

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**STÁŘÍ, UMÍRÁNÍ A SMRT Z POHLEDU VŠEOBECNÉ  
A ŘÁDOVÉ SESTRY**

Bakalářská práce

Autor práce : Zdeňka Markarjancová

Vedoucí práce : prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Mgr. Zdeňka Václavíková

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADCI KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**SENIOR AGE, DYING AND DEATH FROM VIEW OF**  
**MEDICAL NURSE AND NUN**

Bachelor's thesis

Author : Zdeňka Markarjancová

Supervisor : prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Mgr. Zdeňka Václavíková

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....

# Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala za laskavé a především odborné vedení celým průběhem tvorby této práce, jež znamenala několik měsíců dlouhé období. Děkuji prof.PhDr. Jiřímu Marešovi za nesčetné odborné konzultace a trpělivost a mgr. Zdeňce Václavíkové za morální oporu.

Také bych ráda poděkovala všem sestřám, které se zúčastnily rozhovorů pro tuto bakalářskou práci.

## Obsah :

1. Kapitola : Umírání.....	8
1. 1.    Institucionální model umírání.....	12
1. 2.    Dystanázia neboli zadržaná smrt.....	14
2. Kapitola : O možnostech medicíny.....	16
2. 1.    Paliativní medicína – zlatá střední cesta.....	16
2. 2.    Paliativní léčba a postoje lékařů.....	17
2. 3.    Paliativní medicína a postoje příbuzných, případně veřejnosti.....	18
3. Kapitola : O právech pacientů.....	20
3. 1.    Charta umírajících.....	20
3. 2.    Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“.....	21
3. 3.    Právo nebýt léčen a rizika jeho akceptace lékařem.....	26
3. 4.    Hippokratova přísaha.....	31
4. Kapitola : O ošetrovatelské péči o trpící a umírající.....	34
4. 1.    Role sestry.....	35
4. 2.    Umění vžít se do kůže nemocného.....	36
4. 3.    Existencionální a spirituální potřeby pokročile nemocných.....	38
4. 4.    Co prožívá nemocný a jeho nejbližší.....	39
4. 5.    Péče o umírajícího klienta/pacienta.....	41
4. 6.    Možné ošetrovatelské diagnózy u pacientů v terminálním stádiu.....	45
5. Kapitola : O bolesti.....	48
5. 1.    Chronická nenádorová bolest .....	50
5. 2.    Nádorová bolest.....	51
5. 3.    Bolest u seniorů.....	52
6. Kapitola : O paliativní péči, kvalitě života a důstojné smrti.....	54
6. 1.    Principy paliativní péče.....	54
6. 2.    Kvalita života.....	55
6. 3.    Nalezení důstojnosti uprostřed nemoci a dezintegrace.....	58
6. 4.    Bolest, utrpení a umírání – nutnost respektovat člověka v jeho celosti.....	59
6. 5.    Důstojné umírání a důstojná smrt.....	65
7. Kapitola : O domácí a hospicové péči .....	66

7. 1.	Komplexní domácí péče pro dospělé.....	66
7. 2.	Hospice – historie a vymezení pojmů.....	67
8.	Kapitola : O „instrukcích v předstihu“.....	69
8. 1.	Co je to „právo na smrt“?.....	69
9.	Kapitola : O eutanazii.....	71
10.	Kapitola : O konci života z křesťanského úhlu pohledu.....	75
10. 1.	Hodnota lidského života, křesťan a utrpení, používání prostředků tisících bolest.....	75
10. 2.	Eutanazie .....	77
10. 3.	Etické posuzování terminální péče.....	80
10. 4.	Současná diskuze o právu na smrt.....	81
10. 5.	Stáří a umírání.....	82
10. 6.	Tajemství smrti.....	83
10. 7.	Existuje bod, od kterého dál již nemá cenu žít?.....	85
11.	Empirické kvalitativní šetření.....	86
11. 1.	Předvýzkum.....	86
11. 2.	Rozhovor č. 1 – 3, řádové sestry.....	90
11. 3.	Rozhovor č. 4 – 6, všeobecné sestry.....	101
12.	Výsledky .....	107
13.	Diskuze.....	117
14.	Závěr.....	119

# Úvod

Úvodem bych chtěla uvést, že vzhledem k relativně nízkému rozšíření víry v Boha v Čechách, zřejmě téma, které jsem si zvolila, nebylo ještě detailně zkoumáno. Jde o rozdíly mezi zdravotními sestrami řádovými a zdravotními sestrami bez vyznání v ošetrovatelské péči o umírající lidi. Jako všeobecná sestra pracuji na oddělení LDN, kde je umírání a smrt častým jevem. Díky kontaktu s řádovými sestrami jsem získala informace o pohledu věřících na tuto problematiku a poznala jsem, že existuje rozdílnost v pohledu na smrt a možné přístupy k umírání a možnostem volby. Zjistila jsem, že existuje rozdílnost v chápání utrpení a jiný úhel pohledu a názoru na možnosti stávající a potenciálně budoucí. Proto jsem chtěla tuto problematiku podrobit zkoumání a najít jasné a zřejmé rozdíly, pokud skutečně jsou.

## Cíle

Cílem teoretické části této práce je popsat problematiku utrpení, stáří a umírání. Práce je soustředěna na trpící a umírající dospělé starší osoby. Probrat specifika paliativní péče, hospicové péče, léčby bolesti. Charakterizovat možnosti a meze pacienta v závěru života – možnosti ovlivnění konce vlastního života – formou DNR, Advanced Directives, eutanázie.

V empirické části chci prozkoumat formou kvalitativního šetření zda existuje rozdíl v pohledu věřící řádové sestry ovlivněné křesťanskou vírou v Boha a v pohledu všeobecné sestry ateistky na utrpení pacientů. Jde o utrpení, které často provází umírání a smrt pacienta a na problematiku možností ovlivňujících konec života pacientů umírajících v péči zdravotníků.

# 1. Kapitola : O umírání

Narození a smrt tvoří již po celé věky nedílnou součást lidského života. Již od dávných věků byly tyto dvě události pevně spjaty s domovem člověka. Lidé se rodili doma, a umírali také doma – ve své vlastní posteli, obklopeni blízkými. Průměrná doba života byla nepoměrně kratší než v dnešní pokročilé době, neboť lidstvo nedokázalo vzdorovat infekčním nemocem. Děti kosily epidemie neštovic, morové rány si vybíraly krutou daň. K růstu populace nepřispívaly ani hladomory a odjakživa lidstvo provázející válečné konflikty – jejichž následky na lidských tělech ještě nedokázala odstraňovat chirurgie.

V průběhu 19. a zejména v počátku 20. století však došlo k významným vědeckým objevům na poli lékařské vědy. Zlomovým bylo objevení penicilinu a antibiotik, dále inzulínu, možnosti transplantací orgánů a v posledních letech se otevírají vrátka genetické medicíny, klonování a dalším možnostem. Zároveň s tímto pokrokem však došlo v některých zemích i k jakémusi odcizení a vzniku bariéry. Nepsaná norma říká, že nemocný člověk patří do nemocnice, a tak se tedy lidé rodí v porodnici a umírající jsou odsouváni z domovů do nejrůznějších ústavů poskytujících péči: do léčeben dlouhodobě nemocných, do domovů pro seniory, do hospiců...

Konec života je v současné době pro mnoho lidí synonymem prohry, utrpení, osamělosti. Málo jsme spolu v závažných obdobích života, málokdy zažijeme radost ze vzájemné blízkosti v tichu, málo si umíme být oporou a hledat tiché radosti a být vděční za to, co jsme v životě, který zdaleka není samozřejmý, dostali. Odhady v českých zemích říkají, že 75% z nás nechce umírat v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných, přesto přesně tolik nás v těchto zařízeních život končí. Jen 2 % ze všech umírajících umírají v hospicích (<http://www.nezavirejteoci.cz/>)

Problematikou umírání se zabývá mnoho lidí. Různost pohledů lze doložit názory čtyř známých osobností:

**1. názor: Miloslav kardinál Vlk** - *emeritní arcibiskup pražský a metropolita a primas český*

„Ať žijeme, ať umíráme, patříme Pánu.“ (Ř 14, 8)

Umírat pro Pána znamená přijímat dar pozemského života a žít vlastní smrt jako nejvyšší úkon odevzdanosti Stvořiteli, připraveni setkat se s ním v hodinu, kterou on stanoví.

Žít pro Pána znamená zakoušet a poznávat, že i zkoušky a utrpení se mohou stát zdrojem dobra (srv. Evangelium vitae, 67).

Děkuji všem, kdo za svoje osobní poslání volí službu pozemskému životu v jeho přirozeném závěru a kteří za svůj úkol berou doprovázení a podporu nevyčísitelně nemocných a umírajících. Pomáhají jim tak v náročném období rozhodujících životních zkoušek prožívat kvalitní život, nakolik je to možno, a proměňovat navštívení bolesti a nemoci v setbu, z níž jim ve chvíli povolání k věčnému životu vzejde definitivní a neodejmutelné blaho. Služebníci života – spolupracovníci a spolupracovnice hospicového hnutí – dávají trpícím bližním zakoušet solidaritu a osobní blízkost, jež pomáhají statečně nést nemoc a utrpení.

Ať náš Pán a Stvořitel je nablízku jedněm i druhým vytváří z nich jednu velkou lidskou rodinu, v jejímž středu je přítomen.

Žehnám ze srdce jak pečujícím a doprovázejícím, tak jim svěřeným nemocným.

## **2. názor: JUDr. Jan Mach - právník, působící mimo jiné v České lékařské komoře**

Myslím, že většina lidí nemá největší obavu ani ze smrti, ani z toho co bude (nebo nebude) po smrti, ale z dlouhého, bolestivého a trpkého umírání. V závěrečné fázi lidského bytí na této zemi by nemělo jít o prodloužení života za každou cenu, ale o zachování jeho kvality a důstojnosti. Člověk by neměl trpět nesnesitelnými bolestmi - měl by mu být na blízku někdo, kdo se o to postará. Absurdní byly v minulosti úvahy některých zdravotníků, že trpícímu umírajícímu v terminálním stadiu zhoubné choroby nelze podat utišující prostředky v dostatečné míře, protože by jednak mohla vzniknout závislost, jednak by pacient mohl předčasně zemřít. I z právního hlediska jsou tyto úvahy zcela chybné - naopak nechat pacienta trpět, ač by trpět nemusel, by bylo trestné! Etické hledisko snad netřeba rozebírat. Nejde ale jen o bolest fyzickou. Odcizené prostředí nemocnice či „eldéenky“ ,otrávený a špatně placený personál konající jen to, co musí, nikde vlídné slůvko, natož povzbuzení. Člověk, který nemůže vstát z lůžka a sám se obsloužit, je zde tzv. „ležákem“ - čím více na oddělení ležáků, tím hůř pro nešťastný personál. Pacient v tomto prostředí si závěrečnou fázi svého života "vychutná" nejen fyzicky, ale i duševně. Na zdravotníky v běžné nemocnici či LDN se přitom hněvat nelze, pro umírajícího často kromě paliativní péče, která dnes již probíhá většinou kvalitně, nemohou nic udělat a v psychologické či duchovní péči o umírajícího člověka nejsou školeni a snad na ni ani nemají čas.

Existence hospiců s kvalitní zdravotní paliativní péčí, ale i s laskavým přístupem personálu a dobrovolníků, je ohromným pokrokem v péči o člověka na konci jeho životní pouti. Podpora hospicové péče včetně "domácího hospice", kdy rodina je ochotna pečovat o svého blízkého až do konce, ale potřebuje kvalifikovanou pomoc, je dobrý a správný čin.

Nic není bez problémů. Jsou diagnózy, kde blízkou smrt lze s velkou pravděpodobností předvídat. Jsou naopak diagnózy, kdy člověk může zemřít zítra stejně jako za dva roky. Přesto i on je někdy bezmocný, osamělý, psychicky zdeptaný, trpící, zoufalý. Má-li hospic plnit své poslání, těžko jej naplnit pacienty, kteří zde budou přežívat dlouhé měsíce či léta. Jeho poslání chápu tak, že má posloužit člověku v posledních dnech a ve chvíli smrti. Co ale s lidmi, kteří "ještě neumírají", ale trpí? Léčebné možnosti jsou vyčerpány, paliativní péče probíhá, smrt je možná blízko, možná ještě daleko. V odcizeném prostředí, často bez jakékoli návštěvy, upoutaný na lůžku, přežívá člověk dlouhé týdny a měsíce, a má-li jasnou mysl, určitě se necítí dobře, byť ošetrovatelská péče je bez závad. Snad i pro tyto lidi by stálo za to začít budovat jakási humánnější zařízení po vzoru hospiců. Může to znít jako utopie v situaci, kdy samotných hospiců je málo a jejich financování není snadné (což není dobrou vizitkou této společnosti). Přesto na bezmocné a duševně trpící, kteří ještě nejsou vhodnými adepty hospice, je třeba nezapomínat. Alespoň v dobrovolnické péči, které dává nyní legislativa zelenou, by bylo dobře na ně pamatovat.

### **3. názor: Karel Schwarzenberg - senátor**

1) Co se týká mého vlastního života, nevím, kdy bude závěrečná část - možná, že to bude dnes večer, za 14 dní, za 20 let. Člověk by si však měl vždy uvědomovat, že se může náhle ocitnout před "posledním soudem", a dle toho žít.

2) Život lidí, kteří se dožívají vysokého věku, či lidí dlouhodobě těžce nemocných je v dnešní době ovlivněn tím, že jsou členové milující rodiny zaměstnání nebo nejsou vhodné bytové podmínky pro klidný pobyt. Proto jsou hospice jedny z nejdůležitějších zařízení a jejich činnost je nezastupitelná. Sebelepší péče v nemocnici je a má být směřována na uzdravení. Ale žádná nemocnice není vybavena na to, aby lékaři či sestřičky doprovázeli člověka, jenž se blíží k "bráně smrti". V tomto okamžiku, kdy se člověk cítí osamocen a před ním se otevírají veliké otázky, je láskyplný doprovod, který o těchto otázkách ví a je na ně připraven a také vybaven minimální lidskou solidaritou, velmi potřebný. Z těchto důvodů jsem již v minulosti

i dnes podporoval hospice. Vím také, kolik obětavých lidí se věnuje návštěvám domácností, kde pozvolna umírají nejbližší.

#### **4. názor: Josef Škvorecký - spisovatel a nakladatel**

Kdysi nám velební páni už od mládí vštěpovali jako životní heslo *Memento mori!* „Nezapomínej na smrt.“ V rámci mého katolického mládí to bylo velmi užitečné, protože jsme věděli, že smrt je v životě jediná jistota a po ní přijde boží soud, který nás rozdělí na ty, kteří žili dobře a dostanou se do nebe, a na ty hříšné, co přijdou do pekla.

V dnešní době nepřemýšlivého ateismu, jaký podle statistik, zdá se, vyznává většina národa, má to starobylé náboženské heslo i moderní sekulární stránku. Přes pokroky lékařské vědy, která umožňuje tolika lidem dožít se věku mým prarodičům nepředstavitelného, má tahle doba pro velmi mnohé staré lidi i velmi stinnou stránku. Prastaré a vlastně nejlepší sociální zařízení pro ty, co se blíží konci života, výměnek, pro většinu lidí už neexistuje. Klasická rodina, kde tři generace žily pod jednou střechou v lásce, dokud je smrt nerozloučí, jak si to rodiče i prarodiče slibovali u oltáře, je v nynější době mnohočetných rozvodů a z nich vycházejících houfů nevlastních a všelijak vzdálených bratrů a sester, rovněž spíš raritou než „základem státu“. Stará, ovšem americká zásada o nutnosti mít dost peněz v bance, za něž lze v opuštěném stáří najmout ošetřovatelky, aby do jisté míry zabránily té opuštěnosti, přestala u nás, po několika měnových reformách, mít americkou naléhavost. A tak nám statistika říká, že 75% lidí končí život v osamocení, bez blízkých příbuzných a přátel.

Myšlenka hospiců, kde staří a opuštění lidé najdou lásku, dříve nazývanou křesťanská, a co nejlepší pohodlí a péči, by se proto měla stát nejnaléhavějším mementem naší doby. Nedá se to říct líp, než jak nám to říkali staří velební pánové: *Memento mori!* (<http://www.nezavirejteoci.cz/jak-se-divam-na-konec-zivota.html>)

V úvodu této kapitoly bylo řečeno, že většina pacientů umírá ve zdravotnických zařízeních, tj. v institucích.

## 1.1 Institucionální model umírání

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 (chudobince), později do zdravotnických zařízení (špitály, nemocnice). Ve velkých pokojích bývalo mnoho postelí, mezi kterými byly pouze úzké prázdné uličky, později jednoduché noční stolky. Pro rychlou orientaci ošetřujících bývala v záhlaví postele černá tabule, na kterou se psalo jméno nemocného, rok narození, 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 zpravidla neměly odborné vzdělání v dnešním slova smyslu, i když tradiční ošetřovatelské techniky bravurně ovládaly.

Historie moderního ošetřovatelství je spojena se jménem Angličanky Florence Nightingalové, která žila v letech 1820 – 1910. Ta je také autorkou legendární Knihy o ošetřování nemocných, která vyšla česky v roce 1874. V témže 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, jmenovitě Karolina Světlá a Eliška Krásnohorská. Tradiční opatrovnická činnost se jen pozvolna měnila v činnost ošetřovatelskou, podloženou odbornými znalostmi a dovednostmi. Sledovat dramatickou historii ošetřovatelství je mimořádně zajímavé, ale my pouze dodejme, že skutečně odborná ošetřovatelská škola byla založena v Praze až v roce 1916.

Umírajícím, jako zvláštní skupině nemocných, nebyla věnována z hlediska odborného ošetřovatelství dlouhou dobu speciální pozornost. Jestliže někdo právě opouštěl pozemský svět, pak jeho soukromí bylo ekvivalentem lůžka, které se nacházelo „mezi všemi“. Ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních, kteří měli být uchráněni asistence umírání neznámého člověka, vznikla praxe tzv. „bílé zástěny - plenty“. Ta se začala běžně používat až ve 20. letech 20. století a měla umírajícímu zajistit klid a spolupacienty ušetřit pohledů na umírající.

Jak se zlepšovala ekonomická situace jednotlivých zemí, a tím pádem i jejich zdravotnických systémů, docházelo k vyčlenění jednoho zvláštního pokoje pro umírající. Zatímco bílá plenta se ještě někde používá dodnes, převoz umírajícího do zvláštního pokoje je již minulostí. Medicína se totiž změnila a začala vítězit. Nemocní lidé v intencích moderní doby věřili v zázrak a lékaři uplatňovali *pia fraus* (milosrdnou lež). A tak „nic netušící“ umírající, který byl schopen posoudit význam transportu, zcela „překvapivě“ a jednoznačně pochopil, že „teď nastává konec“, a ten že se bude odehrávat v naprostém osamění. Pokoj pro umírající měl negativní psychický dopad i na spolupacienty. Těžce nemocní se báli, že je brzy potká stejný osud. K dovršení všeho zavládlo všeobecné přesvědčení, že nemocní potřebují přísný klid a pořádek. Ten byl prakticky zajištěn tak, že veřejnost, a tedy i příbuzní, byli vyloučeni z účasti na péči o těžce nemocné a umírající. Pověstné návštěvní střezy a neděle dodržovali zdravotníci naprosto striktně a příbuzní se této praxi příliš nebránili. A tak v době, kdy nemocný člověk potřeboval podporu rodiny, byla mu fakticky odeprána možnost denně se s ní stýkat.

Velmi diskutabilní byla i existence tzv. propustek. Lékař mohl podle svého uvážení vystavit mimořádné propustky, které opravňovaly nejbližší příbuzné k denním návštěvám. Ti se ovšem zcela správně obávali, že umírající právě z existence tohoto privilegia pochopí pravý stav věcí a propadne zoufalství. Lékaři vystavovali propustky výjimečně, neboť přítomnost příbuzných, podle nich, rušila chod oddělení. Příbuzní se jich ostatně příliš nedožadovali, protože nechtěli přebírat roli poslů špatných zpráv a také proto, že věřili, že těžce nemocným a umírajícím je v náručí profesionálů, kteří „to“ umějí, nejlépe. A tak se stalo to, co důvěrně známe : moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně tak jako on pro ně, cizí lidé. Laická veřejnost odsunula těžce nemocné do nemocnic v pochopitelné naději, že vítězná medicína zabrání smrti, nebo zajistí důstojný odchod ze života. O to první se vítězná medicína snaží „za každou cenu“, tady i za cenu dystanázie. V tom druhém selhává. Nespokojeni jsou všichni. Hmatatelným výrazem neutěšeného stavu je stručný text telegramu, ve kterém se technickým, i když praktickým způsobem oznamuje, že zemřel člověk.

Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou zřejmé a jejich společným jmenovatelem je chladná profesionální péče. Ta, která tolika lidem pomohla a kterou nespravedlivě odsuzujeme ve chvílích, kdy přichází smrt. V takové situaci si medicína uvědomuje existenci svých vlastních hranic : veškerý život nelze řídit nebo ovládat prostřednictvím medicíny. Její možnosti jsou právě tak omezené jako možnosti lidských

bytostí, které jí slouží. O to více a plným právem však nárokuje účastnou péči (Haškovcová, 2000).

## 1. 2. Dystanázie neboli zadržaná smrt

Lidé spoléhají na vítěznou medicínu, protože s ní mají dobré zkušenosti. Zejména po druhé světové válce vědecká, specializovaná a superspecializovaná medicína opakovaně prokázala své přednosti. Lidstvu se splnila odvěká touha po signifikantním prodloužení střední délky života a po výrazném zkvalitnění života. Smrt je stále a stále odsouvána a mnozí nabyli dojmu, že zemřít je vždy předčasné a vlastně nevhodné. Ostatně pro tento postoj existují pádné důvody.

Na základě hlubokého studia obecných matrik Artur Imhof například uvádí, jakou životní perspektivu měli mladí lidé v letech 1740 – 1749. Šedesáti sedmi z tisíce hrozilo, že brzy zemřou, a že tedy neprožijí v klidu a zdravotní pohodě ani svou dospělost. I když se situace postupně zlepšovala, k výraznému zlomu došlo až ve 20. století. Tentýž autor uvádí jako přelomový rok 1920. Objev nových léků, později dokonce antibiotik, způsobil, že došlo k radikální změně „k bezpečnému životnímu času“ (zur sichere Lebenszeit). Nesamozřejmost života je vystřídána nesamozřejmostí smrti.

V této souvislosti připomeňme úspěchy nejen v léčbě infekčních chorob, ale také ve zvládnutí maligních onemocnění, dále obdivuhodné chirurgické výkony a „naroubovaný život“ umožněný rozvojem transplantologie.

Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské a profesionální neodpovědnosti, která se vymstí, a to nejméně dvakrát.

Poprvé tehdy, když nejsou včas a náležitě zohledněny potřeby člověka, který právě vstoupil do procesu umírání. Tam moc vítězné medicíny končí a dotyčný i jeho rodina potřebují jiný typ pomoci. Paliativní formy péče jsou zahajovány pozdě, anebo jsou zamlčovány. Není tajemstvím, že 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.

Druhé „zrady“ se v dobrém úmyslu dopouštějí zdravotníci tím, že bývají hyperaktivní. Oni jsou totiž bez ohledu na profesní kategorii školeni na vítězný boj s nemocí. Stále intervenují

ve prospěch života, který nezadržitelně odchází, a tvrdošijně 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 už přináší více bolesti než prospěchu. Stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována, nazývají odborníci dystanází neboli zadržanou smrtí. Relativní omluvou pro počínání profesionálů je, že nemalá část veřejnosti od nich očekává heroický zápas.

Vzdělané zdravotníky však nemůžeme podezřívat z naivity. I oni vidí, že situace vyžaduje změnu. Uvítali by s úlevou, kdyby někdo převzal péči o nemocného ve chvíli, kdy jsou jejich heroické činy vysoce problematické nebo zjevně neúčinné. Naléhavou otázkou je, kdo by měl převzít péči o umírající. Prvořadým úkolem je však vymezit obsah takové péče. Jisté je, že se musí důsledně odvíjet od potřeb umírajících. Daniel Callahan zdůrazňuje, že „moderní medicína neučinila problém smrti jednodušším“, a proto neváhá, spolu s mezinárodním týmem odborníků formulovat jednu z nových priorit medicíny takto: „Tváří v tvář medicínskému pokroku a trvale se rozvíjející technice si bude muset každá společnost stanovit mravní a medicínská kritéria pro zastavení léčby, jež udržuje při životě nemocné v terminálním stavu....Medicína by měla být zdrženlivá a rozvážná. Zápas s chorobou by měla vyvažovat vědomím, že její úlohou není učinit tělo nesmrtelným, ale pomoci lidem prožít omezený počet let co nejzdravěji.“ (Haškovcová, 2000).

## 2. Kapitola: O možnostech medicíny

### 2. 1. Paliativní medicína – zlatá střední cesta

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 mluví o hospicovém hnutí.

Obsah pojmu paliativní medicína není ustálen, a tak se můžeme v odborné literatuře setkat s celou řadou definic, jejichž obsah se více či méně překrývá. Podle Světové zdravotnické organizace je „...paliativní medicína léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ Odborníci ve velké Británii podobně uvádějí, že „Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života“. Podstatné je, že důraz je kladen na kvalitu života, na celostní (holistický, totální, celkový) přístup k nemocnému i k jeho rodině. Vzhledem k tomu, že kurativní péče ustupuje do pozadí, nabývají na významu pestré formy sociální, duševní a duchovní pomoci. Specifická paliativní péče však může, a dokonce musí být změněna na kurativní, dojde-li k nečekanému a příznivému zvratu ve vývoji nemoci. Důležité je rovněž odlišení paliativní a terminální péče, která je časově poslední kvalifikovanou službou umírajícímu.

Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu a 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 pacientům žít co nejaktivnější život až do smrti;
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti (Haškovcová, 2000).

## 2. 2. Paliativní léčba a postoje lékařů

Paradoxem vyspělé technické medicíny je, že se vzrůstajícími terapeutickými možnostmi přibývá nejen opodstatněného optimismu, ale také oprávněných pochyb. „Meze lékařské marnosti však nikdy nebyly zcela jasné a nelze očekávat, že kdy budou.“ Pravděpodobně proto vzniklo mezi lékaři přesvědčení, že „pokud došlo k chybě v léčbě pacienta, bylo to proto, že se udělalo příliš mnoho a nikoliv příliš málo. Udělat více je však často více ku prospěchu lékaře než pacienta.“, napsal zkušený lékař Sherwin B. Nuland a je příznačné, že tak učinil v kontextu svých beletristických úvah. Odborná literatura hovoří o problematice „marné péče“ zpravidla v jiných termínech, neboť autoři příslušných statí trpí apriorně pocitem viny, že obtížný stav nemocných nezvládli. Lze však najít i odvážná stanoviska, která artikuluji holý a „zapomínaný“ fakt, že smrt patří k životu a že nad smrtí jednoho dne prostě nelze zvítězit. Vysoce profesionální a problematickou otázkou zůstává, kdo a podle jakých kritérií má stanovit, že další terapie bude marná. Celá problematika se rozpadá na čtyři základní problémové okruhy :

1. Je třeba vyvinout značné úsilí, aby paradigma současné medicíny bylo změněno, resp. doplněno, o rovnocennou dimenzi paliativní medicíny. Nebude to lehké, protože v nemocnicích je uplatňována strategie zápasu s nemocí, korunovaná očekávaným vítězstvím. Je třeba soustavně rozvíjet programy paliativní péče, která je v některých případech nejlepším možným řešením. Tuhý odpor reprezentantů úspěšné medicíny vůči paliativní péči je dán tím, že úspěšná forma medicíny je neprávem přeceňována. Ve studijních programech zdravotníků všech úrovní je třeba tematizovat problematiku paliativní medicíny a docílit, aby byla akceptována jako rovnocenná alternativa heroickým terapeutickým zásahům.

V posledních letech byla na všech lékařských fakultách v České republice znovu zavedena nebo posílena výuka humanitních předmětů, jmenovitě filozofie, psychologie, sociologie a lékařské etiky. Lze právem očekávat, že generace budoucích lékařů bude lépe orientována i ve složité problematice umírání a smrti a že bude schopna realizovat partnerství jako většinovou strategii v přístupu k nemocným. Bude umět rovněž účelně korigovat onipotentní ambice realitou dalších, neméně významných postojů.

2. Je třeba se systematicky a odpovědně zabývat systémem odborných kritérií, která alespoň rámcově vymezí „pole marnosti“ a umožní řešení s ohledem na stanovisko umírajícího. Pro obor onkologie může být vzdáleným vzorem systém kritérií, který

používají specialisté na anesteziologicko – resuscitačních odděleních. Vzhledem k povaze onkologických onemocnění je třeba důrazně pamatovat nejen na to, že v určité chvíli může končit terapie, ale současně nikdy nesmí končit ohleduplná péče s laskavým doprovodem.

3. Výrazná disproporce mezi ideální a reálnou nabídkou diagnostických a terapeutických možností přispěje v brzké budoucnosti k vytvoření standardních postupů, a tím také ke stanovení limitů. Mimořádně důležitá a složitá problematika alokace zdrojů však přesahuje rámec tohoto sdělení. Se vší odpovědností lze však konstatovat, že alokace ( rozdělení ) zdrojů v medicíně je ekonomická i etická otázka číslo jedna a že se s ní potýkají všechny zdravotnické systémy moderního světa. Zbývá doplnit, že disponibilní zdroje nelze redukovat pouze na peníze, ale je třeba zvažovat též geografickou dostupnost léčby, jakož i počty a kvalitu ošetřujících.
4. Vítanou, významnou a u nás zatím nedoceněnou pomoc představují pro onkologii tzv. etické komise. Ty se mohou stát funkční platformou pro řešení dilematických situací klinické praxe zejména v době, kdy systémy kritérií pro ukončení kauzální terapie neexistují. V budoucnu mohou sehrát pozitivní roli při řešení případů, na které nebude možné uplatnit systém obecných kritérií (Vorlíček, Adam a kol., 1998).

### 2. 3. Paliativní medicína a postoje příbuzných, případně veřejnosti

Laici se vzácně shodují v názoru, že by lékaři měli upustit od neefektivní a marné léčby a ušetřit tím svěřené nemocné další trýzně. Obvykle také tímto způsobem argumentují i na podporu svých představ o klidné a důstojné smrti. Zcela automaticky předpokládají, že lékaři dokáží bezpečně určit „okamžik marnosti“. Teprve tváří v tvář smrti umírajícího člena rodiny však tíž lidí s neskrývaným údivem poznávají, že věci jsou složitější a jistota odborníků bývá problematická. Na jedné straně pak setrvávají na svém tradičním stanovisku, na druhé straně a to právě v souvislosti s tím, že jsou s nevléčitelně nemocným v silném osobním a emotivním vztahu, požadují pokračovat i v „marné léčbě“. Nechtějí totiž, aby zůstal nevyužit i ten nejmenší způsob naděje na záchranu nebo alespoň na určité zlepšení zdravotního stavu jejich nemocného. Z psychologických důvodů lze předpokládat, že někteří budou a jiní nebudou bránit ukončení kauzální terapie. I když se u nás lékaři nemusejí řídit stanoviskem rodiny ve smyslu legislativních konsekvencí, je pochopitelné, že budou brát názor rodinných příslušníků v úvahu. Rozdílnost rolí je příčinou rozdílných zájmů a názoru na

paliativní léčbu a může být i příčinou některých nedorozumění nebo rozlad na jedné či druhé straně.

Protektivní snaha příbuzných zachránit umírajícího stůj co stůj je pochopitelný, ale extrémní projev. Druhý extrém reprezentují ti příbuzní, kteří odmítají participovat na péči o umírajícího, ať již z neschopnosti, neochoty či ze strachu, že situaci nezvládnou, a kteří úpěnlivě nabádají lékaře k ukončení léčby. Často připojují zdánlivě přijatelnou argumentaci, že rychlý skon by byl nejlepší, co by postiženého mohlo potkat. Jistě tomu tak může být, ale součástí takové výzvy je rovněž nevyslovené přání, že by to tak bylo nejlepší pro všechny. O spletitych problémech ztrát, včetně ztráty nejvyšší, o formách psychického prožívání zármutku a žalu, jakož i o významu utrpení bychom měli častěji hovořit. Souvislost s osobním i osobnostním růstem každého člověka, který se ocitl tváří v tvář problematice závěru lidského života, je zřejmá.

V praxi se nejčastěji setkáváme s příbuznými, kteří svá stanoviska střídají, a to podle okolností či ve vztahu k únavě až vyčerpání, které bývá logickým doprovodným jevem spoluprožívané krize, a k namáhavé spoluúčasti na péči. Je vhodné věnovat pozornost i této oblasti a snažit se rozlišit trvalou tendenci od momentálních nahodilých forem stanoviska. Mnoho kontroverzních postojů se nezřídka odvíjí od výrazně individuálně interpretovaných pojmů kvality života a důstojné smrti (Vorlíček, Adam a kol., 1998).

### 3. Kapitola : O právech pacientů

V legislativě České republiky neexistuje vyšší právní norma či zákon, který by se zabýval „právy pacientů“. Existující dokument „Práva pacientů“ je pouze doporučením, které přijala Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví v roce 1992. Nemá právní závaznost - pokud ovšem tato doporučení nezahrne zdravotnická instituce do svých vnitřních předpisů. Z uvedených Práv pacientů cituji pouze bod č. 10, týkající se tematiky umírajících : Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

Inspirující pro nás může být podrobnější dokument, který byl přijat v zahraničí. Jde o Chartu práv umírajících (USA).

#### 3. 1. Charta práv umírajících

Opakovaně bylo konstatováno, že Práva pacientů, ať již ve své obecné nebo ve specializovaných verzích, vyjadřují opodstatněné potřeby a přání nemocných, která jsou ve vztahu k jejich favorizovaným potřebám. A právě pro onu opodstatněnost jsou povýšeny na mravní normy, které vyzývají k naplnění. Příkladem vyjádřených potřeb umírajících proto může být i americká Charta práv umírajících :

- Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění na „zachování pohodlí a kvality života“.
- Mám právo nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.

- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.

Právo na sebeurčení je třeba chápat především v přístupu k pravdivým informacím, ochranu života pak v odmítnutí aktivních forem eutanázie. Žádosti nemocného, aby bylo upuštěno od zatěžujících a problematicky úspěšných lékařských zásahů, je možné vyhovět. Myšlenka důstojné smrti nachází svůj výraz v ukončení marné léčby. Nikdo však nemá být v procesu umírání „odložen a opuštěn“. Důraz je kladen na paliativní péči, ke které by měl mít každý umírající přístup.

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.

Je zřejmé, že práva umírajících a cíle paliativní péče jsou komplementární. Paliativní medicína respektuje umírání jako přirozenou a konečnou fázi lidského života a smrt jako danost, kterou je potřeba přijmout a nikoli pokládat za nepřítele, s nímž je třeba bojovat i za stavu, kdy nelze zvítězit (Haškovcová, 2000).

### 3. 2. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“

4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající

- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na seburčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí,

učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba řkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

*Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.*

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický (<http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>)

### 3. 3. Právo nebýt léčen a rizika jeho akceptace lékařem

Úkolem medicíny a zdravotnického personálu je chránit a zlepšovat zdraví lidí. Léčebná péče má být podle platné právní ústavy poskytována s informovaným souhlasem pacienta, jenž spočívá v poučení pacienta o nadcházející léčbě a navrhovaných zákrocích.

Obecně se neposkytnutí pomoci osobě, která je bezprostředně ohrožena na zdraví, považuje za hrubé porušení základních humánních principů. Na druhé straně nemůže lékař ani jiný zdravotnický pracovník poskytovat pomoc proti vůli pacienta, neboť pacient má právo terapii nebo jiný zákrok odmítnout. V případě, že pacient projeví výslovný nesouhlas s léčbou, mohlo by se na „pomoc“ lékaře hledět jako na trestný čin omezování osobní svobody, jedná-li se o dospělého pacienta způsobilého k právním úkonům.

„Právo nebýt léčen je silnější než povinnost léčit. Diagnóza není víc než právo.“ Právní řád staví proti sobě dva principy, a to právo pacienta zdravotní péči odmítnout (tzn. svobodu rozhodování v oblasti práva na tělesnou integritu a její nedotknutelnost) na straně jedné a právní a morální povinnost lékaře konat tak, jak to považuje za nejlepší pro pacientovo zdraví a jak mu ukládá jeho slib, na straně druhé.

Souhlas pacienta, resp. jeho přání být či nebýt léčen, je jednou z nejsložitějších otázek, které musí lékař řešit. Pokud chápeme zásah lékaře jako okolnost, která vylučuje protiprávnost zásahu do tělesné integrity člověka, je třeba k provedení tohoto zákroku souhlas pacienta. Paradoxně by se pak toto jednání lékaře dalo posuzovat jako jednání naplňující znaky trestného činu omezování osobní svobody.

Pokud pacient odmítá i přes řádné vysvětlení potřebnou péči, je třeba si vyžádat o tom písemné prohlášení (negativní reverz).

Informovaný nesouhlas pacienta se zákrokem – negativní reverz. Pacient má právo kdykoli provedení lékařského zákroku odmítnout. V takovém případě si od něj lékař musí vyžádat písemné potvrzení, tzv. negativní reverz. Ještě před jeho podpisem však musí být poučen o svém zdravotním stavu, o výkonu, který odmítá, a o možných následcích tohoto odmítnutí.

Negativní reverz by měl obsahovat zejména jméno lékaře, jenž pacienta poučil, časový údaj a informaci o tom, na kterém pracovišti se tak stalo. Měl by obsahově vymezit poučení, jehož se pacientovi dostalo, s důrazem na následky neprovedení lékařem doporučeného zákroku. Dále by měl obsahovat výslovné prohlášení pacienta, že tyto skutečnosti bere na vědomí, poučení rozuměl, nemá na lékaře dotazy, jež by nebyly zodpovězeny, a že přes takto poskytnuté informace zákrok odmítá. Odmítnutý zákrok by měl být přesně identifikován.

Reverz by měl být podepsán jak pacientem, tak lékařem. Měl by být datován a podepsán dalším členem zdravotnického personálu jako svědkem, který byl poučen přítomen.

