

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

**Etické problémy seniorů při
vyrovnávání se s blízkostí smrti**

Arthur Markus Eberson

Katedra teologické etiky
Vedoucí práce: ThDr. Pavel Keřkovský
Studijní program: Teologie
Studijní obor: Evangelická teologie

Praha 2012

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem *Etické problémy seniorů při vyrovnávání se s blízkostí smrti* napsal samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

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

V Praze dne 29. 5. 2011

.....
Arthur Markus Eberson

Bibliografická citace

Etické problémy seniorů při vyrovnávání se s blízkostí smrti [rukopis] : diplomová práce / Arthur Markus Ebersson ; vedoucí práce: ThDr. Pavel Keřkovský. Praha, 2012. 150 s.

Anotace

V této práci se pokusíme zamyslet se nad etickými problémy, s nimiž se setkávají senioři v závěrečné fázi svého života. Období stáří a doba, kdy se již senior musí vyrovnávat s blížící se smrtí, jsou spojeny s celým komplexem otázek. Cílem této práce však není pouze popis vybraných jevů, které pozorujeme v této fázi života; tato diplomová práce si klade za cíl komplexní sondu do závěrečného období života seniora.

Proto se nejprve pokusíme popsat jednotlivé projevy stárnutí a přibližování se smrti, abychom mohli sledovat jejich vývoj a proměňování, a to zejména v oblasti psychiky a sociálních kontaktů.

V následující části práce budou postupně popsány etické problémy, jimž senioři čelí, a zamyslíme se také nad možnostmi řešení těchto etických problémů. Samozřejmě zde bude také přihlédnuto k rozdílům mezi přístupem věřících a nevěřících seniorů. Zaměříme se především na etické problémy v terminálním stádiu života a také na etické rozpory, které souvisí přímo s umíráním a smrtí. Nebude pominuto ani téma eutanazie a řízené sebevraždy, krátce bude pojednána také historie tohoto problému. Samozřejmě se všemi těmito tématy budeme zabývat především z hlediska etického a teologického.

Klíčová slova

etika, náboženství, víra, stáří, blízkost smrti

Summary

In this thesis we will reflect on the ethical problems faced by seniors in their final phase of life. Old age and the time, when seniors must face the idea of near death, are associated with the whole complex of issues. The objective of this thesis is not only to describe some phenomena observed in this period of life, but it also objects to a comprehensive probe into the final period of the senior's lives.

Therefore, at the beginning we will try to describe the various manifestations of aging and approaching the death so that we can monitor their development and changes, especially with regard to the psyche and social contacts.

In the following section the ethical problems which the seniors have to face will be described, and we will think about the options of solutions to these ethical issues. Of course, we will also take into consideration the differences in the approaches of the seniors who are and are not believers. We will focus primarily on the ethical issues in terminal stages of the life and the ethical conflicts that are directly related to dying and the death. We won't disregard the question of euthanasia and controlled suicide, brief history of the problem will also be included. Of course, it will be discussed primarily in ethical and theological terms.

Keywords

ethics, religion, faith, old age, imanence of death

Poděkování

Rád bych na tomto místě poděkoval vedoucímu své diplomové práce, ThDr. Pavlu Keřkovskému, který mi poskytl cenné rady a připomínky během psaní této práce. Velmi mu děkuji za jeho ochotu, vstřícnost a pochopení.

Také jsem velmi vděčný všem, kteří mi během psaní této práce poskytli podporu a pomoc. Zejména děkuji řediteli diakonie v Myslibořicích, bc. Petru Haškovi, který mi laskavě umožnil navštívit domov pro seniory a hovořit s místními obyvateli.

OBSAH

<u>ÚVOD</u>	s. 8
<u>1. PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ</u>	
<u>A V ZÁVĚRU ŽIVOTA</u>	s. 11
1.1 Doba raného stáří	s. 14
1.1.1 Psychické změny	s. 15
1.1.2 Sociální změny	s. 17
1.2 Doba pokročilého stáří	s. 19
1.2.1 Psychické změny	s. 19
1.2.2 Sociální změny	s. 20
1.3 Závěrečná etapa života – umírání a smrt	s. 22
<u>2. JAK SE SENIOŘI VYROVNÁVAJÍ</u>	
<u>S BLÍŽÍCÍ SE SMRTÍ?</u>	s. 23
2.1 Umírání a smrt	s. 23
2.1.1 Umírání jako cesta vedoucí ke smrti	s. 23
2.1.2 Smrt jako nevyhnutelné ukončení pozemského života	s. 27
2.1.3 Smrt v Písmu	s. 30
2.1.4 Strach z umírání a ze smrti a jeho příčiny	s. 32
2.2 Jak se senioři vyrovnávají se smrtí?	s. 37
2.2.1 Jak se se smrtí vyrovnávají věřící senioři?	s. 37
2.2.2 Jak se se smrtí vyrovnávají senioři ateisté?	s. 45
<u>3. ETICKÉ OTÁZKY V OBDOBÍ PRE FINEM</u>	s. 48
3.1 Důstojnost lidské bytosti v závěrečném období života	s. 49
3.2 Etická odpověď na změněné potřeby seniorů	s. 50
3.3 Sdělování pravdy	s. 54
3.4 Umírání jako poslední životní úkol člověka	s. 59

