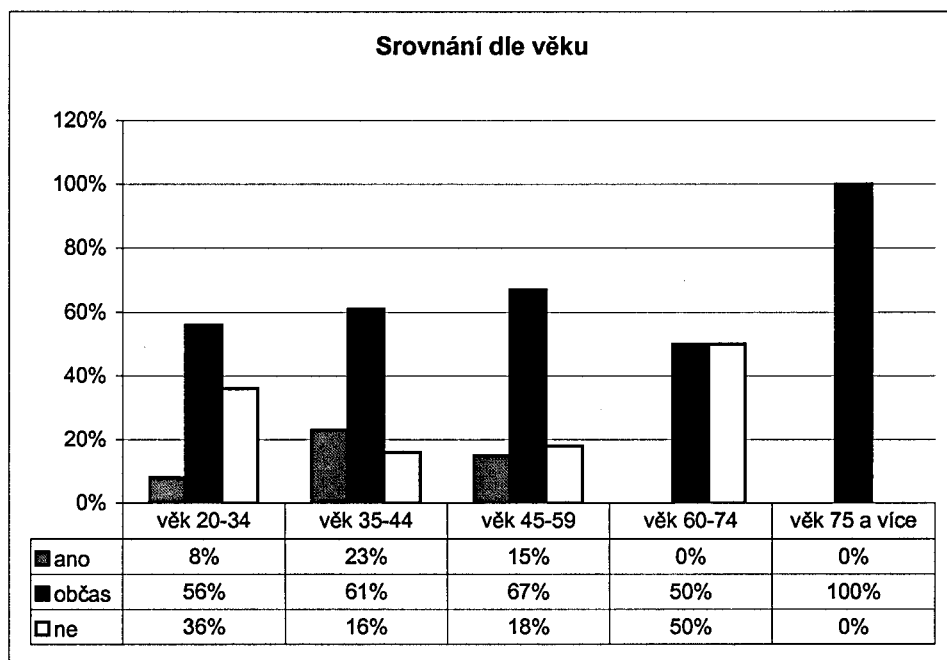


Na první část otázky č. 11 odpovědělo ANO 49 % VčR, 26 % SR, 23 % VšR.

OBČAS odpovědělo 0 % VčR, 58 % SR, 49 % VšR.

NE odpovědělo 56 % VčR, 16 % SR, 28 % VšR.