Z pohledu lékaře je negativní revers významný zejména ze dvou hledisek. Aspekt psychologický a principiální spočívá v konfliktu práva pacienta autonomně rozhodovat o vlastním osudu s dobře míněným úmyslem lékaře pacientovi doporučenou léčbou pomoci. Pokud v krajním případě pacient odmítá léčbu, která má vitální charakter, je obvyklé, že se takové pacientovo rozhodnutí (být zcela respektované lékařem) neobejde bez jisté traumatizace lékaře samotného. Druhou rovinnou negativního reversu podstatnou z pohledu ošetřujícího lékaře je jeho důkazní hodnota. Řádné zaznamenání reversu podstatně snižuje riziko odpovědnosti za zhoršení zdraví pacienta v důsledku neprovedení zákroku či z pohledu lékaře předčasného propuštění hospitalizované osoby do domácího ošetřování. Neprokázání existence reversu by mohlo poukazovat na zanedbání péče ze strany ošetřujícího lékaře, tedy na postup non lege artis. V krajním případě by byl lékař vystaven i riziku trestního stíhání, případně občanskoprávní žalobě na náhradu škody. Za nesouhlas s navrhovanou zdravotní péčí se nepovažuje situace, kdy je lékařem doporučen jiný léčebný postup, ale zároveň jsou uvedeny určité reálné alternativy a pacient se rozhodne pro jinou možnost než tu, již doporučil lékař. V takovém případě jde o pouhou svobodnou volbu mezi dostupnými možnostmi.

Odmítá-li pacient lékařem indikované vyšetřovací nebo léčebné úkony, je třeba ho důkladně poučit o následcích neléčení pro jeho zdraví. Toto poučení musí být úměrné vzdělání pacienta a jeho intelektuální úrovni, věku a zdravotnímu stavu. Pokud přes toto náležité poučení odmítá pacient navrhovanou léčbu, lékař si o odmítnutí léčby vyžádá od pacienta písemné prohlášení – revers. Povinnost vyžádat si písemný negativní revers je stanovena zákonem o péči o zdraví lidu v § 23 odst.2. Absence negativního reversu nebo jeho neplatnost v případě, že pacient nebyl k jeho vyslovení vzhledem ke svému duševnímu stavu způsobilý, by lékaře postavila do složité situace. Mohl by být považován za odpovědného za následky neléčení pacienta. Lékaři by pak hrozilo trestní stíhání pro neposkytnutí pomoci (§ 207 trestního zákona) nebo pro ublížení na zdraví (§ 223 a 224 trestního zákona).

Může se stát, že pacient odmítne písemný revers podepsat, a přesto tvrdošijně odmítá další léčbu. Názor pacienta je v takovém případě třeba respektovat (pokud je k jeho vyslovení právně způsobilý, tedy nejedná-li se o duševní poruchu). V takovém případě je však vhodné poučit jej o následcích neléčení před svědky a do zdravotnické dokumentace uvést údaj o tom, že pacient byl náležitě poučen a přesto léčbu odmítá (Klánová, Semrád, 2009).

Zároveň je nutné v záznamu ve zdravotnické dokumentaci uvést, že při podepsání či vyjádření k negativnímu reverzu byl pacient způsobilý k právním úkonům, byl orientován místem a časem a nebyl ovlivněn farmakou znemožňujícími se kompetentně rozhodovat.

Problematickou skupinou pacientů jsou onkologicky nemocní u kterých probíhá razantní léčba, která s sebou nese mnohé vedlejší účinky, které stojí za výkyvy nálady a víry v úspěšnost léčby. V období, kdy je pacient depresivní je třeba ho účinně podpořit a zajistit mu oporu jak profesionální tak ze strany rodiny a brát ohledy na aktuální rozpoložení nemocného, který se může dožadovat ukončení léčby či dokonce života.

Specifická je problematika posuzování způsobilosti k právním úkonům seniorů. Institut způsobilosti k právním úkonům podle občanského zákona byl v Českých zemích zaveden ve druhé polovině 19. století, ještě v dobách c.k. Rakousko – uherské monarchie. Jeho cílem byla především ochrana práv, zejména majetkových, osob stížených duševní poruchou. Posuzování způsobilosti k právním úkonům se týká osob zletilých, u nichž přichází v úvahu buď zbavení, nebo omezení způsobilosti. Rozsah tohoto omezení stanoví soud, který vychází z ustanovení § 10 občanského zákoníku. Do přijetí dosud platného zákona č. 40/1964 Sb. se používaly pojmy svéprávnost plná, svéprávnost částečná a nesvéprávnost.

Vlastní řízení probíhá podle občanského soudního řádu. Zahajuje se na návrh státních orgánů, zdravotnických zařízení či orgánů sociální péče, tedy právnických osob s právnickou subjektivitou, na podnět procesně způsobilých fyzických osob, bez návrhu či podnětu z rozhodnutí soudu.

Osobě, o kterou jde, ustanoví soud opatrovníka pro řízení, který nemusí být totožný s definitivním opatrovníkem. Tím se stává někdo z rodinných příslušníků nebo opatrovník veřejný – většinou jím je Centrum sociální péče a ošetřovatelské pomoci. Před rozhodnutím přibere soud znalce z odvětví psychiatrie. Za určitých podmínek, stanovených občanským soudním řádem, může soud upustit od výslechu posuzovaného a od doručování ve věci. Tak se zhusta děje u seniorů trpících pokročilým stadiem demencí (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kolektiv, 2004).

Uvádím ještě článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, který říká, že bude brán zřetel na dřívější vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání. Toto ustanovení nemá v právu České republiky výslovný odpovídající ekvivalent. Předpokládá se, že v novém zákoně, který má upravovat poskytování zdravotní péče, bude již zohledněn. Lze však připustit, že pokud pacient prokazatelně a nevyvratitelně vyslovil předem určité přání, které je projevem

svobodné vůle pacienta, je možné v konkrétním případě, po zvážení všech aspektů případu, jednat ve smyslu Úmluvy (Vondráček, 2005).

Nesouhlas pacienta pro futuro. Připouští-li právní řád právo pacienta projevit s výkonem souhlas pro budoucnost, pak logicky musíme připustit i právo pacienta projevit pro výkon, který by mohl být indikován v daleké budoucnosti, i nesouhlas. V praxi se tak v současné době děje, pokud pacient dává nesouhlas s odběrem orgánů určených k transplantaci v případě úmrtí. V praxi je diskutován problém pacienta, který v daném, přítomném čase nemůže pro svůj zdravotní stav projevit svoji vůli a dát či nedat souhlas s poskytovanou zdravotní péčí, ale nesouhlas projevil i písemně v minulosti.

Příklad : U pacienta v bezvědomí byl nalezen písemný negativní reverz, že nechce být dlouhodobě resuscitován, nebo odmítá krev a krevní deriváty (Vondráček, Wirthová, 2009).

Dovolím si ještě uvést stanovisko České lékařské komory, které bylo schváleno a zveřejněno začátkem roku 2010 :

### **DOPORUČENÍ PŘEDSTAVENSTVA ČLK č. 1/2010**

**k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli**

#### **čl. 1**

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

#### **čl. 2**

**Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných**

a) Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.

b) Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.

c) Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.

d) Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.

e) Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.

f) Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko

odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy,

nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.

g) Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče ([http://www.lkcr.cz/aktuality.php?hmp=5&item.id=89139&do\[load\]=1](http://www.lkcr.cz/aktuality.php?hmp=5&item.id=89139&do[load]=1))

### 3. 4. Hippokratova přísaha

Tato všeobecně známá přísaha v dnešní době již není součástí lékařského slibu, přesto ji stále mnoho laiků bere jako závaznou pro lékaře. Obsahuje základní etické principy lékařského povolání. Je připisována Hippokratovi nebo některému z jeho žáků, její kořeny však můžeme najít i v učení Pythagorejců.

„Přisahám při Apollonovi, bohu lékařství, při Aeskulapovi, Hygiei a Panacei i při všech bozích a bohyních a dovolávám se jejich svědectví, že podle svých sil a svědomí budu tuto přísahu a tyto závazky řádně zachovávat. Svého učitele v tomto umění budu ctít stejně jako své rodiče a vděčně mu poskytnu všechno nutné, ukáže-li se toho potřeba; také jeho potomky budu pokádat za bratry a budou-li se chtít naučit tomuto umění, vzdělám je v něm bez nároku na odměnu a jakékoliv závazky. Rovněž umožním jak svým synům a dětem svého učitele, tak žákům, kteří se slavnostně zavázali lékařskou přísahou, aby se podíleli na výuce a přednáškách i celé vědě, jinému však nikomu. Způsob svého života zasvěťím podle svých sil a svědomí prospěchu nemocných a budu je chránit před každou úhonou a bezprávím. Ani prosbami se nedám pohnout k podání smrtícího léku, ani sám k tomu nedám nikdy podnět. Stejně tak neposkytnu žádné ženě prostředek k vyhnání plodu; zachovám vždy svůj život i své umění čisté a prosté každé viny. Neprovedu řez u žádného nemocného, který trpí kameny, ale odevzdám ho mužům v tomto oboru zkušeným. Ať přijdu do kteréhokoliv domu, vejdu tam jen ve snaze pomoci nemocným vyhýbaje se všemu podezření z bezpráví nebo z jakéhokoliv ublížení. Stejně tak budu vzdálen touhy po smyslových požitcích se ženami a muži, jak se svobodnými tak s otroky. Uvidím-li nebo uslyším-li při své lékařské praxi nebo v soukromém životě lidí něco, co by mělo být utajeno, pomlčím o tom a zachovám to jako tajemství.

Budu-li tuto přísahu zachovávat a řádně plnit, nechť je mi dopřáno žít navždy šťastně, požívat úcty u všech lidí a těšit se z plodů svého umění. Jestliže ji však poruším a poskvřím, staniž se mi pravý opak.“

#### Hippokratova přísaha a současné zdravotnictví

Celospolečenské změny, kterými prochází celá naše společnost, se také významně podílejí na změnách postoje občanů k vlastnímu zdraví, ale také na změnách postoje občanů ke zdravotnickým zařízením a zdravotnickým pracovníkům. Právě tak se změnil i postoj

zdravotnických pracovníků k pacientům. Rozvoj stávajících medicínských oborů a vznik oborů dalších vedou k nebývalému nárůstu poskytované zdravotní péče. Tento nárůst zejména náročných a rizikových zdravotních výkonů, které jsou stále častěji poskytovány seniorům a jsou provázeny větším rizikem komplikací, klade na zdravotnické pracovníky stále větší nároky na odbornost i etiku. Zároveň však vede i k nárůstu požadavků těch, kterým je zdravotní péče poskytována. Proto musí zákonitě dojít častěji k situaci, kdy pacient není s poskytovanou péčí spokojen a poukazuje na skutečné nebo domnělé odborné nebo etické pochybení lékaře, který péči poskytoval. Vzniklá situace vede k diskusi, která v lepším případě končí stížností, v závažnějším případě jednáním u soudu. I když jsme svědky toho, že vážnost obecně závazných norem regulujících a upravujících chování a jednání upadá (ať už se jedná o normy právní, nebo etické), pokud dojde ke střetu, obě strany sporu se norem dovolávají.

Jednou z norem, které se dovolávají pacienti i zdravotníci, často však i jejich právní zástupci při řešení vzniklého sporu, je Hippokratova přísaha. Té se dovolávají ať již jde o problém v oblasti etiky a morálky, nebo o problém čistě odborný (zda byl při poskytování zdravotní péče dodržen postup *lege artis*). V zásadě tato norma proklamuje, koho si má lékař vážit s důrazem na vděčnost a závazek vůči učiteli a jeho rodině. Lékař má ctít svého učitele za vědomosti, které od něho při studiu získal. Hippokratova přísaha dále lékaři ukládá povinnost předávat získané vědomosti a zkušenosti žákům. Lékaři je také uloženo, aby zasvětil svůj život prospěchu nemocných s tou výhradou, že míra tohoto zasvěcení je ponechána na lékaři samotném. Neboť "... ten má pracovat podle svých sil a svědomí, a to, ať již jde o léčení nemocného, či o jeho ochranu před úhonou a bezprávím".

Pro nás je jistě významná skutečnost, že přísaha zásadně odmítá eutanazii – jednoznačně se stanovuje, že se lékař ani prosbami nedá pohnout k podání smrtícího léku a ani sám k tomu nedá podnět. Stejně jednoznačný je negativní postoj k umělému ukončení těhotenství. Lékař v přísaze slibuje, že žádné ženě neposkytne prostředek "k vyhnání plodu" a v této oblasti bude vždy prost každé viny. Lékař také slibuje předat každého nemocného, který trpí močovými kameny, těm mužům, kteří jsou zkušení v "řezu na kámen", tedy požádat odborníka, pokud jako ošetřující lékař nemá sám s nemocí pacienta dostatečné zkušenosti nebo dostatečné vzdělání.

Přísaha obsahuje také zásady chování lékaře při návštěvě v bytě nemocného. Klade důraz na to, aby lékař do bytu vstupoval pouze s úmyslem pacientovi pomoci. Při tom se má zdržet všech jednání, která by mohla nasvědčovat o jiném úmyslu. Velice důležitá je pasáž týkající se profesionální mlčenlivosti nebo, jak bychom řekli dnes, povinné mlčenlivosti

zdravotnického pracovníka. Lékař se zavazuje, že uvidí-li nebo uslyší-li při své lékařské praxi, co by mělo být utajeno, bude to chovat jako tajemství. Dodržování přísahy bude odměňováno tím, že lékaři bude dopřáno žít navždy šťastně, bude požívat úcty všech lidí a bude mu dopřáno těšit se z výsledků svého umění. Lékaři, který přísahu poruší či neplní, se pak “stane opak”. Hippokratova přísaha měla zásadní význam při tvorbě etických a morálních norem v oblasti poskytování zdravotní péče. Některé právní normy z ní i vycházejí. Hippokratova přísaha však nemá a v žádné zemi nikdy ani neměla charakter normy právní. I když byla uznávána, byla vždy pouze specifickou etickou normou upravující chování lékaře. ([http://www.clkuo.cz/dokumenty/Prolekare/hipokratova\\_prisaha.htm](http://www.clkuo.cz/dokumenty/Prolekare/hipokratova_prisaha.htm))

## 4. Kapitola : O ošetrovateľskej péči o trpící a umírající

Vysoká úroveň súčasnej medicíny, moderní diagnostické i léčebné metody umožňujú vrátiť zdraví nebo zlepšit zdravotní stav mnoha těžce nemocným. Avšak přes všechny pokroky v medicíně se nedaří každého nemocného vyléčit. Jednou z nejsmutnějších povinností, které sestru při ošetrování nemocných čeká, je péče o umírající. Je to úkol vysoce náročný. Vždyť umírání a smrt se hluboce dotýkají každého člověka, který je těmto okamžikům nablízku. Také pro každého zdravotnického pracovníka a především pro sestru je kontakt umíráním a smrtí zátěžovou situací, s níž se musí postupem doby vyrovnávat. Dochází k profesionální adaptaci. I když dobře adaptovaná sestra neprožívá odchod nemocného již tak intenzivně, musí jí stále zůstat dostatek citu a pochopení pro hluboce lidský přístup k takto postiženému člověku a jeho rodině. Při ošetrování umírajícího člověka i při péči o zemřelé tělo postupuje sestra klidně, rozvážně, s vysokým společenským taktem.

Ošetrování umírajících je velmi náročné. O život každého pacienta se bojuje do poslední chvíle, sestra podle ordinace vykonává všechny terapeutické výkony. Protože jde o pacienta upoutaného na lůžko, je povinností sestry, aby pečovala o dokonalou hygienu, vyprazdňování a osobní pohodlí nemocného, který je vděčen i za pozornosti pro nás nepodstatné, jako je navlhčení rtů, osušení či otření potu, naklepání polštáře. Každý dospělý člověk si uvědomuje nevyhnutelnost smrti, i když ve zdraví o tom nerad přemýšlí. O to víc se otázkou smrti zabývá člověk těžkým nevléčitelným onemocněním, člověk starý, kterému je smrt blízko. S takovou situací není lehké se vyrovnat, nemocného ovládá strach, úzkost, pocit beznaděje a osamocení. V těchto chvílích nemá být člověk sám. Sestra, která je mu nejbližší, si má vždy uvědomovat duševní stav, v němž se pacient nachází a svým jednáním mu nabídnout pomoc a porozumění (Staňková, 1988).

V etickém kodexu moderního ošetrovatelství je také zabezpečit nemocnému právo na klidné umírání a pokojnou smrt. Není to lehké. Člověk je jediný tvor, který si uvědomuje, že musí zemřít. Bojí se smrti, to je bojí se toho, že přestane existovat se všemi důsledky. Trest smrti byl, je a bude trestem nejvyšším. Smrt je více individuální nebo osobní tragédie. Vztah jedince ke smrti je dán mnoha faktory. Na možnou smrt není pacient a jeho rodina zpravidla připraven ani připravován. Zkušenost i různé výzkumy dokazují, že lidé se bojí více umírání než smrti. Většina pacientů si přeje zemřít rychle a nejraději ve spánku, tj. při vyřazeném vědomí. Je povinností ošetrovatelství zajistit člověku právo na klidné umírání a poklidnou

smrt. Musíme se vážně zaměřit na problém, jak nemocného na smrt připravit, jak zajistit jeho umírání s minimem psychických potíží. V souvislosti s úmrtím jsou zdravotnická a sociální zařízení hodnocena obzvláště kritickým zrakem veřejnosti. Náhlá, předčasná a hlavně „nečekaná smrt“ může znevážit profesi, zvláště tam, kde se porušilo nějaké pravidlo ošetrovatelské etiky. V minulosti se chodilo do špitálů a nemocnic pouze umírat. Funkce moderní nemocnice je ovšem jiná. Veřejnost spíše očekává, že dnešní nemocnice dovede „křísit a oživovat“, že je všemocná. Stoupají nároky lidí na intenzitu, rozsah a zároveň lidskost poskytované péče. Odevzdávají se do péče s přesvědčením, že je plně v rukou zdravotníků jim pomoci, a nestane-li se tak, vidí v tom alespoň zčásti subjektivní vinu zdravotníků. Se smrtí svého bližního se smíří jen tehdy, jsou-li přesvědčeni, že se udělalo vše možné i nemožné pro záchranu. Názory na etiku smrti mají tedy laici, mají je ovšem i zdravotníci. Mnohé zdravotnické problémy umírání a smrti jsou po etické i právní stránce stále otevřené. Diskutuje se o kritériích smrti, zvláště v souvislosti s transplantacemi orgánů, i o tom, kdy může být zastavena léčba nevléčitelně nemocného v terminálním stavu a ukončen jeho život (Pacovský, 1981).

#### 4. 1. Role sestry

O otázkách smrti a umírání se obvykle nehovoří snadno. Péče o umírající je aktivní celková péče o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá přiměřeně na léčbu, a týká se jak pacienta, tak i jeho rodiny. Důležité je, aby sestry rozvíjely dovednosti a znalosti o umírajícího pacienta a jeho rodinu.

Kingthorn a Gamalin (2001) uvádějí, že paliativní péče : potvrzuje život a považuje smrt za normální proces, ani neurčuje ani neoddaluje smrt, zaměřuje se na zmírnění bolesti a ostatních stresujících symptomů, začleňuje do péče o pacienta psychologické a duchovní aspekty, nabízí systém podpory na pomoc pacientům, aby žili pokud možno co nejaktivněji až do smrti.

Hlavní principy, o které se opírá paliativní péče jsou : holistický přístup k péči; péče, která zahrnuje jak pacienty, tak ty, kterým na nich záleží; důraz na otevřenou a citlivou komunikaci, včetně adekvátních informací týkajících se diagnózy a možnosti léčby; respektování autonomie a volby pacienta; soustředění se na kvalitu života, což znamená kvalitní ošetrovatelskou péči a symptomatickou léčbu.

Ošetrovateľské intervencie : sestra posudzuje a sleduje pacientovy symptomy. Péči plánuje spoločne s pacientem, rodinou a členy multidisciplinárneho tímu. Sestra definuje spoločne s pacientem prijateľnú úroveň komfortu. Sestra realizuje dohodnutý plán péče, provádí kontinuálny hodnotenie, aby pri zmene stavu provedla úpravu terapeutického režimu. Pokud je to možné, prispôsobí prostredie v souladu s práním pacienta a rodiny. Pacient a rodina jsou neustále informováni o průběhu léčby. Věnuje čas naslouchání obavám a očekávání pacienta a rodiny a poskytuje podporu a útěchu. Sestra učí pacienta a jeho rodinu jak zmírňovat symptomy. Kontinuitu péče umožňuje přesná a relevantní dokumentace. Role sestry je v péči o umírajícího pacienta a jeho rodinu nejdůležitější. Vyžaduje velkou citlivost a pozornost k maličkostem. Mnoho umírajících pacientů si přeje být nezávislími co možná nejdéle. Sestra je v pozici kdy nabízí : kvalifikovanou podpurnou péči pacientům a jejich rodinám, citlivou ošetrovateľskou péči umožňující pacientovi co nejdelší soběstačnost, hlášení přítomnosti příznaků a sledování jejich léčby, koordinaci péče v rámci multidisciplinárneho tímu (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2006).

#### 4. 2. Umění vžit se do situace nemocného

Dokud to člověk sám nezažije, možná si ani dost dobře neuvědomí, co všechno nemocný ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost aktivity atd. K tomu všemu naopak přibyla bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření a možná i nepříjemní spolupacienti a mnoho dalšího, převážně také ne příjemného. Proto má nemocný člověk právo reagovat na novou situaci i agresí, úzkostí, depresí, zmateností, poruchami chování apod. Nepřipravené okolí obvykle reaguje na takové projevy negativně; to jeho agresivitu dále stupňuje, vzniká bludný kruh a nikomu to neprospívá. Zato dobře připravené okolí zvládne vzniklou situaci mnohem lépe a může být nemocnému obrovskou oporou a pomocí. Proto také všechny hospice nabízejí srozumitelné přednášky a praktické semináře pro veřejnost.

Z výše citované definice zdraví lze odvodit čtyři okruhy potřeb těžce nemocného : biologické, psychologické, sociální a spirituální. Je to užitečné i z praktického hlediska. Snáze si uvědomíme, co všechno pro nemocného může a co nemůže udělat lékař, co můžeme naopak udělat my a konečně i to, co pro sebe, třeba s naší podporou a pomocí může udělat sám pacient. Na něho bychom neměli zapomínat, protože i on si může vlastním přičiněním (především svým postojem) svůj úděl usnadnit, nebo naopak přitížit. Priorita potřeb se

v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadé potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají na důležitosti potřeby spirituální.

## 1. potřeby biologické

Sem patří všechno, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i zvláštním způsobem upravenou. Pak se potřebuje co možná nejpřirozenějším způsobem, pokud možno bez cévek a bez klystýrů, zbavit produktů vlastního metabolismu. Současně se musí každé své buňce postarat o nějakou tu molekulu kyslíku, což není vždycky jednoduché, zvláště když nemoc postihla dýchací ústrojí nebo srdce. Někdy je potřeba rychle se zbavit celého nemocného orgánu a pro jistotu se pojistit ještě dalšími prostředky, jako je ozařování, chemoterapie, hormonální léčba apod. A protože co se nepoužívá, to zakrní, je nutno v rámci možností nemocné tělo nutit i k aktivitě, jinak předčasně zchátrá nebo se proleží. O většinu biologických potřeb, včetně tlášení bolestí, bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždycky. Například podmínky pro nerušený spánek může mít pacient mnohem lepší doma.

## 2. potřeby psychologické

Sem patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje. Na těchto zásadách je založeno celosvětové hospicové hnutí, které se rozvíjí i u nás. Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a my často zapomínáme, že více než naše slova mluví naše mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči, ale i naše oblečení apod. Říkáme tomu mimoslovní komunikace. Každý potřebuje pocit bezpečí. I proto je důležité nikdy nemocnému nelhat, tj. neříkat něco, co by člověk musel později odvolávat. Vymstilo by se to, nemocný by k takovému „dobrodinci“ ztratil důvěru právě ve chvíli, kdy ji nejvíc bude potřebovat. Zklame-li ho tímto způsobem věhlasný lékař, je to smutné. Zklame-li ho však manželka, která mu kdysi slibovala lásku, úctu a věrnost, zasáhne ho to mnohem víc. Další zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet. Škoda, že tak málo lidí ví, jak důležitá je komunikace s pacientem v agónii. Kdyby jen tušili, co všechno mohou v těchto hodinách pro umírající udělat, nedělali by tak hrubé chyby.

### 3. potřeby sociální

Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Ne ale vždy a ne všechny. Měl by mít právo návštěvy si sám usměřňovat a my bychom ho v tom měli plně respektovat. Nejsilnější vazby jsou obvykle s rodinou, ale nejen s ní. Nemocný možná musel přerušit nedokončenou práci, nedostavěl dům, nevystačí s nemocenskou – a tisíce dalších problémů, na které je lékařská věda krátká, se honí jeho hlavou.

### 4. potřeby spirituální

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu. Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Je tomu téměř naopak. Ne že by věřící své duchovní potřeby neměl. Má je, ale ví, co má dělat, a obvykle se podle toho dovede zařídit. Horší je to s lidmi, kteří z víry nežijí. Právě v průběhu vážné nemoci se začínají zabývat důležitými otázkami po smyslu života – vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu i sám odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí, a to tak, že si někdy i zoufá. Je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně (Svatošová, 1995).

### 4. 3. Existenciální a spirituální potřeby pokročile nemocných

Mezi zdravotníky někdy panuje představa, že „duchovní potřeby“ mají pouze lidé věřící a náboženští a při saturování těchto potřeb jim může skutečně pomoci pouze duchovní profesionál (farář, kněz, pastorační pracovník). Co to jsou spirituální potřeby?

Těžce nemocný člověk potřebuje kromě léčení a odborného ošetřování (které lékař a ostatní zdravotníci jistě právem vidí jako svůj prvořadý úkol) také lidi, kteří přijímají jeho stavy naděje a beznaděje, radosti a úzkosti a doprovázejí ho v nich. Před těžce nemocným a umírajícím člověkem stojí řada hluboce lidských „úkolů“ : přijmout více či méně novou životní roli (odkázanost na druhé, nemohoucnost, vědomí blízkosti smrti), uvést do souvislosti svůj dosavadní život s životem „okleštěným“ nemocí nebo pomalu hasnoucím, tedy integrovat současný stav do celku vlastního životního příběhu, najít smysl života i v nové

situaci a docenit smysl života dosud žitého, vyrovnat se s obavami o sebe (jak zvládnou bezmocnost, bolesti, umírání) i o bližní, které možná brzy opustí (životní partner, děti), vyrovnat se bilancí vlastního života, s životními neúspěchy a selháními, vyrovnat se s domnělými nebo skutečnými utrpenými křivdami a neúspěchy – tedy odpustit, vyrovnat se s manky vlastní odpovědnosti vůči životnímu partnerovi, dětem, ostatním lidem, případně Bohu a dospět k odpuštění.

O těchto i dalších věcech, které jsou důležité, je některý nemocný schopen komunikovat a jiný téměř nebo vůbec ne. To ovšem neznamená, že si existenciální a spirituální otázky neklade a že se je nepokouší řešit. Spirituální otázky nemocného úzce souvisejí s právě popsanými otázkami existencionálními. Spirituální oblastí rozumíme oblast nejhlubších jistot člověka a často také pro něho nejcennějších vzpomínek na lásku, nezištnou péči, ale také mnohdy podivuhodné momenty záchrany před nebezpečími, která v životě zažil. Rozhovor na niterná témata zpravidla probíhá až tehdy, kdy nemocný nabude ke svému protějšku důvěry a je přesvědčen, že mu bude rozuměno. Takový rozhovor má někdy výslovně náboženskou dimenzi, jindy je rozhovorem bez náboženských témat, ale přesto se dotýká hloubek života. Zdravotníci zde zpravidla nemají hrát roli těch, kdo výše popsané potřeby naplníjí nebo přinášejí odpovědi na všechny otázky, ale měli by je přesto uznat za stejně oprávněné jako potřebu tišit bolest nebo se postarat o jiné biologické potřeby nemocného. Pokud se na podobný rozhovor zdravotník necítí dostatečně zralý či kvalifikovaný, měl by pacientovi aktivně nabídnout možnost zprostředkování kontaktu na kněze nebo pastoračního pracovníka. „Povzbuzení“ typu „Na to nemyslete“ nebo „Nechte to být“ pacientovi obvykle opravdu nepomohou a navíc vyjevují plytkost našeho chápání vlastního života nebo vlastní bezradnost nad existencionálními otázkami života (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2006).

#### 4. 4. Co prožívá nemocný a jeho nejbližší

I když jsou reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace různé a závisí na spoustě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jednotlivce, určité zákonitosti zde jsou. Je proto užitečné se s nimi seznámit. Velice přehledně je jako „fáze“ na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími popsala dr.Elizabeth Kübler-Rossová. Je však nutno je správně chápat.

Především je třeba si uvědomit, že dále uvedenými fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Ti trpí spolu s ním, navíc se od nich očekává někdy až nadlidský výkon. Proto

musí někde být rozumná hranice. V něčem je rodina nemocného nezastupitelná, ale v něčem zastupitelná je. A musí mít možnost si odpočinout a nabrat dech. Už to samo o sobě je dostatečným důvodem k tomu, aby se do doprovázení nemocných zapojilo i širší okolí nemocného. V hospicích v této souvislosti mluvíme o dobrovolnících, kteří by se měli rekrutovat např. ze širšího příbuzenstva, sousedů, spolupracovníků či bývalých spolužáků pacienta nebo jeho rodiny. Neměla by se nechat zahanbit ani farnost nebo sbor, ke kterému třeba nemocný patří. Někdy zdánlivé drobnosti jako je obstarání nákupu, pohlídnání dětí, odvoz autem nebo jenom pobyt s nemocným, může být velikou pomocí rodině.

Dále je nutno vědět, že tyto fáze, i když jsou seřazeny za sebou tak, jak obvykle přicházejí, nemusí vždy zachovávat tento sled. Naopak, často se některé z nich opakovaně vracejí a střídají a mohou se někdy i dvě nebo tři, někdy i v jediném dni, prolínat. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některá chybí. Nemělo by nás to překvapit. Stačí si uvědomit, že každý člověk je jiný.

Je třeba také upozornit na časový posun, v jakém prožívají jednotlivé fáze pacient a jeho blízcí. Jestliže pacient již dosáhl stadia smíření, zatímco jeho okolí stále prožívá fázi smlouvání a vyjednávání, může mu to být na škodu. Třebaže to není lehké, měla by se v takovém případě rodina snažit co nejdříve s nemocným vyrovnat krok. Někdy to však prostě nezvládne a není nutno se za to stydět. Je to lidské. V tom případě ale tím více potřebuje nemocný někoho dalšího, kdo se ujme role doprovázejícího. Může jím být duchovní, někdo z přátel anebo zkušená sestra či dobrovolník hospice. Jestliže se snažíme rodiny nemocných povzbudit k tomu, aby se odvážili své nemocné doprovázet v pravém slova smyslu, je třeba současně varovat před přeceňováním vlastních sil.

Tab. 1 Fáze podle Kübler-Rossové (cit. podle Svatošové, 1995)

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

#### 4. 5. Péče o umírajícího klienta / pacienta

Smrt : Nevyhnutelná součást života, individuálně velmi těžce přijatelná. Péče o umírající zahrnuje i péči o jeho blízké. Každý člověk umírá za jedinečných a neopakovatelných okolností a proto mu v této situaci musí být poskytnuta vysoce humánní a jedinečná péče. Sestra, která pečuje o umírajícího, musí být schopna vytvořit si citlivý a důvěryhodný vztah jak s pacientem, tak s jeho nejbližšími. Péče a uspokojování potřeb, které pak probíhá

v atmosféře důvěry a ohleduplnosti, pacientovi usnadní odchod ze života klidným a důstojným způsobem.

Sebeuposouzení a intervence k zajištění adekvátních postojů sestry : dříve, než sestra začne pečovat o umírajícího pacienta je nutné, aby poznala sama sebe a vlastní pocity, které se týkají umírání. Podívala se na svůj kulturní původ a zvyky. Prozkoumala, zdali se někdy setkala s úmrtím svých nejbližších nebo svých přátel a jak reagovala na tyto zkušenosti. Aby byla upřímná a otevřená k vlastním pocitům úzkosti, strachu, deprese, vyhýbání se, mechanismům vyrovnávání se a zvládání. Zamyslela se, jak se dívá na vlastní smrt. Sdílela své pocity, které se týkají smrti s ostatními, iniciovala otevřenou diskusi k lepšímu pochopení chování. Naučila se naslouchání, uvědomila si, že ne všechny pacientovy otázky vyžadují okamžitou odpověď, pacient si často odpoví sám, pokud sestra ihned neodpoví. Zamyslela se nad vlastními názory a život např. úcta k životu, nespokojenost se životem atd. Uvědomila si vlastní moc a pravomoc při řízení péče o pacienta a jeho reakcí na tuto péči. Vyvarovala se použití této moci jako hrozby pro pacienta. Používala tuto moc pouze pro poskytování ohleduplné a humánní péče. Uvědomila si, jaký vliv má pacient na sestru a jestli ho vidí jako individuální lidskou bytost. Vzala v úvahu následující : uvědomila si a respektovala to, co řekl pacientovi lékař, vyvarovala se konfliktním prohlášením. Uvědomila si, že rozhodnutí říci pacientovi pravdu o nemoci záleží na rozhodnutí lékaře a rodiny pacienta. Byla upřímná v jednání s pacientem, který neví a nebylo mu sděleno, že umírá ( zeptala se ho např. co si on sám myslí nebo cítí, když si pokládá otázku : „Umírám?“). Aby sdělovala obsah konverzace s pacientem ostatnímu personálu, zajistila kontinuitu a vyhnula se rozporům při emocionální podpoře.

Zhodnocení rodiny / ošetřovatelské intervence : uvědomit si, že rodina a příbuzní budou potřebovat pomoc a oporu v průběhu onemocnění pacienta. Identifikovat a zhodnotit pocity pacienta a jeho nejbližších, které se týkají smrti a v tomto rámci o pacienta a jeho nejbližší pečovat. Nekritizovat a neodsuzovat aktivity nebo chování rodinných příslušníků. Uvědomte si, že členové rodiny prožívají náročné období a nejsou schopni už to déle zvládat. Pochopte, že se objevuje změna ve struktuře rodiny, emocionálně dochází ke ztrátě milované osoby, finančně dlouhodobé onemocnění se stává břemenem. Uvědomte si, že vztahy nebo problémy v rodině před onemocněním budou pokračovat. Podporujte rodinu, aby se zapojila do péče o pacienta, trávil s ním více času návštěvami, telefonáty, přinášením hodnotných předmětů, přinášením doma uvařeného jídla podle přání pacienta, přiváděním dětí a domácích mazlíčků

na návštěvu. Poskytnout rodině pomoc v období smutku a truchlení – i rodina si prochází jednotlivými fázemi procesu umírání. Uvědomte si, že trvání těchto fází u příbuzných nebývá stejné jako u pacienta. Pochopte, že rodina často nemůže dosáhnout fáze „akceptace“. Spolupracujte s rodinou po odeznění fáze „popření a šoku“, protože právě rodina může pacientovi uvědomit si pravdu, což umožňuje otevřenou a upřímnou komunikaci s pacientem. Poskytnout pomoc rodině při tvorbě plánů, jak bezprostředních, tak dlouhodobých. Poskytnout pomoc rodině, aby si uvědomila, že pacient potřebuje co nejdéle normálně žít. Poskytnout pomoc rodině při zajišťování všech opatření pro domácí péči, pokud je to pro pacienta možné a žádoucí – naučte rodinu všechny způsoby péče, kterou budou potřeba, zařídte pomoc komunitních a sociálních služeb, zjistěte možnost péče v hospici.

Zhodnocení pacienta a ošetrovatelské intervence : uvědomte si, že pacient během terminálního onemocnění potřebuje ohleduplnou, důslednou a realistickou péči. Uvědomte si, že je velmi citlivý k pocitům jiných – pochopte, že se bude vyhýbat diskusím o své smrti, pokud bude mít pocit, že ostatní s ním o tom nechtějí hovořit. Uvědomte si, že o svých pocitech bude chtít častěji diskutovat se setrami než s lékařem. Dejte mu potřebnou naději, poskytněte lidský kontakt a péči. Uvědomte si, že naděje musí být realistická, pacient potřebuje více léčbu a tlumení bolesti než uzdravení. Nevyhýbejte se pacientovi během žádné fáze procesu umírání. Uvědomte si, že pacient potřebuje kontinuální péči od všech členů personálu. Pacient prožívá úzkost, obavy a strach. Podněcujte ho, aby tyto své pocity slovně vyjádřil, zajistěte mu akceptující prostředí, prokažte mu přátelství a srdečnost. Podpořte ho, aby využíval duchovní oporu, zjistěte, jakým způsobem dříve zvládal zátěž. Vysvětlete mu všechny procedury a funkce ošetrovatelské péče. Diskutujte s ním o všech jeho obavách a strachu, např. strachu z neznámého, o ztrátě schopnosti ovládnout svého těla a chování, o bolesti – pacient potřebuje informace o dostupnosti různých způsobů léčby a tlumení bolesti (druhy léků, ozařování, chirurgické výkony, apod.). O odmítání dodržovat doporučení lékaře, sester a jiného personálu.

## 1. POPŘENÍ A ŠOK

Pozorování / zjištění : ignorace nebo zkreslené zdůvodňování zdravotního stavu, odmítání spolupráce a podílení se na péči, odmítání dodržování ordinací a doporučení lékaře a ošetrujícího personálu

Ošetrovatelské intervence : uvědomte si, že tuto fázi bude pacient prožívat a tímto způsobem se chovat, jakmile zjistí, že jeho zdravotní stav je vážný a že zemře. Nezasahujte do mechanismu, pouze v situaci, kdy se pacient chová destruktivně (odmítá další léčbu a péči). Pobývejte s pacientem a ujišťujte ho, že v této náročné situaci nebude osamocen. Nepodporujte popírání skutečnosti, konverzace by měla obsahovat realitu. Pokračujte v nácviku a podpoře soběstačnosti v aktivitách sebek péče.

## 2. ZLOST A HNĚV

Pozorování / zjištění : hanlivé slovní vyjadřování, odmítání péče, odmítání výživy a sebek péče, negativní kritika personálu, pokusy nedovolit ostatním, aby se k němu přiblížili – házení předměty, odstraňování i.v.jehel a linek apod., přivolání sestry a pak se diví, proč přišla.

Ošetrovatelské intervence : uvědomte si, že pacient se osobně nezlobí na sestru. Nedovolte, aby toto destruktivní chování pokračovalo, pobývejte u pacienta a hovořte s ním o jeho strachu, hněvu, zlosti, podněcujte ho, aby vyjádřil svou zlost, buďte empatictí. Plánujte péči s pacientem a podporujte vzájemnou spolupráci při řešení jeho problémů. Dotazujte se nemocného, jak hodnotí poskytovanou péči. Pokračujte v dotazech a diskusi, která se týká jeho hněvu a zlosti.