<u>4. ETICKÉ OTÁZKY V OBDOBÍ IN FINEM</u>	s. 61
4.1 Ritualizace smrti	s. 61
4.1.1 Domácí model umírání	s. 61
4.1.2 Institucionální model umírání	s. 62
4.1.3 Snahy o opětovnou ritualizaci smrti	s. 63
4.2 Předčasné ukončení života	s. 65
4.2.1 Dějiny eutanazie	s. 67
4.2.2 Právní normy v České republice	s. 76
4.2.3 Argumenty pro a proti	s. 78
4.2.4 Křesťanský pohled na eutanazii	s. 84
4.3 Zadržování smrti a odstoupení od neúčinné léčby	s. 88
4.4 Duchovní péče v období <i>in finem</i>	s. 98
<u>5. ETICKÉ OTÁZKY V OBDOBÍ POST FINEM</u>	s. 102
5.1 Zacházení s tělem zesnulého	s. 103
5.2 Oznámení smrti pozůstalým	s. 104
5.3 Pohřeb	s. 105
<u>6. PALIATIVNÍ PÉČE JAKO ODPOVĚĎ NA ETICKÉ OTÁZKY</u>	
<u>SOUVISEJÍCÍ S UMÍRÁNÍM A SMRTÍ</u>	s. 112
6.1 Co je paliativní péče?	s. 113
6.1.1 Paliativní péče versus eutanazie	s. 117
6.1.2 Etické principy paliativní péče	s. 119
6.2 Hospicové hnutí a paliativní péče	s. 124
6.2.1 Pracovníci v hospicích a rodinní příslušníci seniorů.....	s. 128
6.2.2 Význam spirituální péče v hospicích	s. 130
<u>ZÁVĚR</u>	s. 133
Seznam literatury	s. 137

ÚVOD

Cílem této práce je představit křesťanské veřejnosti etické problémy, s nimiž se setkávají senioři v závěrečné fázi svého života. Pomocí interdisciplinárního přístupu budeme tyto problémy analyzovat a chceme nabídnout jejich konkrétní řešení a pomoc v oblasti eticko-spirituální. Tyto problémy jsou jistě velmi důležité v každé civilizované společnosti a jejich význam stoupá zejména v posledních desetiletích, kdy jsme svědky mnohokrát diskutovaného problému stárnutí evropské populace.

Období stáří je závěrečnou fází života, která je doprovázena celou řadou fyziologických, psychických i sociálních změn, jež mají často fatální následky pro život člověka. Stáří může být pro některé šťastným obdobím, „*přináší nadhled, moudrost, naplnění*“¹. Jiní senioři však závěrečné období života vnímají spíše negativně, jako dobu tělesného i duševního úpadku, která je ukončena hranicí smrti.

Doba, kdy se senior musí vyrovnávat s představou blížící se smrti, je spojena s celým komplexem otázek, kterým je třeba se postupně věnovat a nevynechat žádnou z nich. Cílem této práce není pouze popis některých jevů, které můžeme pozorovat v této fázi života člověka; tato diplomová práce si klade za cíl komplexní sondu do závěrečného období života seniora, jejímž výsledkem bude pokus o řešení etických problémů, s nimiž se senioři setkávají v závěrečném období svého života.

Proto se nejprve pokusíme postupně popsat jednotlivé projevy stárnutí a přibližování se smrti, abychom mohli sledovat jejich vývoj a proměňování, a to zejména v oblasti psychiky a sociálních kontaktů seniora. Ucelený pohled na problémy, které přicházejí s přibývajícím věkem, nám později umožní pokusit se nastínit, jak se mohou senioři vyrovnávat s blížícím se koncem svého

¹ Vágnerová 2007, s. 299.

pozemského života, jak na tuto skutečnost reagují a také jak se jejich reakce proměňují a vyvíjejí. Budou zde nastíněny také rozdíly mezi věřícími seniory, jimž právě jejich víra pomáhá překonat tuto závěrečnou a těžkou fázi jejich života, a mezi seniory, kteří během svého života byli ateisté.

Dále budou nastíněny a podrobněji popsány problémy etického rázu, se kterými se setkává většina seniorů a s nimiž se musí vyrovnávat. Popíšeme možnosti řešení těchto etických problémů, samozřejmě i zde bude také přihlédnuto k rozdílu mezi přístupem věřících seniorů a seniorů, kteří věřící nejsou.

Etické problémy, jimž senioři čelí v závěru svého života, budeme v této práci dělit na etické problémy v období *pre finem*, *in finem* a *post finem*. Každé z těchto tří období má svá specifika, každé z nich je jinak vnímáno a prožíváno. V období *pre finem* se budeme soustředit především na problematiku sdělení pravdy a také na eticky odpovídající chování lidí, kteří jsou v seniorově okolí. V období *in finem* bych se rád věnoval především problematice ritualizace smrti, v níž se střetává domácí a institucionální model umírání; dále se zaměřím na problematiku předčasného ukončení života člověka (budu se zabývat zejména etickými otázkami spojenými s eutanazií) a dále otázky související se zadržováním smrti a následným ukončením neúčinné léčby. V období *post finem* bude stát v centru pozornosti zejména eticky správné zacházení s tělem zesnulého a také otázky spojené se způsobem pohřbu.

V závěrečné části této diplomové práce bych se rád pokusil nalézt odpověď na etické otázky, s nimiž jsme se zde setkali. Právě proto bude závěrečná kapitola věnována paliativní medicíně a péči, která podle mého názoru představuje v současné době jedno z nejlepších řešení většiny etických dilemat. Velkou důležitost zde přikládám také pastorační péči, která by podle mého názoru měla být bezpodmínečně dostupná všem seniorům; měla by se stát samozřejmou součástí péče o člověka jako bytost, která má také svou

spirituální složku. Celý tento složitý komplex otázek bude samozřejmě nahlížen především z hlediska teologické etiky.

Téma této diplomové práce bylo zvoleno především pod vlivem osobní zkušenosti. V posledních letech jsem se ve svém okolí setkal s několika seniory, které jsem osobně velmi dobře znal, a proto jsem měl možnost nahlédnout pod povrch těchto nesmírně složitých a často i bolestných otázek. Svět seniorů, lidí na konci pozemského života, je často před očima většinové společnosti uzavřen. Tito lidé jsou velmi často opuštěni, trpí po stránce tělesné, duševní i duchovní. Setkal jsem se s mnoha seniory, kteří žili zcela opuštěni, neměli již nikoho blízkého; jiní naopak měli rodiny, ale přesto byli umístěni v domovech důchodců, v ne zcela ideálních podmínkách, často i proti své vůli. Osudy těchto lidí jsou často všem lhostejné, starý člověk naráží na nezájem svého okolí, cítí se nepotřebný a zbytečný, nemá již pro koho žít. Tento stav je nutné změnit.