Tabulka č. 22 k otázce č. 11

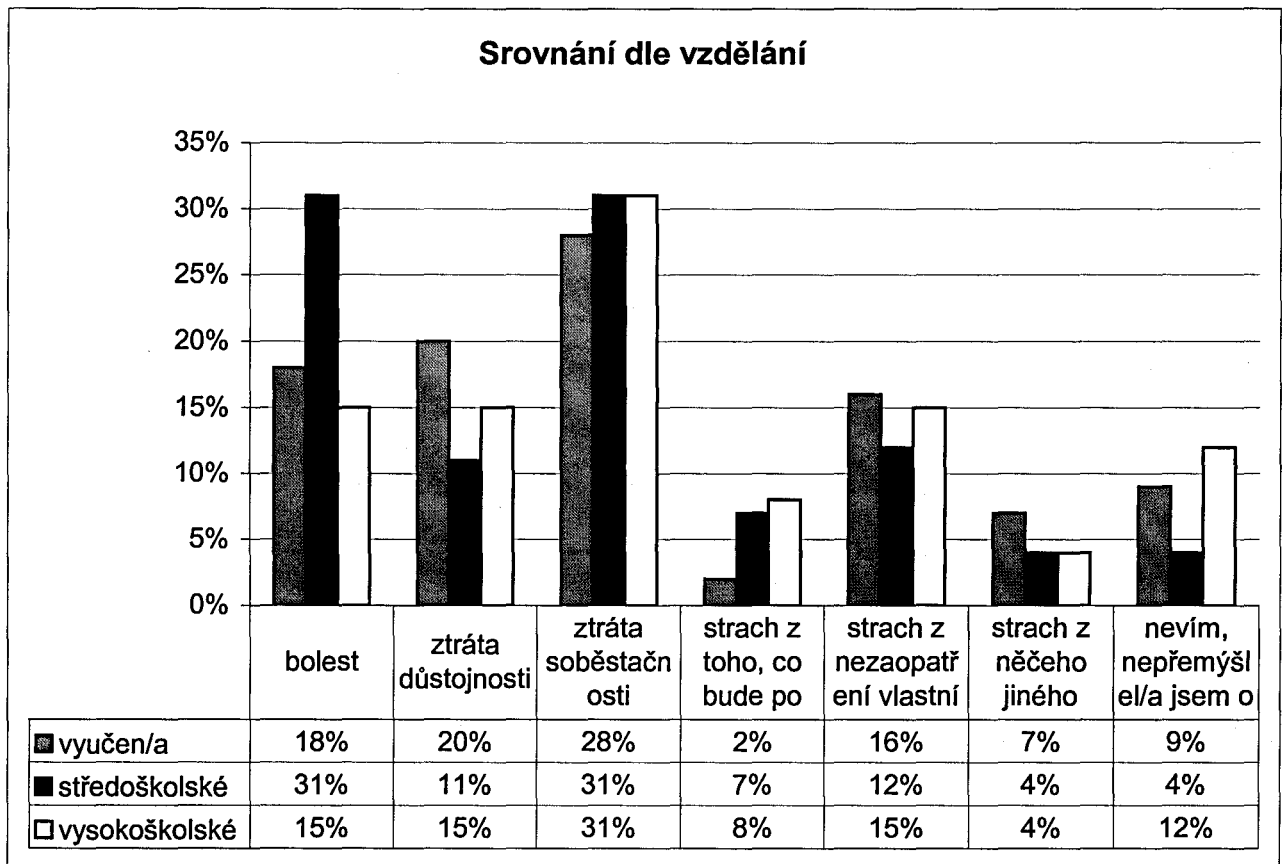


Na první část otázky č. 11 odpovědělo ANO 8 % resp. ve věku 20-34, 23 % ve věku 35-44, 15 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

OBČAS odpovědělo 56 % resp. ve věku 20-34, 61 % ve věku 35-44, 67 % ve věku 45-59, 50 % ve věku 60-74 a 100 % ve věku 75 a více.

NE odpovědělo 36 % resp. ve věku 20-34, 16 % ve věku 35-44, 18 % ve věku 45-59, 50 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

Tabulka č. 23 k otázce č. 11



Ve druhé části otázky č. 11 respondenti označili odpovědi:

BOLEST 18 % VčR, 31 % SR, 15 % VšR.

ZTRÁTA DŮSTOJNOSTI 20 % VčR, 11 % SR, 15 % VšR.

ZTRÁTA SOBĚSTAČNOSTI 28 % VčR, 31 % SR, 31 % VšR.

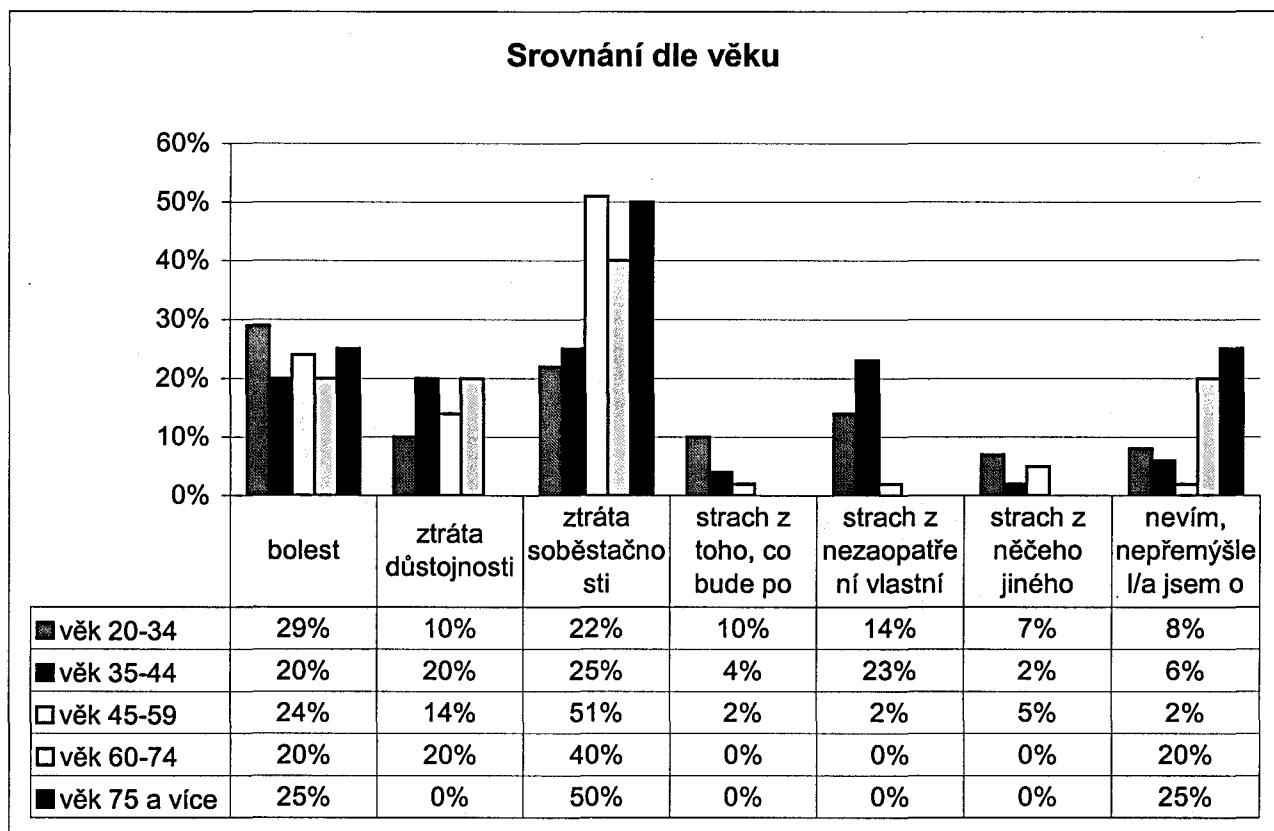
STRACH Z TOHO, CO BUDE PO SMRTI 2 % VčR, 7 % SR, 8 % VšR.