## 3. SMLOUVÁNÍ

Pozorování / zjištění : slovní vyjadřování typu : „Doufám, že budu žít do...“, „Kéž bych mohl...“

Ošetrovatelské intervence : uvědomte si, že pacient potřebuje čas, aby akceptoval smrt a mechanismus „smlouvání“ k tomu potřebuje. Pobývejte s pacientem dostatečně dlouhou dobu, diskutujte s ním o důležitých věcech a lidech, pomozte mu stanovit malé, realistické a dosažitelné cíle. Pochvalte ho nebo jinak oceňte dosažené cíle nebo pokus o jejich dosažení.

## 4. DEPRESE

Pozorování / zhodnocení : apatie, snížená schopnost soustředění, nespavost, neschopnost se probudit, pláč, stálá únava, špatná chuť k jídlu, nedostatek zájmu o lidi a okolí.

Ošetrovatelské intervence : uvědomte si, že pacient se začíná separovat od života. Nepokoušejte se pacienta utěšovat nebo rozveselit, sed'te tiše nablízku a pokud je to vhodné,

držte ho za ruku. Akceptujte pláč a nepřerušujte ho. Uvědomte si, že pacient si pouze přeje, aby s ním byla milovaná osoba. Podporujte pozitivní vztahy k zachování důstojnosti pacienta.

## 5. AKCEPTACE

Pozorování / zhodnocení : neprojeování citů, chybění emočních afektů, klid, obvykle menší bolest a nepohodlí.

Ošetrovatelské intervence : plánujte péči tak, aby umožnila osobám, se kterými je pacientovi dobře se jí účastnit, uvědomte si, že pacient nechce být sám (Mastiliaková, 2002).

### 4. 6. Možné ošetrovatelské diagnózy u pacientů v terminálním stádiu

Níže uvádím použitelné ošetrovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce pro tvorbu individuálních plánů poskytování ošetrovatelské péče u dlouhodobě poskytované péče, chemoterapie, zhoubného nádoru, dle Kapesního průvodce zdravotní sestry.

Tělesné tekutiny, riziko deficitu – riziko se zvyšuje při gastrointestinálních ztrátách (zvracení), nepřiměřeném příjmu potravy a tekutin (stomatitida, nechutenství), ztrátách abnormálními cestami (zavedené kanyly, rány, píštěle), zvýšený metabolismus.

Výživa porušená, nedostatečná – ve vztahu k neschopnosti přijímat přiměřeně stravu (nauzea, stomatitida, nechutenství), zvýšený metabolismus; projeví se úbytkem tělesné hmotnosti až vyhublostí, odporem k jídlu, poruchou chuťových vjemů, kvasinkovou infekcí v ústech, zánětem dutiny ústní, průjmem a/nebo zácpou.

Bolest (akutní)/chronická – v souvislosti s chorobným procesem nebo vedlejšími účinky léků; k projevům patří verbální stížnosti, zaměření na vlastní osobu/zúžení zájmu, porucha svalového tonu, výraz bolesti v obličeji, rozrušení, antalgické polohy, vegetativní změny a neklid.

Ústní dutina, postižení sliznice – bývá vyvolané vedlejšími účinky léků nebo chemoterapie, dehydratací a malnutricí; vede ke vzniku vředů, leukoplakie, snížené tvorbě slin a bolesti.

Úzkost/strach – v souvislosti se změnou zdravotního stavu, rodinného postavení a společenského způsobu života, socioekonomického stavu a okolního prostředí, nenaplněných potřeb, aktuálních životních změn a ztráty přátel a blízkých osob; projeví se starostmi,

neklidem, nespavostí, opakujícími se otázkami, přecházením, bezcílnou aktivitou, vyjadřováním obav ohledně životní skutečnosti a zaměřením na vlastní osobu.

Únava – je způsobena sníženou metabolickou produkcí energie, zvýšenými energetickými požadavky (zvýšený metabolismus), nadměrnými psychickými/emočními nároky a chemickými poruchami v těle (vedlejší účinky léků, chemoterapie); projeví se neustálým /zdrucujícím nedostatkem energie, neschopností zvládnout každodenní obvyklou rutinu, poklesem výkonnosti, porušenou schopností soustředit se, netečností, lhostejností a nezájmem o okolí.

Smutek anticipační – bývá způsoben pocíťovanou, skutečnou či potenciální ztrátou fyzické i psychosociální pohody, osobních věcí a blízkých osob, ale i kulturně zakotvenými názory na stárnutí / oslabení; může se projevit potlačováním citů, depresí, trápením se, pocity viny, poklesem aktivity, poruchou spánku, narušením jídelních zvyklostí a libida

Intoxikace, riziko toxických účinků léků – k faktorům zvyšujícím riziko patří stáří (redukce metabolismu, porucha cirkulace, zvýšená labilita, přítomnost většího počtu nemocí nebo poruch orgánů) a užívání početných léků na předpis i volně dostupných.

Myšlení porušené – souvisí s fyziologickými změnami v průběhu stárnutí (ztráta buněk a atrofie mozku, snížené prokrvení), poruchou smyslového vnímání, bolestí, účinky léků a psychologickými konflikty (přerušování navykklého způsobu života); projeví se zpomalením reakcí, ztrátou paměti, poruchou pozornosti, dezorientací, neschopností následovat, poruchami spánku a změnami osobnosti.

Spánek porušený – může být způsobem vnitřními faktory (nemoc, psychický stres, nečinnost) i zevními faktory (změnou prostředí, vybavenosti) a projevovat se stížnostmi na obtížné usínání/chybějící pocit odpočatosti po probuzení, přerušovaným spánkem/procitáním časněji než je žádoucí, změnami chování/výkonnosti, zvýšenou podrážděností a netečností.

Obraz těla porušený – v důsledku anatomických či strukturálních změn, ztráty vlasů, poklesu hmotnosti; projeví se negativním přístupem k vlastnímu tělu, nadměrným zabýváním se změnami, pocity bezmoci/beznaděje v sociálním prostředí.

Odolnost narušená – při nepřiměřené výživě, farmakoterapii/radiaci, odchylkám v krevním obraze, jako přímý účinek nádorového onemocnění; projeví se poruchou hojení, deficitem imunity, nechutenstvím, únavou.

Sexualita porušená, riziko vzniku – k vyvolávajícím příčinám patří biopsychosociální poruchy sexuality, narušení psychická i fyzické pohody a vlastního image a nedostatek soukromí /chybění blízké osoby.

Udržování domácnosti porušené – vzhledem k postižení, nedostatku zdrojů a/nebo neadekvátním podpůrným systémům; projeví se verbalizací problémů, žádostí o pomoc a chyběním potřebného vybavení nebo pomůcek.

Zvládání situace rodinou neúčinné (s rušivým/negativním dopadem na pacienta) – souvisí s chronickou povahou nemoci a invalidizací pacienta, pokračující potřebou léčby, omezením životního stylu a projeví se popřením nemoci/zoufalostí, depresí a projektivním chováním, neúměrným schopnostem pacienta či jeho potřebě samostatnosti.

Z mnoha dalších možných uvádím :

Aktivita, intolerance; aspirace, zvýšené riziko; bezmocnost; imobilizační syndrom, zvýšené riziko; infekce, riziko vzniku; inkontinence moči; inkontinence stolice; kožní integrita porušená/riziko porušení; nauzea; neochota ke spolupráci; neznalost (potřeba poučení); péče o sebe sama nedostatečná; pohyblivost porušená; poranění, zvýšené riziko; sebepoškození hrozící; zácpa (Doenges, Moorhouse, 2001).

## 5. Kapitola : O bolesti

Obsahem této kapitoly je dotknout se problematiky bolesti, která provází nemocné a umírající. Pojednává o bolesti v historickém vývoji a poté charakterizuje bolest chronickou nenádorovou, nádorovou a bolest u seniorů.

Bolesti se člověk, stejně jako ostatní tvorové instinktivně brání. Bolest u všech lidí vyvolává únikové reakce. Vnímání bolesti je nepochybně spjata s nejranějšími vývojovými stádii živočišné říše. Zpočátku bolest pravděpodobně vyvolávala jen zmíněné reflexní únikové reakce. Ve všech kulturních obdobích lidské společnosti můžeme pozorovat stále složitější pokusy o dosažení úlevy od bolesti. Zmínky o bolesti a protibolestivých technikách nacházíme v hojném počtu v nejrůznějších historických dokumentech. Tlumení bolesti je vyobrazeno na babylonských hlíněných destičkách, egyptských papyrech, i nálezích ze starověké Persie i Tróje. Primitivní kultury využívaly jednoduchých, ale přitom účinných způsobů tlumení bolesti, např. tlaku nebo studené říční vody. Prvotní lidé přičítali bolest působení démonů a snažili se jim ubránit různými kouzly, amulety, chřestítky či zaříkáváním. Také si způsobovali rány, aby jimi mohly odtéci zlé šťávy. Čarodějové a kouzelníci – medicine men – se stali nedílnou součástí lidské kultury. Bolest byla také často považována za trest seslaný na lidi různými božstvy. Anglická výraz pro bolest pain je odvozen od latinského poena, což je výraz pro trest.

Je zajímavé, že psychologické aspekty bolesti byly chápány primitivními lidmi podstatně hlouběji než mnohými příslušníky moderních společností. Primitivní lidé často pokládali rovnítko mezi neschopností snášet bolest a nedostatkem charakteru. Poznali i účinnost odvádění pozornosti od bolesti a používali k tomu množství nejrůznějších postupů, od kouzel až po hypnózu. V mnoha kulturách i náboženstvích se používalo také zpěvu. Modlitby a písně dokázaly přinést nejen duchovní útěchu a povzbuzení, ale i účinek podobný dnešním relaxačním technikám.

Pouze neškodit by však člověku sužovanému bolestí mnoho neprospělo. Biblické podobenství „O milosrdném samaritánovi“ nejen nabádá, ale zavazuje k pomoci nemocnému, byť by to byl i nepřítel. Pomoc trpícím je v křesťanských dějinách Evropy proto chápána jako přirozená lidská povinnost. Bolest sama však měla i spirituální, pro moderního člověka těžko pochopitelný aspekt oběti. Poukaz na bolest, kterou musel snášet Ježíš Kristus při svém umučení, nebyl důvodem k odepření úlevy od bolesti nemocným, ale návodem jak snášet utrpení jako smírnou oběť, přinášenou Bohu za hříchy. Jedná se o duchovní rozměr bolesti, ne

vždy akceptovaný dnešními lékaři. Ponecháme-li stranou náboženské aspekty, lze v něm vidět jednu z možných ovládacích (copingových) strategií, u věřících nemocných.

Ve službě nemocným byly uplatňovány již ve středověku psychologické přístupy, nad nimiž lze dnes jen žasnout, ale neškodilo by se z nich i poučit. Posuďte například jeden z pokynů Ignáce z Loyoly (1491-1556), světce a zakladatele jezuitského řádu, který udělil jeho příslušníkům : „Na ošetřování nemocného vynaložme poslední haléř. My, kterým se zdravotně dobře vede, snadno vydržíme o suchém chlebě, nemáme-li nic jiného.“ Ještě výstižnější je komentář k tomuto pokynu z pera P. Gabriela Hevenesiho (1636-1715) z útlé knížky Jiskry sv. Ignáce z roku 1712, vydané v nakladatelství Velehrad v r.1940, ze kterého je naprosto zjevný navýsost etický biopsychosociální přístup k nemoci, včetně bolesti :

„Štědrost která vždy zasluhuje zvláštní chvály, stoupá ve skutečnosti ještě víc v ceně, týká-li se nemocných. V tomto případě činí Boha dlužníkem, kdo se ukázal k nemocným štědrým, ten se nemusí bát tísně chudoby. Velká část nemocí mizí, jestliže nemocný zakusí laskavou štědrost. I bolest se značně zmírní, když nemocný pozoruje, že se s ním soustrastné srdce o ni dělí. Dvojnásob trpké je, jestliže se k nemoci tělesné přidruží bolest duševní, zaviněná hanebným skrblictvím. Tak se přidává ztrápenému nové trápení. Dopustí-li se nemocný – a bývá to u něho snadno – nějaké chyby, dlužno to přičíst na vrub nemoci, nikoliv nemocného. Churavost tělesná přechází snadno na ducha a stav fyzický má až příliš často vliv na stav mravní.“

Odpírání či zpochybňování úlevy nemocným z jakýchkoliv věroučných důvodů je třeba považovat spíše za racionalizaci neschopnosti tuto úlevu poskytnout.

Pohled do historie dokládá, jak se přirozená lidská potřeba tišit bolest vyvíjela od nejstarších dob intuitivní empirie v medicínský princip za časů Hippokratových, až posléze dospěla do podoby specializovaného lékařského oboru současnosti. Nebyla to cesta prostá překážek. Požadavek bolest léčit, nikoliv jen tišit, a to jako vlastní onemocnění v rámci zvláštního oboru, narážel na mnohá nepochopení. Věda 20.století odhalila rozdíl mezi bolestí jako symptomem a bolestí jako syndromem. Objasnila různé typy a modely bolesti, jejichž podstatu našla v odlišných patofyziologických mechanismech celulární a subcelulární povahy. Léčebný zásah, zohledňující navíc i rozdílné mechanismy psychologické a sociální, lze považovat za kauzální. Je třeba mít na paměti, že k bolesti lze přistupovat jako k nemoci, kterou lze vymítit. A také, že její léčba se neobejde bez aktivní spolupráce nemocného.

U některých starých pacientů představuje zhodnocení charakteru a intenzity bolesti poměrně velký problém. Kognitivní dysfunkce (demence, delirium), fatické poruchy (expresivní nebo perceptivní) a někdy prostá sensorická dysfunkce (nedoslýchavost nebo

porucha zrakové ostrosti) výrazně omezují možnost použití klasických nástrojů na měření bolesti (VAS, numerické škála). Klinik proto musí vždy zhodnotit celkový mentální stav pacienta a jeho schopnost svou bolest verbalizovat. Podle toho pak volí vhodný nástroj k hodnocení bolesti. U geriatrických pacientů se také častěji můžeme setkat s některými specifickými překážkami v dobré komunikaci o bolesti : jako bolest je někdy pacientem označován celkový „dyskomfort“ odrážející spíše strádání v oblasti psychosociální; pacient považuje bolest za „nutnou součást“ stáří a svého onemocnění a jeho léčby a nehovoří o ní; pacient má obavu užívat opioidní analgetika, protože nechce „být závislý“, popř. odmítá užívat morfin „když ještě neumírá“.

Pro zhodnocení bolesti geriatrického pacienta musíme většinou kombinovat čtyři vzájemně se doplňující kategorie :

- klasické škály bolesti (numerická škála, vizuální analogová škála, verbální škála)
- dotazníky bolesti (např. McGillův dotazník nebo Brief Pain Inventory)
- hodnocení bolestivého chování (výraz tváře, pohyby a úlevové polohy, verbální projevy : vzdychání, naříkání, změny chování : agresivita, omezení sociálních kontaktů, poruchy spánku)
- informace od pacientových příbuzných a blízkých.

Pacientův údaj by měl být vždy považován za základní informaci pro zhodnocení bolesti. I velmi staří a lehce až středně dementní pacienti jsou schopni poskytnout důležité informace o své bolesti. Vyžaduje to však od klinika trpělivost a určitou zkušenost. „Objektivní“ informace od pacientových blízkých je pouze doplněním, nikoliv náhradou pacientova údaje. (Rokyta, Kršiak, Kozák, 2006)

Dalším podstatným problémem medicíny kromě účinného tlumení bolesti je často opomíjený poznatek, že pacientova bolest zhoršuje postoj pacienta k životu i k náročné léčbě s vedlejšími účinky a vede k žádostem o ukončení života.

## 5. 1. Chronická nenádorová bolest

Bolest je považována za chronickou, jestliže přetrvává déle, než je obvyklé pro zhojení poranění nebo vyléčení nemoci. Odborníci definují chronickou nenádorovou bolest jako bolest, která přetrvává 6 měsíců nebo déle. Může trvat po celý pacientův život.

Chronická nenádorová bolest není způsobena rakovinou. Tento typ bolesti postihuje více lidí – např. zhruba 100 milionů Američanů – než jakýkoliv jiný typ bolesti. Může způsobit vážné problémy (artritida nebo vaskulární nekróza), popř. může být způsobena zatím málo

pochopenými nemocemi, jako je fibromyalgie nebo komplexní regionální bolestivý syndrom. Neuropatická bolest je jedním z typů chronické bolesti.

Medicínská léčba chronické nenádorové bolesti se musí zaměřovat na dlouhodobý prospěch pacienta, nikoliv pouze na současné bolesti. Farmakoterapie a operační léčba, které typicky přinášejí pouze částečnou a dočasnou úlevu, by měly být individualizovány.

Samotná farmakoterapie efektivně odstraní chronickou nenádorovou bolest pouze výjimečně. U pacienta s chronickou nenádorovou bolestí se musí kombinovat několik léčebných metod, např. léky, nefarmakologická terapie, dočasné nebo permanentní invazivní terapie (jako nervová blokáda či operace), kognitivně – behaviorální terapie, alternativní nebo komplementární léčba a techniky sebemanagementu (Vše o léčbě bolesti, 2006).

## 5. 2. Nádorová bolest

Nádorová bolest je komplexní problém. Může být výsledkem vlastní nemoci, nebo může být způsobena léčbou. Asi 70 – 90 % pacientů s pokročilou rakovinou pociťuje bolest. Přestože nádorová bolest může být léčena perorálními léky, pouze jedna třetina pacientů dosáhne uspokojivé úlevy.

Někdy je bolest výsledkem tlaku nádoru na orgány, kosti, nervy, krevní cévy. Jindy vede omezení každodenních aktivit k bolesti svalů.

Metody používané k léčbě rakoviny, které mohou způsobovat bolest : chemoterapie, radioterapie nebo léky používané k odstranění účinků těchto léčebných metod na krevní obraz a na riziko vzniku infekce (např. vředy v ústech, periferní neuropatie, abdominální bolest, bolest kostí a kloubů způsobená chemoterapií); chirurgie; biopsie; odběry krve; bederní punkce.

Ať už je bolest výsledkem rakoviny nebo její léčby, vždy může způsobit, že pacient začne ztrácet naději. Zejména pokud se domnívá, že bolest znamená progresi jeho nemoci. Potom může trpět pocitem bezmoci, úzkostí a depresemi.

Většina typů nádorové bolesti může být nicméně efektivně zvládnuta a fyzické a mentální utrpení může být odstraněno.

Bohužel nádorová bolest často zůstává nedostatečně léčená, a to z těchto důvodů :

- zdravotníci nemají dostatečné znalosti o managementu bolesti, popř. jí nevěnují dostatečnou pozornost
- zdravotníci nepoužívají vhodné způsoby hodnocení bolesti
- pacienti nejsou vždy ochotní říci, že mají bolest

- pacienti a lékaři nejsou vždy ochotni používat morfin a jiné opioidy z obavy ze vzniku závislosti

Nedoléčená nádorová bolest omezuje pacientovu aktivitu, chuť k jídlu a spánek. Nedovolí pacientovi pracovat, užívat si volného času a účastnit se rodinných či společenských událostí (Vše o léčbě bolesti, 2006).

### 5. 3. Bolest u seniorů

Populace západního světa stárne. V roce 1999 bylo zhruba 13% populace ve věku 65 a více let. Během dvou příštích desetiletí způsobí stárnoucí poválečné silné ročníky vysoký nárůst v populaci amerických seniorů. V roce 2030 bude amerických seniorů více než 20% populace. Navíc starší Američané díky pokrokům vědy, medicíny a novým technologiím, používaným ve zdravotnictví, žijí delší a zdravější život.

Bohužel delší život neznamena, že budeme imunní vůči fyziologickým změnám, které stáří doprovázejí. Jak stárneme, stáváme se náchylnější ke zranění, trpíme více chronickými nemocemi a jsme méně schopni efektivně se uzdravovat. Proto je bolest, zejména chronická, ve stáří častá. S růstem populace seniorů poroste i počet těch, kteří potřebují léčbu bolesti.

Současné výzkumy předpokládají, že 45% až 80% všech obyvatel domovů důchodců trpí nějakým typem chronické bolesti. Časté příčiny bolesti u seniorů jsou : zlomeniny po prodělaném pádu či jako následek osteoporózy; porušená kůže; porušená cirkulace způsobená chronickou nemocí (např. ateroskleróza); osteoartritida; diabetická neuropatie; iktus; bolesti hlavy.

Neléčená nebo nedoléčená bolest může mít obrovský vliv na kvalitu pacientova života. Nezmírněná bolest může způsobit : deprese; úzkost; omezení sociálních interakcí; problémy se spánkem a výživou; poruchy mobility, funkční poruchy a poruchy rehabilitace; poruchy kognitivních funkcí; zvětšující se závislost na zdravotnickém systému.

Aby zdravotníci byli schopni zvládnout stále širší problematiku managementu bolesti u seniorů, musí jasně rozumět jedinečným fyziologickým, sociálním a psychologickým potřebám této části populace. Účinná léčba bolesti může být zavedena pouze tehdy, jestliže se zbavíme předsudků o bolesti seniorů a překonáme vytvořené bariéry.

Nesprávné názory mohou interferovat s účinnou léčbou bolesti. Bolest je normální součást procesu stárnutí. Ačkoliv senioři mají větší riziko vzniku bolesti spojené s úrazem, nemocí či kombinací zdravotních problémů, bolest není nevyhnutelná součást procesu stárnutí. Citlivost k bolesti a vnímání bolesti se s věkem snižují. Výzkumy citlivosti a

tolerance k bolesti ve všech věkových skupinách neprokázaly signifikantní změny ve vnímání a citlivosti k bolesti v závislosti na věku. Senioři vám řeknou, když je bude něco bolet. Nikoliv. Staří pacienti o svých bolestech často nemluví. Důvody jsou velmi různorodé, stejně jako pacienti sami. Níže je uvedeno několik typických příkladů :

Obavy ze závislosti na analgetících, názor, že mít bolest je známkou slabosti, obavy z dalších problémů způsobených diagnostickými testy nebo nežádoucími účinky analgetik, názor, že „dobrý pacient“ bolesti vydrží a neobtěžuje zdravotníky, obavy, že léky později nebudou účinkovat, pokud se s nimi začne příliš brzy, názor, že bolest je zaslouženým trestem, obavy, kolik bude stát léčba ( léky, hospitalizace, pracovní neschopnost ), obavy, že nahlášení bolesti objeví nový zdravotní problém, neznalost dostupných možností managementu bolesti, obavy ze ztráty kontroly a nezávislosti, senzorické a kognitivní poruchy.

Péče o pacienty trpící bolestí je příliš často komplikována nesprávnými názory na bolest a její tlumení a obavami ze vzniku závislosti. Tyto nesprávné názory mohou mít za následek přehnaný a nepodložený strach, mohou bránit správnému managementu bolesti a způsobit stigmatizaci pacienta.

Zdravotníci často nadhodnocují riziko vzniku závislosti na opioidních analgetících. Někteří při léčbě bolesti nepředepisují dostatečné dávky opioidů, protože mají obavy, že lék způsobí (či zhorší) závislost.

Pacienti s nedostatečně léčenou bolestí, kteří se shánějí po léku, jsou někdy zdravotníky označováni jako „závislí“. Velké procento pacientů ale skutečně trpí nedostatečně léčenou bolestí a pouze malé množství z nich je psychicky závislých na lécích. Průzkumy na velkých vzorcích prokázaly, že méně než 1% pacientů, kteří dostávají opioidní analgetika k léčbě akutní bolesti, se stane psychicky závislými.

Ve skutečnosti se pacient, který nemá narkomanií v anamnéze, stane psychicky závislým na opolidech velmi zřídka, pokud jsou tyto látky podávány z legitimních důvodů. Samotní pacienti nemusí analgetika vyžadovat, protože mají obavy ze závislosti nebo z toho, že budou označeni jako „závislí“. Ti potom rezignují a žijí s bolestí (Vše o léčbě bolesti, 2006).

## 6. Kapitola o paliativní péči, kvalitě života a důstojné smrti

### 6. 1. Principy paliativní péče

„Dnes panuje všeobecná shoda v tom, že nemocní nejsou povinováni podstupovat léčbu, která je zbytečná, a lékaři nejsou povinováni takovouto léčbu zahajovat, anebo v ní pokračovat.“ Jinými slovy řečeno, kauzální terapie může být podle okolností ukončena, ale současně nikdy nesmí končit péče. Radikální léčbu je třeba vystřídat léčbou paliativní, případně symptomatickou a posléze i terminální. Indikační pole jednotlivých strategií léčby musí být přesně stanoveny.

Ponechme stranou složitou problematiku kritérií, která opravňují změnit „scénář“ vítězné medicíny na útěšnou, neboť je to v kompetenci lékařů. Každý obor medicíny by měl mít rozpracovánu „svoji“ strategii paliativní péče, protože žádný obor se nemůže vyvázat z péče o umírající, jejichž překlad do hospice je nevhodný, nežádoucí nebo nereálný. Obecně platí, že paliativní péče má být zahájena tehdy, když jsou negativní důsledky kurativní terapie větší než očekávaný přínos. Ostatně současná paliativní léčba často umožňuje léčbu kurativní. Např. bez podání účinného antiemetika by nebylo možné podat dostatečně účinnou dávku chemoterapeutik. Paliativní medicína nevylučuje kurativní zásah v případě, že ve zdravotním stavu nemocného dojde k příznivému zvratu. Paliativní péče je však poskytována nemocným v inkurativním stavu, jejichž potřeby jsou specifické. Paliativní přístup důsledně respektuje potřeby umírajících, které se od nemocných s příznivou prognózou výrazně liší. Mezi jednotlivými skupinami umírajících také existují značné rozdíly, podmíněné patofyziologickým průběhem konkrétních a ke smrti vedoucích nemocí.

Protože kurativní léčba je redukována, nebo zcela chybí, je paliativní péče koordinovaným programem odborných i podpůrných služeb prováděných v hospici, dalších institucích nebo doma. Nezbytná je promyšlená návaznost jednotlivých služeb. Vzhledem k vysoké potřebě psychologické, sociální i duchovní pomoci mohou o umírajícího pečovat i dobrovolníci. Všechny odborné i laické iniciativy koordinuje lékař.

V centru pozornosti stojí i rodina, která se na jedné straně může účinně angažovat ve prospěch umírajícího, jemuž poskytuje především emotivní podporu, ale která na druhé straně potřebuje také účinnou pomoc. Té se jí dostává jek v průběhu hospicové péče o umírajícího, tak i po jeho smrti. Péče o pozůstalé je propracována, a to s respektem k zákonitostem procesu zármutku a žalu (Haškovcová, 2000).

## 6. 2. Kvalita života

Kvalita života je obtížná kategorie. Po marných snahách ji objektivně klasifikovat dospěli odborníci k závěru, že je to výrazně subjektivní hodnota. Rozpor mezi vyznávaným ideálem a realitou je někdy značný, a přesto není příčinou nekvalitního prožívání života. Mnozí handicapovaní a vážně nemocní lidé jsou neklamným důkazem toho, že i přes mnohá protivenství a nerovnost šancí lze žít kvalitní život i s nemocí a v nemoci. Zářným příkladem může být světoznámý profesor teoretické fyziky Stephen Bowling, který, ač upoután na lůžko, nepohyblivý a zcela závislý na přístrojích, označuje svůj život za plnohodnotný. Je zakladatelem celosvětového hnutí Nezávislý život (Independent life). Jisté je, že určitá objektivní kritéria je třeba používat, neboť při dlouhodobém nepříznivém zdravotním stavu vzniká nemocnému nárok na částečný nebo plný invalidní důchod a nárok na dávky sociální pomoci a podpory. Tato opatření se snaží zmírnit pacientovu sociální situaci a zmírnit nerovnost šancí. V rovině psychického prožívání však nemusí nutně docházet k redukci pocitů vážících se ke kvalitě života.

Z hlediska běžné praxe je třeba připustit, že se každý nemocný musí smířit se ztrátami, které přímo nebo nepřímo souvisí s existencí nemoci. Redukované možnosti však nutně neznamenají ztrátu kvality života. Každá ztráta však musí být nějakým způsobem kompenzována. V oblasti onkologické péče je třeba neustále usilovat o to, aby se nemocný cítil alespoň relativně dobře (well being) a aby byly minimalizovány pocity označovány jako špatné (ill being – cítit se nemocný). Je třeba dbát na medicínu maličností a nešetřit pochvalou, když se nemocnému daří realizovat redukované cíle. (Vorlíček, Adam a kol., 1998)

Pojem kvalita života má relativně dlouhou a zajímavou historii. Jeho první výskyt se dnes datuje do 20. let 20. století. Např. Hnilicová (2005) připomíná, že se objevil už v diskusích o vztahu ekonomických a sociálních hledisek při státní podpoře chudších vrstev obyvatelstva. Američtí autoři (např. Snoek, 2000) se domnívají, že pojem kvalita života byl odborně použit až v pracích dvou amerických ekonomů S. Ordwaye a F. Osborna, kteří v letech 1953 a 1954 varovali před nebezpečnými ekologickými dopady ideje neomezeného ekonomického růstu. V r. 1958 ekonom J. Galbraith v knize Společnost hojnosti kritizoval ideu stálého rozšiřování průmyslové výroby jako zdroje blahobytu. Napsal : To, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě; je to kvalita života.

Do obecného povědomí však tento pojem vstoupil až v 60. letech 20. století jako výraz metaforický, který shrnoval sociálně-politické cíle americké administrativy za vlády prezidenta Johnsona. L.B. Johnson v r. 1964 totiž prohlásil : Cíle nemůžeme poměřovat výší

našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši občané prožívají. Pojem kvalita života se svou stručností a intuitivní srozumitelností pro veřejnost rychle ujal a stal se v politice i v mediálním životě módním slovem (Rapley, 2003). Také v Evropě brzy zdomácněl, neboť ho v 70. letech použil německý kancléř W.Brandt v politickém programu své vlády (Hnilicová, 2005).

Teprve později se z něj postupně stával pojem vědecký, nejprve v sociologii a potom i ve vědách o člověku. Rozvíjel se třemi směry :

- objektivním – byl chápán jako souhrn objektivních indikátorů, např. o kvalitě životních podmínek v dané zemi
- subjektivním – byl chápán jako souhrn subjektivních indikátorů, např. o kvalitě jedincovy „cesty životem“
- kombinací objektivních a subjektivních indikátorů.

Pojem kvalita života se zabydlel v mnoha oblastech lidské činnosti a v mnoha vědeckých oborech. Kromě ekonomie, politologie a sociologie, kde začínal, ho dnes nalezneme ve filosofii, teologii, sociální práci, psychologii. Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, biologických oborech, v ekologii, tady v oborech, které se zajímají o živé organismy. Pojem kvalita života se však objevuje také v technických oborech, např. v architektuře, stavebnictví, dopravě atd., tj. v oborech, které ovlivňují prostředí pro život.

Dosavadní snahy definovat kvalitu života vycházely převážně z iniciativy jednotlivců či výzkumných týmů. Kromě toho existují též snahy v měřítku širším, ať už národním nebo mezinárodním. Světová zdravotnická organizace (WHO) ustavila pracovní skupinu, která nakonec dospěla po jednání ke konsensu a navrhla šířeji použitelnou definici. Protože jde o zdravotnictví, akcentuje tato definice především kvalitu života jednotlivce. Jedná se tedy o individuálně zaměřenou definici kvality života :

„Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům...zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí...Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním, enviromentálním kontextu...kvalita života není totožná s termíny – stav zdraví, životní spokojenost, psychický stav nebo pohoda. Jde spíše o multidimenzionální pojem.“ WHO Duality of Life Group (1993,s.1.)

Uvádím konceptuální model kvality života u osob po prodělaném onkologickém onemocnění:

Tab. 2 Kvalita života (modifikovaně podle Ferrell et al. 1995)

Somatická pohoda a její symptomy
Funkční schopnost, projevy aktivity / projevy únavy, spánek a odpočinek, celkové somatické zdraví, fertilita
Psychologická pohoda
Pocit jedince, že má věci pod kontrolou, pocity úzkosti, deprese, radost, potěšení / užívání si volna, strach z návratu nemoci, kognitivní funkce a pozornost, distres z diagnózy a léčby
Sociální pohoda
Distres panující v rodině, sociální role a sociální vztahy, emoce / sexualita, péče o zevnějšek, radost, potěšení, sociální izolace, finanční situace, práce, zaměstnání
Spirituální pohoda
Smysl nemoci pro jedince, náboženské vyznání, transcedence, naděje, nejistota, vnitřní síla

Ve zdravotnictví, které vztahuje kvalitu života ke zdraví a nemoci, se počet praktických aplikací neustále zvyšuje. S kategorií kvalita života se pracuje v dlouhodobých výzkumech přežívání pacientů, v klinických výzkumech ověřujících nové léčebné postupy a nové léky, ale též při standardní léčbě chronických a velmi vážných onemocnění. Velmi naléhavě pak tato kategorie vystupuje do popředí v případech, kdy kurativní léčba už nezabírá, blíží se konec života a je třeba velmi citlivě pečovat o umírající a zvažovat jejich kvalitu života.

Je potěšující, že součástí soudobé lékařské i ošetrovatelské péče jsou úvahy nejen o zachraňování života či prodlužování délky lidského života, nýbrž i úvahy o tom, jak kvalitní budou měsíce a léta přidaná lidskému životu. Vždyť nové odborné poznatky, dokonalejší přístrojové vybavení, pokroky v operačních technikách, ve farmakoterapii atd. umožňují zachraňovat život i v případech, které dřív končily fatálně. Stoupá důraz na etické aspekty lékařské a ošetrovatelské péče. Stále častěji se projednávají právní důsledky poskytnuté či naopak neposkytnuté péče.

Mění se též perspektiva vidění problémů. Dominující pohled profesionálů, je nyní standardně doplňován a korigován pohledem pacienta samotného i jeho rodinných příslušníků. Obecně lze říci, že kvalita života související se zdravím se týká především

profesionálně poskytované zdravotní péče a stává se důležitým indikátorem výsledku poskytované péče.

V návrhu oficiálního metodického dokumentu Amerického ministerstva zdravotnictví se metody, které zjišťují kvalitu života související se zdravím, řadí mezi metody jimiž pacient vypovídá o dopadech zdravotnických intervencí, např. o pozitivních účincích léčby a vedlejších, často nežádoucích účincích léčby. Mezi hlavní argumenty, proč se ptát spíše pacientů než zdravotníků, citovaný materiál uvádí tyto : některé důsledky klinického zkoušení nových léčiv zná pouze pacient, je žádoucí znát pacientův pohled na celkovou účinnost léčby, systematické a formalizované vyhodnocování pacientova pohledu může přinášet velmi cenné informace, které by se mohly ztratit v případě, že ověřování bude založeno pouze na klinickém rozhovoru, který vede lékař.

Kategorie „kvalita života“ aplikovaná ve zdravotnictví obecně a jednotlivých medicínských oborech má své specifické označení: HRQL – health-related quality of life. Při teoretickém vymezování tohoto pojmu však nepanuje jednota.

Teoretik M. Rapley doporučuje přiklonit se k definici navržené americkým Centrem pro prevenci a léčbu nemocí. HRQL jako vědecká kategorie je použitelná jak na úrovni jedince, tak skupiny lidí, ale i celých populací.

HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav (Mareš, 2006).

### 6. 3. Nalezení důstojnosti uprostřed nemoci a dezintegrace

Pro většinu lidí neexistuje horší bolest, žádné větší utrpení než to, když cítí, že přišli o svou důstojnost. „Cítím se tak nedůstojně“, zní konstantní refrén nevyčerpitelně nemocných, na jejichž osobnostní nastavení se útočí ze všech stran. Umírající člověk se nemusí umět sám obléknout a najíst, nebo vyprázdnit střeva či nočový měchýř. Může být naprosto závislý a odkázaný na každodenní péči svých blízkých nebo dokonce cizích lidí. Lehce tak může přijít o ony kousky identity, které vyrůstaly z vlastní reputace a obrazu sebe sama jako člověka, který umí leccos udělat, zařídit, dosáhnout úspěchu nebo uživit rodinu. Během umírání může zcela zaniknout pocit vlastní ceny, když už člověk nedokáže dál plnit svoje role a

odpovědnost spolupracovníka, člena společenství nebo rodiče. Člověk už nejen těmto prostředím ničím nepřispívá, ale navíc se stane břemenem právě těm lidem, jimž chce sloužit. To vše dávalo lidskému životu smysl a důstojnost se vytrácí.

Ve společnosti bohužel panuje silné přesvědčení, že ztráta obvyklých schopností a nezávislosti zanechává člověka v nedůstojném postavení. Naše společnost vyhrazuje nejvyšší úctu mládí, vitalitě a sebeovládání přisuzuje těmto vlastnostem důstojnost, zatímco jejich nedostatek je považovaný za nedůstojný. Tělesné známky nemoci nebo pokročilého stáří se považují za osobní degradaci a chátrání těla se stává zdrojem rozpaků, místo aby na ně lidé pohlíželi jako na nevyhnutelný vývoj člověka.

Zatímco důstojnost a osobní nastavení můžeme považovat za abstraktní pojmy, nic abstraktního není na tom, co v nás vzbuzuje pocit osobní hodnota a cennosti. Dokud jsme aktivní a zdraví, odvozujeme svoji důstojnost z věcí, jež děláme dobře, a ze svých kvalit, kterých si ceníme nejvíc. Bez ohledu na to, z čeho důstojnost čerpáme, provází ji úcta k sobě samému i úcta v očích druhých lidí. Může tady být nějaká důstojnost, když toho dokážeme udělat jen málo pro sebe a už vůbec nic pro druhé? Když pomíneme vše, čím jsme byli? Je skutečností lidského života, že při umírání potřebujeme péči – je to snad už samo o sobě nedůstojné? Odpovědi se nacházejí ve zkoumání našich postojů a názorů na individuální chování a cenu. Důstojnost si žádá, aby byla spojována s pozoruhodnými úspěchy v osobním růstu, k němuž může v době umírání dojít. Závěrečná fáze lidského života si zaslouží být obdobím spokojenosti, v němž se mají probouzet pocity hrdosti na sebe sama a vlastní hodnoty (Byock, 1997).