Přestože na toto téma bylo již napsáno mnoho a v posledních desetiletích se stává velmi diskutovaným, považuji za důležité poskytnout čtenářům také teologický náhled na tuto problematiku. Tyto otázky jsou zcela bez pochyby interdisciplinární, zasahují přinejmenším do oblasti medicíny, psychologie, sociologie a samozřejmě také teologie. Hlediska těchto oborů od sebe v žádném případě nelze oddělovat; právě naopak, je třeba je spojit v jeden organický celek.

Uspokojivé odpovědi na všechny etické otázky závěru lidského života nebyly doposud nalezeny. Je však mnoho lidí, věřících i nevěřících, odborníků i laiků, kteří se ze všech sil těmto otázkám věnují a snaží se zlepšit život seniorů v závěrečném období jejich života. Je to jistě nelehký úkol, ale již jsou zaznamenávány mnohé pokroky a úspěchy. Je to však úkol nás všech. Nás jako lidí, nás jako křesťanů.

1. PSYCHICKÉ A SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ A V ZÁVĚRU ŽIVOTA

V této části práce se pokusíme popsat a zhodnotit změny, ke kterým dochází v závěrečné fázi života, tedy v období stáří; bude popsáno, jak tyto změny probíhají a také jak je senior vnímá. Stárnutí patří k životu, je přirozenou součástí biologického vývoje všech živých organismů. Pod pojmem stárnutí je však třeba rozumět celý komplex změn, které se samozřejmě počínají od fyziologických změn stárnoucího organismu. Tímto biologickým vývojem v závěrečné fázi života člověka se však vzhledem k tématu této práce nebudeme hlouběji zabývat, protože se jedná o v medicíně mnohokrát zpracovávanou oblast, která by vyžadovala hlubší rozbor a především přístup odborný a čistě medicínský.² Obecně lze vývoj lidského organismu v období stáří shrnout takto: „*Jednotlivé systémy v těle zaznamenávají zpomalení a oslabení dřívějších funkcí.*“³

Proto se na tomto místě soustředíme na dva další typy změn, které pozorujeme u stárnoucích lidí a s nimiž se tito lidé musí vyrovnávat. S biologickým stárnutím totiž nutně souvisí i změněné prožívání a chování seniora a tyto změny se také promítají do jeho postavení ve společnosti. Jedná se tedy o změny v oblasti psychiky, které bezpochyby úzce souvisí s fyziologickými změnami v organismu. S vývojem fyzické i psychické stránky dále souvisí změna situace v sociální oblasti, s níž se senioři často jen obtížně vyrovnávají.

² Pro podrobnější informace o biologických změnách organismu v období stáří a o medicínských specifikách v závěrečné fázi života cf. Kalvach, Z. et al., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, Praha: Grada 2008.

³ Klevelandová, Dlabalová 2008, s. 19.

Stáří představuje závěrečnou fázi života a bývá často označováno jako tzv. postvývojová fáze. Pokud budeme na tuto životní etapu pohlížet ze zorného úhlu vývojové psychologie, je úkolem stáří jakési bilancování a vyrovnávání se s uplynulým životem. E. H. Erikson⁴ se domnívá, že vývojovým úkolem stáří je dosáhnout jakési integrity v pojetí svého vlastního života. V ideálním případě by tak v závěrečném období života člověka mělo docházet k přijetí vlastního života, který by měl být pojat jako celek s určitým smyslem. „*Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec.*“⁵ Pokud se člověk vyrovná a smíří se svým vlastním životem, může přicházející smrt přijmout jako nevyhnutelný a přirozený závěr života, který byl naplněn.

Postoj k sobě samému a ke svému životu jako k celku má především jakýsi bilancující charakter. Senior si uvědomuje, že svůj život nemůže měnit, že se nelze vrátit zpět do minulosti ani prožít svůj život znovu a jinak. Velká většina seniorů však považuje svůj život jako celek za dobrý. Senioři tedy chápou svůj pozemský život jako uzavírající se příběh, na němž již nejde nic změnit, a tento pocit jakési uzavřenosti, skončenosti a ucelenosti souvisí s obecně konzervativním přístupem i ke zbytku života. Senioři vnímají svůj dosavadní život jako uzavřený a tato nemožnost zpětné změny vede k vnímání jakékoli změny okolního světa jako negativní. Senior se tedy vyrovnává a smiřuje se svým dosavadním životem, ale zároveň hledá smysl života zbývajících, který je ještě před ním. Hledání tohoto smyslu je dosti ztíženo vědomím značné časové omezenosti a také tušením mnoha ztrát a více či méně nepříjemných změn, které během závěrečné fáze života pravděpodobně u každého nastanou. Senior se v této životní etapě musí stále přizpůsobovat měnící se životní realitě, čelí stále novým a novým problémům a omezením a

⁴ Cf. Erikson, Erik H., *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: NLN 1999.

⁵ Vágnerová 2007, s. 299.