STRACH Z NEZAOPATŘENÍ VLASTNÍ RODINY 16 % VčR, 12 % SR, 15 % VšR.

STRACH Z NĚČEHO JINÉHO 7 % VčR, 4 % SR, 4 % VšR.

NEVÍM, NEPŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM 9 % VčR, 4 % SR, 12 % VšR.

Tabulka č. 24 k otázce č. 11



Ve druhé části otázky č. 11 respondenti označili odpovědi:

BOLEST 29 % ve věku 20-34, 20 % ve věku 35-44, 24 % ve věku 45-59, 20 % ve věku 60-74, 25 % ve věku 75 a více.

ZTRÁTA DŮSTOJNOSTI 10 % ve věku 20-34, 20 % ve věku 35-44, 14 % ve věku 45-59, 20 % ve věku 60-74, 0 % věku 75 a více.

ZTRÁTA SOBĚSTAČNOSTI 22 % ve věku 20-34, 25 % ve věku 35-44, 51 % ve věku 45-59, 40 % ve věku 60-74 a 50 % ve věku 75 a více

STRACH Z TOHO, CO BUDE PO SMRTI 10 % ve věku 20-34, 4 % ve věku 35-44, 2 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

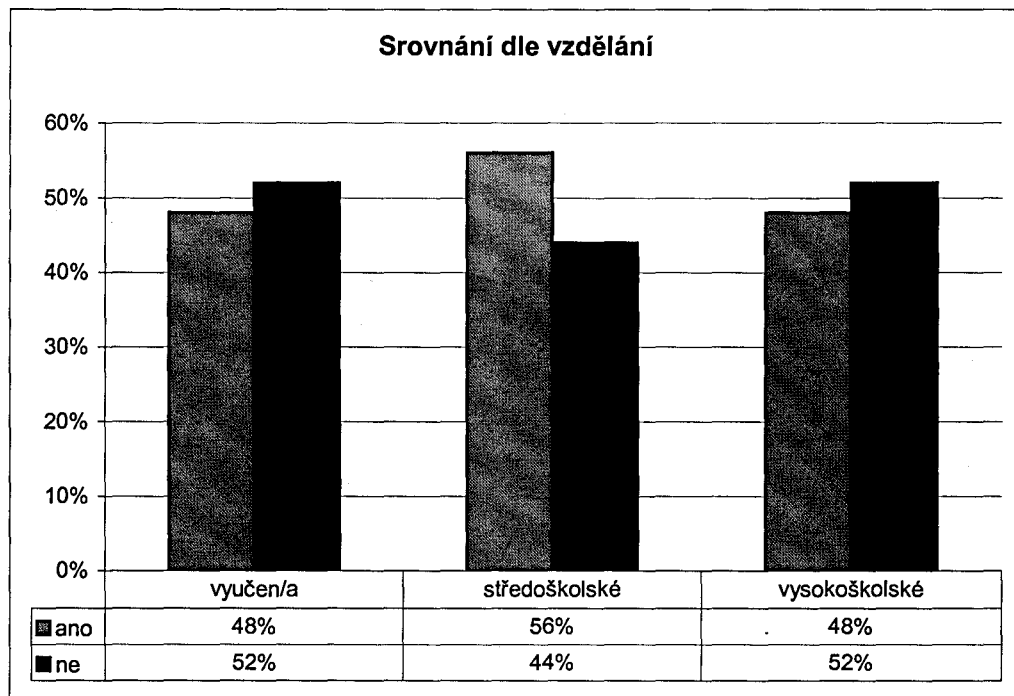
STRACH Z NEZAOPATŘENÍ VLASTNÍ RODINY 14 % ve věku 20-34, 23 % ve věku 35-44, 2 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

STRACH Z NĚČEHO JINÉHO 7 % ve věku 20-34, 2 % ve věku 35-44, 5 % ve věku 45-59, 0 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

NEVÍM, NEPŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM 8 % ve věku 20-34, 6 % ve věku 35-44, 2 % ve věku 45-59, 20 % ve věku 60-74, 25 % ve věku 75 a více.