#### 6. 4. Bolest, utrpení a umírání – nutnost respektovat člověka v jeho celosti

Bolest je běžnou záležitostí života každého znás. Již Cicero konstatoval, že *mortalit nemo est, quem non attingat dolor morbusque* (smrtný není ten, jehož se nedotkla bolest a nemoc). Veškeré lékařské systémy v každé kultuře měly a mají základ a důvod svého vzniku tlumení bolesti. Sám Hippokrates pojímal medicínu především jako odstraňování utrpení nemocných a mírnění prudkosti jeho chorob. Bolest je nejčastěji považována za zdroj utrpení, a to do té míry, že oba dva pojmy jsou obvykle spojovány – „bolest a utrpení“. A přesto jsou to rozdílné formy těžkostí, oddělené entity. Utrpení je odpovědí na bolest a je vysoce individuální. Utrpení však zahrnuje i spoustu jiných jevů, než jen odpověď na bolestivý podnět.

V posledním století v uvažování lékařů dominoval úzký biomedicínký mechanistický přístup. Diagnostické i terapeutické intervence byly postaveny na vědeckém základě, na

objektivním zhodnocení patologickoanatomických a patologickofyziologických poruch. Vítězila představa, že všechny chorobné procesy mohou být vysvětleny pomocí fyzikálních a chemických zákonů. Reakce nemocných a mnohé symptomy, jež choroby provázely, byly považovány za jakési epifenomény, jejichž řešení spadalo do oblasti lékařského umění. Umění však bylo považováno za něco mnohem nižšího než věda. Úzký biomedicínký model byl navíc doprovázen technologickými postupy, fragmentací znalostí mezi oddělené a vzájemně neprovázané oblasti v rukou ještě více izolovaných odborníků a přemírou analytických přístupů. Riziko zamlžení pohledu na nemocného jako na osobu v její celistvosti a riziko redukce nemocného na nemoc, definovanou jen ze zmíněného pohledu, je evidentní.

Věda skutečně odhalila mnohé procesy a rozpoznala, jakým způsobem a na jaké úrovni lze do nich zasahovat a tak tlumit bolest. Na druhé straně však, zatímco stimuly bolesti a nociceptivní odpovědi mohou být kvantifikovány, bolest nikoliv. Vnímání bolesti je totiž vždy doplněno (snad s výjimkou velice intenzivní akutní bolesti) kognitivním úsilím, pokud jde o její zdroj a smysl. Smysl ovlivňuje původní zprávu; vědomá interpretace a modulace zde hraje podstatnou úlohu. Uvedené vedlo k frustraci vědců. Určitá omezenost možností současné exaktní vědy však přispěla i k dnešnímu zájmu o utrpení. Konečně opět přichází ke slovu nemocný člověk ve své celistvosti a začínají být respektovány i jeho jiné dimenze než jen dimenze fyzická. I nepřilíš výrazná bolest může vést k utrpení tehdy, má-li trpící podezření, že je její příčinou závažné onemocnění. Naopak i obrovská bolest nemusí být vnímána jako utrpení, je-li naděje, že brzy skončí a je-li jasný její důvod (např. bolest při porodu). Každý, kdo má zkušenosti s onkologickými nemocnými v terminálním stádiu, ví, že někdy těžce vnímají bolest a že ji „nemohou snést“. Pokud je však aplikována patřičná léčba, která vždy nemocnému uleví, pak často tentýž stupeň bolesti toleruje, aniž by medikaci žádal. Lékaři v hospicích mohou dosvědčit, že odhalení a sdílení těžkostí a starostí jiného rázu, které nesouvisejí s vlastní chorobou, vede k mnohem větší toleranci i bolestí tělesných. Zjištění příčin tzv. mentální bolesti, která se na tomto utrpení podílí nebo je přímo způsobuje, je tedy diagnostickým procesem, který stojí za námahu (truchlení, zmařené cíle, pohřbené naděje, pocit viny a výčitek, osamění, strach). Ti, kteří se věnují chorobám duševním a duchovním, pak jistě vědí o utrpení tohoto typu nejvíce.

Je jasně, že k utrpení někdy dochází i bez jakéhokoliv podkladu „tělesného“ (druhotně však může vést i k obtížím tělesným) : pohled rodičů na bolest a smrt dítěte, mučivá chudoba, ztráta práce, zrada blízkým člověkem, neopětovaná láska. Velkou roli v každém utrpení hraje představa o budoucnosti (strach, nevyčísitelnost, nekonečnost, beznaděj pokud jde o zlepšení,

atd.). A protože představy, víra, paměť a myšlení se podílejí velkou měrou na utrpení – je to osoba, která trpí, „tělo“ samo netrpí.

V rámci celostního pojetí člověka lze snad souhlasit s následující definicí : „Utrpení je specifickým stavem velkých těžkostí, způsobených ztrátou integrity, neporušenosti, soudržnosti nebo celosti osoby, anebo hrozbou v níž člověk věří, která povede ke zrušení integrity člověka. Utrpení trvá tak dlouho, dokud integrita není zrestaurována nebo dokud hrozba nepomine“.

Existence utrpení je centrem pozornosti nejen lékařů nebo psychologů. Od nepaměti zajímá filozofy a teology; v pokusech o vysvětlování a zdůvodňování tohoto jevu se nejčastěji objevují následující názory.

Utrpení jako následek lidského hříchu : k utrpení dochází díky špatnému jednání jedinců nebo celých společností, jde tedy o jakousi odplatu (latinsky poena – potrestání, trest, pokuta; anglicky pain, francouzsky peine, německy Pein – znamená především bolest). Přátelé Joba uvažovali podobně, Job v jejich očích nemohl být spravedlivým, byl-li tak těžce zkoušen (kniha Job = jedna z biblických starozákonních knih).

Utrpení jako výchovný prostředek : utrpení odhaluje trpícím větší hloubku lidské zkušenosti, vede je k hlubšímu zájmu o utrpení druhých a k soucitu s nimi, odvádí je od povrchnosti a učí pokoře. Vzbuzuje i mravní ctnosti : odvahu, statečnost, trpělivost, vytrvalost ve vztahu k vlastnímu snášení bolesti.

Utrpení jako oběť, jež vede k většímu dobru : trpící věří, že jejich trápení je jakousi nesobeckou formou pomoci druhým. A „přidělí-li“ se utrpení tato hodnota, pak dojde i k úlevě. Nalezení smyslu v utrpení pomáhá k obnovení integrity člověka, byť působení, které k němu vedlo přetrvává. (Křesťané často spojují své utrpení s utrpením Krista.)

Utrpení v důsledku sil zla a chaosu : tento pohled stojí na představě, že existují i ještě nějaké zlé nadpřirozené síly (satan, ďábel, zlí duchové).

Utrpení jako jev beze smyslu : v řeckých tragediích osud a zásahy bohů byly zcela indiferentní k představám lidí o dobru a o spravedlnosti. Utrpení mělo svůj počátek v nesmyslném osudu a co započalo, muselo být nakonec realizováno. K jakémusi podobnému závěru docházejí i „náboženské“ směry, které uznávají reinkarnaci; utrpení v tomto životě k existenci patří a zčásti souvisí s chováním v životě předchozím. A jelikož nikdo neví, jak tomu v dřívější existenci bylo, utrpení nynějšího času může být srovnáváno s vrtošivým osudem.

Utrpení jako tajemství : vysvětlit problém utrpení není v silách smrtelníků. I kniha Job nakonec takto vyznívá.

V kontextu všech těchto zdůvodňování jsou snad nejdrtivějšími úvahy Ivana Karamazova o utrpení nevinných dětí, které zpočátku nahlodávají i jeho bratra Aljošu. Má-li jejich utrpení přispět k čemukoliv v rámci všeobecné harmonie, pak Ivan uctivě vrací takovou vstupenku do ní, a to co nejdříve (F.M.Dostojevskij – Bratři Karamazovi).

Problém bolesti a utrpení zasahuje i do jiných zvažování. Mezi zásadami moderní lékařské etiky a biotiky často dominuje respekt k autonomii nemocného, kterou však je možné v mnoha případech zpochybnit. Rozhodování člověka totiž nesmí být znemožněno něčím, co ovlivňuje schopnosti výběru. To, že v důsledku těžké choroby dochází ke ztrátě autonomie, je evidentní; avšak i v jejích počátcích právě utrpení může být příčinou této ztráty. Trpící se navíc uzavírá do osamění a tak pomoc jiného člověka v jeho vlastním rozhodování bývá ztížena.

Velice často bývá utrpení dáváno do souvislosti s důstojností člověka. Pohledy jsou přitom nesmírně odlišné, ba protichůdné. V hrubém návrhu rezoluce Evropského parlamentu z roku 1991, týkajícího se péče o terminálně nemocné, byly i formulace typu : vzhledem k tomu, že bolest je neúčinná a destruktivní a vzhledem k tomu, že bolest a choroba zbavují lidskou existenci důstojnosti...; návrh vyznívá v podporu eutanázie. Rezoluce nebyla nikdy schválena; i různé jiné snahy podobného rázu se však zaštiťují právě tím, že možnost ukončit život v utrpení má obzvláštní význam pro zachování důstojnosti člověka. Ani studenti medicíny však nesouhlasí s podobnými názory. Nemocnému je naopak nutno pomáhat proti podobným pocitům.

Žijeme v době, kdy hodnocení člověka se mění. Mnohem častěji zaznívá otázka „čím je tento člověk“ než „kdo je tento člověk“. Všestranná zdatnost se stala základní ctností, užitek způsobem myšlení, úspěch cílem, výkon zákonem této moderní společnosti, založené na výkonu, v níž každý musí hrát svou roli. Smyslem života se stává výroba, rozvoj, konzum ve velkém i malém, růst, pokrok, dokonalost, zlepšování úrovně v každém ohledu. Jak jinak než výkonem má člověk ospravedlňovat svou existenci? Avšak právě tento způsob myšlení se stává velkým ohrožením lidskésti člověka. Život člověka trpícího – např. v terminální fázi onemocnění – může být považován za bezsmyslný a neúčinný. Je zcela zamlžován rozdíl mezi hodnotou člověka ve smyslu důstojnosti a jeho hodnotou ve smyslu užitečnosti.

Utrpení nelze jakkoliv glorifikovat. Prvořadou povinností lékařů, sester a všech ostatních zdravotníků je všude tam, kde je to jen možné, utrpení odstraňovat nebo alespoň mírnit všemi dostupnými prostředky. Všichni zúčastnění však musí zcela jasně vnímat a respektovat celost člověka a rovněž si uvědomovat, že trýzně jedinečného nemocného jsou rozličné a mohou se lišit od představ těch, kteří jej ošetřují. Jako příklad zde může posloužit paliativní medicína,

jejíž filozofie by měla být vzorem i pro všechny ostatní lékařské obory. Důsledně respektuje jednotlivé, avšak vzájemně se prolínající rozměry člověka, které lze demonstrovat nejlépe právě na příkladu bolesti.

- bolest fyzická, již lze rozpoznat a alespoň do určité míry definovat snadněji než složky ostatní
- bolest sociální, která je utrpením spojeným s předtuchou ztráty nebo i se skutečným odloučením od rodiny a přátel a/nebo se ztrátou sociální role. Ztráta je středem těchto obtíží;
- bolest emoční je pocitový komplex, který zahrnuje duševní otřes, otupělost, hněv, smutek, smlouvání, úzkosti, deprese. Jedná se o jakousi dynamiku zármutku, který je středem konečného období choroby. Elizabeth Kübler-Rossová popisuje i určité fáze, jimiž často nevyлéčitelně nemocný postupně prochází na cestě k přijetí svého údělu při vědomí blízcího se konce života, a radí, jak nemocného převést přes období popírání, agrese, smlouvání a deprese až ke smíření;
- bolest spirituální, jejíž definice je nejobtížnější. Lze snad souhlasit s tím, že je to utrpení, spojené s odcizením od svého nehlubšího já, které je často prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu.

Dnešní alarmující statistiky, dokazující, že u mnoha nemocných není bolest řádně tlumena, je třeba brát nesmírně vážně, obzvláště v souvislosti s moderními hnutími pro eutanazii. Je věcí cti lékařské profese, aby lékaři uměli řádně tlumit bolest fyzickou. Je nutné si však rovněž uvědomit, že důvody, proč v Holandsku lidé žádají o eutanazii, jsou většinou následující: strach z neznáma, strach z umírání, strach z bolesti, pocit ztráty důstojnosti, pocit ztráty smyslu života, pocit opuštěnosti, pocit osamělosti, pocit, že jsou obtíží pro ostatní. Nesnesitelná bolest, popisovaná jako fyzická, je uváděna pouze asi čtvrtinou nemocných. Je rovněž třeba vědět, že odlehčíme-li nemocnému v jeho ostatních trýzních, pak se i bolest fyzická často stává snesitelnou.

Jednou z podstatných oblastí paliativní medicíny je ošetřování terminálně nemocných. Výuka a výchova zdravotnických pracovníků je v tomto směru v celé Evropě zcela nedostatečná. V těchto situacích dochází i k rozladám mezi lékaři a sestrami, které se cítí být frustrovány proto, že je jim zde často přisuzována jen marginální role. Lékaři jsou velmi dobře vzdělaní, pokud jde o tlumení fyzických symptomů; na druhé straně je však jejich vzdělání naprosto nedostatečné, pokud jde o přístup k jiným dimenzím člověka. Nechápu, že když pacient říká, že chce zemřít...že toto sdělení může paradoxně ukazovat na ztrátu autonomie spíše než na důstojný výraz sebeurčení. Neuvědomují si, že v konečné fázi choroby a při umírání je velmi důležité ošetření duchovních stránčí nemocného. Jeho

doprovázení na cestě ke smíření se svou vlastní konečností a pomoc při jeho tázáních a pochybnostech o smyslu utrpení a vůbec o smyslu života je tedy výzvou pro nás pro všechny. Musíme vědět, že k člověku patří klást si tyto základní otázky a vyrovnávat se s nimi, a pokud chceme pomáhat lidem, kteří se nám svěřují ve své nejvyšší nouzi a kteří očekávají pomoc i v oblasti duchovní, pak se těmito otázkami musíme zabývat také. Multidisciplinární tým by zde měl být samozřejmostí, ale i my sami bychom měli být lidmi zralými. Vždyť první, abolutně jistá pravda naší existence – kromě faktu že existujeme – je nevyhnutelnost naší smrti. Pomáháme – li ostatním, pak musíme mít patřičné znalosti, musíme zvládnout patřičné dovednosti a musíme zaujímat správné postoje. Především však záleží na tom, kdo jsme.

Jsme my sami lidé celí? Nepreferujeme příliš sterilní racionalitu, aniž bychom kultivovali vůli, cit a citlivost? Jsme si vědomi toho, že jednostranné upřednostňování rozumu vede k dezintegraci v chápání všech věcí lidských? Jsme si vědomi toho, že druhého člověka nepoznáváme jen rozumem nebo inteligencí, nýbrž srdcem? Měli bychom si uvědomovat, v kontextu našeho vztahu k nemocným, jak nesmírně záleží na tom, kdo jsme, nemocný totiž pozná přetvářku. Neměli bychom mluvit o životě a smrti bez bázně a úcty a měli bychom se znovu učit pokoře. Nikdy bychom neměli uvažovat o nemocných v jakýchsi abstraktních pojmech (umírající, mentálně postižení, hendikepovaní, „subjekt výzkumu“). To vede k rozkladu vnímavosti a k přechodu do jakéhosi odpudivého vakua bez citlivosti, bez lásky, bez soucitu a bez vztahu. Často mluvíme o kvalitě života nemocných (se značným rizikem upřednostňování pohledu našeho před pohledem pacienta); zamýšlíme se někdy nad kvalitou nás samotných – pochopitelně nad kvalitou jiného rázu? Jak respektuji nemocného člověka a jeho hodnoty, jaký je můj vztah k němu? Jsem člověkem soucitným, zodpovědným, plnícím své povinnosti? Jsem skutečně přesvědčen o rovnosti všech lidí? Můj charakter hraje roli u lůžka trpících. Já jsem tím, o jehož mravnost běží. Měli bycho být, a nejen jevit se.

Snažme se, abychom respektovali jedinečnost, nezaměnitelnost a originalitu každého člověka a jeho svobodu, abychom vnímali a ošetřovali všechny jeho vzájemně neoddelitelné dimenze a abychom my sami byli hodni jeho důvěry. Pak mu jistě budeme moci lépe pomáhat ve všech jeho trýzních a i v umírání (Munzarová, 2005).

## 6. 5. Důstojné umírání a důstojná smrt

Volání po důstojném umírání a důstojné smrti je přiměřenou reakcí na neutěšenou situaci těch, kteří se ocitli na konci životní cesty. Kultivace obsahů uvedených pojmů je zatím v nedohlednu a důvodem je vágní představa o tom, co to vlastně důstojné umírání a důstojná

smrt je. Zatím byla věnována pozornost psychologickým a estetickým obsahům uvedených pojmů. Větší pozornost by zasluhovala popularizace fyziologických projevů umírání a smrti. Biologické projevy jsou zatím nesprávně hodnoceny jako ponižující, ošklivé a nežádoucí. Laická veřejnost a především příbuzní, kteří participují na péči po umírajícího, by měli vědět, že určité projevy spojené s umíráním a smrtí jsou přirozené a že je nelze eliminovat. Přijmout smrt v jejích četných modifikacích je jediným odpovídajícím řešením (Vorlíček, Adam a kol., 1998).

K důstojnému umírání patří bezesporu i dodržení zvyklostí vážících se k víře pacienta a jeho rodiny. Jak je například stanoveno v ošetřovatelském standardu pro nemocnice ve Velké Británii. Příbuzní buddhistických pacientů by měli být kontaktováni, z důvodu nstolení opatření a přání, zejména protože existuje mnoho buddhistických sekt a každá má své vlastní pohledy na péči o pacienta. Ke křesťanům je třeba povolat nemocničního kaplana nebo kněze, aby poskytl poslední pomazání. Hinduisté si přejí zemřít doma, soukromí jako například samostatný pokoj by jim mělo být nabídnuto, pokud je tak možno. Muslimové vyžadují aby tělo bylo nedotčeno 30 minut po smrti. Židé ocení otevření okna – pokud možno – aby mohla symbolicky duše odletět do nebe. A Sikové provedou rituální omytí těla (Patison N, 2008).

## 7. Kapitola : O domácí a hospicové péči

V české republice je ke konci života nejčastěji využíváno umístění pacienta do instituce uzpůsobené buď pro dlouhodobou péči nebo do hospice. V nemnohých případech je pacientovi umožněno zůstat v domácím prostředí a při odchodu ze života být obklopen blízkými. V této kapitole se budu více věnovat zdravotní péči kterou mohou pacienti využít v domácím prostředí a o péči hospicové.

### 7. 1. Komplexní domácí péče pro dospělé

Zajišťuje kompletní domácí servis v následujícím rozsahu :

- základní zdravotní a sociální péče : zajištění osobní hygieny, prevence a léčba proleženin, příjem tekutin a stravy, obklady, zábaly, doprovod a transport klienta, úpravu domácího prostředí.
- Odborná zdravotní a sociální péče : hodnocení aktuálního tělesného a duševního stavu klienta, odběr biologického materiálu, funkční i laboratorní vyšetření ( glykémie, oxymetrie, TK atd.), podávání předepsaných léků, převazy ran, aplikace léčebných kůr a procedur, zavádění sond a katetrů, aplikace injekcí, infuzí, léčebné výživy, kyslíkové terapie, inhalační terapie, rehabilitační péče, fyzioterapie, edukace klienta, provádění sociální diagnostiky a další aktivity pro podporu, obnovu a ochranu zdraví, tedy vše pro zajištění kvalitní péče v době onemocnění klienta, vše pro zvládnutí symptomů, které se v paliativní domácí péči mohou objevit. Je právě na týmu docházejícím do domácnosti, aby zavčas rozpoznal, kdy je nutné změnit domácí péči za umístění v nemocnici či lůžkovou hospicovou péči.

Paliativní domácí péče se týká především nemocných s nádorovým onemocněním, ale i nenádorová onemocnění mohou vyústit ve stav, kdy choroba přestane odpovídat na kauzální léčbu a benefit pro pacienta přinese léčba symptomů a vyšetřovací metody jsou omezeny na minimum.

Vše je podřízeno základnímu cíli paliativní péče, kterým je zlepšení kvality života nejen samotného pacienta, ale i jeho rodiny. Obdobně jako v léčbě bolesti je i zda pohled na nemocného komplexní a posuzuje ho ve všech biologických, psychologických i sociálních souvislostech. Navíc je zde zapojena přímá péče o rodinu nemocného, a to zejména v rámci sociálního poradenství a psychické podpory. Jednotka, o kterou je pečováno, je tedy rodina a ne pouze pacient.

V souladu s hlavním posláním paliativní péče se týmy sester domácí péče snaží zabezpečit

- podporu života – umírání je považováno za normální proces završující nemoc, neboť v rámci paliativní péče není snaha o urychlení, ale naopak o oddálení smrti.
- úlevu od bolesti a dalších doprovodných symptomů
- začlenění psychických a duchovních aspektů do péče o „svého“ nemocného
- zvýšení kvality života nemocného podpůrnými systémy, které pomáhají pacientům žít co nejaktivněji až do smrti

Podpůrný systém pro rodinu, pomoc členům rodiny vyrovnat se s pacientovou nemocí a se zármutkem po jeho smrti (Vorlíček, Adam a kol., 1998).

## 7. 2. Hospice – historie a vymezení pojmů

Změny přístupu moderní společnosti ke smrti a vize mladého člověka umírajícího na rakovinu v nedůstojných podmínkách inspirovaly zakladatelku hospicového hnutí k činu. Začátkem šedesátých let dr. Cecily Saundersová založila v Londýně St. Christopher hospic. Myšlenka hospice brzy obletěla svět, v němž je dnes přes 2000 hospiců!

„Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky“ – tato slova prof.Hutchinsona (19.stol.) nikdy nepřestanou platit. K posunu od té doby ale došlo, bohužel oběma směry. Moderní paliativní medicína udělala pokrok velký, dehumanizace medicíny však mnohde větší. Potěšující ale je, že ve všech zemích, kde vznikly hospice, se s odstupem času výrazně zlepšil přístup celé společnosti ke smrti a umírání. Vývojem prošlo od šedesátých let i celé hospicové hnutí. Zpočátku byl hospic chápán jako „něco méně než nemocnice“. S rozvojem paliativní medicíny a logickou integrací hospiců do systému zdravotnictví je dnes uznáván jako „něco víc než nemocnice“. Poskytuje totiž jako nemocnice léčbu a péči a ještě něco navíc. Běžná nemocnice v tomto smyslu většinou poskytuje služby neúplné. Na otázku, proč nestačí nemocnice, odpovídá výstižně Kübler – Rossová: „Myšlenka hospice je velice užitečná, protože můžete vybrat personál, který se dokáže postarat o umírající a který vytvoří ovzduší lásky, uznání, péče a naděje. Zároveň se mohou lékaři a sestry stát v péči o smrtelně nemocné odborníky, kteří jsou schopni udržet v dobré tělesné a duševní kondici“.

Hospic není dům a už vůbec to není „dům smrti“, jak někdy zlí jazykové tvrdí. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako k jedinečné a neopakovatelné bytosti a z potřeb pacienta : biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Ctí autonomii nemocného, jeho individuální právo rozhodnout se. Hospic je alternativou. V zásadě jde o to respektovat priority pacienta. To neznamená, že s nimi musíme souhlasit. V hospici jde o provázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem života. Hospic poskytuje pacientovi

paliativní, především symptomatickou léčbu a péči a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. Pacient v hospici ví, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost, v posledních chvílích života nezůstane osamocen.

V hospici tedy nejde o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až do konce.

V různých fázích choroby mohou nemocnému střídavě vyhovovat všechny tři formy hospicové péče: domácí, lůžková anebo denní stacionář. Rozvoj hospicového hnutí záleží především na lidech, kterým jde o věc. O jejich kreativitě, vynalézavosti a úsilí svědčí i široké spektrum organizačního zajištění hospicové péče. Ve světě lze vedle sebe vidět:

- hospicové služby jako doplněk běžné domácí péče,
- neúplné hospicové služby v nemocnici ( ambulance léčby bolesti ),
- nezávislé komplexní hospicové služby ( Hospic Anežky České ),
- integrované hospicové služby ( oddělení paliativní péče v nemocnici – Babice nad Svitavou )
- integrovaný systém hospicové péče ( jeví se optimální )

Bylo by chybou představovat si hospicovou péči jen jako péči terminální. Z hlediska časového jde někdy o dlouhé období zahrnující tři časové úseky:

- prae finem ( měsíce i roky, nejčastěji formou domácí hospicové péče )
- in finem ( relativně krátký úsek vlastní péče terminální )
- post finem ( péče o pozůstalé, individuálně podle potřeby )

Do hospice je zpravidla přijímán nemocný, který splňuje tyto čtyři podmínky: postupující choroba ohrožuje nemocného na životě; potřebuje paliativní, především symptomatickou léčbu a péči; momentálně nepotřebuje akutní nemocniční ošetření; nestačí nebo není možná péče domácí (event.. dočasně – pobyty respitní) (Vorlíček, Adam a kol., 1998).

## 8. Kapitola o „instrukcích v předstihu“

### 8. 1. Co je to „právo na smrt“?

V poslední době se na různých místech světa vytvářejí spolky, které se zpočátku nazývaly společnostmi pro eutanazii a které se dnes, vzhledem k negativní konotaci slova eutanazie s nacismem, přejmenovávají na společnosti „za právo zemřít“ („right to die“). Jsou jakýmsi předpolím ve snahách o legalizaci eutanazie. Existuje však skutečně takovéto právo? V moderní době se pojmem právo velice často hýří a nazývá se jím vše, co by si jen člověk přál, aby měl nebo získal : právo na zdraví, právo na dítě, právo narodit se, právo nenarodit se apod.

Je pravda, že díky dnešním možnostem medicíny mnozí umírají v pokročilém stáří s velkými těžkostmi a slabostmi a často jsou zcela odkázáni na pomoc jiných. Tisíce lidí jsou při těžce poškozeném mozku udržovány při životě (nebo lépe řečeno na hranici mezi životem a smrtí) v bezvědomí i po dlouhé měsíce. A jistě i proto se začalo uvažovat o právu, které by zaručovalo, že člověk nebude v područí vitalistických tendencí – zachraňování života za každou cenu.

Hlas takového práva zaznívá pouze v západních liberálních společnostech. Je to pochopitelné, jelikož práva jedince jsou právě zde upřednostňována rovněž právě zde jsou velice rozvinuté možnosti v oddalování smrti. A přesto tento hlas zní nemístně a falešně. Společnosti tohoto typu přece staví především na ochraně práva na život a pokládají za zcela samozřejmou první povinnost státu ochraňovat nezcizitelná práva každého, která mohou být zachována pouze tehdy, je – li člověk živý. A dnes má tedy být od téhož státu vyžadováno, aby ochraňoval i domnělé právo k sebedestrukci? „Právo zemřít“ zavání cizotou a rozhodně není nevinné.

Tento stav vedl již v osmdesátých letech minulého století v západních zemích (USA, Kanadě a ve Velké Británii) ke tvorbě tzv. „advanced directives“, „Living will“ apod. (určování předem svých záměrů, pořízení); známé je vyjádření DNR = Do Not Resuscitate, neresuscitovat!, tj. nezahajovat kardiopulmonální resuscitaci v případě zástavy těchto funkcí, které byly uvedeny do praxe a které byly uznány i v právu zákonném. Lidé jsou vyzýváni, aby se vyjádřili předem, zda si v určitých situacích, především v období konce života, přejí nebo nepřejí aplikaci jistého léčebného postupu. Mohou pověřit i jinou blízkou osobu, aby tlumočila jejich přání v případě jejich vlastní budoucí nemohoucnosti. Ta má jednat v jejich nejlepším zájmu. Ve formulářích určených pro předem plánovaná vyjádření jsou následující formulace : „Budu – li v terminálním stavu, nepřeji si, aby mi byla aplikována následující

léčba...“ „Budu – li v kómatu nebo v bezvědomí, bez naděje na zlepšení svého stavu, nechci...“ „Budu – li mít tak poškozený mozek nebo budu – li postižen mozkovou chorobou do té míry, že nebudu schopen rozpoznat osoby nebo nebudu schopen mluvit a nebude naděje, že se můj stavlepší, pak si nepřeji...“. Cílem těchto a různých podobných forem „pořízení“ bylo především: zajistit autonomii nemocného a odstranit úzkost z budoucí aplikace možných nežádoucích intervencí, seznámit nemocného s nejrůznějšími možnostmi léčby, podporovat diskuzi týkající se konce života, z nichž plyne i znalost rodiny, pokud jde o hodnoty a přání nemocného, a v neposlední řadě pomoci lékařům, aby se v těžkých vlastních rozhodováních mohli opřít i o přání pacienta. Nicméně mnohaleté zkušenosti z tohoto dění, zdá se, nasvědčují tomu, že v klinické praxi jsou návody používány spíše tehdy, jedná – li se o ukončení léčby, a nikoliv tehdy, jedná – li se o výběr různých léčebných možností, tedy léčby naopak vyžadované (i tato možnost v rámci „pořízení“ existuje : „chci být udržen na živu tak dlouho, jak je to jen možné za použití všech možných dostupných forem léčení“). Všechno uvedené má svou specifickou etickou problematiku: změna smýšlení – jiné názory ve zdraví než v nemoci; kluzký svah – neposkytnutí resuscitace i tehdy, byla – li určitá naděje na záchranu apod.

Vrátíme – li se k vyjadřování předem („advanced directives“) stran léčby a péče na konci života, i zde je rozpor, pokud jde o autonomii. Může moje dnešní „já“ pravdivě určit, jaký bude můj nejlepší zájem pro mé „já“ za dvacet let, pro mé, třeba senilní „já“? Jakékoliv předávání tohoto přání na jiného může navíc omezovat jeho autonomii. Tkví – li autonomie a důstojnost ve svobodném projevu vůle a výběru, pak je rozhodnutí pro smrt přinejmenším paradoxem, vždyť zcela a trvale zruší jakoukoliv jinou autonomii. Jediným možným filozofickým podkladem pro právo na smrt je svévolná vůle opřená o morální relativismus. A tak je možné shrnout, že tomuto právu podklad chybí.

Lze jistě i nadále, avšak s bázní a třesením, pokračovat v diskuzích o „ponechání nemocného zemřít“ tehdy, je – li (u umírajícího nemocného) léčba zbytečná a / nebo nadměrně zatěžující. Je však třeba důsledně oponovat úmyslnému zabíjení. Já nemám právo zabít (a teda ani nikdo jiný nemá právo toto po mě chtít). Používání slovního spojení právo zemřít je určitým podvodem a to podvodem velice nebezpečným (Munzarová, 2005).

## 9. Kapitola : O eutanázii

Vázným problémem, který se váže k situaci in finem, je eutanazie. V poslední době se diskutuje o eutanázii i u nás poměrně často, a to v kruzích jak odborných, tak i laických. Ke škodě věci však bývají tyto diskuze spíše emotivní než věcné a zarážející je téměř pravidelné matení obsahů „souhrnného pojmu“ eutanazie. Vzhledem k tomu, že výraz eutanazie může označovat celou řadu věcně odlišných obsahů, uvádíme přehled základních typů eutanazie. Četné interpretace však zasluhují obšírné a samostatné pojednání.

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 dlouhého, 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 nezdědku 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 (časové pásmo asi 6 měsíců), pacient trpí nesnesitelnými bolestmi 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, případně s přihlédnutím k přání nemocného, které je dáno dopředu (forma living will), a s použitím systému medicínských kritérií pro ukončení zejména mimořádných terapií zastavit léčbu. Programy DNR jsou používány zejména na anesteziologicko – resuscitačních

odděleních. V poslední době se diskutují kritéria, podle kterých by bylo možné objektivizovat tzv. „marnou léčbu“ a tedy umožnit i její ukončení i v méně vypjatých situacích klinické praxe.

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.

Rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií bývá v praxi často nezřetelný. Z pedagogických důvodů a metodických důvodů je však možné i účelné hovořit o aktivní a pasivní eutanazii neboli o strategii přeplněné nebo naopak odkloněné stříkačky.

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 vyčerpal 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.

Legislativní úpravy týkající se eutanazie jsou pestré. Aktivní eutanazie není uzákoněna nikde na světě. V některých státech je však povolena asistovaná sebevražda, v jiných je uzákoněna beztrestnost aktivní eutanazie (např. Holandsko). Většina států je tolerantní k pasivní eutanazii. U nás je eutanazie zakázána a asistovaná sebevražda je pokládána za trestný čin.

Vzhledem k záměně pojmů „uzákonění“ a „bztrestnost“ eutanazie u nás převažuje názor, že Holandsko je právě tou zemí, která průkopnický uznala a realizuje aktivní eutanazii „ze zákona“. V Holandsku byl vypracován systém podmínek, které umožňují provést aktivní eutanazii. Jsou v hrubých obrysech ekvivalentní s uvedenými charakteristikami aktivní eutanazie. Každá provedená aktivní eutanazie však musí být ohlášena a proti konajícímu lékaři je zahájeno trestní řízení. V holandském zákoně je eutanazie pokládána za trestný čin, a to se sankční sazbou až 12 let vězení. Trestní řízení je však zastaveno, jestliže soudce shledá, že lékař jednal podle pravidel. Tato praxe má mnoho předností i mnoho nevýhod. Vysoká

restní sazba je považována za dobrou pojistku proti zneužití. Dalším pozitivem je, že lékař, který má jakoukoliv pochybnost, nemusí vykonat aktivní eutanazii, ani kdyby byly splněny všechny předepsané podmínky (pokud by totiž byla eutanazie skutečně uzákoněna, pak při splnění předepsaných podmínek by lékař musel jednat, i kdyby nechtěl). Nevýhodu lze spatřovat především v komplikovaných procedurách přešetřování, které je podmínkou následné bezrestnosti. Mnozí lékaři tedy raději nehlásí, že provedli aktivní eutanazii, a jako příčinu úmrtí napíší něco jiného. Není tajemstvím, že v Holandsku dochází k „nehlášeným“ formám aktivní eutanazie. Mnozí varují před „kluzkým svahem“ a mají tím na mysli i rizika nechtěné a dokonce nedobrovolné eutanazie.

Jediným státem na světě, který přechodně skutečně uzákonil aktivní eutanazii, bylo severní teritorium Austrálie. Zákon o aktivní eutanazii (iniciovaný plebiscitem) vstoupil v platnost v létě 1996. Celkem dva lidé zemřeli s použitím tohoto zákona. V říjnu téhož roku už bylo znění zákona velmi napadáno a v březnu 1997 byl zákon zrušen. Ve státě Oregon (USA) byl v roce 1995 podobně odhlasován tzv. akt důstojné smrti (nejtěsnějším poměrem 51 : 49), prakticky se však jedná spíše o asistovanou sebevraždu než o „čistou formu“ aktivní eutanazie.

O různých formách eutanazie se bude nepochybně nadále diskutovat. Je třeba odpovědně souhlasit s tím, že je nutné vypracovat a uvést do praxe (popř. i do zákona) určitá kritéria, za kterých bude možné, vhodné, ekonomicky nutné a morálně ospravedlnitelné „umožnit vstup smrti“, tedy ukončit léčbu, která je marná a přináší nemocnému více utrpení než prospěchu. Současně je třeba varovat proti unáhleným snahám uzákonit aktivní eutanazii. Riziko zneužití je vysoké a lze jej doložit nejen historicky (fašistické Německo a akce T44), ale i aktuálně (Holandsko).

Většina zastánců eutanazie se dovolává práva na sebeurčení a většina renomovaných právníků dokládá, že z práva na sebeurčení nelze dovodit právo na smrt, kterou by navíc provedl někdo jiný (lékař), jehož právo na sebeurčení by tak mohlo být omezeno. Titíž zastánci eutanazie pak argumentují ještě realitou nesnesitelných bolestí, a to na podporu svých požadavků. Lze předpokládat, že většina laiků, která se vyslovuje k eutanazii (ankety, všelidová hlasování apod.), má na mysli právě ony bolesti, když se přiklání k zastáncům aktivní eutanazie. Není sporu o tom, že nesnesitelné bolesti jsou asociovány téměř výhradně s onkologickými chorobami. V tomto kontextu je naprosto nezbytné, aby právě onkologové důsledně uplatňovali všechny strategie vedoucí k zmírnění bolestí. Nesnesitelné bolesti mohou být často odstraněny nebo minimalizovány na snesitelnou míru. Problémem jistě zůstanou tzv. nezvládnutelné bolesti. Dobrá a systematická paliativní péče o onkologicky

nemocné může sehrát mimořádně přínosnou roli : jednak pro konkrétního nemocného, jednak pro veřejnost. Nemocnému umožní zemřít „snadnou“ smrtí a veřejnost nabude přesvědčení, že důstojný odchod ze života podmíněný odbornou péčí i laskavým doprovodem je vhodnějším řešením než volání po urgentních řešeních. V každém případě je paliativní program péče považován za jedinou rozumnou a realizovatelnou alternativu eutanazie (Vorlíček, Adam a kol., 1998).

V předchozích kapitolách jsem chtěla poukázat na problematiku stáří, umírání a smrti z všeobecně známého a přijímaného „ateistického“ pohledu. Popsala jsem umírání v nemocnicích a doma, možnosti umírajícího člověka – jak je možno mu pomoci v jeho utrpení, jak k němu přistupují všeobecné sestry, jaké možnosti léčby jsou. Především léčby bolesti, poskytnutí paliativní péče, možnosti hospicu, možnosti v chartě práv pacientů a také možnosti v České republice zatím nedostupné – a to „advanced directives“ neboli instrukce v předstihu a také možnosti eutanazie. To vše z pohledu možná racionálního a „nevěřícího“. V následující kapitole se dotknu témat podobných, ale popisovaných z křesťanského – věřícího úhlu pohledu, protože bylo mojí snahou nalézt a pochopit rozdíl v nahlížení na smrt mezi těmito dvěma skupinami lidí.