„musí tak činit v době, kdy jsou jeho kompetence vlivem stáří (nebo i chorob) více či méně limitovány.“⁶

Podle M. Vágnerové se senior musí s nově vznikající životní situací vyrovnávat pomocí třech základních strategií. Senior by se měl zaměřit jen na ty skutečnosti, které jsou opravdu významné; dále je potřeba se těšit z toho, co zůstalo zachováno a nezměněno. A především, ten nejdůležitější a zároveň pravděpodobně nejobtížnější bod, je třeba akceptovat to, co nelze změnit.⁷

Nebylo by však v žádném případě vhodné chápat období stáří jako fázi života, kdy dochází k všeobecnému zhoršování fyzického i psychického stavu, kdy dochází pouze k postupnému snižování kvality života. Stáří může být jakýmsi dovršením života v pozitivním smyslu slova. Senior během svého předchozího života získal mnoho životních zkušeností, které se většina seniorů snaží předávat mladším generacím, zejména vnoučatům, s nimiž jsou senioři nejčastěji v těsném kontaktu a jsou pro ně autoritou. V tomto velká část seniorů nachází naplnění a smysl života v důchodovém věku. *„Stáří přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci.“⁸*

Samotné období stáří zde schematicky rozdělíme na dvě fáze – budeme rozeznávat dobu raného stáří a stáří pokročilé, které bývá také označováno jako pravé stáří.⁹

⁶ Vágnerová 2007, s. 305.

⁷ Cf. Vágnerová 2007, s. 305.

⁸ Vágnerová 2007, s. 299.

⁹ Samozřejmě se jedná pouze o orientační rozdělení, které nám pomůže se lépe orientovat v této problematice. Tohoto rozdělení se přidržuje i většina odborníků, kteří z něj vychází při popisování průběhu stárnutí ve vyspělých státech světa. Je však třeba mít stále na paměti, že průběh stárnutí je velice individuální a proto je třeba vždy situaci posuzovat případ od případu a brát v úvahu případné rozdíly.

1.1 Doba raného stáří

Některé změny, k nimž dochází v období stáří, a to zejména v raném období stárnutí, jsou biologicky podmíněny. V tomto věku, který bývá v odborné literatuře schematicky vymezován mezi šedesáti a sedmdesáti pěti lety, již dochází k prvním změnám uvažování, prožívání a chování u seniorů, ale značnou část těchto změn lze chápat jako do určité míry „normální“ a přirozenou; tyto změny jsou projevem biologického stárnutí organismu. „Změny ... nejsou jenom biologicky podmíněné, ale mohou je ovlivnit i psychosociální faktory.“¹⁰ Proto zejména v tomto období může být obtížné rozlišit mezi přirozeným biologickým vývojem a začínajícími fyzickými i psychickými onemocněními.

V této fázi dochází tedy ke změnám v oblasti psychiky a ruku v ruce s tímto vývojem se začíná měnit i sociální postavení seniora. „Názory psychologů na problematiku psychosociálního stárnutí jsou rozdílné, neexistují velké studie a ani nemáme údaje o stárnutí osob nad 80 let.“¹¹ Tento nedostatek informací souvisí zejména se stárnutím populace a se situací, kdy se lidé poměrně běžně dožívají osmdesáti i devadesáti let.¹² Proto až v poslední době začínají vznikat studie a výzkumné projekty, které by zahrnovaly větší počet osob. I přesto se pokusíme shrnout a zhodnotit tento vývoj.

Seniori v tomto věku jsou fyzicky i psychicky stále ještě v poměrně dobré kondici, ale okolí je stále více začíná vnímat jako stárnoucí a neúčinné členy společnosti.¹³ Lidé na ně pohlížejí jako na chátrající jedince, jejichž zkušenosti ztrácí svůj význam a nejsou již v žádném směru přínosem. Hodnotový systém dnešní společnosti seniory vyřazuje a znevýhodňuje, a to již

¹⁰ Vágnerová 2007, s. 333.

¹¹ Klevetová, Dlabalová 2008, s. 23.

¹² Je však třeba zdůraznit, že i v minulosti se lidé mohli dožívat takto vysokých věků, ale nejednalo se o tak častý jev jako dnes.

¹³ Tento trend samozřejmě nelze uměle hledat ve všech společnostech. V některých zemích, například v Japonsku či v Itálii, se stále udržuje tradiční model oceňování stáří a jeho hodnoty.

v prvním období stáří, kdy jsou lidé nezhřídka stále schopni vykonávat své předchozí činnosti a úkoly. S tím souvisí tzv. ageismus,¹⁴ což je celospolečenské přesvědčení o nízké hodnotě stáří, které se projevuje obecným podceňováním, odmítáním až odporem ke starým lidem. Proto často dochází k diskriminaci pouze na základě stáří, bez ohledu na skutečnou výkonnost a schopnosti. Přitom se stoupajícím průměrným věkem života ve vyspělých zemích se setkáváme s novým fenoménem, kdy je většina důchodového věku prožívána plnohodnotně a jen krátké období života je dobou, kdy je již jedinec nemocný a závislý na svém okolí.¹⁵

1.1.1 Psychické změny

V raném období stáří dochází k fyzickým změnám, které se v první fázi projevují především zhoršováním většiny kognitivních funkcí. Změny fyziologie (zejména zhoršující se zrak i sluch, ale i postupně se zhoršující schopnost rozeznávat chutě a čichové vjemy) i psychiky se nejvýrazněji projevují v poznávacích schopnostech. Snižuje se schopnost obecného vnímání, klesá pozornost, horší se paměť a myšlení ztrácí svou pružnost. Je tak výrazně snížena schopnost se adaptovat na neočekávané a nové situace. S tímto biologickým zhoršováním čivých schopností souvisí přirozená psychická reakce na tyto změny. Seniori proto často žijí v trvalé nejistotě, narůstá jejich úzkost, která často přechází až ve strach. Z důvodu uvědomění si vlastní nedostatečnosti a nejistoty, zejména v nezvyklých situacích mimo rutinu všedního dne, senior často začíná odmítat kontakt s lidmi, zejména s lidmi mimo jeho nejbližší rodinný okruh. Starší člověk také nejraději setrvává

¹⁴ Tématu ageismu se v posledních letech věnuje velké množství publikací, mezi nejvýznamnější v patřít Tošnerová, T., *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*, Praha 2002; Vidovičová, L., *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*, Brno 2008; dále také Nelson, T. D., *Ageism*, Malden : Blackwell, 2005.