12. Má člověk právo ukončit kdykoliv sám svůj život?

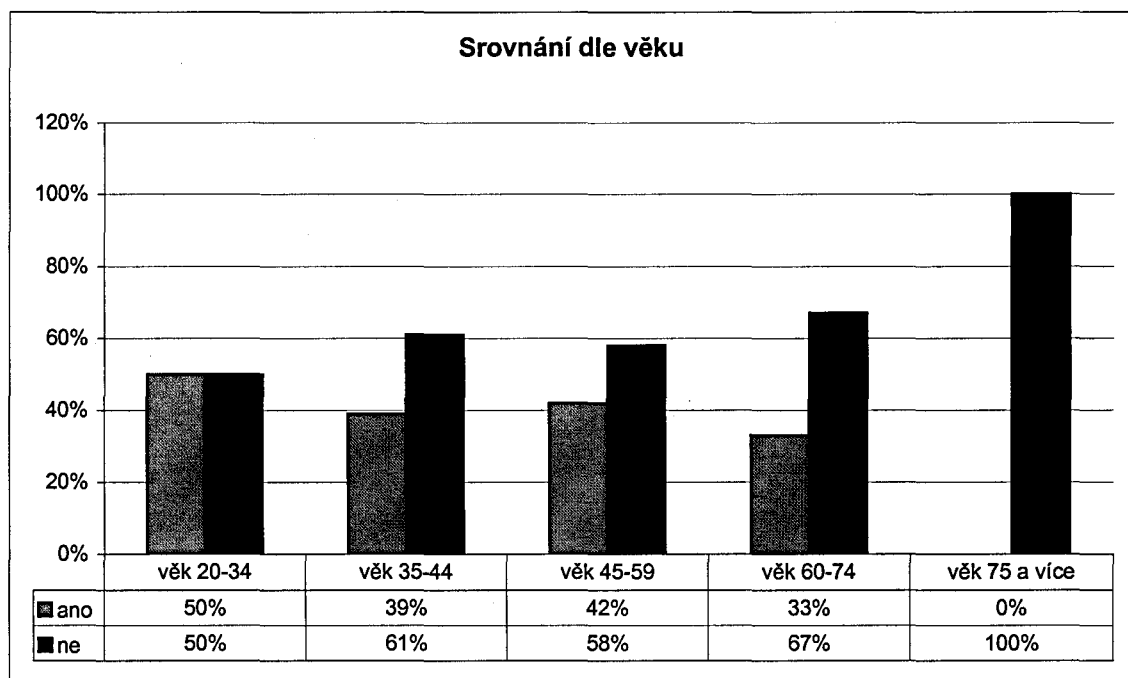
Tabulka č. 25 k otázce č. 12



Na otázku č. 12 odpovědělo ANO 24 % VčR, 56 % SR, 20 % VšR.

NE odpovědělo 26 % VčR, 53 % SR, 21 % VšR.

Tabulka č. 26 k otázce č. 12



Na otázku č. 12 odpovědělo ANO 50 % respondentů ve věku 20-34, 39 % ve věku 35-44, 42 % ve věku 45-59, 33 % ve věku 60-74, 0 % ve věku 75 a více.

NE odpovědělo 50 % ve věku 20-34, 61 % ve věku 35-44, 58 % ve věku 45-59, 67 % ve věku 60-74, 100 % ve věku 75 a víc

7.5 Závěry šetření

1. poskytování informací o zdravotním stavu

Na zjištění tohoto cíle jsem se zaměřila v otázkách č. 1, 2 a 4.

V otázce č. 1 bylo cílem zjistit, zda se podle zkušeností respondentů zlepšil v posledních letech přístup lékařů k nemocným a umírajícím.

Přestože nejvíce respondentů, jak podle věku, tak podle vzdělání, označilo odpověď SPÍŠE ANO, výsledky jsou poměrně vyrovnané. Tuto odpověď jsem očekávala, ale předpokládala jsem, že ji označí více respondentů a že výsledky budou více „jednoznačné“.

V otázce č. 2 bylo cílem zjistit, zda by měl lékař v každém případě informovat pacienta o jeho zdravotním stavu.

Jak jsem předpokládala, většina respondentů odpovědělo ANO a SPÍŠE ANO (srovnání dle vzdělání i dle věku). Myslím si, že v „běžném“ životě se ale všichni s tímto názorem neztotožní. Zním to z vlastní zkušenosti. Přestože také zastávám názor, že by měl být člověk o svém zdravotním stavu informován, určitě bych ale vypustila slova „v každém případě“ (do šetření jsem je použila záměrně). Moje rodina dala na radu lékaře, který doporučil nesdělovat naší umírající babičce pravdu. Byla v takovém špatném psychickém stavu, že by pravdu vyslovenou nahlas neunesla. Babička jistě tušila, jak vážný je její zdravotní stav, ale nemluvila o tom a my přistoupili na „její hru“.

V otázce č. 4 bylo cílem zjistit, zda byli respondenti informováni o zdravotním stavu svého blízkého – umírajícího. Zda jim byla vysvětlena diagnóza a popsáno, co bude následovat.

Ve skupině „srovnání dle vzdělání“ se větší část respondentů s touto situací nikdy nesetkala a další část respondentů odpověděla, že jim bylo VŠE VYSVĚTLENO. Ostatní odpovědi byly také označeny, ale jen z malé části.

V grafickém znázornění „srovnání dle věku“ opět převládají odpovědi „ANO, PLNĚ VYSVĚTLIL a NIKDY JSEM SE S TOUTO SITUACÍ

NESETKAL/A. Ale ve věkové skupině 60 –74 let označilo 50 % respondentů odpověď NE, VŮBEC MĚ O DIAGNÓZE NEINFORMOVAL.

Předpokládala jsem, že odpověď respondentů, kteří se s touto situací setkali, bude z větší části ANO, PLNĚ VYSVĚTLIL. Velice mě ale překvapily odpovědi 50 % respondentů z věkové sk. 60-74, že je nikdo o diagnóze vůbec neinformoval. Přestože se tyto odpovědi také vyskytují, nikde nebyly označeny takovým vysokým procentem respondentů.

2. přístup společnosti a institucí ke smrti

Na zjištění tohoto cíle jsem se zaměřila v otázkách č. 5, 7, 9, 10.