## 10. Kapitola o konci života z křesťanského úhlu pohledu

### 10. 1. Hodnota lidského života, křesťan a utrpení, a používání prostředků tišících bolest

Lidský život je základem všech dober, a zároveň nezbytným zdrojem a předpokladem každé lidské činnosti i každého společenského soužití. Jestliže se většina lidí domnívá, že život má posvátný charakter a že s ním nikdo nesmí nakládat svévolně, pak věřící vidí v životě také dar Boží lásky, který jsou povoláni zachovávat a činit plodným. Z této poslední úvahy vyplývají následující důsledky :

1. Nikdo nesmí ukládat o život kteréhokoli nevinného člověka, aniž by se tím postavil proti Boží lásce k tomuto člověku, aniž by porušil jeho základní nezadatelné a nezczitelné právo a aniž by spáchal zločin krajní závažnosti.
2. Každý člověk má povinnost žít svůj život ve shodě s Božím plánem. Tento život je mu svěřen jako dobro, které musí přinášet plody již zde na zemi, ale které svého dokonalého naplnění dosáhne teprve v životě věčném.
3. Dobrovolná smrt neboli sebevražda je tedy stejně nepřijatelná jako vražda. Takový čin musí být považován za odmítnutí Boží svrchovanosti, Boží lásky k člověku a Božího plánu s člověkem. Navíc je sebevražda často také odmítnutím lásky k sobě samému, popřením přirozeného instinktu k životu, únikem od povinností spravedlnosti a lásky, které člověk dluží bližním, různým společenstvím nebo celé společnosti – ačkoli, jak je všeobecně známo, někdy se vyskytnou duševní stavy, které mohou odpovědnost zmenšit nebo umožnit člověku se jí dokonce zbavit. Je však třeba odlišit sebevraždu od oběti vlastního života, při níž člověk

nabídne vlastní život nebo ho vydává v nebezpečí z vyššího důvodu, jako je Boží sláva, spása duší či služba bratřím (srov. Jan 15,14)

Smrt nepřichází vždy za dramatických okolností po stěží snesitelném utrpení. Nemusíme také mít před očima jen extrémní případy. Četná a navzájem se potvrzující svědectví dovolují vyslovit přesvědčení, že sama příroda se postarala, aby v okamžiku smrti se stalo snesitelnějším ono odloučení, které by bylo pro člověka v plném zdraví nesmírně bolestné. Dlouhotrvající nemoc, pokročilé stáří nebo stav osamělosti či zapomenutí proto mohou navodit psychologické podmínky pro snadnější přijetí smrti.

Přece však je potřeba uznat, že smrt, kterou často předchází nebo doprovází značné a dlouhotrvající utrpení, je událostí, která naprosto přirozeně naplňuje nitro člověka úzkostí. Tělesné utrpení je jistě nevyhnutelnou součástí lidského bytí, z biologického hlediska představuje výstrahu, jejíž prospěšnost je nepochybná. Protože však zasahuje duševní život člověka, jeho síla často přesahuje biologickou prospěšnost a může vést až k touze po odstranění utrpení za každou cenu.

Podle křesťanského učení však má bolest, zvláště v posledních okamžicích života, zvláštní místo v Božím plánu spásy. Je totiž podílem na Kristově utrpení a sjednocením se s jeho vykupitelskou obětí, kterou on přinesl v poslušnosti Otcově vůli. Není proto divu, že někteří křesťané užívají prostředky tišící bolest jen mírně, aby alespoň část jeho utrpení přijali dobrovolně a mohli je tak vědomě spojit s utrpením Krista ukřižovaného (srov. Mt.27, 34). Nebylo by však prozíravé takový hrdinský způsob jednání vnucovat jako všeobecné pravidlo. Lidská a křesťanská rozvážnost naopak radí, aby většina nemocných léky zmírňující nebo odstraňující bolest užívala, i kdyby mělo dojít k malátnosti nebo sníženému vědomí jek ovadlejším účinku léčby. Pokud jde o ty, kteří sami své přání vyjádřit nemohou, lze rozumně předpokládat, že léky tišící bolest brát chtějí a podle rad lékařů jim mají být podávány.

Intenzivní používání prostředků tišících bolest ovšem není prosto potíží, neboť návyk obvykle vyžaduje pro udržení účinnosti léčby zvyšovat dávky. Stále si uchovávají platnost slova prohlášení Pia XII., které je vhodné zde připomenout. Skupina lékařů mu položila otázku: „Lze z náboženského a morálního hlediska dovolit lékařům a pacientovi potlačovat bolest a vědomí s použitím narkotik (i když se blíží smrt a lze předpokládat, že použití narkotik ukrátká život)?“ Papež odpověděl: „Jestliže neexistují žádné jiné prostředky pomoci a jestliže to za daných okolností nezamezí plnění dalších náboženských a mravních povinností ANO.“ V tomto případě smrt samozřejmě není žádným způsobem zamýšlena ani vyhledávána, i když se z rozumné příčiny její riziko podstupuje. Úmyslem je pouze účinně ulevit od bolesti prostřednictvím tišících prostředků, které má medicína k dispozici.

Prostředky tišící bolest, které vedou ke ztrátě vědomí nemocných, si však zaslouží bedlivé uvážení. Je totiž důležité, aby lidé mohli splnit nejen své mravní povinnosti a rodinné závazky, ale aby se mohli při plném vědomí také a zejména připravit na setkání s Kristem. Proto Pius XII. Varuje, že „bez vážného důvodu není dovoleno umírajícího zbavit jeho vědomí.“

Jestliže na jedné straně život je Boží dar, pak na straně druhé je smrt nevyhnutelná. Proto je nezbytné, aniž bychom hodinu smrti jakkoli uspišovali, abychom byli schopní přijmout ji s plným vědomím své odpovědnosti a se vší důstojností. Smrt totiž znamená konec našeho pozemského života, zároveň však otevírá přístup k životu věčnému. Proto se všichni lidé mají na tuto událost připravit se světle lidských hodnot, a křesťané ještě mnohem více ve světle víry.

Co se týká těch, kteří pracují ve zdravotnictví, neměli by vynechat žádnou příležitost k použití všech svých dovedností ve prospěch nemocných a umírajících; měli by však mít také na paměti, že je mnohem důležitější poskytovat jim také jinou útěchu, totiž nezměrnou dobrotu a nezištnou lásku. Takováto služba lidem je zároveň službou Kristu Pánu, který řekl : „Cokoli jste udělali pro jednoho z těchto mých nejposlednějších bratří, pro mne jste udělali“ (Mt 25, 40) (Deklarace o eutanazii, 2009).

## 10. 2. Eutanazie z křesťanského úhlu pohledu

Eutanazií rozumíme jednání, jehož záměrem je působit nebo urychlit smrt těžce nemocného člověka a ukončit jeho utrpení, a to na základě jeho žádosti nebo předpokladu, že by si to přál. Toto jednání může být buď aktivní, tj. přímé zabití, nebo pasivní, tj. úmyslné opomenutí nezbytných opatření zdravotní péče tam, kde existuje morální povinnost napomáhat životu. Zdůrazněním záměru v definici eutanazie se mění postoj k dřívějšímu rozlišování mezi aktivní a pasivní eutanazií, přičemž se mnohdy v pojmu pasivní eutanazie směřovaly různorodé skutečnosti.

Jednoznačné vymezení pojmu eutanazie je nezbytné, aby se zabránilo jeho libovolnému výkladu, a tím ospravedlnování nesprávného jednání i zbytečné úzkostlivosti.

Důležitou povinností ošetřujícího lékaře je tišit silné bolesti. Léky proti bolesti se musejí podávat v dostatečných dávkách a dostatečně často a jejich účinek pečlivě sledovat. Rozhodně je třeba změnit zavedenou praxi v některých zdravotnických zařízeních, že se opiáty předepisují bez ohledu na aktuální potřebu a na duševní stav nemocného. Lékařské umění

spočívá v tišení bolesti takovým způsobem, aby jasné okamžiky nemocného mohly být plně prožity.

Během podávání léků proti bolestem vzniká zvýšená tolerance, takže je nutno dávky zvyšovat a nelze vyloučit, že vedlejší účinky tak vysokých dávek uspíší smrt. V takovém případě však nejde o eutanazii, stejně jako kdyby nemocný zemřel po chirurgickém zákroku provedeném k přerušení bolesti, neboť jeho smrt lze hodnotit jako nechtěný vedlejší účinek terapie, i když předvídatelný. Naproti tomu podání nadměrně velké dávky léku proti bolesti nebo nadměrné zvyšování jednotlivých dávek s úmyslem urychlit smrt se musí označit jako eutanazie.

Termínu eutanazie by se nemělo používat, není – li splněna podmínka souhlasu nemocného nebo osoby, která je oprávněna za něho rozhodovat. Z nedávné minulosti je nutno připomenout, že nacisté eufemisticky označovali jako eutanazii vyhlazování lidí, které považovali za rasově méněcenné nebo za přítěž pro společnost. Existovaly tzv. programy eutanazie, jejichž cílem byla likvidace nemocných lidí s dědičnými poruchami, nevléčitelně psychicky nemocných aj. Vinou těchto selekčních opatření, která se dovolávala eugenických hledisek, zahynuly před druhou světovou válkou a během ní desítky tisíc lidí. I v přítomné době se občas veřejnost dozví o skandálních případech, kdy např. ošetřovatelka dementních starých lidí záměrně způsobí jejich smrt, údajně ze soucitu. Takovéto případy je nutno označit jako vraždu, ne eutanazii.

Z hlediska lékařské praxe je rozhodující odlišit pasivní eutanazii od takového jednání, které dovolí nevléčitelně nemocnému člověku zemřít. Soudobá lékařská technika přináší možnost dlouhodobě udržovat vitální funkce umírajícího člověka, takže vzniká potřeba rozhodování, zde se má vzhledem k povaze onemocnění vůbec použít mimořádných opatření k prodloužení života a kdy se tato opatření mají ukončit.

V medicíně se obecně považuje za správné přerušit zavedenou terapii, jestliže se ukáže, že je nevhodná nebo neúčinná. Lékař není povinen předepisovat léky, které nemocnému nemohou pomoci, a pokud to dělá, jde o alibismus. Dále je třeba si uvědomit, že nemocný má právo odmítnout určitý druh terapie, např. operaci nádoru, popřípadě i léčení vůbec, a lékař nesmí postupovat proti jeho vůli, nepodaří – li se mu vhodným způsobem jej přesvědčit.

Etické postoje k eutanazii, s nimiž se setkáváme v pluralitní společnosti, vycházejí z různých názorů na právo člověka autonomně rozhodovat o svém životě, včetně jeho ukončení. Úvahy o eutanazii se tedy musí vyrovnat s otázkou, zda je možno v určitých případech ospravedlnit sebevraždu. Podle některých řeckých filozofů je člověk oprávněn ukončit svůj život, nemůže – li žít důstojně. Naproti tomu křesťanství (stejně jako židovské

náboženství a islám) se staví proti sebevraždě, neboť člověk si nesmí vzít život, který mu dal Bůh. Křesťanská etika zastává jednoznačné stanovisko, že mravní řád v otázce sebevraždy nepřipouští žádné výjimky.

Eutanazii je tedy nutno hodnotit z etického hlediska na základě skutečnosti, že v sobě spojuje sebevraždu a přenesení spoluzodpovědnosti za tento čin na druhou osobu, zpravidla na lékaře, o němž se předpokládá, že je morálně povinen vyhovět každé žádosti trpícího nemocného. Křesťanské stanovisko k eutanazii vysvětluje Kongregace pro nauku víry „Deklarace o eutanazii“ (1980), která zdůrazňuje, že eutanazie představuje odmítnutí Boha a jeho plánu pro lidský život. Argument, že Bůh dovoluje člověku, aby se podílel na řízení svého života, platí pouze za předpokladu, že člověk nechce svůj život zničit. Eutanazií se člověk zbavuje možnosti zemřít svou vlastní smrtí, naplnit svůj život podle Boží vůle, čímž je důstojnost lidské osoby těžce postižena.

Lékaři eutanazii odmítají, a to již od nejstarších dob, jak bylo vysloveno v hippokratovské přísaze a v nové době opakovaně potvrzeno v závažných prohlášeních, např. v Ženevské deklaraci (1957) a v Helsinském prohlášení Světové zdravotnické organizace (1964). Kdyby se stalo, že by byla někde zákonem povolena možnost provádění eutanazie, porušilo by to nenapravitelně základní vztah nemocného k lékaři, neboť nemocný by si asi již nebyl jist, že se mu od lékaře vždy dostane doporučení směřujících k životu.

Lékař, který vyhoví žádosti nemocného o eutanazii, činí tak z falešného soucitu. Pravý soucit totiž lékaři umožní si uvědomit, že touha po smrti často signalizuje situaci, v níž se trpící nemocný cítí zbaven veškeré naděje, opuštěn svými blízkými, vzdálen lidské společnosti a Boží lásky. Tento člověk potřebuje naléhavě pomoci, kdežto „zabití z milosti“ by znamenalo jeho definitivní odmítnutí. Jsou to zejména staří nemocní, kteří naléhají, aby je lékař již nechal zemřít. Jestliže se jim dostane opravdu lidské zdravotní péče a pozornosti příbuzných, zdaří – li se tišit jejich bolesti, obnoví se jejich zájem o život. Díky pokrokům farmakoterapie by neztišitelné bolesti již neměly být důvodem eutanazie.

S ohledem na zájmy nemocného je třeba uvést v neprospěch eutanazie také skutečnost, že není snadné se přesvědčit o tom, do jaké míry je pacient schopen se svobodně rozhodnout, ať již pro psychický stav nebo vzhledem k nátlaku ze strany rodinných příslušníků. Je možno si představit širokou škálu motivů, od altruistických až po ekonomické, jestliže příbuzný, na němž spočívá zodpovědnost za nemocného v bezvědomí nebo z jiného důvodu nesvéprávného, žádá pro něho o eutanazii. Lékař, který takovouto žádost odmítne, chrání právo na život těžce nemocného. Konečně je dobře vědět o smutných případech, kdy se

uskutečnila eutanazie na podkladě diagnózy zhoubného nádoru, který nemocný neunesl pro strach ze svého dalšího osudu, a teprve pitva ukázala, že diagnóza nebyla správná.

Zváží – li se v každém individuálním případě hodnoty, které by se daly uvést pro a proti eutanazii, a opravdovou snahou dobrat se pravdy, ukáže se zřetelně, že žádné osobní ani sociální důvody nepřeváží skutečnost, že eutanazie je ve své podstatě zlem pro nemocného i pro jeho okolí (Slabý, 1991).

### 10. 3. Etické posuzování terminální péče

V zemích s vysokou technickou úrovní zdravotní péče mnozí lidé vyslovují obavy, že se nadměrně prodlužuje umírání nevléčitelně nemocných. Tyto obavy jsou často oprávněné a poukazují na potřebu řešení nově vzniklého etického problému. Jde o to, aby se v dnešních podmínkách stanovila morální kritéria, kdy končí povinnost zdravotníků prodlužovat život a jaká opatření jsou oprávněni přerušit, aby nemocný mohl v klidu zemřít.

Z filozofického pohledu je pozemský život základní lidskou hodnotou, i když nepředstavuje konečné dobro a konečný cíl člověka. Lze tedy odvodit, že prodlužování života je důležitou lidskou potřebou, avšak život nemusí být udržován za každou cenu. Tradičně se uvádějí dvě podmínky, za nichž je lékař eticky oprávněn nepoužít opatření k prodloužení života nebo je přerušit. Tyto podmínky jsou splněny, jestliže opatření, která přicházejí v úvahu, jsou neúčinná nebo těžce doléhají na nemocného a jeho nejbližší, a to především v tom smyslu, že neumožňují přibližovat se k spirituálnímu cíli života.

Pro praktické rozhodování je zásadně důležité rozlišit, zda jsou určitá opatření k udržování života obvyklá či mimořádná, přičemž obvyklé prostředky jsou morálně závazné, použití mimořádných je ponecháno na vůli, a to podle různých okolností a v závislosti na zkušenostech a vybavení příslušného zdravotnického zařízení.

Z hlediska pastorální medicíny je možno shrnout otázky terminální péče do několika bodů. Jestliže lékař může s morální jistotou konstatovat, že nemoc umírajícího člověka je nevléčitelná dosud známými prostředky, přerušit dosavadní terapeutická opatření. Nesmí však přerušit svou péči o nemocného ani nepřestane hledat možnosti, jak příznivě ovlivnit jeho stav. Existuje – li třeba nepatrná naděje na účinnost terapie, je lékař povinen použít všech dostupných terapeutických prostředků, pokud nemocný terapii neodmítne. Nemocný spolurozhoduje o tom, která terapeutická opatření jsou obvyklá a která mimořádná, po konzultaci s lékařem a po zvážení různých časných i duchovních okolností svého života. Odmítnutí neúčinné terapie nebo takové, která je spojena s velkými obtížemi, neznamená

sebevražedné jednání. Minimální prostředky udržující nemocného při životě je nutno považovat za obvyklé a musí se jich užít. Není – li nemocný schopen rozhodování, přenáší se zodpovědnost na oprávněnou osobu. Pokud nemocný dříve vyslovil přání týkající se terminálního období života (zejména v písemné formě, jako např. prohlášení že odmítá resuscitaci), je nutno k této skutečnosti přihlídnout, ale rozhodujícím hlediskem je prospěch nemocného, tj. příležitost k uskutečnění spirituálního cíle života (Slabý, 1991).

#### 10. 4. Současná diskuze o právu na smrt

V současné době probíhá mezi lékaři i středními zdravotnickými pracovníky velmi otevřená diskuze o otázkách eutanazie a péče o umírající nemocné, zaměřená na právo nevléčitelně nemocného člověka na smrt. Tato diskuze se odráží na stránkách předních lékařských časopisů a byla do značné míry podnícena anonymním článkem líčícím uetanazii v první osobě, publikovaným v roce 1988 v Časopisu Americké lékařské asociace. Jde o problematiku, která pochopitelně zajímá laickou veřejnost, k níž se dostávají informace mnohdy ve značně zkreslené podobě.

Ukazuje se, že eutanazie má nejvíce zastánců v Nizozemí, kde se také provádějí častěji než v jiných zemích. Spolehlivé údaje nejsou pochopitelně známy, ale odhady dosahují až počtu dvaceti tisíc uskutečněných eutanazií za rok. Přestože se podle platného zákona eutanazie hodnotí jako zločin, jen zřídka se projednává před soudem a téměř nikdy se netrestá.

Eutanazie odvrací pozornost od skutečných potřeb umírajících nemocných. Zkušenosti novodobých křesťanských hospiců ukázaly, že existuje možnost věnovat umírajícím nemocným soucitnou lidskou péči, účinně tišit jejich bolesti a mírnit úzkost, uspokojit jejich spirituální potřeby. V takovém ovzduší mizí potřeba eutanazie i prodlužování života mimořádnými prostředky, kterého se někteří nemocní obávají více než smrti.

Pokud jde o postoje k eutanazii v naší republice, situace není nikomu přesně známa. Lze usuzovat, že se aktivní eutanazie uskuteční zcela výjimečně. Pasivní „eutanazie“ je většinou ne zcela uvědomělá a děje se v rámci nedostatečné péče o těžce nemocné. Otázka nadměrného prodlužování života umírajících přístrojovou technikou rovněž není u nás tak aktuální jako v jiných zemích a etické postoje pracovníků oddělení akutní medicíny jsou v tomto směru vesměs přijatelné.

Křesťansky věřící lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci by se měli více věnovat otázkám terminální péče v praxi i v teorii a zúčastňovat se mezinárodních diskuzí v rámci pluralitních zdravotnických organizací i mezinárodní organizace křesťanských lékařů a středních

zdravotníků. Měli by také využívat příležitostí vystoupení ve sdělovacích prostředcích k pravdivému informování veřejnosti o problematice práva na smrt, aby se zájem celé společnosti soustředil na ochranu života (Slabý, 1991).

## 10. 5. Stáří a umírání

Z křesťanského hlediska vyplývá velký důraz na chápání smrti jako dovršení lidského života. Lidé by si měli uvědomovat, že život bez smrti by neměl svůj význam, a občas přehlédnout celý dosavadní život jakoby z konečného bodu, k němuž směřuje.

Většina lidí ovšem na smrt nemyslí, a pokud si vůbec připouští její možnost, chápe ji jako nebezpečí ohrožení zvnějšku, katastrofu, které je třeba se vyhnout. Současná společnost usiluje o to, aby se jakákoli připomínka smrti potlačovala.

S uvedeným postojem souvisí, že se málokdo dovede správně vyrovnat s obdobím stáří, které by mělo být prožito tak, aby přineslo co největší duchovní prospěch. Zřetel na cíl života chrání stárnoucího člověka před smutkem z úbytku životní energie a z blížícího se konce. Stárnutí je dlouhodobý proces, který se začíná projevovat zpravidla již po 45. roce věku. Přírodní vědy zdůrazňují, že člověk vlastně stárne od okamžiku svého početí. Na základě konvence mluvíme o stáří od 65 let, přičemž existují mnohdy velké rozdíly mezi kalendářním a biologickým věkem.

Z hlediska pastorační péče je třeba si uvědomit obtíže stáří a základní potřeby starých lidí. Mnozí z nich mají oprávněné pocity osamocení a ukřivdění. Protože postupně ztrácejí své vrstevníky a obtížně navazují nová přátelství, trpí nedostatkem hodnotných mezilidských vztahů. Stává se, že se mladí lidé z neuvědomovaných motivů od nich odtahují a také zevní okolnosti brání, aby se jim dostatečně věnovali. V domovech důchodců, kde se dnes soustřeďuje značný počet starých lidí, nebývá všeobecná péče a psychologický přístup personálu na vyšší. Také geriatrická péče má mnohde značné nedostatky.

Duchovní rádci, a stejně tak lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci by se měli vždy snažit o to, aby mírnili obtíže, které se ve stáří pravidelně dostávají, a pokud možno pomáhali odstraňovat jejich příčiny. Současně by měli působit na nemocné staré lidi i v tom směru, aby se s obtížemi, které nelze příznivě ovlivnit, dovedli vyrovnávat, aby na ně nadměrně nezaměřovali svou pozornost a nesledovali úzkostlivě úbytek svých sil.

Jestliže stáří máme chápat především z hlediska spirituálního cíle života, tím více to platí o období umírání. Toto období chybí, je – li smrt náhlá a nenadálá, a také u těch nemocných, jejichž psychický stav je těžce postižen od vzniku náhlého onemocnění až do okamžiku smrti,

jako je tomu například u mozkové mrtvice provázené bezvědomím. Většina lidí touží po tom, aby zemřeli náhle a byli ušetřeni svízelného umírání a zejména bezmocnosti, kdy by byli druhým lidem na obtíž. Někteří křesťané si od Boha náhlou smrt vyprošují. Avšak ti, kteří podle Boží vůle mají projít obdobím umírání, by měli pochopit jeho cenu a snažit se využít příležitosti, aby se vyrovnali se svým životem a v pravém slova smyslu se na svou smrt připravili (Slabý, 1991).

## 10. 6. Tajemství smrti

Snad žádný člověk, který stojí nad rakví svého nejbližšího, nemůže považovat smrt pouze za biologickou skutečnost. Uvědomuje si, že neodvratně ztrácí možnost dosavadního kontaktu s tím, kdo s ním sdílel lidské společenství myšlení, jednání a lásky. Cítí, že lidská smrt není pouze ukončení organického života, ale odchod ze života. Lidé na celém světě vyjadřují odchod člověka, kterého znali a měli rádi, jako odloučení spirituální duše od jejího těla. Křesťané věří, že zesnulý člověk bude žít v nové přetvořené existenci. Vědecké myšlení nemůže zavírat dveře před tak všeobecně rozšířeným způsobem chápání lidské smrti.

Podstata smrti zůstává tajemstvím, které nemůže být v tomto životě nikdy úplně odhaleno, protože je vázáno na vnitřní život Boží. Jestliže připouštíme existenci tajemství, nechceme tím klást meze lidské touze po poznání pravdy. Je však důležité, aby si lidé uvědomili, že schopnost lidského rozumu není neomezená a že Bůh působí rozhodujícím způsobem v životě každého jednotlivce a celého světa.

Křesťanská teologie učí, že smrt byla překonána zmrtvýchvstáním Ježíše Krista. Tady i smrt je svědectvím Boží moci, na níž se smí člověk podílet. Zneužívání Božích darů a snaha člověka vládnout přírodě bez Boha znesnadňuje lidem vyrovnávat se se smrtí a působí, že se smrt rozšiřuje ve válkách a ničením přírodního prostředí. Lidé zavedli do světa nepřirozené prvky, které přetvořily přirozenou smrt, takže již není klidným přechodem do nového života, ale je spojena s utrpením a úzkostí.

Nejen pro kněze, ale i pro věřící pracovníky zdravotnických povolání je zdrojem vnitřní radosti, mohou – li umírajícím nemocným poskytnout posilu. Podaří se to tehdy, jestliže předají své přesvědčení, že není třeba se smrti bát. Milující Bůh neodmítne žádného člověka, který touží se sním setkat. V okamžiku smrti se uskutečňuje nejzávažnější svobodný čin lidské osoby, totiž definitivní rozhodnutí pro Boha, a tento čin je dokonáním celého života.

Lidé se od nepaměti snažili poodhalit tajemství smrti překročit tak hranice lidské přirozenosti. Mimořádné zkušenosti při mystických stavech, které nelze vyjádřit slovy,

naznačují kvality nehmotné existence, neopravňují však k analogiím vzhledem k posmrtnému životu. Totéž platí o praktikování spiritismu, který ve své podstatě znamená odpad od křesťanské víry. Pokusy o komunikaci s dušemi zemřelých a o jejich ovlivňování jsou spojeny s nebezpečím pro psychické i spirituální zdraví.

Zkušenosti blízké smrti byly známy již v dávných dobách, zmiňuje se i nich Tibetská kniha mrtvých i Platónova Politeia. V současnosti je možno se s nimi díky pokroku lékařství setkat častěji. Lidé, kteří měli takový zážitek, se jej zdráhají sdělit, zčásti z obavy, že by jim nebylo uvěřeno, ale hlavně proto, že cítí neadekvátnost lidských slov. Součástí zážitku je často průchod úzkým prostorem a vnímání světla, které člověka přitahuje a dává mu pocit bezpečí. Někdy se prožije retrospektiva celého života jakoby v rychle promítnutém filmu. Nemocní, u nichž došlo k zástavě srdce při operaci, zřetelně viděli své mrtvé tělo shora i resuscitující tým. Někdy dovedou popsat podrobnosti zařízení v místnostech sousedících s operačním sálem, v nichž nikdy nebyli.

Uveřejněné studie v britském časopise Lancet (1990) prokázala, že se zkušenost blízké smrti může vyskytnout jak u pacientů, kteří byli skutečně blízko smrti, tak u lidí, kteří se to pouze domnívali (např. horolezec v okamžiku pádu, který nepřivodil zranění). Uvažuje se o tom, do jaké míry se při klinické smrti mohou podílet na vzniku prožitku buňky lidského mozku, trpící kritickým nedostatkem kyslíku. Někteří odborníci soudí, že nelze vyloučit transcendentní povahu těchto zážitků.

Filozofický pohled podporuje uvedený názor, že žádná pozemská zkušenost nemůže člověku dát ani vzdálenou představu o kvalitě bytí v okamžiku smrti. Smrtí končí pozemská existence člověka, trvá však jeho bytí. Stvořené bytí se podílí na věčném bytí Stvořitele, proto je lidská duše nesmrtelná. Nehmotné bytí si člověk nedovede smyslově představit – všechno je jinak.

Člověk nevěřící v osobní nesmrtelnost má sklon k existenciální depresi, zdá se mu, že smrt zpochybňuje smysl celého života. Sub specie aeterni smrt podmiňuje jedinečnost a neopakovatelnost lidského života. Svědkové posledních okamžiků některých významných lidí popsali, že se při smrti objevil v jejich obličeji oduševnělý výraz krásy, který nebylo možno zachytit posmrtnou maskou. Smrt těchto lidí nebyla koncem, nýbrž naplněním (Slabý, 1991).

## 10. 7. Existuje bod, od kterého dál již nemá cenu žít?

Celá diskuze o konci života začíná otázkou : Existuje v životě dob, od kterého již nemá cenu žít dál? Hédonismus a utilitarismus odpoví samozřejmě ano, takový bod existuje. Život

ořece není nic víc, než co nejkomfortnější čekání na smrt, smyslem života je snaha o optimální kalkul libostí a nelibostí a ve chvíli, kdy libosti jedna po druhé odcházejí a začínají převažovat nelibosti, nemá cenu zde ještě dále být. Pokud ležím na lůžku, a vím, že se již nikdy nepodívám do cizí země, nepůjdu do kina, nemám víc potěšení z dobrého jídla, ze sexu, z hudby nebo koníčků, již nikdy se nedostanu k práci na své zahrádce na venkově, již nikdy nebudu chodit a jediný požitek, který mně tato planeta může nabídnout, je nemocniční čaj z plastového kelímku pro pacienty – ležáky, pak již není důvod zde dál být a jen čekat, až smrt přijde a tělo konečně přestane fungovat. Pokud nemám přátele nebo mi již zemřeli a nikdo za mnou nepřijde a zdravotnímu personálu i sám sobě jsem přítěží, co ještě dál se životem (Vácha, 2008).

V teoretické části této práce jsem uvedla načerpané informace k problematice umírání a smrti týkající se ošetrovatelské, paliativní, hospicové péče, léčby bolesti, informace obsažené v zákonech schválených legislativou i zvykovým právem – Hippokratova přísaha. Doplněné materiály týkajícími se křesťanského pohledu na tuto problematiku. V empirické části se zaměřím na ověření rozdílů v této problematice v reálném světě, jak víra v Boha může ovlivnit vnímání a prožívání smrti pacientů na sestřích je ošetřujících. Zda je nějakým způsobem přínosný a mé vlastní já ochraňující racionální přístup nevěřícího, nebo zda víra v Boha poskytuje ošetřující sestře psychický štít a dodává jí sílu pro provázení umírajícího.

# 11. Empirické kvalitativní šetření

Cíle empirického kvalitativního šetření :

Na vybraném souboru sester, které ošetřují pacienty ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, zjistit, zda existuje rozdíl ve vnímání, prožívání a hodnocení utrpení provázející umírající. A to mezi řádovými sestrami ošetřovatelského řádu Vincentek a všeobecnými sestrami – ateistkami.

Použili jsme dvě skupiny informandů: skupinu tří řádových sester – Vincentek, působících na Chirurgické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové a v porovnání skupinu tří všeobecných sester taktéž působících na téže klinice. Byla použita metoda dvoufázového rozhovoru se záznamem a následným přepisem a tematickou analýzou.

## 11. 1. Předvýzkum

V rámci přípravné etapy, tedy předvýzkumu, byly položeny tři otázky :

1. Jak vidíte rozdíl v přístupu k pacientům mezi řádovými sestrami a všeobecnými sestrami-ateistkami?
2. Jaký je Váš pohled na utrpení člověka?
3. Co Vás ovlivnilo, případně změnilo Vaše názory na utrpení, umírání a smrt v průběhu profesního života?

Zde jsou odpovědi.

### **1. Jak vidíte rozdíl v přístupu k pacientům mezi řádovými sestrami a všeobecnými sestrami-ateistkami?**

1. Žijeme v demokratické společnosti, která nese sebou pluralitu názorů i životních hodnot a přesvědčení, které se odrážejí ve společenském i osobním životě, nevyjímaje život profesionální. Ať „, fouká vítr“ z jakékoliv strany, přece je člověk formován - svým rodinným zázemím, výchovou, ale i společenskými událostmi, masmédií, mentalitou, a v nemalé míře názory kolegů na pracovišti, pocity, možná objevy vědy a techniky.

I zdravotnictví stojí ve víru změn i když má člověk snahu zůstat věrný svému poslání – pomáhat člověku ve zdraví i nemoci, jakéhokoliv věku, rasy, kultury. A zdravotnictví není jenom věda, není jenom soubor diagnostických a terapeutických postupů; zdravotnictví v nemalé míře stojí na lidech, na jejich přístupu, hodnotách, schopnostech, ochotě i vědomostech. A tady může nastat konflikt, dysbalance, protože svědomí, názory lidí – i zdravotníků, i veřejného mínění jsou postavena na různých základech – někdy velkorysých, někdy sobeckých. Otázka se týká možná (?) velkých protipólů – řádových a ateistických

sester. Nebudu se vyjadřovat, jestli jsou řádové sestry takové a ateistické makové, spíš zajdu trošku hlouběji.

Křesťanství – které tedy vyznávají a žijí řádové sestry, neboli všichni věřící – je na rozdíl od mnoha jiných – i monoteistických náboženství – náboženstvím zjeveným. Věříme, že v Ježíši Kristu se zjevil Bůh sám a podal nám plnou pravdu o Bohu a o člověku. O tom, že jsem stvořeni s láskou a z lásky, že jsme zhřešili a potřebujeme odpuštění hříchů, abychom mohli patřit na Boha, a že toto dostiučinění za naše hříchy vykonal Kristus jako vrcholný projev své lásky k Bohu a k člověku tím, že obětoval sebe sama a v mukách umřel na kříži. Po třech dnech slavně vstal z hrobu, a ukázal se učeníkům i se svými ranami umučení.

Křesťan tedy má v srdci a ve své mysli tento pohled svého původu, svého důvodu i naděje na věčný život.

- *my jsem stvořeni z lásky Boha*; Bůh vdechl člověku do nozder dech života – jak čteme obrazně vyjádřený obraz o stvoření v prvních kapitolách Bible; Bůh má s každým člověkem plán, každému svěřuje určité poslání. To je možno základní aspekt svobody člověka, té svobody, kterou mu nik nemůže vzít – ani v bolesti, ani v utrpení.

- *jsme vykoupení utrpením Krista* - to je další pravda, kterou vyznává křesťanství. Křesťanství nás neučí, že budeme jaksi zázračně zbaveni utrpení, bolesti, žalu, zklamání, pronásledování, nepochopení, odsouzení; křesťanství nás učí dozrávat ve viru života a směřovat k dokonalosti života, kterou jsem ztratili hříchem. V bolesti a utrpení s pohledem upřeným na Krista člověk dozrává, zbavuje se iluzi o sebe sama a přijímá plnou pravdu o sobě – o své jedinečnosti a o tom, že je předmětem nekonečné lásky Boha.

- *máme naději na věčný život*. Náš život na zemi nekončí, náš život směřuje dál. Každý procházíme touto tajemnou branou sami a neseme si jenom sebe sama. Kdy je nejvhodnější čas našeho „přechodu“ ví jenom ten, který nás stvořil a povolává k sobě. A tak, křesťan může s plnou jistotou říct slova, které vyslovil sv. Pavel – největší učitel národů – jestli žiji, nebo umírám, patřím Pánu ( Kristovi ).

I tady někde tkví kořen onoho historického i současného úsilí křesťanství o rozvoj člověka a jeho pozdvižení – (první školy a evropské univerzity byly klášterními školami) i v péči o nemocné – útulky, hospitaly, nemocnice, charitativní díla.

Aspoň několik slov ke křesťanství, od kterého se odvíjejí postoje věřících.

Vrátím se k mentalitě a způsobu myšlení současné společnosti – možná budu trochu tvrdá a stručná – kult těla – sobectví, egocentrismus – neschopnosti opustit své zájmy v prospěch druhého, všechno teď a hned – tak jak já chci a kdy chci a jaké já chci. Ano, jsme děti doby – bez smyslu v posvátnost, bez respektu.

Ptáte se na otázku smrtelnosti. Jaksi se necítím kompetentní se vyjádřit k tak posvátné i tajemné skutečnosti – jakou je smrtelnost.

Smrtelnost – to je realita. Žijeme v čase a prostoru – to jsou též konečné veličiny.

Dá se definovat jednoznačně, co je to život? To že naše oči vidí, uši slyší, srdce cítí...je výsledkem biochemických procesů, optimálních koncentrací iontů, souhrou mnoha veličin? Není za tím ruka „onoho inženýra, projektanta“, který všechno „řídí“ ? Ruka toho, který je život sám? Život v plnosti lásky, pokoje? Není potom náš život jen odleskem onoho života a namáhavým směřováním k Němu, kde smrt je tímto přechodem?

Jistá filosofická škola přirovnává smrtelnost – a s ní realitu našeho těla následovným způsobem: když člověk žije, rostou mu nehty, pak si je ostříhá a nechybí mu. Podobně dělá i s vlasy. A tak je to i s naší duší. Žije v nás, v našem těle a dozrává; až dozraje do té plnosti, že už nepotřebuje tělo a tak ho „odloží“ , ale ona (duše) žije dál.

A tak jestli nechápeme utrpení, nechápeme Boží plán s člověkem; jestli manipulujeme s umíráním – tak jako i s početím – zasahujeme do Božího plánu, zasahujeme do plánu s člověkem.

## **2. Jaký je Váš pohled na utrpení člověka?**

Ve své nynější praxi pracuji s kolegy, kteří tvrdí, že jsou ateisty, ale konec konců, každý z nich v něco věří, takže jejich ateismus je docela sporný. Denně se setkáváme s trpícími, s bolestí. Často vidím, že nám chybí názor na tento ošeprobém, jakási konkluze, či vyústění. Co obdivuji – nechybí úcta k lidem, kteří trpí, kteří prožívají s pokorou i s nadějí tuto etapu života. Odvážuji se říct, že mnohé z nich se obohacují životními postoji pacientů ale i členů rodiny. V kolegyních nacházím hluboký humanismus, ale trpělivost při poskytování ošepéče, obětavost, velkorysost. Být utahaná ze služby druhému člověku – je do velké míry projevem touhy, aby se pacientovi ulevilo. Vnímám, že si vybrali toto povolání, protože chtějí pomáhat lidem – a to se vždy cení!

## **3. Co Vás ovlivnilo, případně změnilo Vaše názory na utrpení, umírání a smrt v průběhu profesního života?**

Jsem mile povzbuzena, kolik prostředků, lidských sil a schopností se věnuje, dobré diagnostice, dobré léčbě, dobré ošepovatelské péče, zmírňování utrpení i pomoci důstojně zemřít.

Mám pocit, že se nevěnovala dostatečná pozornost formaci studentek, které se ve svém dalším profesionálním životě budou potkávat v tak obrovské míře s utrpení. Je však pro mě překvapivým zjistit, jak se jsou zapálené pro pomoc člověku.

Těším se tomu, že ideály, které jsem jako studentka měla – pomáhat trpícím – a být jim nablízku, mně neopustili, by víc, jsou umocněny příkladem mnoha kolegů a kolegyně

Poté, co se ukázalo, že rozhovor na toto téma lze vést a [sestra](#) je ochotna odpovídat i na tak delikátní a náročné téma, jsme přistoupili k vlastnímu kvalitativnímu výzkumu. Proběhly tři rozhovory s řadovými všeobecnými sestrami a tři rozhovory s všeobecnými sestrami – ateistkami.

## 11. 2. Rozhovory č. 1 – 3, řádové sestry

### Rozhovor č. 1., řádová sestra

1. věk 30

2. délka praxe na chirurgické klinice 8

3. dosažené vzdělání VOŠ

**4. Pokud se na vašem oddělení vyskytne pacient s negativní prognózou ( nevléčitelné stádium choroby ), víte jaké možnosti má? Popište je:**  
Nevím co přesně tím myslíte, nastoupí paliativní léčení, snížení bolesti.

**5. Víte jaké jsou možnosti paliativní domácí péče a hospicové péče?**

Ano, vím. Domácí péče je poskytována v domácím prostředí, nejčastěji agenturou domácí péče, všeobecnými sestrami. Na základě ordinace lékaře je medikována analgetická a jiná terapie, hospicová péče je poskytována v zařízení k tomu určenému.