¹⁵ Podle nejnovějších studií stáří jako období nemohoucnosti, závislosti a pasivity tvoří jen asi pět procent z celkové doby důchodového věku.

v domácím prostředí a omezuje vycházky ven, je velmi nedůvěřivý a neobvykle ostražitý. Toto trvalé psychické napětí a nepohoda může zpětně negativně ovlivňovat fyzický stav seniora, což znovu prohlubuje depresi a úzkost. Senioři se v tomto věku často ocitají v jakémsi bludném kruhu, z něhož může být obtížné se vymanit.

V období raného stáří se také projevuje výrazný vliv množství ztrát, zátěží a negativních zážitků, které se v tomto věku začínají vyskytovat s větší četností než v předchozích obdobích života a tato jejich kumulace může mít pro seniora fatální následky. Dominantním rysem těchto ztrát je jejich definitivnost, protože to, co bylo ztraceno, se většinou již nedá nahradit a s každou další ztrátou se tak snižuje kvalita života seniora. Může se zde jednat o ztrátu životního partnera, výskyt závažných onemocnění, snižující se schopnosti pohybu, klesající soběstačnost a s tím spojenou nutnost změny bydlení. Nepříznivý vývoj mnoha oblastí života vede často k úzkosti, objevuje se výrazný pesimismus až depresivní stavy. Reakcí na nepříznivé životní události, zejména na nemoc, bývá strach z hrozící vlastní bezmocnosti či opuštěnosti, ale dlouhodobě bývá nejvýraznějším rysem strach ze smrti.¹⁶

Uvažování seniorů se postupně mění a nabývá specifických rysů které vyplývají z výše uvedených změn v oblasti fyziologie i psychiky. Můžeme pozorovat výraznější tendence k dogmatismu a jakési rigiditě, která se projevuje především rozvláčností uvažování, kdy se senior snaží postupovat osvědčenými metodami a jakákoli neočekávaná situace či změna v jeho dlouholetých zvyklostech mu působí obtíže a výrazně ho zpomaluje.

Pokud bychom tedy chtěli shrnout psychický vývoj u lidí v první fázi stárnutí, je třeba poukázat především na obecné zhoršování fyzických i psychických schopností. *„Typickým signálem stárnutí je zpomalení*

¹⁶ Tématu strachu ze smrti se budeme podrobněji věnovat v následujících kapitolách a proto ho na tomto místě opustíme.

psychických funkcí, snižování kvality percepce, zhoršování pozornosti a paměti.“¹⁷ Znovu je však třeba zdůraznit, že stáří není jen dobou obecného zhoršování a úpadku, protože existují i psychické schopnosti, které zůstávají nezměněny i v době stáří, jako například paměť v oblasti jednoduchých informací, profesní paměť, slovní zásoba a také všeobecná informovanost.¹⁸

1.1.2 Sociální změny

V tomto období u většiny lidí dochází k základní proměně jejich sociálního života, která souvisí s odchodem do důchodu. Určitá část lidí se na dobu důchodu těší, očekávají především dostatek volného času pro sebe i svou rodinu. Jiní mají spíše strach, obávají se samoty, nižší životní úrovně i vlastní neužitečnosti. U většiny populace skutečně odchod do důchodu představuje částečné snížení životní úrovně a celkovou změnu ekonomického zázemí seniora. Nejedná se však jen o ekonomický problém. Po odchodu do důchodu má většina seniorů (a to často i těch, kteří se na odchod do důchodu těšili) problém s naplněním volného času, kterého mají náhle mnoho. Také se rapidně snižuje okruh lidí, s nimiž jsou denně v kontaktu, senior opouští pracovní kolektiv ve svém zaměstnání a pokouší se najít svou novou sociální roli v rodinném kruhu. Proto v tomto období dochází ke změnám vztahů v rodině, které bývají nezdědka zasaženy i úmrtím partnera, s nímž se v tomto období života setká většina seniorů. Smrt partnera představuje nejtěžší a nenahraditelnou ztrátu, jež pro seniora představuje ztrátu smyslu života, jež se nezdědka projevuje těžkými depresivními stavy, které mohou přecházet i v somatické reakce. Ztrácí se motivace k jakékoli činnosti, hroutí se společné plány a v neposlední řadě se obvykle zhoršuje ekonomická situace.¹⁹ Zužuje se

¹⁷ Vágnerová 2007, s. 333.

¹⁸ Cf. Šerák 2009, s. 187n.

¹⁹ Cf. Vágnerová 2007, s. 356nn.

také okruh přátel, většinou seniorových vrstevníků, a jejich úmrtí seniorovi stále znovu a znovu staví před oči blížící se konec jeho pozemské pouti.

Se stále se zmenšujícím okruhem lidí v blízkém okolí seniora souvisí pocity osamocení, pocit vlastní neužitečnosti a obtěžování svého okolí. Zároveň přicházejí nemoci a ubývají fyzické i duševní síly, s čímž se valná většina seniorů jen velmi obtížně smíruje. Na jedné straně tak počáteční období stáří přináší nové možnosti a novou svobodu – mizí pracovní povinnosti, které seniora dříve zatěžovaly, starší člověk již není zaměřen na svou vlastní výkonnost, postupně mizí pocit nutnosti pracovního uplatnění. Díky tomu může realizovat své často celoživotně nenaplněné osobní potřeby. Senioři se začínají intenzivně věnovat svým koníčkům, nezdá se, že cestují (samozřejmě pokud jim to dovolují finanční možnosti) nebo se věnují svým vnoučatům. Někdy však bývá první fáze stáří, doba těsně po odchodu do důchodu, vnímána velmi depresivně, senior prožívá pocity marnosti a ztrácí motivaci k jakékoli činnosti. Následným vývojem však většina seniorů nalezne vnitřní vyrovnanost; *„zpomalení životního tempa a redukce aktivit signalizuje postupné smířování se s realitou stárnutí.“*²⁰

Změny v sociální oblasti tak vznikají z mnoha důvodů, zásadní vliv mají fyzické a psychické změny. Výrazně se projevuje také zmenšování počtu kompetencí a povinností seniorů, jež vede ke změně životního stylu; seniora také ovlivňuje odmítavý a nepříznivý postoj společnosti.