V otázce č. 5 bylo cílem zjistit, zda by respondenti chtěli, aby byl v každé nemocnici přítomen kněz, který by je byl ochoten vždy vyslechnout.

Překvapilo mě, že většina respondentů (kolem 60 %) odpověděla ANO a SPÍŠE ANO – „srovnání podle vzdělání“. V přehledu „srovnání podle věku“ ve věkových skupinách 20-34 a 35-44 jsou výsledky poměrně vyrovnané, i když převažují názory, že by v každé nemocnici měl být k dispozici kněz. Ve věkové skupině 45-59 mírně převažuje odpověď NEVÍM, ovšem ve věk. sk. 60-74 tuto odpověď označilo 83 % respondentů. Předpokládám, že na tyto výsledky má vliv život respondentů v komunistické době.

V otázce č. 7 bylo cílem zjistit, zda by respondenti přijali po smrti někoho blízkého pomoc - pokud by jim byla nabídnuta (psycholog apod.).

Opět více než 50 % respondentů odpovědělo ANO a SPÍŠE ANO. Schválně jsem otázku formulovala takto – „pokud by vám byla pomoc nabídnuta“. Předpokládám, že respondenti by psychologa či jiného odborníka „sami“ nenavštívili.

V grafu „srovnání dle vzdělání“ jsou výsledky podobné předchozím. Opět převládají odpovědi ANO a SPÍŠE ANO.

V otázce č. 9 bylo cílem zjistit, zda respondenti pokládají péči o staré lidi za dostatečnou.

V obou grafech převládají odpovědi NE a SPÍŠE NE. Tyto výsledky mě docela překvapily. Nepředpokládala jsem, že budou tak jednoznačné.

V otázce č. 10 bylo cílem zjistit, zda je u nás dostatečná péče o staré lidi.

Většina respondentů odpověděla NE a SPÍŠE NE. Tento výsledek jsem předpokládala.

Je zajímavé srovnat odpovědi věk. sk. 20-34 – ty jsou zde poměrně vyrovnané. Předpokládám, že je to tím, že většina respondentů této věkové skupiny o stáří moc nepřemýšlí, dalo by se říci, že je ani nezajímá.

3. tabu smrti v rodině

Na zjištění tohoto cíle jsem se zaměřila v otázce č. 6.

V otázce č. 6 bylo cílem zjistit, za jsou respondenti schopni hovořit se svými rodiči/prarodiči/děťmi o své smrti a věcech posledních (např. o posledním rozloučení..)

V obou grafech převládají odpovědi ANO a SPÍŠE ANO. Ostatní odpovědi jsou také zastoupeny, ale přesto mě konečný přehled překvapil. Pokud jsem s někým o tomto tématu hovořila, odpověděl, že tohoto rozhovoru schopen není.

4. osobní přístup ke smrti a umírání

Na zjištění těchto cílů jsem se zaměřila v otázkách č. 3, 8, 11 a 12.

V otázce č. 3 bylo cílem zjistit, zda by chtěl být respondent informován o svém zdravotním stavu, přestože by byl vážný (nevyléčitelná nemoc).

Předpokládala jsem, že většina respondentů bude chtít být informována. Tak také byly odpovědi z větší části označeny, přesto několik respondentů, označilo odpovědi NE nebo NEVÍM. Tyto odpovědi mě trochu překvapily.

V otázce č. 8 bylo cílem zjistit, kde by si respondenti přáli zemřít, pokud by si mohli vybrat.

Nejvíce byly označovány odpovědi DOMA a NEVÍM, NEPŘEMÝŠLELA JSEM O TOM. 6 % respondentů označilo, že by si přálo zemřít v nemocnici a 9 % v domově s pečovatelskou službou.

V grafu „Srovnání dle věku“ jsem se zaměřila na věkové skupiny 20-34 a 45-59. Je zajímavé, že 45 % respondentů ze skupiny 20-34 označilo odpověď DOMA, ve srovnání s věkovou sk. 45-59, kde tuto odpověď označilo pouze 20 % respondentů. 16 % respondentů označilo jiné možnosti a 66 % respondentů označilo možnost NEVÍM, NEPŘEMÝŠLEL JSEM O TOM (ve věkové skupině 20-34 to bylo „pouze“ 55 % respondentů).

V otázce č. 11 bylo cílem zjistit, zda mají respondenti obavy spojené se smrtí a umíráním. Pokud označili odpovědi ANO nebo OBČAS, měli označit skutečnosti, kterých se nejvíce obávají (bolest, ztráta důstojnosti, ztráta soběstačnosti, strach z toho, co bude po smrti, z nezaopatření vlastní rodiny, z něčeho jiného, nevím, nepřemýšlela jsem o tom)

V této otázce nejvíce respondentů označilo možnost OBČAS, ale odpověď NE je zde také zastoupena a ne v malé míře. Ve věkové skupině 60-74 dokonce označilo odpověď NE 50 % respondentů.

Přestože jsem odstoupila od gender rozdílu v rámci věkových skupin, přišlo mi zajímavé, že skoro všichni muži označili odpověď NE „nemám strach ze smrti a umírání“.