**6. Pokud by se vyskytl pacient s přáním Do Not Resuscitate – Ne Resuscitovat, jaký máte pocit z poskytování ošetrovatelské péče takovému pacientovi? Co myslíte, že vede pacienta k takovému rozhodnutí?**

Na našem pracovišti jsem se nesetkala, že by pacient rozhodoval o možnosti neresuscitovat; rozhodnou o tom lékaři.

Ráda ošetřuji pacienty s indikací DNR; poskytuje se jim kvalitní paliativní péče v plném rozsahu jaký vyžaduje jejich aktuální zdravotní stav; vůbec nemám zkušenost, že by byli méně, nebo hůř léčeni jako pacienti bez indikace DNR v terminálním stadiu onemocnění. Naopak, cením si, že pacienty s indikací DNR můžeme důstojně doprovodit až do posledního dechu bez chaosu „zachraňování“.

**7. V jistých zemích existuje možnost tzv. Advanced Directives – Vůle života, ustanovení podmínek a osob, kdy a jak je možno postupovat, případně neléčit pacienta. Je Vám známa tato možnost? Jaký máte názor na toto uspořádání svých věcí budoucích? Shledáváte je smysluplným?**

Není mně známa tato možnost; něco jsem si přečetla; víc informací nemám a ani jsem neslyšela debatu na toto téma; nevím, jestli musíme přebírat všechny způsoby z Ameriky.

**8. Pokud je pacient v infaustním stavu upoután na lůžko a je odkázán na povinnost lékaře léčit, přestože jde o terminální stav nemoci, jak na Vás působí ošetrování pacienta trpícího „čekáním na smrt“? Myslíte, že v pobytu pacienta na lůžku a zjevně trpícího je nějaký „vyšší smysl“?**

Trošku těžká otázka; člověk si asi v takových případech moc nevybírá; povinností ošetrovatelství a teda i lékařství je pomáhat ve zdraví, nemoci, i umírání. Na to nesmíme zapomínat. Myslím, že máme v tom velké rezervy. My nejsme páni života. Já pečuju ráda o člověka v terminálním stadiu nemoci.

**9. Při této představě, domníváte se, že právo na důstojnou smrt je nezadatelné pro myslící lidskou bytost? Jakou máte představu při pojmu „důstojná smrt“? Mohla by tento pojem vyjádřit eutanázie?**

Mám docela pochybnosti, jestli je eutanázie důstojná smrt. Nechci se pouštět do debaty o hodnotách, o kterých se nediskutuje - jak vyjádřil při nedávné návštěvě

Benedikt XVI. – o hodnotách již jsou jasně dány.

Dovolte mi užít slov Jana Pavla II., velkého papeže na přelomu tisíciletí.

„V skutočnosti však práve odvaha a radosť, s akou kráčajú životom mnohí naši bratia, postihnutí vážnymi defektmi, keď sa im z našej strany dostane prijatie a láska, je mimoriadne výrečným svedectvom o autentických hodnotách, ktoré utvárajú život a spôsobujú, že aj v ťažkých podmienkach je cenný sám osebe aj pre iných. Cirkev stojí po boku tých manželov, ktorí sa s veľkým nepokojom a bolesťou zmierujú s prijatím detí, postihnutých vážnymi defektmi, je vďačná všetkým tým rodičom, čo formou adopcie prijímajú deti, ktoré vlastní rodičia odvrhli preto, že boli telesne postihnuté alebo choré. "Ja zabíjam, aj život navraciam" (Dt 32,39): dráma eutanázie 64. Na konci života človek stojí tvárou v tvár tajomstvu smrti. V dôsledku pokroku medicíny a vplyvom kultúrneho kontextu, často uzavretému transcencii, skúsenosť umierania naberá dnes isté nové charakteristické rysy. Keď totiž začne prevládať tendencia považovať život za hodnotný len do takej miery, v akej je zdrojom príjemna a blahobytu, utrpenie sa javí ako neznesiteľná ťarcha, od ktorej sa treba za každú cenu oslobodiť. Smrť sa považuje za "nezmyselnú", keď neočakávane ukončuje život, ešte otvorený budúcnosti, ktorá môže priniesť mnoho zaujímavých skúseností; stáva sa však "túženým vyslobodením", keď sa ľudská existencia považuje za zbavenú ďalšieho zmyslu, lebo je ponorená do bolesti a nevyhnutne vystavená stále väčšiemu utrpeniu. Okrem toho keď človek odmieta alebo zabúda na svoj základný vzťah k Bohu, myslí si, že je sám sebe kritériom a normou a že má právo požadovať aj od spoločnosti, aby mu zabezpečila možnosť i spôsob, ako rozhodovať o vlastnom živote v úplnej a celkovej autonómii. Správa sa tak najmä človek vo vyspelých krajinách: privádza ho k tomu okrem iného neustály pokrok medicíny a jej stále dokonalejších techník. Pomocou využívania mimoriadne zložitých metód a zariadení súčasná lekárska veda a prax je schopná účinne riešiť prípady, ktoré boli predtým beznádejné a zmierňovať alebo odstraňovať bolesť, ako aj udržiavať a predlžovať život v situáciách krajnej slabosti, umelo oživovať osoby, u ktorých základné biologické funkcie prešli náhlym otrasom, ako aj robiť zásahy s cieľom získania orgánov na transplantáciu.

V takomto kontexte sa stáva čoraz silnejším pokušenie eutanázie čiže ovládnutia smrti tým, že ju predčasne spôsobíme, a tak "príjemne" zakončíme vlastný alebo cudzí život. V skutočnosti však to, čo by sa mohlo zdať logické a humánne, pri hlbšej analýze sa javí ako absurdné a neľudské. Stojíme tvárou v tvár jednému z najznepokojujúcejších prejavov "kultúry smrti", šíriacej sa najmä v spoločnostiach, charakterizovaných blahobytom a mentalitou užitočnosti, podľa ktorej prítomnosť stále väčšieho počtu starých a nemožúcich ľudí je príliš nákladná a zaťažujúca. Títo ľudia sú často izolovaní zo strany rodiny i spoločnosti, ktoré sa riadia skoro výlučne kritériami výrobnnej efektívnosti, a podľa nich nevyliciteľne postihnutý život nemá už žiadnu hodnotu. 65. Aby sme eutanáziu mohli z morálneho hľadiska správne zhodnotiť, treba ju najprv jasne definovať. Eutanáziou v pravom a vlastnom slova zmysle treba rozumieť čin alebo zanedbanie, ktoré zo svojej povahy alebo v úmysle konajúceho spôsobuje smrť kvôli odstráneniu akéhokolvek utrpenia. "Eutanáziu treba preto skúmať vzhľadom na úmysel a na použité metódy".

76. Treba rozlišovať medzi eutanáziou a rozhodnutím zrieknuť sa takzvanej "úpornej terapie", to jest istých lekárskeho zásahov, ktoré prestali byť primerané reálnej situácii chorého, lebo už nie sú úmerné výsledkom, aké možno očakávať, alebo sú aj príliš zaťažujúce pre samého chorého a pre jeho rodinu. V takýchto situáciách, keď je smrť blízka a neodvratná, je možné v zhode so svedomím "zriecť sa zákrokov, ktorými by sa dosiahlo len dočasné a bolestné predĺženie života, nemá sa však prerušovať normálna terapia, aká sa v podobných prípadoch vyžaduje".<sup>77</sup> Samozrejme, že jestvuje morálna

*povinnosť liečiť sa a podrobiť sa liečeniu. Takúto povinnosť však treba definovať v konkrétnych situáciách: treba totiž zhodnotiť, či aplikované liečebné prostriedky sú objektívne proporcionálne predpokladanému zlepšeniu zdravia. Zrieknutie sa mimoriadnych a prehnaných prostriedkov nie je totožné so samovraždou alebo eutanáziou; vyjadruje skôr prijatie postavenia človeka vzhľadom na smrť.*

*78. V súčasnej medicíne čoraz väčší význam nadobúdajú tzv. "paliatívne terapie", cieľom ktorých je zmiernenie utrpenia pacienta v konečnom štádiu choroby a zabezpečenie potrebnej ľudskej pomoci. V tomto ohľade vynoruje sa problém dovolenosti niektorých upokojujúcich prostriedkov a prostriedkov proti bolesti, ktorými sa má uľahčiť utrpenie chorého, keď je to spojené s rizikom skrátenia života. Ak aj možno považovať za chvályhodný postoj toho, kto dobrovoľne prijíma utrpenie tým, že sa zriekne terapie, ktorá zmiernuje bolesti, aby si zachoval plné vedomie a mohol sa tak, ak je veriaci, vedome zúčastniť na Kristovom utrpení, neznamená to, že všetci sú povinní zaujať takýto "hrdinský" postoj. Už Pius XII. potvrdil, že je dovolené zmiernovať bolesť pomocou opiátov, aj keď to v dôsledkoch vedie k obmedzeniu vedomia a skráteniu života, "ak iné prostriedky nejestvujú a ak to v daných okolnostiach neprekáža plneniu iných náboženských a morálnych povinností".<sup>79</sup> V takomto prípade sa totiž nechce smrť, ani sa o ňu neusiluje, hoci pre zdôvodnené príčiny pripúšťa sa jej riziko: použitím medicíny dostupných prostriedkov proti bolesti chce sa len účinne zmierniť bolesť. "Netreba však bez vážneho dôvodu zbavovať zomierajúceho vedomia":<sup>80</sup> tvárou v tvár blížiacej sa smrti ľudia majú byť schopní splniť si svoje morálne a rodinné záväzky, najmä majú mať možnosť pripraviť sa pri plnom vedomí na konečné stretnutie s Bohom. Po týchto rozlíšeníach, v zhode s Magistériom mojich predchodcov<sup>81</sup> a v spoločenstve s biskupmi katolíckej Cirkvi potvrdzujem, že eutanázia je vážnym porušením Božieho zákona ako morálne neprípustné dobrovoľné zabitie ľudskej osoby. Toto učenie sa zakladá na prirodzenom zákone a na písanom Božom slove, odovzdáva sa tradíciou Cirkvi a vyučuje ho riadne a všeobecné Magistérium.*

*82. V závislosti od okolností prax eutanázie obsahuje zlo, ktoré charakteruje samovraždu alebo vraždu. " Ján Pavol II. Evangelium vitae*

10. Když se zamyslíte a zavzpomínáte na roky svého studia, jaká byla Vaše představa o konci života? Lišila se nějak od Vašeho nynějšího názoru na tuto problematiku? Co Vás ovlivnilo ( vzdělání, praxe, učitelé, kolegové, životní zkušenost, situace...)?

Jsem mile překvapena, že potkávám lidi, kteří mají v hloubi srdce úctu k životu i ke smrti; s úctou přistupují k člověku, který trpí, umírá. To mně povzbuzuje. A to i z řad tzv. „nevěřících“

Když se zamyslím a vzpomínám, přemýšlím atd.,nabývám stále větší poznání, že smrt je tajemství – velké tajemství a brána, kterou procházíme, procházíme jí sami. Svou bázeň, ale i naději opírám o víru a jistotu z víry. Pomáhají mi – duchovní literatura a zvláště učení Církve.

„Čo je večný život?“

*10. Doteraz sme hovorili o viere a nádeji v Novom zákone a v počiatkoch kresťanstva. Stále však bolo jasné, že nehovoríme len o minulosti. Celá úvaha sa týka života a zomierania človeka vo všeobecnosti, a tak zaujíma aj nás tu a teraz. Preto sa teraz musíme výslovne spýtať: Je kresťanská viera aj dnes pre nás nádejou, ktorá premieňa a udržiaava náš život? Je pre nás „performatívna“ – je posolstvom, ktoré novým spôsobom stvárňuje samotný život? Alebo je iba „informáciou“, ktorú sme medzičasom odložili nabok a zdá sa nám prekonaná aktuálnejšími informáciami? Pri hľadaní odpovede by*

som chcel vychádzať z klasickej formy dialógu, ktorou sa v krstnom obrade vyjadrovalo prijatie novorodenca do spoločenstva veriacich a jeho znovuzrodenie v Kristovi. Kňaz sa predovšetkým pýtal, aké meno rodičia vybrali pre dieťa, a potom pokračoval otázkou: „Čo žiadaš od Cirkvi?“ Odpoveď: „Vieru.“ „Čo ti dáva viera?“ - „Večný život.“ V tomto dialógu rodičia hľadali pre dieťa prístup k viere, spoločenstvo s veriacimi, lebo vo viere videli kľúč k „večnému životu“. V skutočnosti tak dnes ako včera ide práve o toto v krste, ktorým sa stávame kresťanmi: nie je to len akt socializácie v rámci spoločenstva, nie iba prijatím do Cirkvi. Rodičia čakajú pre dieťa, prijímajúce krst, čosi viac: očakávajú, že viera, ktorej súčasťou je aj materiálnosť Cirkvi a jej sviatostí, mu daruje život, večný život. Viera je podstatou nádeje. Tu sa však rodí otázka: Chceme to naozaj – žiť večne? Dnes možno mnohí odmietajú vieru jednoducho preto, že večný život u nich nepatrí medzi veci, po ktorých by túžili. V skutočnosti nechcú večný život, ale prítomný, a viera vo večný život sa im vzhľadom na tento cieľ javí skôr ako prekážka. Pokračovať v živote naveky – bez konca – sa zdá skôr ako odsúdenie než dar. Iste, smrť treba oddialiť, nakoľko je to len možné. No žiť stále, bez konca – to môže byť napokon iba nudné, ba dokonca neznesiteľné. Presne o tomto hovorí napríklad Ambróz, jeden z cirkevných otcov, v pohrebnej reči za svojho zosnulého brata Satira: „Je pravda, že smrť nebola súčasťou prirodzenosti, ale stala sa prirodzenou skutočnosťou. Boh totiž od počiatku neustanovil smrť, ale dal na ňu liek (...) V dôsledku previnenia začal byť život ľudí biedny uprostred každodenných námah a neznesiteľného plaču. Zlu bolo treba spraviť koniec, a tak smrť mala vynahradiť, čo život stratil. Nesmrteľnosť je skôr tarchou ako výhodou, ak len ju neosvieti milosť.“ Ešte predtým Ambróz povedal: „Nemáme plakať nad smrťou, lebo je príčinou spásy...“

11. Čokoľvek chcel svätý Ambróz presne povedať týmito slovami – pravda je, že odstránenie, alebo takmer neobmedzené oddialenie smrti by uvrhlo zem a ľudstvo do neúnosnej situácie a neprinieslo by ani samotnému jednotlivcovi žiadne dobrodenie. V tomto našom postoji je, samozrejme, jedno protirečenie, ktoré poukazuje na vnútornú protirečivosť samotnej našej existencie. Z jednej strany nechceme zomrieť, najmä ten, kto nás miluje, nechce, aby sme zomreli. Z druhej strany však napriek tomu netúžime ani pokračovať v živote donekonečna, ba ani zem nebola stvorená s touto perspektívou. Čo teda naozaj chceme? Tento paradox nášho postoja vyvoláva hlbšiu otázku: Čo v podstate je „život“? A čo v skutočnosti znamená „večnosť“? Sú okamihy, v ktorých si nečakane uvedomíme: Áno, malo by to byť presne takto, pravý život by mal byť presne takýto. No, naopak, to, čo v každodennosti nazývame „život“, v skutočnosti nie je životom. Augustín vo svojom dlhom liste o modlitbe, adresovanom Probe, dobre situovanej rímskej vdove a matke troch konzulov, svojho času napísal: V podstate chceme jedinou vec – „blažený život“, život, ktorý je jednoducho život, jednoducho „šťastie“. A o nič iné napokon neprosíme ani v modlitbe. Nekráčame k ničomu inému a ide nám jedine o toto. No potom Augustín dodáva: Keď sa prizrieme lepšie, v skutočnosti nevieme, po čom vlastne túžime, čo by sme naozaj chceli. Vôbec túto skutočnosť nepoznáme a ani v okamihoch, keď si myslíme, že sa jej dotýkame, skutočne ju nedosahujeme. „Nevieme ani to, za čo sa máme modliť,“ vyznáva slovami svätého Pavla (Rim 8, 26). Vieme len to, že to nie je ono. Napriek tomu v našej nevedomosti vieme, že táto skutočnosť musí existovať. „Je teda v nás takpovediac učená nevedomosť (docta ignorantia),“ píše. Nevieme, čo by sme naozaj chceli. Nepoznáme tento „pravý život“, no napriek tomu vieme, že musí existovať niečo, čo nepoznáme, a predsa sme k tomu priťahovaní.

12. Myslím, že Augustín tu veľmi presne a vždy platne opisuje základnú situáciu človeka, situáciu, z ktorej pochádzajú všetky jeho protirečenia a jeho nádeje. Nejakým spôsobom túžime po samotnom živote, po tom pravom, ktorého sa nedotkne ani smrť; a zároveň nepoznáme to, k čomu sa cítime priťahovaní. Nemôžeme prestať smerovať k nemu, a predsa vieme, že všetko, čo môžeme zakúsiť, alebo uskutočniť, nie je to, po čom tak

túžime. Táto neznáma „vec“ je pravá „nádej“, ktorá nás podnecuje, a práve skutočnosť, že je neznáma, je súčasne príčinou všetkých sklamaní, ako aj všetkých pozitívnych alebo deštruktívnych podnetov vzhľadom na autentický svet a autentického človeka. Výraz „večný život“ sa snaží pomenovať túto známo-neznámu skutočnosť. Je to nutne nedostatočný výraz, ktorý vyvoláva zmätok. „Večný“ totiž v nás vyvoláva predstavu „nekončiaci“ a toto nám naháňa strach. Slovo „život“ nás vedie k tomu, že myslíme na taký život, aký teraz poznáme, milujeme a nechceme stratiť a ktorý je napriek tomu často viac námahou než uspokojením, a tak kým po ňom z jednej strany túžime, z druhej ho nechceme. Môžeme sa len pokúšať vyjsť naším myslením z časovosti, ktorej sme väzňami, a nejakým spôsobom zakúsiť predchuť toho, že večnosť nie je nekonečným striedaním sa dní v kalendári, ale niečo ako okamih plného uspokojenia, v ktorom nás objíma totalita bytia a my ju objímame. To znamená ponoriť sa do oceánu nekonečnej lásky, v ktorom čas – chápaný ako „predtým a potom“ – už viac neexistuje. Môžeme sa nanajvýš snažiť myslieť si, že tento okamih je život v plnom zmysle, stále nové ponáranie sa do šírky bytia, pričom sme jednoducho preniknutí radosťou. Tak to vyjadruje Ježiš v Jánovom evanjeliu: „ale zasa vás uvidím a vaše srdce sa bude radowať. A vašu radosť vám nik nevezme“ (16, 22). Musíme uvažovať týmto smerom, ak chceme pochopiť, kam smeruje kresťanská nádej, čo očakávame od viery, od nášho bytia s Kristom.“ Benedikt XVI.

Domnívate se, že je ještě něco důležitého pro sdělení?

Vybírám aspoň niekoľik myšlenek:

Benedikt XVI., Spe salvi

II.Činnosť a utrpenie ako škola nádeje 35.

Každé vážne a správne ľudské konanie je aktívnou nádejou. Je ňou predovšetkým v tom zmysle, že sa tak usilujeme naplniť naše menšie či väčšie nádeje: riešiť tú či onú úlohu, ktorá je pre našu celkovú životnú púť dôležitá; prispieť naším úsilím, aby sa svet stal trochu jasnejším a ľudskejším a otvorili sa tak aj dvere do budúcnosti. No ak nás neosvetľuje žiara tej veľkej nádeje, ktorú nemôžu zničiť ani malé neúspechy, ani historické zlyhania, každodenné úsilie na naplnenie nášho života a lepšiu budúcnosť nás unavuje alebo sa mení vo fanatizmus. Ak nemôžeme dúfať v niečo väčšie než to, čo môžeme z kroka na krok dosiahnuť a čo nám ponúka politická a ekonomická moc, náš život sa čoskoro zúži a zostane beznádejný. Dôležité je vedieť, že môžem ešte stále dúfať, i keď pre môj život a v danom okamihu navonok už nemám v čo dúfať. Len veľká nádej-istota, že napriek všetkým neúspechom môj osobný život a celé dejiny chráni nezničiteľná moc Lásky, a vďaka nej a pre ňu majú zmysel a sú dôležité, len taká nádej môže v takýchto chvíľach dodať ešte odvahu konať a napredovať. Iste, „Božie kráľovstvo“ nemôžeme uskutočniť našimi silami. To, čo my budujeme, zostáva vždy kráľovstvom človeka, so všetkými limitmi, vlastnými ľudskej prirodzenosti. Božie kráľovstvo je dar, a práve preto je veľké a krásne a dáva odpoveď na našu nádej. Taktiež si nemôžeme – ako hovorí klasická terminológia – „zaslúžiť“ alebo našimi skutkami. Je vždy väčšie než to, čo si zaslúžime, podobne ako byť milovaný nie je niečo, čo si možno „zaslúžiť“, ale je to vždy dar. Napriek tomu a pri plnom uvedomení si väčšej hodnoty neba, zostane vždy pravdou, že naše konanie nie je bezvýznamné pred Bohom a teda nie je bezvýznamné ani pre vývoj dejín. Môžeme otvoriť nás i svet, aby vstúpil Boh: dobro, pravda a láska. To robili svätí, keď ako „Boží spolupracovníci“ prispievali k spásu sveta (porov. 1 Kor 3, 9; 1 Sol 3, 2). Náš život a svet môžeme oslobodzovať od jedov a znečistenia, ktoré by mohli zničiť prítomnosť i budúcnosť. Môžeme objaviť a udržiavať čisté zdroje stvorenia a tak spolu so stvorením, ktoré nás predchádza ako dar, robiť to, čo je správne podľa vnútorných požiadaviek a

cieľov stvorenstva. To má svoj zmysel, aj keď sa nám, ako sa zdá, nedarí, alebo sa cítime bezmocní proti presile nepravých síl. Tak z jednej strany z nášho konania pramení nádej pre nás a pre druhých a súčasne je to veľká nádej, opierajúca sa o Božie prisľúbenia, dodávajúca v dobrých i zlých časoch odvahu a usmerňujúca naše konanie. 36.

Podobne ako činnosť aj utrpenie je súčasťou ľudskej existencie. Z jednej strany pochádza z našej konečnosti a z druhej je súhrnom vín, ktoré sa nahromadili v priebehu dejín a nezadržateľným spôsobom rastú aj v súčasnosti. Pochopiteľne treba robiť všetko na umenšenie bolesti, zabrániť, nakoľko je to možné, utrpeniu nevinných, tíšiť bolesti, pomáhať prekonať psychické utrpenia. Všetko sú to povinnosti tak spravodlivosti, ako aj lásky, ktoré považujeme za základné požiadavky kresťanskej existencie a každého opravdivo ľudského života. V boji proti fyzickej bolesti sa podarilo dosiahnuť veľký pokrok. Utrpenie nevinných, ako aj psychické utrpenia však v posledných desaťročiach skôr vzrástli. Áno, musíme robiť všetko, aby sme utrpenie prekonali, ale úplne ho odstrániť zo sveta nie je v našich možnostiach. Jednoducho preto, že sa nemôžeme zbaviť konečnosti nášho života, a pretože nikto z nás nedokáže odstrániť moc zla, viny, ktorá – ako vidíme – je neustále zdrojom utrpenia. Toto by mohol uskutočniť len Boh: len Boh, ktorý osobne vstúpi do dejín tým, že sa stane človekom a trpí v nich. My vieme, že tento Boh tu je a že táto moc, ktorá „sníma hriech sveta“ (Jn 1, 29), je prítomná vo svete. S vierou v existenciu tejto moci povstala v dejinách nádej na uzdravenie sveta. Ide však práve o nádej, a nie ešte o jej naplnenie. O nádej, ktorá nám dáva odvahu postaviť sa na stranu dobra aj tam, kde sa to zdá beznádejné, vo vedomí, že v priebehu dejín, tak ako sa javia zvonku, moc viny zostane aj v budúcnosti hroznou prítomnosťou. 37.

Vráťme sa k našej téme. Môžeme sa snažiť utrpenie zmenšovať, bojovať proti nemu, ale nemôžeme ho odstrániť. Práve tam, kde sa ľudia v snahe vyhnúť sa každému utrpeniu usilujú vymaniť sa zo všetkého, čo by mohlo spôsobovať bolesť, tam, kde sa chcú vyhnúť námahe pravdy, lásky a dobra, sklzájú do prázdneho života, v ktorom možno takmer neexistuje bolesť, no o to viac tam dolieha temný pocit nedostatku zmyslu života. Vyhybanie sa utrpeniu ani útek pred bolesťou neprináša človeku uzdravenie. To prináša len schopnosť prijať súženie, dozrievať v ňom a nachádzať jeho zmysel prostredníctvom zjednotenia sa s Kristom, ktorý trpel s nekonečnou láskou. Rád by som v tomto kontexte citoval niekoľko viet z listu vietnamského mučeníka Pavla Le-Bao-Thina (+ 1857), z ktorých jasne vidieť túto transformáciu utrpenia prostredníctvom sily nádeje, ktorá pochádza z viery. „Ja, Pavol, väzeň pre Kristovo meno, by som vám chcel povedať o mojich útrapách, do ktorých som denne ponorený, aby ste, roznielení láskou k Bohu, vzdávali mu so mnou chválu, lebo jeho milosrdenstvo trvá naveky (porov. Ž 136). Toto väzenie je pravým obrazom večného pekla: ku krutému mučeniu každého druhu, k putám na nohách, železným reťaziam a okovám sa pripája nenávisť, tresty, kliatby, vulgárne slová, zlomyseľnosť, falošné prisahy, zlorečenie a napokon súženie a smútok. Avšak Boh, ktorý vyslobodil z ohnivej pece troch mládencov, je neustále pri mne a aj mňa vyslobodil z tohto súženia a obrátil ho na slasť: jeho milosrdenstvo trvá naveky. Uprostred týchto múk, ktoré u druhých obyčajne vyvolávajú hrôzu a zlomia ich, som vďaka Božej milosti naplnený útechou a radosťou: nie som totiž sám, lebo Kristus je tu so mnou. (...) Ako však môžem znášať toto hrozné divadlo, keď denne vidím, ako sa cisári, mandaríni a ich družiny rúhajú tvojmu svätému menu, Pane, ktorý tróniš nad cherubínmi (porov. Ž 80, 2) a serafínmi? Ved' po tvojom kríži šliapu nohy pohanov! Kde je tvoja sláva? Keď toto všetko vidím, som rozniecovaný láskou k tebe, radšej si chcem nechať odťat' údy a zomrieť na znamenie lásky k tebe. Ukáž mi, Pane, svoju moc, príď mi na pomoc a zachráň ma. Nech sa v mojej slabosti prejaví tvoja sila a je oslávená pred tvárou pohanov. (...)

*Najmilší bratia, keď budete počuť o týchto veciach, vzdávajte s radosťou nekonečný hymnus vďaka Bohu, od ktorého pochádza všetko dobré, a dobrorečte mu spolu so mnou: jeho milosrdenstvo trvá naveky. (...) Píšem vám toto všetko, aby sa zjednotila vaša a moja viera. Uprostred tejto búrky vrhám kotvu k Božiemu trónu, živej nádeji, ktorá je v mojom srdci...“ Toto je list z „pekla“. Vyjadruje všetku hrôzu koncentračného tábora, v ktorom sa okrem múk zo strany tyranov rozpútava zlo v samotných obetiach, čím sa aj ony stávajú nástrojmi krutosti žalárnikov. Je to list z pekla, ale potvrdzujú sa v ňom slová žalmu „Ak vystúpim na nebesia, ty si tam; ak zostúpim do podsvetia, aj tam si. (...) Keby som si povedal „Azda ma tma ukryje (...), pre teba ani tmy tmavé nebudú a noc sa rozjasní ako deň““ (Ž 139, 8 - 12; porov. aj Ž 23, 4). Kristus zostúpil do „pekiel“, a tak je blízko tomu, kto je do nich vrhnutý, a aj pre neho premieňa temnoty na svetlo. Utrpenia a muky zostávajú naďalej hrozné a takmer neznesiteľné. Napriek tomu však vyšla hviezda nádeje, kotva srdca siaha až k Božiemu trónu. V človeku neprepuká zlo, ale víťazí svetlo. Aj keď utrpenie neprestáva byť utrpením, napriek všetkému sa stáva spevom chvály.*

38.

*Miera ľudskosti je podstatne určovaná vzťahom k utrpeniu a k trpiacemu. Platí to pre jednotlivcov i pre spoločnosť. Spoločnosť, ktorá nedokáže prijímať trpiacich a nie je schopná prostredníctvom súcitu podieľať sa na ich utrpeniach a vnútorne ich znášať, je krutá a neľudská. Spoločnosť však nemôže prijímať trpiacich a pomáhať im v ich utrpení, kým to nedokážu dotyční jedinci sami. A na druhej strane jedinec nemôže prijať utrpenie druhého, kým on sám osobne nedokáže nájsť v utrpení zmysel, cestu očisty a vyzrievania, cestu nádeje. Prijatie trpiaceho blížneho totiž znamená vziať určitým spôsobom na seba jeho utrpenie, takže sa stane aj mojím. Práve v tom, že sa o utrpenie delíme vďaka prítomnosti niekoho druhého, preniká cez utrpenie svetlo lásky. Veľmi krásne to vyjadruje latinské slovo con-solatio, útecha, pretože byť spolu v samote (con-solatio) už nie je viac samota, ale útecha. Avšak aj schopnosť prijať utrpenie z lásky k dobru, k pravde a k spravodlivosti je základnou mierou ľudskosti. Ak je totiž napokon môj blahobyť a moje bezpečie dôležitejšie ako pravda a spravodlivosť, potom platí právo silnejšieho a kraluje násilie a lož. Pravda a spravodlivosť musia stáť nad každým mojím fyzickým pohodlím a bezpečím, inak sa stane samotný môj život lžou. A napokon je zdrojom utrpenia aj rozhodnutie sa pre lásku, pretože láska si vždy vyžaduje sebazaprenie, tým, že sa nechám zraňovať a očisťovať. Láska v skutočnosti nemôže existovať bez tohto i bolestného zrieknutia sa seba samého, inak sa stane sebecktom, čím anuluje samu seba.*

39.

*Trpieť spolu s druhými a pre druhých, trpieť z lásky k pravde a spravodlivosti, trpieť pre lásku a preto, aby som sa stal opravdivo milujúcim človekom – to sú základné prvky ľudskosti, zanechanie ktorých by zničilo samotného človeka. Znovu sa však vynára otázka: Dokážeme to? Je druhý dostatočne dôležitý, aby som sa pre neho stal osobou, ktorá trpí? Je pre mňa pravda skutočne taká dôležitá, aby som za ňu platil utrpením? Je prísľub lásky taký veľký, aby bol dôvodom môjho sebadarovania? Kresťanskej viere prináleží v dejinách ľudstva práve tá zásluha, že v človeku novým spôsobom a v novej hĺbke prebudila schopnosť takýchto spôsobov utrpenia, ktoré sú pre jeho ľudskosť rozhodujúce. Kresťanská viera nám ukázala, že pravda, spravodlivosť a láska nie sú len ideály, ale úžasne obsažené skutočnosti. Ukázala nám totiž, že Boh, ktorý je osobne Pravda a Láska, chcel trpieť za nás a spolu s nami. Bernard z Clairvaux to vyjadril obdivuhodným zvratom: „Impassibilis est Deus, sed non incompassibilis (Boh nemôže trpieť, ale môže spolutrpieť)“. Človek má pre Boha takú veľkú cenu, že on sám sa stal človekom, aby mohol s človekom spolucítiť veľmi reálnym spôsobom v tele a krvi, ako nám o tom rozpráva opis Ježišovho umučenia. Z neho do každého ľudského utrpenia vstupuje niekto, kto s ním zdieľa utrpenie a súženie; z neho sa do každého ľudského utrpenia šíri útecha*

*(con-solatio) lásky spolutrpiaceho Boha, a tak človeku vychádza hviezda nádeje. Iste, v našich rozmanitých utrpeniach a skúškach potrebujeme vždy aj naše malé či veľké ľudské nádeje, láskavé návštevy, uzdravenie vnútorných i vonkajších rán, kladné vyriešenie krízy atď. V menších skúškach môžu stačiť aj tieto druhy nádeje. Avšak v naozaj ťažkých skúškach, v ktorých musím sám urobiť definitívne rozhodnutie, postaviť pravdu pred blahobyť, kariéru či majetok, vtedy sa stáva nevyhnutnou pravá, veľká nádej, o ktorej sme hovorili. Aj preto potrebujeme svedkov, mučeníkov, ktorí sa plne darovali, aby nám to zo dňa na deň ukazovali. Potrebujeme ich, aby sme aj v malých každodenných alternatívach dávali prednosť dobru pred pohodlím a boli si vedomí, že práve tým žijeme opravdivý život. Povedzme to ešte raz: schopnosť trpieť z lásky k pravde je mierou ľudskosti. Táto schopnosť trpieť však závisí od druhu a miery nádeje, ktorú nosíme vo svojom vnútri a na ktorej stavíme. Svätí mohli prejsť dlhú cestu ľudského bytia takým spôsobom, akým ju prešiel pred nami Kristus, pretože boli naplnení veľkou nádejou.*  
40.

*Chcel by som ešte dodať malý postreh z každodenného života, ktorý nie je celkom bezvýznamný. Súčasťou istej zbožnosti, dnes menej, no donedávna značne rozšírenej, bola myšlienka na možnosť „obetovať“ každodenné malé námahy, ktoré nás neustále stretajú ako viac či menej otravné bodnutia, a prepožičať im tak nový zmysel. V tejto zbožnosti boli iste aj prehnané a možno i nezdravé veci. Treba si však položiť otázku, či do určitej miery neobsahovala niečo podstatné, čo by nám mohlo byť nápomocné. Čo to znamená „obetovať“? Ľudia, ktorí to praktizovali, boli presvedčení, že do Kristovho súcitu s nami môžu vložiť svoje malé námahy, ktoré sa tak istým spôsobom stávajú súčasťou pokladu spolucítania, ktoré ľudstvo tak potrebuje. Týmto spôsobom by aj malé každodenné trápenia mohli dostávať zmysel a prispievať tak k ekonómii dobra a k láske medzi ľuďmi. Možno by sme sa naozaj mali pýtať, či by sa takáto prax nemohla znova stať zmysluplnou perspektívou aj pre nás.*

*Použitá literatúra:*

BENEDIKT XVI., *Deus caritas est*. Paulínky, 2006 ISBN 80-86949-03-6

BENEDIKT XVI., *Spe salvi*. Trnava : Spolok sv. Vojtecha, 2008. ISBN 978-80-7162-700-5.

JÁN PAVOL II.; *Evangelium vitae*. Trnava : Spolok sv. Vojtecha, 1995. ISBN 80-7162-097-

## Rozhovor č. 2., řádová sestra

1. věk - 36
2. délka praxe na chirurgické klinice 16.měsíců
3. dosažené vzdělání -Bc

### **4. Pokud se na vašem oddělení vyskytne pacient s negativní prognózou ( nevléčitelné stádium choroby ), víte jaké možnosti má? Popište je:**

Psychicky prochází stupněmi které charakterizuje Kübler- Rosová, onko-terapii určuje onkolog, dle stavu, volby, okolnosti může se mu nabídnout hospic, mobilní hospic, stacionář, Ados, dos... v terminálním stadiu už není léčba kauzální- ale paliativní

### **5. Víte jaké jsou možnosti paliativní domácí péče a hospicové péče?**

Hlavně aby netrpěl bolestí, respektuje se jeho důstojnost.

### **6. Pokud by se vyskytl pacient s přáním Do Not Resuscitate – Ne Resuscitovat, jaký máte pocit z poskytování ošetrovatelské péče takovému pacientovi? Co myslíte, že vede pacienta k takovému rozhodnutí?**

U nás si to pacient neordinuje sám a pokud je to indikace lékaře, to znamená, že se nebude zahajovat resuscitace, ale péči poskytujeme dle ordinací lékaře, jako každému jinému. Jaký mám pocit?-uvědomuji si, že mu zbývá jenom několik dní, týdnů a proto je důležité, aby ještě zakusil lásku, péči, náš zájem.

### **7. V jistých zemích existuje možnost tzv. Advanced Directives – Vůle života, ustanovení podmínek a osob, kdy a jak je možno postupovat, případně neléčit pacienta. Je Vám známa tato možnost? Jaký máte názor na toto uspořádání svých věcí budoucích? Shledáváte je smysluplným?**

Myslím, že tady v Čechách jsou hospice na vysoké úrovni a souhlasím s MUDr. Svatošovou, která je zakladatelkou prvního hospice v Čechách, že onkologickému pacientovi je potřebné se věnovat, a vždy ještě může žít hodnoty postojové: projevit lásku, smíření, dát do pořádku svůj život. Pokud má podporu okolí, nebude žádat o eutanazii- to mají ověřené z praxe, většinou o eutanazii žádají pacienti v depresi- a teda deprese naznačuje neuspokojenou potřebu člověka.

### **8. Pokud je pacient v infaustním stavu upoután na lůžko a je odkázán na povinnost lékaře léčit, přestože jde o terminální stav nemoci, jak na Vás působí ošetrování pacienta trpícího „čekáním na smrt“? Myslíte, že v pobytu pacienta na lůžku a zjevně trpícího je nějaký „vyšší smysl“?**

Ano určitě smysl tu je i když teď tomu nerozumíme, ošetrování pacienta i toho, který je v terminálním stadiu má být projevem lásky, je to poslání, pomoc mu na jeho křížové cestě.

### **9. Při této představě, domníváte se, že právo na důstojnou smrt je nezadatelné pro myslící lidskou bytost? Jakou máte představu při pojmu „důstojná smrt“? Mohla by tento pojem vyjádřit eutanázie?**

Ne, nikdo z nás si život nedal sám ani nemá právo si ho brát. Důstojnou smrt vnímám -jako návrat do Otcovy náruče, návrat domů, smíření s bratřími, sestrami, s lidmi, se sebou, s Bohem, představuji si to jako dokončení díla, které je nabídnuté Stvořiteli a to v důvěře, že ho přijme i s vděčností za dar života, který jsme dostali.

**10. Když se zamyslíte a zavzpomínáte na roky svého studia, jaká byla Vaše představa o konci života? Lišila se nějak od Vašeho nynějšího názoru na tuto problematiku? Co Vás ovlivnilo ( vzdělání, praxe, učitelé, kolegové, životní zkušenost, situace...)?**

Určitě se lišila, kdysi jsem měla ze smrti strach, dnes i díky Božímu slovu hledím na smrt jako na nutnost, jako na bránu, přes kterou musí každý z nás přejít a za kterou čeká Otec, který nám rozumí, který nás miluje, kterému na nás záleží a který nám připravil místo v nebi. Je to setkání s Láskou a na to se musíme těšit už dnes.