²⁰ Vágnerová 2007, s. 303.

1.2 Doba pokročilého stáří

V období pozdního stáří, které se obvykle začíná hranicí sedmdesáti pěti let, dochází k prohlubování handicapů, s nimiž se senior začal potýkat již v předchozích letech. Narůstají tak problémy související s fyzickým i psychickým úpadkem jedince. Lidé, kteří byli v předchozím období zdraví, se v naprosté většině případů setkávají s méně či více závažnými chorobami. Kvalita života seniorů se značně snižuje vlivem přirozeného stárnutí organismu i chorob, senioři jsou většinou nuceni změnit bydlení i často celoživotní návyky.

Pokud se přidržíme názorů Vágnerové,²¹ patří mezi nejčastější zátěžové situace v tomto věku již výše zmiňované úmrtí partnera a také blízkých přátel, což vede k opuštěnosti a ztrátě sociálního kontaktu, dále pokračující zhoršování se zdravotního stavu a následná ztráta soběstačnosti, která většinou vede k nutné změně bydlení, institucionalizaci či hospitalizaci.

1.2.1 Psychické změny

V pozdějším věku dochází ke zhoršování kognitivních funkcí, s nímž jsme se setkávali již v období raného stáří; biologické změny degenerativního charakteru ovlivňují zejména paměť, pozornost, představitivost, úsudek, řeč a samozřejmě také myšlení jako celek. Nejčastěji se tedy v pozdním věku objevují poruchy paměti a snižují se také rozhodovací schopnosti. Oproti předchozímu období se zde setkáváme se zvýšeným počtem poruch osobnosti různého druhu; zvyšuje se počet seniorů trpících demencí,²² mezi nejčastější diagnózy zde patří Alzheimerova choroba. Jak vidíme, přibývá zde tedy diagnóz psychiatrické povahy, což je jedním z hlavních rozdílů oproti období raného stáří.

²¹ Cf. Vágnerová 2007.

²² Výraz *demence* zde označuje úpadek psychických funkcí, který může mít množství příčin, ale obecně bývá způsoben atrofií centrálního nervového systému.

Samozřejmě se zde ale také vyskytuje mnoho psychologických problémů, z nichž s většinou jsme se setkali již v předchozím období, ale zde narůstá jejich četnost i závažnost. Senioři se potýkají s poruchami vnímání všeho druhu, objevují se poruchy spánku, změny nálady, úzkosti, depresivní stavy a poruchy chování často i výraznějšího charakteru.

Velice individuální jsou změny v oblasti citového života člověka. Senior bývá citlivější než v předchozích obdobích svého života, v některých situacích reaguje přehnaně emotivně, snadno je dojatý až plačtivý. Některé osobnostní rysy se ve stáří prohloubí a stávají se výraznějšími. Obecně senioři vyhledávají náklonnost svého okolí, očekávají větší ohledy a porozumění.

V tomto životním období se tedy u seniorů setkáváme s některými charakteristickými psychickými rysy. Patří mezi ně především zvýšená opatrnost, nerozhodnost, váhavost, nižší koncentrace a zpomalenost. Tyto spíše negativní rysy bývají však někdy vyrovnány vytrvalostí, důsledností, důkladností a trpělivostí, a to i u těch lidí, kteří během svého života těmito vlastnostmi příliš neoplývali.

1.2.2 Sociální změny

Ve vyšším věku je téměř vždy omezena, lépe řečeno postupně omezována, seniorova samostatnost a soběstačnost. Snižující se soběstačnost a závislost na svém okolí nutně vede ke změně sociální role. Senior se postupně ocitá v sociální izolaci a ztrácí svou identitu, potýká se s osamělostí a samotou. Mění se hodnotový žebříček, vznikají nové potřeby a zároveň některé staré potřeby zanikají, životní cíle a priority se často zcela promění a nejdůležitějším se pro seniory stává vlastní zdravotní stav. „*Úbytek schopností a neochota přijmout změny ve svém životě vedou často k sociální izolaci a neschopnosti navázat nové kontakty.*“²³ Nastalý nedostatek vnějších podnětů a

²³ Klevetová, Dlabalová 2008, s. 24.

kontaktů s okolním světem se během krátké doby projeví zakrněním intelektuálních i emocionálních schopností jedince, které se někdy může proměnit až v závažnou poruchu osobnosti.²⁴

*„Nedostatkem sociálních kontaktů, změnou bydlení a dosavadního způsobu života dojde k narušení mezilidských vztahů.“*²⁵ Tato izolace od okolního světa a následná samota často ještě prohlubuje nesamostatnost a závislost na okolí. Senior se uzavírá do sebe a do svého vlastního světa, o okolní dění nejeví hlubší zájem a není ochoten se svým okolím spolupracovat.