Ve druhé části otázky označilo nejvíce respondentů, že mají strach ze ztráty soběstačnosti, z bolesti, ze ztráty důstojnosti a z nezaopatření vlastní rodiny. Dále následovaly odpovědi – strach z toho, co bude po smrti a strach z něčeho jiného (jeden z respondentů mi zde dopsal, že má strach z násilné smrti). Samozřejmě také zde jsou zastoupeny odpovědi NEVÍM, NEPŘEMÝŠL/A JSEM O TOM.

V grafu „srovnání dle věku“ mi přišlo zajímavé, že 20 % respondentů z věkové skupiny 60-74 označilo možnost „nevím, nepřemýšlel jsem o tom“, tuto

odpověď označilo také 25 % resp. z věk. skupiny 75 a více. Myslela jsem si, že v tom věku lidé o smrti často přemýšlí..., nebo vědí z čeho mají strach.

V otázce č. 12 bylo cílem zjistit, zda má podle respondentů člověk právo kdykoliv ukončit svůj život.

Jak jsem předpokládala, žádná z odpovědí výrazně „nepřevažovala“. Přestože jsem v žádné otázce nezohledňovala, zda je respondent věřící, či ne. Zde jsem to udělala. Potvrdil se mi můj předpoklad – věřící respondenti označili odpověď NE. Nebo dopsali, že je to velice těžké takto posoudit – záleželo by prý na situaci.

Celé šetření bych ukončila shrnutím: respondenti vidí v současné lékařské péči zlepšující se trend – jak v péči, tak v komunikaci, přesto si myslí, že se v současné společnosti nemluví dostatečně o stáří a umírání a že společnost nevěnuje této problematice takovou pozornost, jakou skutečně potřebuje. Přes tuto skutečnost nemají respondenti problém o těchto tématech mluvit se svými blízkými. Zajímavý je také fakt, že by respondenti uvítali v nemocnicích přítomnost kněze a psychologa, kteří by jim byli k dispozici.

Závěr

Fenomén stáří a umírání z pohledu současné společnosti a z biblického hlediska. Toto téma jsem si zvolila nejen proto, že mě zajímá, ale také proto, že si myslím, že bychom se mu měli více věnovat a více o něm mluvit. Při psaní práce jsem „objevila“ mnoho dalších nových a zajímavých věcí, jednou z těchto zajímavostí byla návštěva u MUDr. Opatrné, která mi věnovala chvilku ze svého „nabitého dne“. Dozvěděla jsem se mnoho zajímavostí o nemocničním kaplanství – nejen tedy o dosažených úspěších, ale také o mnohých problémech s touto prací spojených. Jak jsem již zmínila, MUDr. Opatrná patří mezi hlavní iniciátory nemocničního kaplanství u nás. Věřím, že se jí i ostatním podaří dosáhnout cíle, aby byl v každé nemocnici nemocniční pastor (kněz) součástí multidisciplinárního týmu. Jak jsem zjistila ve svém šetření, lidé by tuto skutečnost uvítali. Skoro 80 % respondentů by těchto služeb využilo (návštěva kněze, nebo psychologa). Zde je myslím dost důležitá právě podmínka, že kněz, nebo psycholog by měl být přímo v nemocnici. Soudím podle „běžného“ života, kdy člověk sám od sebe tuto pomoc nevyhledá, protože je mu to „trapné a nepříjemné“. A často ani neví, kam se má obrátit...nechce nikoho obtěžovat svým smutkem.

Další zajímavé zkušenosti jsem „posbírala“ při rozdávání a sbírání vyplněných dotazníků. Lidé (respondenti) měli potřebu se mnou o tématu hovořit. Asi dvakrát mě uvítali se slovy „co to máš za morbidní téma?“, ale později mi vyprávěli, že celé dopoledne pak o tomto tématu mluvili (jak by kdo chtěl být pohřben apod.).

Přestože je pro mnoho lidí téma stáří a umírání „děsivé“, na druhou stranu je přitahuje a chtějí o něm mluvit. Existují samozřejmě i výjimky. Například jedna paní dokonce odmítala si dotazník jen přečíst, už při zmínce tématu se začala děsit a s panickou hrůzou říkala „ne“.

Další paní odmítla můj dotazník předat své osmdesátileté matce se slovy, že ji toto téma vůbec nezajímá a že ona sama by mi klidně mohla přesně říct, co by tam její matka vyplnila. Vyprávěla mi příběh, jak s ní byla u lékaře, kde cíleně

skákala do rozhovoru, kdy se její matka dotazovala, zda má nádor na ledvinách, či ne. Doma na ní „uhodila“ proč se vlastně ptá, když to stejně nechce vědět. Takže tím je zřejmě u nich téma umírání a smrti vyřešeno.

Další zajímavost, která mě velice zaujala souvisí s výsledkem mého šetření. Podle respondentů by měla společnost „veřejně“ více mluvit o stáří, umírání a smrti. Oni sami nemají problém o tomto tématu hovořit. Přesto při osobním kontaktu mi mnoho lidí řeklo, že toho není schopno. Připadá jim zvláštní ptát se svých rodičů či prarodičů, co by si přáli, až zemřou. Abych řekla pravdu mě to přijde také neobvyklé. Ale myslím, že pokud je člověk otevřený a tomuto tématu se nebrání, všechno postupně přijde „samo“...nic bychom neměli „lámat přes koleno“. Asi je to dáno i celkovou atmosférou společnosti - řeči o smrti jsou stále tabu.