Domníváte se, že je ještě něco důležitého pro sdělení?

Bůh pozývá člověka k životu: Já jsem, přišel, aby ste měli život a měli ho v hojné míře (Jn 10,10). Bůh nechce smrt hříšníka, ale aby se obrátil a žil. Myslím, že když pochopíme smysl svého života - jako tajemství i úkol, pochopíme i smysl života jiných.

### Rozhovor č. 3., řádová sestra

1. věk 51 let
2. délka praxe na chirurgické klinice 8 let
3. dosažené vzdělání SZŠ
4. **Pokud se na vašem oddělení vyskytne pacient s negativní prognózou ( nevléčitelné stádium choroby ), víte jaké možnosti má? Popište je:**  
Je možnost paliativní péče, se všemi náležitostmi – tlumení bolesti, psychologická podpora, péče o všechny nejen biologické, ale hlavně i o psychologické a sociální potřeby a podporu rodiny.
5. **Víte jaké jsou možnosti paliativní domácí péče a hospicové péče?**  
Ať už v domácím nebo v hospicovém prostředí zmírňovat bolesti nemocného, aby netrpěl, a zmírnit utrpení duše jeho a jeho blízkých.
6. **Pokud by se vyskytl pacient s přáním Do Not Resuscitate – Ne Resuscitovat, jaký máte pocit z poskytování ošetrovatelské péče takovému pacientovi? Co myslíte, že vede pacienta k takovému rozhodnutí?**  
V nemocnici si pacient nerozhoduje, že nechce resuscitovat.
7. **V jistých zemích existuje možnost tzv. Advanced Directives – Vůle života, ustanovení podmínek a osob, kdy a jak je možno postupovat, případně neléčit pacienta. Je Vám známa tato možnost? Jaký máte názor na toto uspořádání svých věcí budoucích? Shledáváte je smysluplným?**  
Podle zkušenosti MUDr. Svatošové je důležité smysluplné věnovat se nemocným, aby si uspořádali věci. Dívat se reálně na situaci.
8. **Pokud je pacient v infaustním stavu upoután na lůžko a je odkázán na povinnost lékaře léčit, přestože jde o terminální stav nemoci, jak na Vás působí ošetřování pacienta trpícího „čekáním na smrt“? Myslíte, že v pobytu pacienta na lůžku a zjevně trpícího je nějaký „vyšší smysl“?**  
Lidsky je to pro mě těžké, zvláště když umírající je mladý člověk. Z mé zkušenosti při umírajících – v domácí péči, člověk věřící v Boha dokáže v utrpení vidět vyšší smysl.
9. **Při této představě, domníváte se, že právo na důstojnou smrt je nezadatelné pro myslící lidskou bytost? Jakou máte představu při pojmu „důstojná smrt“? Mohla by tento pojem vyjádřit eutanázie?**  
Eutanázie není důstojnou smrtí, to jsme my – personál, bližní, příbuzní povinni zahrnout umírajícího tou nejlepší a nejlaskavější ošetrovatelskou péčí.
10. **Když se zamyslíte a zavzpomínáte na roky svého studia, jaká byla Vaše představa o konci života? Lišila se nějak od Vašeho nynějšího názoru na tuto problematiku? Co Vás ovlivnilo ( vzdělání, praxe, učitelé, kolegové, životní zkušenost, situace...)?**  
Je to z praxe už jiný pohled. Při umírání nemocných, starých lidí, jsem stála s básní, s díkem za jejich život, ale i důvěrou, že Bůh ve své veliké lásce a milosrdenství přijme jejich duše do své slávy a radosti.

Domníváte se, že je ještě něco důležitého pro sdělení? - - -

### 3. Rozhovory č. 4 – 6, všeobecné sestry

#### Rozhovor č. 4., všeobecná sestra

1. věk 40 let
2. délka praxe na chirurgické klinice 12
3. dosažené vzdělání SZŠ se specializací

#### **4. Pokud se na vašem oddělení vyskytne pacient s negativní prognózou ( nevléčitelné stádium choroby ), víte jaké možnosti má? Popište je:**

Takový pacient má možností několik. Může zůstat hospitalizován na našem oddělení, kde se mu dostane profesionální péče celého ošetrovatelského týmu. O takového nemocného pečujeme dle jeho aktuálního zdravotního a psychického stavu. Jinou péči poskytujeme chodícímu, orientovanému pacientovi, jinou poskytujeme nemocnému upoutanému na lůžko v terminálním stadiu nemoci... Dále nemocný může být propuštěn do domácího ošetřování, kde péči poskytuje rodina např. za pomoci domácích agentur. Další možností je přeložení do hospicu.

#### **5. Víte jaké jsou možnosti paliativní domácí péče a hospicové péče ?**

Velké znalosti o této péči nemám, každá z těchto péčí má určitě své výhody a svá úskalí. Domácí paliativní péče má určitě výhodu v tom, že je nemocný ve svém prostředí, mezi svými blízkými. Nemocný nemusí tak psychicky trádat jako v cizím, anonymním prostředí zdravotnického zařízení. Hospicová péče je určitě daleko na vyšší odborné úrovni s možností okamžité reakce na pacientův aktuální stav. Personál je zde na vysoké odborné úrovni. Obrovsky důležitá je u tohoto personálu schopnost empatie! I v hospicu má nemocný možnost mít své blízké u sebe.

#### **6. Pokud by se vyskytl pacient s přáním Do Not Resuscitate – Ne Resuscitovat, jaký máte pocit z poskytování ošetrovatelské péče takovému pacientovi? Co myslíte, že vede pacienta k takovému rozhodnutí?**

S takovýmto přáním jsem se na našem oddělení nesešla. Myslím si, že moje pocity by závisely na mnoha faktorech. K takovému rozhodnutí může nemocného vést cokoliv, důvody mohou být zdravotníkům mnohdy zcela neznámé. Nemocného k takovému rozhodnutí může vést strach ze zdravotního stavu po resuscitaci, sociální izolace...

#### **7. V jistých zemích existuje možnost tzv. Advanced Directives – Vůle života, ustanovení podmínek a osob, kdy a jak je možno postupovat, případně neléčit pacienta. Je Vám známa tato možnost? Jaký máte názor na toto uspořádání svých věcí budoucích? Shledáváte je smysluplným?**

O této možnosti jsem slyšela pouze velmi okrajově. Já osobně jsem o tomto nepřemýšlela. Věřím tomu, že pro mnohé je toto velmi smysluplné.

#### **8. Pokud je pacient v infaustním stavu upoután na lůžko a je odkázán na povinnost lékaře léčit, přestože jde o terminální stav nemoci, jak na Vás působí ošetřování pacienta trpícího „čekáním na smrt“? Myslíte, že v pobytu pacienta na lůžku a zjevně trpícího je nějaký „vyšší smysl“?**

Termín pacient trpící čekáním na smrt se mě vůbec nelíbí. V mé praxi se setkávám s ošetřováním umírajícího. Tato péče má svá specifika. Velký důraz klást na psychiku nemocného, kontakt s rodinou (neměly by zde platit nějaká pravidla o návštěvních

hodinách), samozřejmě nemocný by neměl mít bolest...při umírání nebýt sám. Trpící člověk je selhání medicíny a ne vyšší smysl.

**9. Při této představě, domníváte se, že právo na důstojnou smrt je nezadatelné pro myslící lidskou bytost? Jakou máte představu při pojmu „důstojná smrt“? Mohla by tento pojem vyjádřit eutanázie?**

Nevím co bych k této otázce měla říci, většinu jsem řekla v předchozích otázkách. Eutanázie ano, možná, snad, ale ne v této naší společnosti, která na toto není zcela připravena.

**10. Když se zamyslíte a zavzpomínáte na roky svého studia, jaká byla Vaše představa o konci života? Lišila se nějak od Vašeho nynějšího názoru na tuto problematiku? Co Vás ovlivnilo ( vzdělání, praxe, učitelé, kolegové, životní zkušenost, situace...)?**

Během mého studia jsem se se smrtí nesetkala. Smrt jsem si nijak nepředstavovala, teď po letech si myslím, že jsem měla z tohoto tématu obavy. Názory se věkem samozřejmě liší, také ve své praxi jsem se opakovaně setkala s péčí o umírajícího, zemřelého.

Domníváte se, že je ještě něco důležitého pro sdělení? - - -

## Rozhovor č. 5, všeobecná sestra

1. věk 30 let
2. délka praxe na chirurgické klinice 11 let
3. dosažené vzdělání SZŠ

### **4. Pokud se na vašem oddělení vyskytne pacient s negativní prognózou ( nevléčitelné stádium choroby ), víte jaké možnosti má? Popište je:**

Jedná se o paliativní léčbu, kterou preferuji. Účelem paliativní léčby je, aby člověk odešel ze světa co nejdůstojněji a měl vzornou péči do konce svého života. Myslím si, že by měl mít důstojnou smrt bez bolesti a utrpení, ale to je otázka. Již několikrát jsem se setkala ve své praxi s nevléčitelně nemocným a můžu říci, že bych se ztotožnila s tím, aby mohl důstojně zemřít bez bolesti.

### **5. Víte jaké jsou možnosti paliativní domácí péče a hospicové péče?**

O paliativní péči v domácím prostředí jsem moc neslyšela a ani se nesetkala, ale o hospicové péči jsem slyšela několikrát. Jako studentka 2. ročníku jsem hospic – v Červeném Kostelci navštívila. Podle mě je hospiců v republice málo. Více a více přibývá lidí s onemocněním rakoviny. Zaměstnance tohoto ústavu obdivuji, není to jednoduché se denně setkávat se smrtí, ale je to zase součást života. Nejvíce by mě ubíjelo vidět umírat na rakovinu lidí mladé.

### **6. Pokud by se vyskytl pacient s přáním Do Not Resuscitate – Ne Resuscitovat, jaký máte pocit z poskytování ošetrovatelské péče takovému pacientovi? Co myslíte, že vede pacienta k takovému rozhodnutí?**

Plně respektuji pacienta jako člověka a respektuji jeho přání. Pacientovo přání by mělo být plně respektováno i lékařem. Můj pocit z poskytování ošetrovatelské péče je naprosto vyrovnaný a ničím se neliší od jiné péče kterou standardně poskytuji. Takového pacienta plně chápu, nikdy sama nevím jak můžu uvažovat v nemoci a co člověka za život potká. Moje ošetrovatelská péče se nijak neliší a všem vyhovím stejně bez rozdílu na okolnosti, i takový pacient se musí respektovat. A jaké rozhodnutí k tomu pacienta vede? Zřejmě špatná diagnóza, musí si uvědomovat , že mu není pomoci a nechce zbytek života strávit pasivně na lůžku. Nechce si prodlužovat utrpení. Zcela ho chápu. Bohužel rakovina nelze – někdy – vyléčit.

### **7. V jistých zemích existuje možnost tzv. Advanced Directives – Vůle života, ustanovení podmínek a osob, kdy a jak je možno postupovat, případně neléčit pacienta. Je Vám známa tato možnost? Jaký máte názor na toto uspořádání svých věcí budoucích? Shledáváte je smysluplným?**

O této možnosti jsem již slyšela a plně respektuji názor člověka. Náš stát není na takové úrovni, aby mohl za nemocného člověka rozhodnout., myslím tím právní orgány. Všeho se dá dneska zneužít a jedince tím poškodit. Abych řekla pravdu, této problematice mnoho nerozumím.

### **8. Pokud je pacient v infaustním stavu upoután na lůžko a je odkázán na povinnost lékaře léčit, přestože jde o terminální stav nemoci, jak na Vás působí ošetrování pacienta trpícího „čekáním na smrt“? Myslíte, že v pobytu pacienta na lůžku a zjevně trpícího je nějaký „vyšší smysl“?**

Několikrát jsem se setkala s pacientem v terminálním stadiu nemoci. Moje péče byla vždy

dostačující z pohledu sestry. Myslím si, že v 21. století by pacient neměl trpět bolestí. Existuje mnoho preparátů jak tomu předcházet a bolest zmírnit nebo úplně odstranit. Lékaři by si měli uvědomit, zda chtějí léčit nebo neléčit problém pacienta. Není to jenom o podávání analgetika, ale pacient je osoba, která má city. Nevím zda-li jim něco říká empatie. Musí také mít přístup k rodině nemocného. Myslím si, žeby lékař měl mít lidský přístup a vše rozumě zvážit a o problému komunikovat s pacientem i rodinou. Poté by měl pacient mít právo na to, aby si rozmyslel, zda chce být léčen anebo požádá o hospicovou péči. Opět se musí pacient respektovat. A jestli mám pocit, že pacient na lůžku a ještě trpící bolestí má „vyšší smysl“, tak to opravdu žádný smysl nemá a mít nikdy nebude. Je všeobecně známo, že člověk upoutaný na lůžko je chudák a nikdo si to ani nechce představit. Pokud je pacient na lůžku 24hodin denně, zmatený, inkontinentní, sám se nenají ani jinak neobslouží, tak tomu neříkám jinak než „pasivní živoření.“ V této fázi o sobě člověk ani nemůže rozhodovat. Ztrácí veškerá práva jako člověk a přesouvá se z oddělení na oddělení jako horký brambor. Lepší je, když je pacient somnolentní a nevnímá své okolí zdravě.

**9. Při této představě, domníváte se, že právo na důstojnou smrt je nezadatelné pro myslící lidskou bytost? Jakou máte představu při pojmu „důstojná smrt“? Mohla by tento pojem vyjádřit eutanázie?**

Důstojná smrt = citlivá smrt pro člověka. Za mé praxe jsem se setkala s hodně nemocnými lidmi, kteří by si zasloužili důstojnou smrt.

Podle mě, jako zdravotní sestry?

- pacient by měl mít individuální přístup
- soukromí
- lásku blízkých
- porozumění druhých osob
- být bez bolesti
- klid, teplo, sucho, světlo, tekutiny, vhodnou stravu
- veškerá péče poskytovaná šetrně a bez bolesti
- respektovaná přání pacienta
- komunikovat i neverbálně, pohlazením, dotykem
- tak časté návštěvy jak jenom stav pacienta dovolí
- vlídná slova od personálu a úsměv
- empatie, pochopení a respekt pro nálady pacienta

Pojem „důstojná smrt“ nevyjadřuje eutanázie. Jsem pro to, aby byla eutanázie uzákoněna, ale myslím si, že na to nejsme psychicky připraveni. Pokud by sám člověk mohl dát k eutanázii svůj souhlas, tak s tím souhlasím.

**10. Když se zamyslíte a zavzpomínáte na roky svého studia, jaká byla Vaše představa o konci života? Lišila se nějak od Vašeho nynějšího názoru na tuto problematiku? Co Vás ovlivnilo ( vzdělání, praxe, učitelé, kolegové, životní zkušenost, situace...)?**

Doba mého studia byla pouze teorie a praxe během studia byla pouze dva roky a to je málo. Jako studentka jsem si tedy nemohla udělat názor na konec života. Velice mě ovlivnila praxe v nemocnici. Denně se setkávám s vážně nemocnými lidmi, kteří mají právo zemřít v klidu. Ovlivnila mě i životní zkušenost, kdy jsme se s rodinou starali o těžce nemocného dědečka. Bylo to náročné a přistoupili jsme k té situaci s úctou a pokorou. Přála bych takový konec života každému umírajícímu. Bylo to důstojné a vím, že si to tak děda přál. Po jeho smrti vím, že měl klid a bylo to pro něj vysvobození.

Domníváte se, že je ještě něco důležitého pro sdělení? - - -

## Rozhovor č. 6, všeobecná sestra

1. věk 51 let
2. délka praxe na chirurgické klinice 15
3. dosažené vzdělání SZŠ s registrací

### **4. Pokud se na vašem oddělení vyskytne pacient s negativní prognózou ( nevyléčitelné stádium choroby ), víte jaké možnosti má? Popište je:**

Pokud se na našem oddělení vyskytne pacient s negativní prognózou a je to velká část, mám jako všeobecná zdravotní sestra takovéto možnosti : poskytovat každému pacientovi až do konce tu nejlepší péči. Ráda bych doplnila – nikdy nesmíme pacienta „vzdát“, ať je či není smrtelně nemocný. Kde jinde než u lůžka umírajícího můžeme lépe projevit vztah plný naslouchání, respektu, zájmu, soucítění. Není pochyb o tom, že je to náročný úkol, je ho schopen splnit jenom ten, kdo se sám vyrovnal se svou vlastní smrtelností. Ideální je, dokáží-li si všichni předat všechny informace o možnostech léčby a dokáží-li se na společném cíli shodnout všichni zúčastnění : lékař, rodina, zdravotní sestra i sám pacient.

### **5. Víte jaké jsou možnosti paliativní domácí péče a hospicové péče?**

Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života. Paliativní léčbu lze zařadit do onkologické péče vedle léčby kurativní a podpůrné. Cílem paliativní léčby není prodloužení života, nýbrž kvalita života. Paliativní neboli zmírňující medicína, péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Možností je paliativní péče v domácím prostředí nebo v hospicu. Myslím, že hospic je pochopitelně připraven na tuto léčbu. Vybavenost, dostatek vyškolených odborníků a přizpůsobené prostředí. V domácí péči jsou podmínky horší. Méně odborných pracovníků, rodinní příslušníci nemohou být na tak dobré odborné úrovni. I když podle mého názoru může být paliativní léčba také dobře prováděna. V tomto případě, je pak pro pacienta důležité, že je ve známém – rodinném prostředí. Ten rozdíl dle mého není podstatný, pokud je dobrá vůle a síla nejbližších. Paliativní léčba má velký pozitivní význam v těch nejtěžších chvílích.

### **6. Pokud by se vyskytl pacient s přáním Do Not Resuscitate – Ne Resuscitovat, jaký máte pocit z poskytování ošetrovatelské péče takovému pacientovi? Co myslíte, že vede pacienta k takovému rozhodnutí?**

U nás na oddělení se takový pacient ještě nevyskytl. Setkávám se však s tím, že pacienti již nechtějí žít. Chtějí svůj život skončit a nechtějí zachraňovat. Není to žádné velké množství pacientů, ale již jsem se s touto prosbou setkala. Moje záměry s poskytováním ošetrovatelské péče jsou profesionální ( snažím se pacienta utěšit, vnést trochu pozitivna ka jeho nemoci). Podle mého názoru mají lidé často strach, že budou uměle udržováni při životě a při tom nic moc z toho života mít. Myslím, že pacienta vedou k tomuto rozhodnutí dlouhodobé bolesti či invalidita. Může to také být nezáměr rodiny, jejich nevhodné chování a to nejen rodiny, ale někdy i zdravotního personálu ( nemluvit u lůžka o zdravotním stavu ).

### **7. V jistých zemích existuje možnost tzv. Advanced Directives – Vůle života, ustanovení podmínek a osob, kdy a jak je možno postupovat, případně neléčit**

**pacienta. Je Vám známa tato možnost? Jaký máte názor na toto uspořádání svých věcí budoucích? Shledáváte je smysluplným?**

Nevím přesně ve kterých zemích tato možnost existuje, ale vím, že u nás tomu tak není. Víím, že v Americe je toto povoleno. Já sama mám na toto uspořádání svých věcí budoucích pozitivní názor. Souhlasím s tím, že se pacient svobodně pojistí proti přežívání na přístrojích. Je to ode mě cynické, ale já sama vidím hodně tohoto utrpení, kde není možná léčba. Pokud by toto mělo být povoleno v České republice, sama bych o tom uvažovala. Shledávám uspořádání věcí svých budoucích smysluplným.

- 8. Pokud je pacient v infaustním stavu upoután na lůžko a je odkázán na povinnost lékaře léčit, přestože jde o terminální stav nemoci, jak na Vás působí ošetřování pacienta trpícího „čekáním na smrt“? Myslíte, že v pobytu pacienta na lůžku a zjevně trpícího je nějaký „vyšší smysl“?**

Pokud je pacient v terminálním stavu, trpí bolestí. Ošetřování takového pacienta s negativní prognózou na mě působí depresivně, bezmocně. Ten pocit bezmocnosti a jeho utrpení ve mně zanechává hlubokou bolest, že není pomoci. A v některých případech bych byla pro eutanazii. Ta bezmocnost mě ničí – těžko se s tím vyrovnávám. Vůbec si nemyslím, že pobyt pacienta na lůžku v nemocnici zjevně trpícího má nějaký „vyšší smysl“.

- 9. Při této představě, domníváte se, že právo na důstojnou smrt je nezadatelné pro myslící lidskou bytost? Jakou máte představu při pojmu „důstojná smrt“? Mohla by tento pojem vyjádřit eutanázie?**

Právo na důstojnou smrt mají mít všichni pacienti stejnou. V současné situaci v nemocnicích, mi nejvíce vaadí, že pacient je v naprostém osamění. Je vnímán jako věc. Chybí důstojnost umírání Důstojnou smrtí pacienta myslím, že mu bude věnována lepší péče, aby pacient netrpěl bolestí. To zahrnuje především kvalitní ošetrovatelskou péči a aby se odstranil onen pocit osamění. Umožnit rodině kontinuální návštěvy. Eutanázie nevyjadřuje pojem důstojná smrt. Tato otázka je hodně diskutovaná a problematická.

- 10. Když se zamyslíte a zavzpomínáte na roky svého studia, jaká byla Vaše představa o konci života? Lišila se nějak od Vašeho nynějšího názoru na tuto problematiku? Co Vás ovlivnilo ( vzdělání, praxe, učitelé, kolegové, životní zkušenost, situace...)?**

Pokud si zavzpomínám na roky svého studia, smrt se nepovažovala za součást života. Moc se o ní nediskutovalo. Umírající se zavírali do ústavů a nemocnic. Byl však rozdíl mezi městy a vesnicemi. Na vsi se děti nebo nejbližší stále ještě snažili o své umírající postarat a umožnit dožít v kruhu rodinném. V dnešní uspěchané době stále více lidí umírá v nemocnicích a domovech důchodců. Moje představa ve 20ti letech o konci života byla pro mě tak daleko a stala se tabu. Pochopitelně při práci v nemocnici se mě začala otázka smrti více dotýkat. Co mě hodně ovlivnilo – bylo časté setkání se smrtí. Toto téma je nyní hodně diskutované a je na něj mnoho pohledů. Dalším problémem je, že příbuzní nedokáží přijmout a pochopit blížící se smrt, chtějí se jí stranit. I přesto, že zdravotní personál se většinou s ohleduplností snaží stav věci vysvětlit a vyjít vstříc.

Domníváte se, že je ještě něco důležitého pro sdělení? - - -

## 12. Výsledky

Tab. 3 Shrnutí odpovědí dvou skupin sester

Řádové sestry	Sestry-ateistky
<p>otázka č. 4 Nevím co přesně tím myslíte, nastoupí paliativní léčení, snížení bolesti. Psychicky prochází stupni které charakterizuje Kübler-Rosová, onko-terapii určuje onkolog, dle stavu, volby, okolnosti může se mu nabídnout hospic, mobilní hospic, stacionář, Ados, dos... v terminálním stadiu už není léčba kauzální- ale paliativní. Je možnost paliativní péče, se všemi náležitostmi – tlumení bolesti, psychologická podpora, péče o všechny nejen biologické, ale hlavně i o psychologické a sociální potřeby a podporu rodiny.</p>	<p>otázka č. 4 Takový pacient má možností několik. Může zůstat hospitalizován na našem oddělení, kde se mu dostane profesionální péče celého ošetrovatelského týmu. O takového nemocného pečujeme dle jeho aktuálního zdravotního a psychologického stavu. Jinou péči poskytujeme chodícímu,orientovanému pacientovi, jinou poskytujeme nemocnému upoutanému na lůžko v terminálním stadiu nemoci... Dále nemocný může být propuštěn do domácího ošetřování,kde péči poskytuje rodina např.za pomoci domácích agentur. Další možností je přeložení do hospicu. Jedná se o paliativní léčbu, kterou preferuji. Účelem paliativní léčby je, aby člověk odešel ze světa co nejdůstojněji a měl vzornou péči do konce svého života. Myslím si, že by měl mít důstojnou smrt bez bolesti a utrpení, ale to je otázka. Již několikrát jsem se setkala ve své praxi s nevyčísitelně nemocným a můžu říci, že bych se ztotožnila s tím, aby mohl důstojně zemřít bez bolesti. Pokud se na našem oddělení vyskytne pacient s negativní prognózou a je to velká část, mám jako všeobecná zdravotní sestra takovéto možnosti : poskytovat každému pacientovi až do konce tu nejlepší péči. Ráda bych doplnila – nikdy nesmíme pacienta „vzdát“, ať je či není smrtelně nemocný. Kde jinde než u lůžka umírajícího můžeme lépe projevit vztah plný naslouchání, respektu, zájmu, soucítění. Není pochyb o tom, že je to náročný úkol, je ho schopen splnit jenom ten, kdo se sám vyrovnal se svou vlastní smrtelností. Ideální je, dokáží-li si všichni předat všechny informace o možnostech léčby a dokáží-li se na společném cíli shodnout všichni zúčastnění : lékař, rodina, zdravotní sestra i sám pacient.</p>

<p>5</p> <p>Ano, vím. Domácí péče je poskytována v domácím prostředí, nejčastěji agenturou domácí péče, všeobecnými sestrami. Na základě ordinace lékaře je medikována analgetická a jiná terapie, hospicová péče je poskytována v zařízení k tomu určenému. Hlavně aby netrpěl bolestí, respektuje se jeho důstojnost. Ať už v domácím nebo v hospicovém prostředí zmírňovat bolesti nemocného, aby netrpěl, a zmírnit utrpení duše jeho a jeho blízkých.</p>	<p>5</p> <p>Velké znalosti o této péči nemám, každá z těchto péčí má určitě své výhody a svá úskalí. Domácí paliativní péče má určitě výhodu v tom, že je nemocný ve svém prostředí, mezi svými blízkými. Nemocný nemusí tak psychicky trádat jako v cizím, anonymním prostředí zdravotnického zařízení. Hospicová péče je určitě daleko na vyšší odborné úrovni s možností okamžité reakce na pacientův aktuální stav. Personál je zde na vysoké odborné úrovni. Obrovsky důležitá je u tohoto personálu schopnost empatie! I v hospicu má nemocný možnost mít své blízké u sebe.</p> <p>O paliativní péči v domácím prostředí jsem moc neslyšela a ani se nesetkala, ale o hospicové péči jsem slyšela několikrát. Jako studentka 2. ročníku jsem hospic – v Červeném Kostelci navštívila. Podle mě je hospiců v republice málo. Více a více přibývá lidí s onemocněním rakoviny. Zaměstnance tohoto ústavu obdivuji, není to jednoduché se denně setkávat se smrtí, ale je to zase součástí života. Nejvíce by mě ubíjelo vidět umírat na rakovinu lidí mladé.</p> <p>Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, rogredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života. Paliativní léčbu lze zařadit do onkologické péče vedle léčby kurativní a podpůrné. Cílem paliativní léčby není prodlužování života, nýbrž kvalita života. Paliativní neboli zmírňující medicína, péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Možností je paliativní péče v domácím prostředí nebo v hospicu. Myslím, že hospic je pochopitelně připraven na tuto léčbu. Vybavenost, dostatek vyškolených odborníků a přizpůsobené prostředí. V domácí péči jsou podmínky horší. Méně odborných pracovníků, rodinní příslušníci nemohou být na tak dobré odborné úrovni. I když podle mého názoru může být paliativní léčba také dobře prováděna. V tomto případě, je pak pro pacienta důležité, že je ve známém – rodinném prostředí. Ten rozdíl dle mého není podstatný, pokud je dobrá vůle a síla nejbližších. Paliativní léčba má velký pozitivní význam v tech nejtěžších chvílích.</p>
--	---

<p>6</p> <p>Na našem pracovišti jsem se nesečkala, že by pacient rozhodoval o možnosti neresuscitovat; rozhodnou o tom lékaři. Ráda ošetřuji pacienty s indikací DNR; poskytuje se jim kvalitní paliativní péče v plném rozsahu jaký vyžaduje jejich aktuální zdravotní stav; vůbec nemám zkušenost, že by byli méně, nebo hůř léčeni jako pacienti bez indikace DNR v terminálním stadiu onemocnění. Naopak, cením si, že pacienty s indikací DNR můžeme důstojně doprovodit až do posledního dechu bez chaosu „zachraňování“.</p> <p>U nás si to pacient neordinuje sám a pokud je to indikace lékaře, to znamená, že se nebude zahajovat resuscitace, ale péči poskytujeme dle ordinací lékaře, jako každému jinému. Jaký mám pocit?-uvědomuji si, že mu zbývá jenom několik dní, týdnů a proto je důležité, aby ještě zakusil lásku, péči, náš zájem.</p> <p>V nemocnici si pacient nerozhoduje, že nechce resuscitovat.</p>	<p>6</p> <p>S takovýmto přáním jsem se na našem oddělení nesečkala. Myslím si, že moje pocity by závisely na mnoha faktorech. K takovému rozhodnutí může nemocného vést cokoliv, důvody mohou být zdravotníkům mnohdy zcela neznámé. Nemocného k takovému rozhodnutí může vést strach ze zdravotního stavu po resuscitaci, sociální izolace... Plně respektuji pacienta jako člověka a respektuji jeho přání. Pacientovo přání by mělo být plně respektováno i lékařem. Můj pocit z poskytování ošetrovatelské péče je naprosto vyrovnaný a ničím se neliší od jiné péče kterou standardně poskytují. Takového pacienta plně chápu, nikdy sama neví jak můžu uvažovat v nemoci a co člověka za život potká. Moje ošetrovatelská péče se nijak neliší a všem vyhovím stejně bez rozdílu na okolnosti, i takový pacient se musí respektovat. A jaké rozhodnutí k tomu pacienta vede? Zřejmě špatná diagnóza, musí si uvědomovat , že mu není pomoci a nechce zbytek života strávit pasivně na lůžku. Nechce si prodlužovat utrpení. Zcela ho chápu. Bohužel rakovina nelze – někdy –vyléčit.</p> <p>U nás na oddělení se takový pacient ještě nevyskytl. Setkávám se však s tím, že pacienti již nechtějí žít. Chtějí svůj život skončit a nechtějí zachraňovat. Není to žádné velké množství pacientů, ale již jsem se s touto prosbou setkala. Moje záměry s poskytováním ošetrovatelské péče jsou profesionální ( snažím se pacienta utěšit, vnést trochu pozitivna ka jeho nemoci). Podle mého názoru mají lidé často strach, že budou uměle udržováni při životě a při tom nic moc z toho života mít. Myslím, že pacienta vedou k tomuto rozhodnutí dlouhodobé bolesti či invalidita. Může to také být nezáměr rodiny, jejich nevhodné chování a to nejen rodiny, ale někdy i zdravotního personálu (nemluvit u lůžka o zdravotním stavu ).</p>
--	--

<p>7</p> <p>Není mně známa tato možnost; něco jsem si přečetla; víc informací nemám a ani jsem neslyšela debatu na toto téma; nevím, jestli musíme přebírat všechny způsoby z Ameriky.</p> <p>Myslím, že tady v Čechách jsou hospice na vysoké úrovni a souhlasím s MUDr. Svatošovou, která je zakladatelkou prvního hospice v Čechách, že onkologickému pacientovi je potřebné se věnovat, a vždy ještě může žít hodnoty postojové: projevit lásku, smíření, dát do pořádku svůj život. Pokud má podporu okolí, nebude žádat o eutanazii- to mají ověřené z praxe, většinou o eutanazii žádají pacienti v depresi- a teda deprese naznačuje neuspokojenou potřebu člověka.</p> <p>Podle zkušenosti MUDr. Svatošové je důležité smysluplné věnovat se nemocným, aby si uspořádali věci. Dívat se reálně na situaci.</p>	<p>7</p> <p>O této možnosti jsem slyšela pouze velmi okrajově. Já osobně jsem o tomto nepřemýšlela. Věřím tomu, že pro mnohé je toto velmi smysluplné.</p> <p>O této možnosti jsem již slyšela a plně respektuji názor člověka. Náš stát není na takové úrovni, aby mohl za nemocného člověka rozhodnout., myslím tím právní orgány. Všeho se dá dneska zneužít a jedince tím poškodit. Abych řekla pravdu, této problematice mnoho nerozumím.</p> <p>Nevím přesně ve kterých zemích tato možnost existuje, ale vím, že u nás tomu tak není. Víím, že v Americe je toto povolené. Já sama mám na toto uspořádání svých věcí budoucích pozitivní názor. Souhlasím s tím, že se pacient svobodně pojistí proti přežívání na přístrojích. Je to ode mě cynické, ale já sama vidím hodně tohoto utrpení, kde není možná léčba. Pokud by toto mělo být povoleno v České republice, sama bych o tom uvažovala. Shledávám uspořádání věcí svých budoucích smysluplným</p>
---	--

<p>8</p> <p>Trošku těžká otázka; člověk si asi v takových případech moc nevybírá; povinností ošetřovatelství a teda i lékařství je pomáhat ve zdraví, nemoci, i umírání. Na to nesmíme zapomínat. Myslím, že máme v tom velké rezervy. My nejsme páni života. Já pečuju ráda o člověka v terminálním stadiu nemoci.</p> <p>Ano určitě smysl tu je i když teď tomu nerozumíme, ošetřování pacienta i toho, který je v terminálním stadiu má být projevem lásky, je to posláním, pomoc mu na jeho křížové cestě.</p> <p>Lidsky je to pro mě těžké, zvláště když umírající je mladý člověk. Z mé zkušenosti při umírajících – v domácí péči, člověk věřící v Boha dokáže v utrpení vidět vyšší smysl.</p>	<p>8</p> <p>Termín pacient trpící čekáním na smrt se mě vůbec nelíbí. V mé praxi se setkávám s ošetřováním umírajícího. Tato péče má svá specifika. Velký důraz klást na psychiku nemocného, kontakt s rodinou (neměly by zde platit nějaká pravidla o návštěvních hodinách), samozřejmě nemocný by neměl mít bolest...při umírání nebyť sám. Trpící člověk je selhání medicíny a ne vyšší smysl.</p> <p>Několikrát jsem se setkala s pacientem v terminálním stadiu nemoci. Moje péče byla vždy dostačující z pohledu sestry. Myslím si, že v 21. století by pacient neměl trpět bolestí. Existuje mnoho preparátů jak tomu předcházet a bolest zmírnit nebo úplně odstranit. Lékaři by si měli uvědomit, zda chtějí léčit nebo neléčit problém pacienta. Není to jenom o podávání analgetika, ale pacient je osoba, která má city. Nevím zda-li jim něco říká empatie. Musí také mít přístup k rodině nemocného. Myslím si, žeby lékař měl mít lidský přístup a vše rozumě zvážit a o problému komunikovat s pacientem i rodinou. Poté by měl pacient mít právo na to, aby si rozmyslel, zda chce být léčen anebo zažádá o hospicovou péči. Opět se musí pacient respektovat. A jestli mám pocit, že pacient na lůžku a ještě trpící bolestí má „vyšší smysl“, tak to opravdu žádný smysl nemá a mít nikdy nebude. Je všeobecně známo, že člověk upoutaný na lůžko je chudák a nikdo si to ani nechce představit. Pokud je pacient na lůžku 24 hodin denně, zmatený, inkontinentní, sám se nenají ani jinak neobslouží, tak tomu neříkám jinak než „pasivní živoření.“ V této fázi o sobě člověk ani nemůže rozhodovat. Ztrácí veškerá práva jako člověk a přesouvá se z oddělení na oddělení jako horký brambor. Lepší je, když je pacient somnolentní a nevnímá své okolí zdravě.</p> <p>Pokud je pacient v terminálním stavu, trpí bolestí. Ošetřování takového pacienta s negativní prognózou na mě působí depresivně, bezmocně. Ten pocit bezmocnosti a jeho utrpení ve mně zanechává hlubokou bolest, že není pomoci. A v některých případech bych byla pro eutanazii. Ta bezmocnost mě ničí – těžko se s tím vyrovnávám. Vůbec si nemyslím, že pobyt pacienta na lůžku v nemocnici zjevně trpícího má nějaký „vyšší smysl“.</p>
--	--

<p>9</p> <p>Mám docela pochybnosti, jestli je eutanázie důstojná smrt. Nechci se pouštět do debaty o hodnotách, o kterých se nediskutuje - jak vyjádřil při nedávné návštěvě Benedikt XVI. - o hodnotách již jsou jasné dány.</p> <p>Ne, nikdo z nás si život nedal sám ani nemá právo si ho brát. Důstojnou smrt vnímám -jako návrat do Otcovy náruče, návrat domů, smíření s bratřími, sestrami, s lidmi, se sebou, s Bohem, představuji si to jako dokončení díla, které je nabídnuté Stvořiteli a to v důvěře, že ho přijme i s vděčností za dar života, který jsme dostali.</p> <p>Eutanazie není důstojnou smrtí, to jsme my – personál, bližní, příbuzní povinni zahrnout umírajícího tou nejlepší a nejlaskavější ošetrovatelskou péčí.</p>	<p>9</p> <p>Nevím co bych k této otázce měla říci, většinu jsem řekla v předchozích otázkách. Eutanázie ano, možná, snad, ale ne v této naší společnosti, která na toto není zcela připravena. Důstojná smrt = citlivá smrt pro člověka. Za mé praxe jsem se setkala s hodně nemocnými lidmi, kteří by si zasloužili důstojnou smrt. Podle mě, jako zdravotní sestry?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacient by měl mít individuální přístup</li> <li>- soukromí</li> <li>- lásku blízkých</li> <li>- porozumění druhých osob</li> <li>- být bez bolesti</li> <li>- klid, teplo, sucho, světlo, tekutiny, vhodnou stravu</li> <li>- veškerá péče poskytovaná šetrně a bez bolesti</li> <li>- respektovaná přání pacienta</li> <li>- komunikovat i neverbálně, pohlazením, dotykem</li> <li>- tak časté návštěvy jak jenom stav pacienta dovolí</li> <li>- vlídná slova od personálu a úsměv</li> <li>- empatie, pochopení a respekt pro nálady pacienta</li> </ul> <p>Pojem „důstojná smrt“ nevyjadřuje eutanazie. Jsem pro to, aby byla eutanazie uzákoněna, ale myslím si, že na to nejsme psychicky připraveni. Pokud by sám člověk mohl dát k eutanazii svůj souhlas, tak s tím souhlasím.</p> <p>Právo na důstojnou smrt mají mít všichni pacienti stejno. V současné situaci v nemocnicích, mi nejvíce vaadí, že pacient je v naprostém osamění. Je vnímán jako věc. Chybí důstojnost umírání Důstojnou smrtí pacienta myslím, že mu bude věnována lepší péče, aby pacient netrpěl bolestí. To zahrnuje především kvalitní ošetrovatelskou péčí a aby se odstranil onen pocit osamění. Umožnit rodině kontinuální návštěvy. Eutanázie nevyjadřuje pojem důstojná smrt. Tato otázka je hodně diskutovaná a problematická.</p>
---	--

<p>10</p> <p>Jsem mile překvapena, že potkávám lidi, kteří mají v hloubi srdce úctu k životu i ke smrti; s úctou přistupují k člověku, který trpí, umírá. To mně povzbuzuje. A to i z řad tzv. „nevěřících“</p> <p>Když se zamyslím a vzpomínám, přemýšlím atd.,nabývám stále větší poznání, že smrt je tajemství – velké tajemství a brána, kterou procházíme, procházíme jí sami. Svou bázeň, ale i naději opírám o víru a jistotu z víry. Pomáhají mi – duchovní literatura a zvláště učení Církve.</p> <p>Určitě se lišila, kdysi jsem měla ze smrti strach, dnes i díky Božímu slovu hledím na smrt jako na nutnost, jako na bránu, přes kterou musí každý z nás přejít a za kterou čeká Otec, který nám rozumí, který nás miluje, kterému na nás záleží a který nám připravil místo v nebi. Je to setkání s Láskou a na to se musíme těšit už dnes.</p> <p>Je to z praxe už jiný pohled. Při umírání nemocných, starých lidí, jsem stála s básní, s díkem za jejich život, ale i důvěrou, že Bůh ve své veliké lásce a milosrdenství přijme jejich duše do své slávy a radosti.</p>	<p>Během mého studia jsem se se smrtí nesetkala. Smrt jsem si nijak nepředstavovala, teď po letech si myslím, že jsem měla z tohoto tématu obavy. Názory se většinou samozřejmě liší, také ve své praxi jsem se opakovaně setkala s péčí o umírajícího, zemřelého.</p> <p>Doba mého studia byla pouze teorie a praxe během studia byla pouze dva roky a to je málo. Jako studentka jsem si tedy nemohla udělat názor na konec života. Velice mě ovlovnila praxe v nemocnici. Denně se setkávám s vážně nemocnými lidmi, kteří mají právo zemřít v klidu. Ovlivnila mě i životní zkušenost, kdy jsme se s rodinou starali o těžce nemocného dědečka. Bylo to náročné a přistoupili jsme k té situaci s úctou a pokorou. Přála bych takový konec života každému umírajícímu. Bylo to důstojné a vím, že si to tak děda přál. Po jeho smrti vím, že měl klid a bylo to pro něj vysvobození.</p> <p>Pokud si zavzpomínám na roky svého studia, smrt se nepovažovala za součást života. Moc se o ní nediskutovalo. Umírající se zavírali do ústavů a nemocnic. Byl však rozdíl mezi městy a vesnicemi. Na vsi se děti nebo nejbližší stále ještě snažili o své umírající postarat a umožnit dožít v kruhu rodinném. V dnešní uspěchané době stále více lidí umírá v nemocnicích a domovech důchodců. Moje představa ve 20ti letech o konci života byla pro mě tak daleko a stala se tabu. Pochopitelně při práci v nemocnici se mě začala otázka smrti více dotýkat. Co mě hodně ovlivnilo – bylo časté setkání se smrtí. Toto téma je nyní hodně diskutované a je na něj mnoho pohledů. Dalším problémem je, že příbuzní nedokáží přijmout a pochopit blížící se smrt, chtějí se jí stranit. I přesto, že zdravotní personál se většinou s ohleduplností snaží stav věci vysvětlit a vyjít vstříc.</p>
---	--

Nyní, když máme odpovědi dvou skupin sester pomocí tabulky č. 3 konfrontovány, můžeme přistoupit k analýze jejich odpovědí. Použijeme tzv. tematickou analýzu. Budeme zkoumat, která témata se v jejich odpovědích vyskytují a která nikoli; na co se ve svých úvahách soustředí a co ponechávají stranou jako méně důležité. Výsledky analýzy shrnuje tab. č. 4.