V tomto životním období nabývá zásadní důležitosti pomoc rodiny, zejména pomoc již dospělých dětí svým rodičům, kteří jsou na nich stále více závislí a potřebují jejich pomoc v mnoha oblastech. Většina seniorů je v tomto životním období již sama, bez životního partnera, statisticky se jedná častěji o osamělé ženy. Z důvodu již zmiňované klesající soběstačnosti a také osamělosti je v tomto období již téměř u všech seniorů nutná změna dosavadního bydlení.²⁶ Senior je okolnostmi nucen opustit svou vlastní domácnost, jejíž chod již není schopen sám zajistit a nedokáže se bez pomoci postarat ani sám o sebe. Senior se proto musí přestěhovat buď ke své rodině, nejčastěji k dětem, nebo do specializované instituce pro seniory. Výraznou, obvykle negativně prožívanou změnou, je pro seniory nutnost vzdát se vlastního bydlení, které pro ně představuje symbol prožitého života, ve kterém se cítí bezpečně a v němž si stanovuje svá vlastní pravidla. Ve změněném prostředí se senior musí přizpůsobit nastoleným pravidlům. Starší lidé tedy už některé sociální dovednosti nepotřebují a proto dochází k jejich úpadku.²⁷

²⁴ Cf. Klevetová, Dlabalová 2008, s. 143.

²⁵ Klevetová, Dlabalová 2008, s. 144.

²⁶ Doba, kdy je nutné změnit bydlení, je samozřejmě velmi individuální a odvisí od fyzického i psychického stavu jedince. U části seniorů je tato změna nutná již v období raného stáří, ale častěji k ní dochází až po sedmdesátém pátém roce života, a proto jsme tento výklad začlenili právě sem.

²⁷ Viz výše.

1.3 Závěrečná etapa života – umírání a smrt

Člověk si je vědom své smrtelnosti samozřejmě již během života, ale v období stáří a závěru života se toto vědomí prohlubuje. Zejména při úmrtí osoby z našeho okolí si uvědomujeme velmi silně, že náš život na tomto světě je jasně ohraničen smrtí.

V evropské společnosti je proces umírání a i samotná smrt oddělena od běžného všedního života, stále tak zůstává jaksí tabuizována. Jen malá část seniorů umírá doma, většinou prožijí poslední chvíle pozemského života v domově důchodců, hospicích nebo nemocničních zařízeních.²⁸ Z tohoto důvodu často senioři umírají sami, jen v přítomnosti zdravotnického personálu, bez členů rodiny či přátel. Až v posledních letech se v evropské společnosti objevují snahy o domácí péči o umírající seniory a začíná se vytvářet systém domácí lékařské péče, díky níž mohou senioři prožít poslední chvíle života v kruhu rodiny.

Tématem této práce jsou etické problémy, s nimiž se senioři setkávají při vyrovnávání se s blízkostí smrti. V následujících kapitolách se proto budeme nejprve zabývat možnými způsoby, jakými se senioři s nadcházející smrtí vyrovnávají, a později podrobně rozebereme jednotlivé etické problémy, které s tímto životním obdobím souvisí.

²⁸ O problematice domovů důchodců a o hospicové péči bude pohovořeno později, proto se na tomto místě nebudeme tomuto tématu šířeji věnovat.

2. JAK SE SENIOŘI VYROVNÁVAJÍ S BLÍŽÍCÍ SE SMRTÍ?

2.1 Umírání a smrt

Umírání a smrt je jedno z nejdůležitějších témat v životě člověka. Každý si musí umíráním a smrtí projít, nelze se jim vyhnout. „*Tato zneklidňující a jediná jistota je zahalena do nejistoty: nikdo z nás neví, kdy se tak stane ani jakým způsobem se to stane.*“²⁹ A právě tato nejistota je zdrojem obav a strachů. „*Naše mysl nedosáhne za smrt, neumí si představit ne-žití. Z toho může plynout všelijaké znejistění, strach až hrůza.*“³⁰

2.1.1 Umírání jako cesta vedoucí ke smrti

Umírání je proces, kdy se člověk již ubírá přímo ke konci svého pozemského života, jehož závěrečným bodem je smrt. „*Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že v určitém čase dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož výsledkem je zánik individua, tedy smrt.*“³¹ Tento proces může mít mnoho podob; samotné umírání trvá různě dlouhou dobu, dochází při něm k rozmanitým biologickým, psychickým i spirituálním změnám a je obvykle prožíváno velmi individuálně. Umírání není pouze patofyziologický proces,³² v tomto procesu hraje zásadní roli i rovina psychologická, sociální a samozřejmě také spirituální, která nás zde bude zajímat především. Vědecký pokrok s sebou přináší fakt, že umírání trvá zpravidla déle než v minulosti, což nevyhnutelně vede k zvýšení strachu, úzkosti a nejistoty umírajících i jejich příbuzných a blízkých. Dnes může medicína prodlužovat život, který byl dříve odsouzen k neodvratitelnému

²⁹ Haškovcová 1990, s. 353.

³⁰ Salajka 1998, s. 174.

³¹ Haškovcová 1990, s. 372.

³² Cf. Sláma et al. 2007, s. 301.

zániku. Tento pokrok má samozřejmě i svou stinnou stránku. „V mnoha případech totiž dochází k tomu, že život sice dále pokračuje, ale je vnímán jako obrovská zátěž jak pro nemocné tak pro jejich příbuzné, kteří trpí pohledem na své blízké ještě více než oni sami.“³³ Tímto problémem se v posledních letech zabývá celá řada autorů, základní problém tohoto přístupu velmi výstižně shrnuje známá autorka E. Kübler-Rossová: „Pacient může křičet po klidu, míru a důstojnosti, dostane kapačky, transfúze, kardiostimulátor nebo tracheotomii, zkrátka všechno, co bude shledáno nutným.“³⁴ Umírajícímu má být především dopřán klid a ticho. „Je proto třeba zamezit každému vzrušujícímu počínání příbuzenstva, neboť to umírajícímu jen přitěžuje. ... Místo léků a pokrmů jako lidé víry nejlépe učiníme, když se klidným hlasem nad umírajícím modlíme a když čteme vhodná místa Písma svatého.“³⁵

Kromě vědeckého pokroku se v této oblasti však setkáváme také s psychologicko-sociálním fenoménem, který ve svých dílech popisuje mnoho autorů. Zatímco v minulosti bylo umírání a smrt součástí života,³⁶ v dnešní společnosti bývá smrt spíše tabuizována a jaksi izolována. „Smrt se zamlčuje. Kdo umírá, bývá odsunut z dohledu ostatních. Mluvit o smrti se pokládá téměř za surovost, zejména v blízkosti umírajících.“³⁷

Medicína „považuje smrt za porážku a snaží se ji včas od umírajícího odvrátit“.³⁸ S touto tabuizací, izolací a jakýmsi – do jisté míry umělým – zošklivováním smrti souvisí i fyzické oddělování umírajících od ostatních

³³ Munzarová 2005, s. 11.