Věřím, že všechny problémy spojené s tímto tématem postupně překonáme. Jak už jsem zmiňovala - stáří, umírání a smrt jsou součástí našeho života a pokud se s nimi nevyrovnáme v průběhu života, většina z nás bude nucena se s nimi vyrovnat, až když přijdou.

Použitá literatura

ABELN, R., KNER, A. *Jak se vyrovnat se stářím?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1995. ISBN 80-7192-005-3. První vydání.

ABELN, R., KNER, A. *Neboj se!* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1993. ISBN 80-85527-34-0. První vydání.

ABELN, R., KNER, A. *Umírání znamená loučení.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1993. ISBN 80-85527-35-9. První vydání.

ARISTOTELES. *Etika Nikomachova.* Praha: Petr Rezek, 1996. ISBN 80-901796-7-3. Druhé rozšířené vydání.

AURELIUS, M., A. *Hovory k sobě.* Praha: Svoboda, 1969.

BRZÁKOVÁ-BEKSOVÁ, K. *Jak rozumíme stáří a co o "posledních věcech člověka" mínili filozofové Aristoteles, Aurelius a Seneca.* In *Theologická revue.. Čtvrtletník Univerzity Karlovy v Praze Husitské teologické fakulty.* Číslo 1/2005. Ročník 76. Nakl. L Marek. ISSN 1211-7617.

BEKSOVÁ, K. *Poslední věci člověka v geriatrické péči.* Praha, 2002.

BIBLE. *Písmo svatého Starého a Nového zákona.* Podle ekumenického vydání z r. 1985. Praha: Česká biblická společnost, 1991.

BIČ, M. *Dějiny a kultura starověkých říší předního orientu.* Praha: Vyšehrad, 1990. ISBN 80-7021-032-X.

BŘICHÁČEK, V. *Důstojný odchod.*

<http://www.cestadomu.cz/res/data/000109.doc?seek=1107275629>, staženo 28. 1. 2006.

DE HENNEZEL, M. *Smrt zblízka. Umírající nás učí žít.* Praha: ETC Publishing, 1997. ISBN 80-86006-15-8. První vydání.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří.* Praha: Panorama, 1989.
ISBN 80-7038-158-2. První vydání.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika.* Praha: Galén 2002. ISBN 80-7262-132-7.
Třetí, rozšířené vydání.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání.* Praha: Galén, 2000.
ISBN 80-7262-034-7. První vydání.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Filosofický slovník.*, Olomouc: FIN, 1995.
ISBN 80-7182-014-8. První vydání.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Nový biblický slovník.* Praha: Návrat domů, 1996.
ISBN 80-85495-65-1. První vydání.

**KOLEKTIV AUTORŮ A KONZULTANTŮ ENCYKLOPEDICKÉHO
DOMU.** *Slovník cizích slov.* Praha: Encyklopedický dům 1996.
ISBN 80-901647-8-1. První vydání.

KRANZOVÁ, R; DIGIULIO, R. *O smrti.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny,
1997. ISBN 80-7106-210-3. První vydání.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Víra a zdraví. Současný stav psychologický poznatků in
Psychologické dny 2002 „Kořeny a vykořenění“.* Olomouc: Psychologický ústav
AVČR, ČMPS a Katedra psychologie FFUP, 2003. ISBN 80-86174-05-0. První
vydání.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání.* Turnov: Arica, 1993.

ISBN 80-900134-6-5. První vydání.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání.* Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-85878-12-7. První vydání.

LANDSBERG, P. L. *Zkušenosti smrti.* Praha: Vyšehrad, 1990.

ISBN 80-7021-054-0. První vydání.

MESSINA, R. *Dějiny charitativní činnosti.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. ISBN 80-7192-859-3. První vydání.

MITFORD, J. *The American Way of Death.* Greenwich: Crest Book.

NAVRÁTILOVÁ, A. *Narození a smrt v české lidové kultuře.* Praha: Vyšehrad, 2004. ISBN 80-7021-397-3. První vydání.

NOVOTNÝ, A. *Biblický slovník, díl 1. A – R.* Praha: Kalich, 1956

NOVOTNÝ, A. *Biblický slovník, díl 2. Ř – Ž.* Praha: Kalich, 1956

OLŠOVSKÝ, J. *Slovník filosofických pojmů současnosti.* Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1266-4. První vydání.

OPATRNÁ, M. *Zkušenost s pastorační péčí ve VFN Praha (1997-2002)* in Psychologické dny 2002 „Kořeny a vykořenění“. Olomouc: Psychologický ústav AVČR, ČMPS a Katedra psychologie FFUP, 2003. ISBN 80-86174-05-0. První vydání.

O ORGANIZACI PALIATIVNÍ PÉČE. Doporučení Rec (2003) 24 výboru ministrů Rady Evropy členským státům. Projekt Paliativní péče v České republice. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4332-4.

PIECHAUD, C; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi.* Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3. První vydání.

RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne.* Brno: Masarykova univerzita, 1995. ISBN 80-210-1155-6. První vydání.