Tab. 4 Tematická analýza odpovědí dvou skupin sester

všeobecné řádové sestry		všeobecné sestry - ateistky	
otázka č.4		otázka č.4	
péče	paliativní péče	péče	paliativní péče
zařízení	zařízení, hospic, stacionář	zařízení	naše oddělení, domácí ošetřovatelství, hospic
pacient	detailní výčet fází vyrovnávání se s závažným onemocněním, psychické stavy	pacient	obecné konstatování o zdravotním stavu, psychickém stavu
práce sestry orientovaná na pacienta	snížení bolesti, psychologická opora, sociální opora	práce sestry orientovaná na pacienta	vzorná péče do konce života, „nevzdávat“ péči, vztah plný naslouchání, respektu, zájmu, soucítění
práce sestry orientovaná na rodinu	opora rodině, psychologické potřeby rodiny	práce sestry orientovaná na rodinu	-
sestra	-	sestra	zdravotník vyrovnaný s vlastní smrtelností
zdravotnický tým	-	zdravotnický tým	předávání informací mezi členy týmu
otázka č. 5		otázka č. 5	
typ péče	paliativní péče	typ péče	domácí paliativní péče, hospicová péče, onkologická péče
prostředí	domácí prostředí, hospicové prostředí	prostředí	domácí prostředí
pacient	analgetická terapie, aby pacient netrpěl fyzickou bolestí, aby netrpěla jeho duše	pacient	nemusí psychicky strádat, má omezenou délku života. má horší kvalitu života
rodina	aby netrpěli jeho blízcí	rodina	dobrá vůle a síla nejbližších
personál	-	personál	vyškolení odborníci, odborná úroveň
vybavenost	-	vybavenost	vybavenost pracoviště
otázka č. 6		otázka č. 6	
pracoviště	naše pracoviště, moje zkušenosti	pracoviště	naše pracoviště, moje zkušenosti
právní aspekt	pacient o neresuscitování nerozhoduje, o neresuscitování rozhodují lékaři	právní aspekt	-
pacient	-	Pacient	úvaha o důvodech, které pacienta k takové žádosti vedou, přání pacienta; pacienti nechtějí, aby byli zachraňováni; strach pacientů z toho, že budou uměle udržováni při životě
práce sestry orientovaná na pacienta	důstojné doprovázení umírajícího personálem, měl by zakusit lásku, péči, náš zájem	práce sestry orientovaná na pacienta	vyrovnaný přístup sestry, který se neliší od péče poskytované jiným pacientům; chápu pacienta; můj přístup je profesionální, snažím se pacienta utěšit
sestra sama o sobě	-	sestra sama o sobě	nevím, jak já budu uvažovat, až budu vážně nemocná
otázka č.7		otázka č.7	
osobní názor sestry	není mně známo	osobní názor sestry	slyšela jsem pouze okrajově; slyšela jsem a respektuji názor pacienta; sama bych o tom uvažovala

právní aspekt	-	právní aspekt	stát nemůže za člověka rozhodnout, to ba se dalo zneužít; u nás taková možnost právně neexistuje
pacient	má své hodnoty, chce projevit někomu lásku, chce dát do pořádku svůj život; o eutanázii žádají jen pacienti v depresi – a ta ukazuje na neuspokojené potřeby	pacient	-
práce sestry orientovaná na pacienta	onkologickému pacientovi je třeba se plně věnovat, je třeba se mu smysluplně věnovat	práce sestry orientovaná na pacienta	-
otázka č.8		otázka č.8	
terminologie	-	terminologie	termín „pacient trpící čekáním na smrt“ se mně nelíbí
rozhodování o životě a smrti	my nejsme pány života	rozhodování o životě a smrti	-
smysl utrpení	utrpení smysl má, i když tomu teď nerozumíme; je to křížová cesta jedince; věřící člověk vidí v utrpení vyšší smysl	smysl utrpení	utrpení nemá vyšší smysl, je to jen selhání medicíny; utrpení žádný smysl nemá mít nebude; vůbec si nemyslím, že utrpení by mělo nějaký vyšší smysl
pacient	-	pacient	důležitá je psychika; pacient má své city; důležitý je pro něj kontakt s rodinou; pacient by neměl trpět bolestí
personál	-	personál	lékaři by měli mít citlivý přístup k rodině nemocného
otázka č.9		otázka č.9	
terminologie	eutanázie není důstojná smrt	terminologie	-
základní hodnoty	jsou hodnoty, o kterých se nediskutuje; nikdo z nás si život nedal, ani nemá právo si ho brát	základní hodnoty	-
práce sestry orientovaná na pacienta	ne eutanázie, ale nejlepší a nejlaskavější ošetrovatelská péče	práce sestry orientovaná na pacienta	s úctou a pokorou
práce personálu orientovaná na rodinu	-	práce sestry personálu orientovaná na rodinu	příbuzní nedokáží přijmout smrt, pochopit smrt, snaží se jí stranit; personál se snaží rodinným příslušníkům věci vysvětlit, vyjít jim vstříc
pohled na smrt	důstojná smrt je návrat k Bohu, smíření s bratřími, sestrami, s lidmi, se sebou, s Bohem	pohled na smrt	je na ni mnoho pohledů

Pokud shrneme získané poznatky, vychází nám, že v centru pozornosti řádových zdravotních sester je zejména pacient, jeho problémy a také rodina pacienta. Vidí pacienta nejen jako člověka trpícího tělesně – konkrétními projevy jeho utrpení, ale vidí jeho psychiku, duši a v pozadí pacienta vidí i jeho rodinu. Kvalifikovanost a odbornost personálu berou jako samozřejmost, o níž není třeba mluvit. V oblasti rozhodování a právních aspektů nevidí věřící sestry problém. Situace je pro ně jasně definovaná, nediskutuje se o ní a dále neuvažuje.

Přemýšlejí o *konkrétních* aspektech práce sestry. Přínos sestry pro ně spočívá v ulehčování utrpení a v empatii k pacientovi. Ke zvažování eutanazie vede pacienty – podle věřících sester - vše negativní co pacient prožívá a co je pro daný problém klíčové. Člověk nemá právo zasahovat do života, má přijímat život tak, jak mu přichází se vším dobrým i špatným. Utrpení má vnitřní smysl – ze spirituálního a psychologického úhlu pohledu, neboť jsou hodnoty o kterých netřeba pochybovat, a víra v život po smrti v milující Boží náruči je odměnou za utrpení během života.

Oproti řádovým zdravotním sestřám sestry ateistky staví do centra pozornosti spíše odbornou činnost a kvalifikaci ošetřujícího personálu, vybavení pracoviště jako klíčové faktory, které ovlivní celkovou kvalitu života pacienta; rodinu vnímají spíše v pozadí. K žádosti pacienta o eutanazii se sestry zamýšlejí, co k úvahám o takovémto řešení člověka vede. Právní aspekty nezmiňují. V péči o trpícího a umírajícího zmiňují spíše *obecné* požadavky na profesionální práci a přístup ošetřujícího personálu. Zmiňují velmi obecné právní úvahy o uvedení předběžných opatření do praxe. V utrpení umírajících nenacházejí žádný „vyšší smysl“, z psychologického pohledu požadují ohleduplný přístup k pacientovi, jeho rodině a hlavně správný a dostatečný postup při tlumení bolesti. Podle nich existuje mnoho pohledů na smrt. Ateisticky orientované sestry podle svých slov přistupují ke smrti s úctou a pokorou, k doprovázení umírajícího by měla být začleněna a hlavně poučena i rodina, což by vedlo ke usnadnění akceptace smrti a následného truchlení.

## 13. Diskuze

V poválečném období se stala víra v Boha a výskyt věřících a řádových sester všeobecně nežádoucím. Ač dříve byly běžné církevní instituce, a byly prospěšné, zejména svou péčí o trpící a sociálně slabé, byly potlačeny. Situace se začala měnit v polistopadovém období. Víra v Boha a přítomnost laskavých a pečujících sester různých řádů již nebyla nežádoucí. V dostupné literatuře jsem nenašla empirický výzkum, který by se věnoval možným rozdílům v ošetrovatelské péči mezi všeobecnými řádovými sestrami a všeobecnými sestrami-ateistkami. Byly publikovány spíše úvahové studie.

Díky svému vzdělání a výchově – jako ateistka – a díky své práci v Léčebně dlouhodobě nemocných k problematice utrpení, umírání a smrti přistupuji poněkud stroze, s osobním odstupem, s pragmatismem, který slouží jako ochrana mého vlastního niterna. Kontaktem s řádovými sestrami jsem dospěla k poznání že existuje rozdíl v přístupu a chápání smrti, který se opírá o víru a učení Boží.

Proto jsem se rozhodla zaměřit tuto práci na poznání podstaty a zdokumentování onoho rozdílu, který cítím že existuje.

Pro teoretickou část práce jsem čerpala jsem z různé literatury dotýkající se ošetrovatelské problematiky. Většinou je zmiňován profesionální přístup, týkající se ošetrovatelských postupů a přístupu k umírajícímu, případně k rodině. Nejvíce je zmiňován přístup k biologickým, psychologickým a méně i sociálním potřebám. Spirituální potřeby pacienta jsou ne přímo potlačovány, ale je patrné, že pro spirituální přístup je téměř automaticky počítáno s tím, že se této oblasti potřeb ujmou „spirituální odborníci“ jako kněz, farář nebo jáhen. Přitom je zřejmé, že víra v Boha poskytuje trpícím a umírajícím útěchu a oporu v těžkých chvílích, jimž jsou vystaveni.

Ve výsledku se projevil přístup řádových sester, ovlivňovaný vírou v Boha, Jeho lásku, který poskytuje věřícím pacientům i pečujícím sestram oporu a sílu. Řádové sestry se díky své víře nebojí prožívat umírání člověka – mohou jít do větší psycho-spirituální hloubky, a do provázení umírajícího zahrnují i rodinu pacienta. Dává jim víru, že smrt je pouhým přechodem, jedním krokem, který je třeba podstoupit na cestě k Bohu, stejně jako má smysl dlouhé čekání na smrt, smysl, který nám zůstává utajen, stejně jako podstata onoho mystéria smrti. Péči o všechny je třeba poskytovat tak, aby pacient a zejména ten umírající pociťoval lásku, zájem, vcítění se a psychickou podporu ve které shledávají podstatu „důstojné smrti“. Aby doprovázející osoby projevily empatii k umírajícímu. Neutrálně se staví k možnosti DNR, Advanced Directives nepovažují za smysluplné opatření a eutanazii zavrhnou.

Všeobecné sestry – bez víry – jsou založeny spíše pragmaticky. Pečují o člověka s jakýmsi odstupem, který chrání jejich vlastní psychiku. Brání si svůj vnitřní svět tím, že se snaží neprožívat umírání pacienta. Jsou zaměřeny na poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče, zejména co se týká bolesti, psychologické podpory a kontaktu s příbuznými. Přestože považují studijní přípravu na setkání se smrtí nedostačující, zřejmě se snaží přistupovat k umírajícím citlivě a empaticky. Jsou informovány o možnostech stávajících i potenciálních vzhledem k budoucnosti a jiným krajinám. Většinou přistupují k možnostem kdy pacient spolurozhoduje o svém konci života pozitivně, shledávají tyto smysluplnými a praktickými. Uvědomují si, že některé z opatření jsou reálná a některá vzhledem k problematickému uvedení do praktického života (legalizace, možnost zneužití...) spíše nereálná.

Péče o umírající je aktivní celková péče o pacienty i jejich rodiny. Hlavní principy jsou holistický přístup, důraz na otevřenou a citlivou komunikaci včetně adekvátních informací týkajících se diagnózy a možnosti léčby, respektování autonomie a volby pacienta, soustředění se na kvalitu života, což znamená kvalitní ošetrovatelskou péči a symptomatickou léčbu. Dříve než sestra začne pečovat o umírající, je nutné, aby poznala sama sebe, vlastní pocity, podívala se na svůj kulturní původ, aby byla upřímná k vlastním pocitům a mechanismům vyrovnávání se a zvládání.

## 14. Závěr

Díky zkušenosti své vlastní s přístupem k umírání a ke smrti, a díky kontaktu s řádovými sestrami jsem došla k poznání, že existuje rozdíl mezi mým „pragmatickým“ a jejich „věřícím“ postojem.

Rozhodla jsem se pochopit onu podstatu, kde je ona myšlenka, která dává věřícím sílu k akceptaci stavu před smrtí, který může být dlouhodobým utrpením, a přes které se ateisticky orientovaní lidé nepřenesou.

Dnešní smrt a umírající člověk jsou často odsouváni společností do institucí nejrůznějšího typu a obyčejní lidé se tak již běžně neshledávají se smrtí jako před desítkami let. Obojí – počátek i konec života se staly záležitostmi patřícími „ne domů, ale pryč“. Díky nezměrnému pokroku medicíny, lékařství a ošetrovatelství v oblasti metod, postupů a technologií je možné zabránit mnoha nemocem a tak prodloužit život pacientů. Toto umělé prodlužování života a oddelování smrti se nazývá dystanázie. Oproti tomuto paliativní medicína je léčba a péče o nemocného s aktivním progredujícím pokročilým onemocněním. Délka života je omezená, důležité je dosažení kvality života a holistický přístup. Paliativní medicína podporuje život, umírání je normální proces, neurychluje ani neoddaluje smrt, je podpůrným systémem pro pacienta i jeho rodinu. Je třeba zahrnout péči i příbuzné umírajícího, protože někdy naléhají a požadují i marnou léčbu v situaci, kdy se již tato stává zátěží pro pacienta.

Pacienti i lékaři se musí opírat o zákonné normy. Známa Práva pacientů jsou pouze doporučením. Bod 10 říká, že nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony. Charta práv umírajících, která existuje v USA uvádí více podrobností a možností. Dále je možno čerpat v Doporučení Rady Evropy č. 1418 / 1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“. Možnost negativního reverzu vyjadřuje právo pacienta nebýt léčen a může být akceptována lékařem, který má jinak povinnost léčit. Nově se objevilo doporučení České lékařské komory 1 / 2010 o postupu lékařů při rozhodování i změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Mělo by vést k respektování předchozího rozhodnutí pacienta, uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálního komfortu pacienta a zároveň by mělo omezit marné a neúčelné snahy léčit v situacích, kdy přínos nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádáním, a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany života.

Ošetrovatelská péče o umírající je vysoce náročná, prožívání blížící se smrti, příprava na umírání nejen pacienta, ale i jeho rodiny zatěžuje personál zejména po psychické stránce. Role sestry je sledovat pacienta, plánovat péči, definovat úroveň komfortu, realizovat plán ošetrovatelské péče. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, naslouchá pacientovi, učí jej i rodinu zmírňovat symptomy. Existují čtyři okruhy holistického přístupu k pacientům: biologický, psychologický, sociální a spirituální a nesmí se zapomínat na žádný z nich. Reakce pacienta a s určitým časovým odstupem i reakce jeho rodiny jsou fázemi, které popsala Elizabeth Kübler – Rossová: negace – agrese – smlouvání – deprese – smíření. Kontinuální a kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace, zhodnocení stavu pacienta, stanovení ošetrovatelských diagnóz, intervence a realizace ošetrovatelského procesu jsou nedílné součásti práce sestry vedoucí k usnadnění práce a komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu.

Stejně tak je i problematika bolesti a její účinné léčby patří k péči o umírající. Tlumení bolesti patří k vědomostem lidstva od pradávna. Pečlivé zhodnocení charakteru a intenzity nejen fyzické bolesti patří k dovednostem pečujících sester. Psychologické aspekty bolesti nejsou v dnešní době vždy akceptovány lékaři – bolest Ježíše Krista při jeho mučení je návodem jak snášet utrpení – jako smírnou obět' přinášenou Bohu za hříchy, která usnadňuje přijímání bolesti věřícím pacientům. Správný management léčby bolesti ovlivňuje pozitivně kvalitu života pacienta. Kvalita života je obtížně definovatelná kategorie. Každý nemocný se musí smířit se ztrátami a každá ztráta by měla být kompenzována. Je třeba usilovat o to, aby se nemocný cítil relativně dobře (well-being) a aby se minimalizovaly pocity špatné (ill-being), dbát na medicínu maličností a nešetřit pochvalou i za malé úspěchy. S kvalitou života se pojí nalezení důstojnosti uprostřed nemoci. Během umírání může zaniknout pocit vlastní ceny, když člověk nedokáže plnit svoje role. Člověk už ničím nepřispívá společnosti, ale stává se břemenem. To, co dávalo lidskému životu smysl a důstojnost se vytrácí. V rámci celostního pojetí člověka lze uplatnit definici, že utrpení je specifickým stavem velkých těžkostí způsobených ztrátou integrity, neporušenosti, soudržnosti nebo celosti osoby, anebo hrozbou v níž člověk věří, která povede ke zrušení integrity člověka. Velkou roli v každém utrpení hraje představa o budoucnosti (strach, nevyléčitelnost, beznaděj pokud jde o zlepšení). Volání po důstojném umírání a důstojné smrti je přiměřenou reakcí na neutěšenou situaci těch, kteří se ocitli na konci životní cesty. Veřejnost se zasazuje o důstojné umírání ve zdravotnických zařízeních, ale má jen vágní představu o tom, co to vlastně důstojné umírání a důstojná smrt je. Zatím byla věnována pozornost psychologickým a etickým obsahům uvedených pojmů. Biologické projevy jsou zatím nesprávně hodnoceny jako ponižující, ošklivé a

nežádoucí. Laická veřejnost a především příbuzní, kteří participují na péči po umírajícího, by měli vědět, že určité projevy spojené s umíráním a smrtí jsou přirozené a že je nelze eliminovat. Přijmout smrt v jejích četných modifikacích je jediným odpovídajícím řešením. Spirituální potřeby v uvažování laické i odborné veřejnosti bývají pomíjeny a přesto že umírající člověk potřebuje zhodnotit svůj život a vyrovnat se s nevyřešenými problémy.

Jednou z možností pro umírající je využití hospicové péče a to buď přímo v hospici nebo v domácí hospicové péči. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku, z jeho potřeb. Ctí autonomii nemocného a jeho právo rozhodnout se. Jde o provázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem života. Hospic poskytuje pacientovi paliativní symptomatickou léčbu a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Neslibuje uzdravení, ale nebere naději. Neslibuje vyléčení, ale slibuje léčitelnost. Pacient ví, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude respektována jeho lidská důstojnost a nezůstane v posledních chvílích života osamocen.

V moderní době se objevuje mnoho diskuzí na téma přání člověka a nazývají se právem. Jedním z problematických témat je i „právo na smrt“. Může se člověk rozhodnout a požadovat ukončení života na lékaři? Již existuje vyjádření DNR – Do Not Resuscitate – Neresuscitovat, které znamená nezahajovat za určitých podmínek kardiopulmonální resuscitaci. V USA, Kanadě a Velké Británii existuje „Advanced Directives“ možnost, kdy lidé mohou předem vyjádřit svá přání případně nesouhlas s aplikací určitých léčebných postupů v přesně stanovených situacích, zejména v období konce života. Vážným problémem, který se váže k situaci in finem je eutanázie. Původním obsahem pojmu byla dobrá smrt, která korelovala s představou lehké smrti, která se pokládá za štěstí svého druhu. V dnešní době mají dobře míněné terapeutické intervence nezřídka za následek dystanázii a stav, kdy návrat do života je nereálný a zemřít je nemožné je těžce prožíván nejen umírajícími, ale i všemi zúčastněnými. Nelehké umírání spojené s bolestí iniciuje úvahy o milosrdné smrti. Konkrétní formy eutanázie nebo-li milosrdné smrti mohou být různé: aktivní, nevyžádaná, nedobrovolná, pasivní. Legislativní úpravy týkající se eutanázie jsou pestré. Aktivní eutanázie není uzákoněna nikde ve světě. V některých státech je však povolena asistovaná sebevražda, v jiných je uzákoněna beztrestnost aktivní eutanázie. Většina států je tolerantní k pasivní eutanázii. U nás je eutanázie zakázána a asistovaná sebevražda pokládána za trestný čin.

Z křesťanského úhlu pohledu je lidský život základem všech dober, a zároveň nezbytným zdrojem a předpokladem každé lidské činnosti. Jestliže se většina lidí domnívá, že život má posvátný charakter a že s ním nikdo nesmí nakládat svévolně, pak věřící vidí v životě dar Boží lásky, který jsme povoláni zachovávat a činit plodným. Dobrovolná smrt neboli

sebevražda je tedy stejně nepřijatelná jako vražda. Takový čin musí být považován za odmítnutí Boží svrchovanosti, Boží lásky k člověku a Božího plánu s člověkem. Navíc je sebevražda často také odmítnutím lásky k sobě samému, popřením přirozeného instinktu k životu, únikem od povinností spravedlnosti a lásky, které člověk dluží bližním, různým společenstvím nebo celé společnosti – ačkoli, jak je všeobecně známo, někdy se vyskytnou duševní stavy, které mohou odpovědnost zmenšit nebo umožnit člověku se jí dokonce zbavit. Eutanázie odvrací pozornost od skutečných potřeb umírajících. Zkušenosti z novodobých křesťanských hospiců ukázaly, že existuje možnost věnovat umírajícím nemocným soucitnou lidskou péči, účinně tišit jejich bolest, tlumit úzkost a uspokojit jejich spirituální potřeby. V takovém prostředí není potřeba eutanázie i prodlužování života mimořádnými prostředky, kterého se někteří nemocní obávají více než smrti. Z křesťanského hlediska vyplývá velký důraz na chápání smrti jako dovršení lidského života. Většina lidí na smrt nemyslí a pokud si vůbec připouští její možnost, chápe ji jako nebezpečí, ohrožení zvnějšku, katastrofu, které je třeba se vyhnout. Podstata smrti zůstává tajemstvím, které nemůže být v tomto životě nikdy úspěšně odhaleno. Křesťanská teologie učí, že smrt byla překonána zmrtvýchvstáním Ježíše Krista. Lidé zavedli do světa nepřirozené prvky, které přetvořily přirozenou smrt, takže již není klidným přechodem do nového života, ale je spojena s utrpením a úzkostí.

Bylo provedeno empirické kvalitativní šetření. U dvou skupin informandů - sester, které ošetřují pacienty ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové - jsme zjišťovali, zda existuje rozdíl ve vnímání, prožívání a hodnocení utrpení provázející umírající. Jednu skupinu tvořily tři řádové sestry ošetřovatelského řádu Vincentek a druhou skupinu tři všeobecné sestry – ateistky. Obě skupiny sester působí na Chirurgické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové.

Použili jsme metodu dvoufázového rozhovoru se záznamem, doslovný přepis rozhovoru do protokolu a tematickou analýzu.

Získané výsledky říkají, že v centru pozornosti řádových zdravotních sester je zejména pacient, jeho problémy a také rodina pacienta. Vidí pacienta nejen jako člověka trpícího tělesně – konkrétními problémy, ale vidí jeho psychiku, duši a v pozadí pacienta vidí i jeho rodinu. Kvalifikovanost a odbornost personálu berou jako samozřejmou kvalifikaci. V oblasti rozhodování a právních aspektů nevidí věřící sestry problém. Situace je jasně specifikována, nediskutuje se o ní a dále neuvažuje. Konkrétní přínos práce sestry je ulehčování utrpení a empatie k pacientovi. Ke zvažování eutanázie vede pacienty – podle věřících sester vše negativní co pacient prožívá a co je pro daný problém klíčové. Člověk nemá právo zasahovat

do života, má přijímat život tak, jak mu přichází se vším dobrým i špatným. Utrpení má vnitřní smysl – ze spirituálního a psychologického úhlu pohledu neboť jsou hodnoty o kterých netřeba pochybovat, a víra v život po smrti v milující Boží náručí je odměnou za utrpení během života. Díky víře v Boha je zjevné, že řádové sestry se nebojí prožívat umírání a doprovázet pacienta na jeho poslední cestě. Ve víře čerpají sílu a jsou schopny poskytnout účinnou a hlubokou psychickou a spirituální oporu nejen pacientovi, ale i jeho rodině, kterou berou jako součást pacientova života.

Oproti řádovým zdravotním sestřím sestry ateistky staví do centra pozornosti spíše odbornou činnost a kvalifikaci ošetřujícího personálu, vybavení pracoviště jako klíčové faktory, které ovlivní celkovou kvalitu života pacienta, rodinu vnímají spíše v pozadí. K žádosti pacienta o eutanazii se sestry zamýšlejí, co k úvahám o takovémto řešení člověka vede. Právní aspekty nezmiňují. V péči o trpícího a umírajícího zmiňují obecné požadavky na profesionální práci a přístup ošetřujícího personálu. Zmiňují velmi obecné právní úvahy o uvedení předběžných opatření do praxe. V utrpení umírajících nenacházejí žádný „vyšší smysl“, z psychologického pohledu požadují ohleduplný přístup k pacientovi, jeho rodině a hlavně správný a dostatečný postup při tlumení bolesti. Je mnoho pohledů na smrt; ateistické sestry přistupují ke smrti s úctou a pokorou, k doprovázení umírajícího by měla být začleněna a hlavně poučena i rodina, což by vedlo ke usnadnění akceptace smrti a následného truchlení. Všeobecné sestry si při péči o trpící a umírající snaží možná podvědomě udržovat jakýsi odstup, kterým chrání svou psychiku. Brání se niternému prožívání při provázení umírajících, spíše se soustředí na profesionálně poskytovanou ošetrovatelskou péči pacientovi.

## 14.Anotace

Autor	Zdeňka Markarjancová
Instituce	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce	Stáří, umírání a smrt z pohledu všeobecné a řádové sestry
Vedoucí práce	Prof.PhDr. Jiří Mareš CSc. Mgr. Zdeňka Václavíková
Počet stran	128
Počet příloh	2
Rok obhajoby	2010
Klíčová slova	Stáří, umírání, smrt, paliativní péče, bolest, DNR, Advanced Directives, eutanázie, důstojná smrt, řádová sestra, víra

Bakalářská práce pojednává o rozdílnosti přístupu všeobecných sester a řádových – věřících sester k problematice umírání a smrti. K pochopení smyslu „důstojná smrt“, a k možnostem rozhodnutí pacienta o ovlivnění svého konci života.

Těžiště práce je kvalitativní výzkum provedený formou rozhovoru, prováděný s přihlédnutím k absenci předchozího zkoumání této problematiky. Zkoumaným vzorkem byly tři všeobecné sestry a tři sestry řádu Vincentek, pracující ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Výsledkem výzkumu je že víra v Boha dovoluje věřícím sestřám více a do hloubky prožívat umírání s pacientem a jeho rodinou, zatímco sestry ateistky přistupují k umírajícím s profesionalitou a jakýmsi psychologickým odstupem, kterým chrání samy sebe.

# Annotation

Key words : Old age, dying , death, paliative care, pain, DNR, Advanced Directives, euthanasia, dignified death, nun, religion

The goal of this bachelor's thesis is to analyze the difference in how dying and death are understood by atheistic nurses and as opposed to nuns who work as nurses at hospitals, The thesis also investigates the term „dignified death“, and the possibilities for patients to influence how their lives end. This topic is one that has yet to be fully investigated.

A qualitative observational study was carried out by way of conversation or dialogue with six nurses from the Faculty Hospital in Hradec Kralove, three of whom were atheistic and three of whom were nuns of St.Vincent's order. The result of research is that religious faith makes nuns more empathic to dying patients and their family, while atheistic nurses care for dying patients with professionalism and sort of psychological distance – to protect themselves.

## 15. Použitá literatura a prameny

Byock I., Dobré umírání, Praha, nakladatelství Vyšehrad, 1997, str. 328, ISBN 80-7021-797-9

Deklarace o eutanazii, Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, 2009, str.23, ISBN 978-80-7195-33-0

Doenges M.E., Moorhouse M.F., Kapesní průvodce zdravotní sestry, Praha, Grada, 2001, str.568, ISBN 80-247-0242-8

Haškovcová H. , Thanatologie, Praha, Galén, 2000, str. 191, ISBN 80-7262-034-7

Kalvach Z., Zadák Z., Jiráček R., Zavázalová H., Sucharda P. a kolektiv, Geriatrie a gerontologie, Praha, Grada, 2004, str.861, ISBN 80-247-0548-6

Klánová M., Semrád V., Právo nebýt léčen a rizika jeho akceptace lékařem. Sestra. Praha : Strategie. ISSN 1210-0404, roč.19, časopis 4 / 2009, str. 13-15

Mareš J. a kol., Kvalita života u dětí a dospívajících I., Brno, nakladatelství MSD, 2006, str.228, ISBN 80-86633-65-9

Mastiliaková D., Úvod do ošetrovatelství II.díl, Praha, nakladatelství Karolinum, 2002, str.160, ISBN 80-246-0428-0

Munzarová M., Eutanazie nebo paliativní péče?, Praha, Grada, 2005, str.108, ISBN 80-247-1025-0

Munzarová M., Zdravotnická etika od A do Z, Praha, Grada, 2005, str.156, ISBN 80-247-1024-2

Munzarová M. a kol., Proč NE eutanazii aneb Být či nebýt?, Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, 2008, str.87, ISBN 978-80-7195-258-9

Pacovský V., O moderním ošetrovatelství, Praha, Avicenum, 1981, str.80, ISBN 08-066-81

Pattison N., Care of patients who have died. Nursing Standard 42-48

Rokyta R., Kršiak M., Kozák J., Bolest, Praha, Tigris, 2006, str. 684, ISBN 80-903750-0-6

Slabý A., Pastorální medicína a zdravotní etika, Praha, Karolinum, 1991, str.186, ISBN 80-7066-411-8

Staňková M., Ošetrovatelství 1., Praha, Avicenum, 1988, str.376, ISBN 08-024-88

Svatošová M., Hospice a umění doprovázet, Praha, Ecce Homo, 1995, str.144, ISBN 80-902049-0-2

Vácha M., Místo, na němž stojíš, je posvátná země, Brno, nakladatelství Cesta, 2008, str. 255, ISBN 978-80-7295-104-8

Vondráček L., Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry, Praha, Grada, 2005, str.100, ISBN 80-247-1198-2

Vondráček L., Wirthová V., Právní minimum pro sestry, Praha, Grada, 2009, str. 95, ISBN 978-80-247-3132-2

Vorlíček J., Abrahámová J., Vorlíčková H. a kolektiv, Klinická onkologie pro sestry, Praha, Grada, 2006, str.328, ISBN 80-247-1716-6

Vorlíček J., Adam Z. a kolektiv, Paliativní medicína, Praha, Grada, 1998, str.480, ISBN 80-769-437-1

Vše o léčbě bolesti, kolektiv autorů, Praha, Grada, 2006, str. 356, ISBN 80-247-1720-4

<http://www.nezavirejteoci.cz>

<http://www.nezavirejteoci.cz/jak-se-divam-na-konec-zivota.html>

<http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajcich.html>

[http://www.lkcr.cz/aktuality.php?hmp=5&item.id=89139&do\[load\]=1](http://www.lkcr.cz/aktuality.php?hmp=5&item.id=89139&do[load]=1)

[http://www.clkuo.cz/dokumenty/Prolekare/hipokratova\\_prisaha.htm](http://www.clkuo.cz/dokumenty/Prolekare/hipokratova_prisaha.htm)

## 16. Seznam tabulek

Tabulka č. 1. Fáze podle Kübler-Rossové (cit. podle Svatošové, 1995).....	41
Tabulka č. 2. Kvalita života (modifikovaně podle Ferrell et al. 1995).....	57
Tabulka č. 3. Shrnutí odpovědí dvou skupin sester .....	106
Tabulka č. 4. Tematická analýza odpovědí dvou skupin sester .....	114

## 17.Přílohy

Příloha č.1. Soubor otázek k rozhovoru

Příloha č. 2. Žádost u udělení souhlasu s provedením výzkumu

Příloha 1. Soubor otázek k rozhovoru

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE STUDII  
K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Univerzita Karlova  
Lékařská fakulta  
Ošetrovatelství  
Zdeňka Markarjancová

„Stáří, umírání a smrt z pohledu všeobecné a řádové sestry“

Souhlasím se zpracováním dat a informací které poskytnu pro studii k bakalářské práci.

Datum.....

Podpis.....

1. věk
2. délka praxe na chirurgické klinice
3. dosažené vzdělání
  
4. Pokud se na vašem oddělení vyskytne pacient s negativní prognózou ( nevléčitelné stádium choroby ), víte jaké možnosti má? Popište je:
5. Víte jaké jsou možnosti paliativní domácí péče a hospicové péče?
6. Pokud by se vyskytl pacient s přáním Do Not Resuscitate – Ne Resuscitovat, jaký máte pocit z poskytování ošetrovatelské péče takovému pacientovi? Co myslíte, že vede pacienta k takovému rozhodnutí?
7. V jistých zemích existuje možnost tzv. Advanced Directives – Vůle života, ustanovení podmínek a osob, kdy a jak je možno postupovat, případně neléčit pacienta. Je Vám známa tato možnost? Jaký máte názor na toto uspořádání svých věcí budoucích? Shledáváte je smysluplným?
8. Pokud je pacient v infaustním stavu upoután na lůžko a je odkázán na povinnost lékaře léčit, přestože jde o terminální stav nemoci, jak na Vás působí ošetrování pacienta trpícího „čekáním na smrt“? Myslíte, že v pobytu pacienta na lůžku a zjevně trpícího je nějaký „vyšší smysl“?
9. Při této představě, domníváte se, že právo na důstojnou smrt je nezadatelné pro myslící lidskou bytost? Jakou máte představu při pojmu „důstojná smrt“? Mohla by tento pojem vyjádřit eutanázie?
10. Když se zamyslíte a zavzpomínáte na roky svého studia, jaká byla Vaše představa o konci života? Lišila se nějak od Vašeho nynějšího názoru na tuto problematiku? Co Vás ovlivnilo ( vzdělání, praxe, učitelé, kolegové, životní zkušenost, situace...)?

Domníváte se, že je ještě něco důležitého pro sdělení?

Příloha 2.

Žádost u udělení souhlasu s provedením výzkumu

Hlavní sestra Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Bc. Hana Ulrychová

Vážená paní Ulrychová,

Dovoluji si Vás jako studentka 3.ročníku Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové požádat u udělení souhlasu s výzkumem k bakalářské práci na téma „Stáří, umírání a smrt z pohledu všeobecné a řádové sestry“. Výzkum bude probíhat na Chirurgické klinice Fakultní nemocnice, kde pracují řádové sestry Vincentky. Dotazovaná skupina bude 3 řádové a 3 všeobecné sestry.

V příloze dokládám dotazník a Zadání bakalářské práce

Děkuji a jsem s pozdravem,

Zdeňka Markarjancová

3.ročník LF UK Hradec Králové