RAHNER, K; VORGRIMLER, H. *Teologický slovník.* Praha: Zvon. České katolické nakladatelství, 1996. ISBN 80-7113-212-8. První vydání.

SALAJKA, M. *Orientační teologický slovník.* Praha: Ježek, 2000. ISBN 85-996-25-1. První vydání.

SÁZAVA, Z. *V hlavní roli Nový zákon. Šedesát biblických úvah.* Praha: Blahoslav 1998. ISBN 80-7000-013-9. První vydání.

SENECA, L., A. *Výbor z listů Luciliovi.* Praha: Svoboda, 1969.

Standardy pro zdravotní kaplanskou službu v Evropě. Evropská síť zdravotní kaplanské služby. 7. konzultace, Turku, Finsko 12. – 16. červen 2002. (European Network of Health Care Chaplaincy, 7th Consultation, Turku, Finland 12-16 June 2002)

STOFF, G. *Dobré slovo u lůžek nemocných.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994. ISBN 80-85527-54-5. První vydání.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí.* Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2. První vydání.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO, 2003. ISBN 80-902049-4-5. Páté, doplněné vydání.

SVATOŠOVÁ, M. *Milosrdná pravda místo (ne)milosrdné lži*.

<http://www.cestadomu.cz/res/data/005/000662.doc?seek=1107646827>, staženo 28. 1. 2006.

SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L. *Pražské špitály a nemocnice*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1999. ISBN 80-7106-315-0. První vydání.

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8. První vydání.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0. První vydání.

VIRT, G. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2. První vydání.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOLEKTIV. *Paliativní medicína*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7. Druhé, přepracované a doplněné vydání.

Internetové zdroje:

<http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=24&lang=cs>, staženo 22. 3. 2006

http://www.eurochaplains.org/turku_standards.htm, staženo 22. 3. 2006

http://www.hospice.cz/hospice1/org_info.php?id=5 staženo 5.2. 2006

<http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html> staženo 10. 2. 2006

<http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html> staženo 10. 2. 2006

<http://www.hospic.cz/> staženo 17. 2. 2006

<http://medico.juristic.cz/149495> staženo 11. 2. 2006

Příloha 1

Vážení,

toto je dotazník k mé diplomové práci "Fenomén stáří a umírání z pohledu současné společnosti a z biblického hlediska". Tento dotazník je anonymní a získané informace použiji jen pro svou práci.

Předem Vám děkuji za čas, který tomuto listu věnujete.

Zdenka Nováková
Husitská teologická fakulta
Univerzita Karlova

Nejprve prosím vyplňte údaje důležité pro vyhodnocení:

Pohlaví:

muž

žena

Věk:

20-34 let

35-44 let

45-59 let

60-74 let

75 a více let

Věříte v Boha?

ano

ne

Vzdělání:

základní

vyučen/a

středoškolské

vysokoškolské

1 Zlepšil se podle Vašich zkušeností v posledních letech přístup lékařů k nemocným a umírajícím?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

nevím

2 Měl by lékař v každém případě informovat pacienta o jeho zdravotním stavu?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

nevím

3 Chtěl/a byste Vy sám/sama být informován/a o svém zdravotním stavu, přestože by byl vážný (nevyléčitelná nemoc apod.)

ano
 spíše ano

spíše ne
 ne
 nevím

4 Pokud Vám umíral někdo blízký, mluvil s vámi o tom lékař? Vysvětlil Vám podrobně diagnózu a popsal co bude následovat?

ano, plně vysvětlil
 pouze naznačil
 ne, vůbec mě o diagnóze neinformoval
 nikdy jsem se s touto situací nesetkal/a

5 Měl by být v každé v nemocnici kněz, který by byl ochoten vždy vyslechnout nemocného, umírajícího nebo jeho rodinu?

ano
 spíše ano

spíše ne
 ne
 nevím

6 Jste schop(e)na hovořit se svými rodiči/prarodiči/děti o své smrti a věcech posledních (např. o posledním rozloučení, kde byste chtěl/a být pochován/a...)

ano
 spíše ano

spíše ne
 ne

7 Pokud by Vám po smrti někoho blízkého byla nabídnuta pomoc (psycholog apod), přijal/a byste ji?

ano
 spíše ano

spíše ne
 ne
 nevím

8 Pokud byste si mohl/a vybrat, kde byste si přál/a zemřít?

- léčebna pro dlouhodobě nemocné
- v domově důchodců
- v nemocnici
- doma
- domov s peč. službou
- nevím, nepřemýšlela jsem o tom

9 Je u nás dostatečná péče o staré lidi?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

10 Mluví se v současné společnosti dostatečně o smrti a umírání?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

11 Máte obavy spojené se smrtí a umíráním

- ano
- ne

Pokud ano - čeho se nejvíce obáváte (je možno označit více odpovědí)

- bolest
- ztráta důstojnosti
- ztráta soběstačnosti
- strach z toho, co bude po smrti
- z nazaopatření vlastní rodiny
- z něčeho jiného
- nevím, nepřemýšlela jsem o tom

12 Má člověk právo ukončit kdykoliv sám svůj život?

ano

ne

Ještě jednou Vám děkuji za Váš čas.