³⁴ Kübler-Rossová 1993, s. 8. Cf. také Israel 2002, kapitola *Postep, tryumfy i granice naukowej medycyny*, s. 27-34.

³⁵ Durchánek, Horský 1976, s. 73.

³⁶ Téměř během celé historie lidstva bylo totiž umírání, zejména starých lidí, chápáno jako běžná součást koloběhu života. Lidé se na smrt připravovali, snažili se na svůj odchod připravit i své okolí, smrti byla přítomna celá rodina včetně dětí a po smrti následovala celá série veřejných náboženských obřadů.

³⁷ Salajka 1998, s. 175.

³⁸ Virt 2000, s. 16.

členů společnosti. V posledních desetiletích se tak setkáváme s institucionalizací umírání. Umírající jsou umísťováni do nemocnic, domovů důchodců či hospicových zařízení; umírají většinou osamělí, bez přítomnosti rodinných příslušníků. Objevuje se tu tedy výrazná tendence vzdálit umírající od žijících. Umírání tak postupně ztrácí punc rituálu a významného společenského aktu, který mělo v minulosti.³⁹ „*Dříve zabíraly obřady svázané se smrtí mnoho času a prostoru.*“⁴⁰

Základem vhodné péče o seniory by přitom měla být čtyři kritéria, na nichž se shodují odborníci.⁴¹ Jedná se o *demedicinaci*, protože dlouhodobá péče by měla usilovat o zachování civilního prostředí i způsobu života; důraz by měl být kladen na kvalitu života, nikoli na samoučelné upřesňování diagnóz a nadměrné kontrolování zdravotního stavu. Dále se jedná o *deinstitutionalizaci*, protože těžiště služeb a péče by mělo spočívat v terénních komunitních službách a v integrované komunitní péči poskytované v domácím prostředí. Třetím důležitým bodem je *desektoralizace*, protože třeba usilovat o prolomení tradičních bariér, které bývají např. mezi sektorem zdravotnickým a sociálním nebo mezi službami ústavními a ambulantními. Posledním pilířem péče o seniory je *deprofesionalizace*, je totiž žádoucí posilovat zlaičtění péče, především spolupráci s rodinou a podporu laickým pečovatelům včetně práce dobrovolníků a sousedské angažovanosti.

Všichni zainteresovaní, odborníci i laici, se shodují, že člověk by neměl umírat sám. Důvodem pro tento požadavek je mnohokrát ověřený fakt, že „*umírající, jakkoli se svému okolí jeví neteční, ... svou situaci prožívají.*“⁴² To, co vzbuzuje největší strach a hrůzu, není tedy sám fakt smrti, ale spíše absence blízkosti rodinných příslušníků. To, co umírající nutně potřebují, je lidská

³⁹ Samozřejmě toto neplatí absolutně, je třeba přihlížet k lokálním rozdílům. Tradiční chápání smrti častěji přetrvává na venkově a na vesnicích.

⁴⁰ Marguerat 2000, s. 10.

⁴¹ Kalvach et al. 2004, s. 466.

⁴² Haškovcová 1990, s. 377.

blízkost a citová účast. Nejhorší tedy je umírat v samotě.⁴³ Proto je také etickou povinností dětí být v čase smrti se svými rodiči (pokud je to jen trochu možné). „*Dospělí synové a dcery mají stát při svých starých rodičích, až budou potřební, a povzbuzovat je návštěvami, telefonními hovory a podobnými pozornostmi.*“⁴⁴

Umírající mají potřeby různého charakteru.⁴⁵

- Tělesné potřeby umírajících se vztahují nejčastěji k mnohokrát zmiňované obavě, že umírání bude doprovázeno dlouhými fyzickými bolestmi. Přáním umírajících je tak umírat bezbolestně.
- Sociální potřeby umírajících vychází z potřeby nezemřít osamocený, ale obklopen svou rodinou a blízkými lidmi. Zároveň je pro část lidí důležité i místo, kde mají zemřít, většinou preferují umírat doma, což pro ně představuje známé prostředí, v němž se člověk cítí v bezpečí.
- Psychické potřeby umírajících vycházejí z celého komplexu pocitů, který zahrnuje duševní otřes, otupělost, hněv, smutek, smlouvání, úzkosti, deprese. Často se zde objevuje strach, že nebudou mít čas dokončit vše, co začali. Mnoho umírajících opakovaně projevuje přání dořešit neodkladné záležitosti (nejčastěji uspořádat rodinné a majetkové poměry).
- Spirituální potřeby umírajících vychází z existenciálních otázek týkajících se smyslu života. Lidé mají potřebu alespoň doufat, že po nich něco zůstane i po smrti, a že jejich existence bude mít určité pokračování.

⁴³ Není však výjimkou, že senioři preferují smrt v samotě, protože se snaží své blízké ušetřit dalšího utrpení. I přesto je však žádoucí a je morální povinností dětí být u smrtelného lože rodičů a poskytnout jim oporu a útěchu.

⁴⁴ Peschke 1999, s. 494n.

⁴⁵ Se stejným dělením se setkáváme i u jiných autorů, cf. Munzarová 2005, s. 13n.

Tyto čtyři lidské dimenze (fyzickou, psychickou, sociální a spirituální) nelze oddělovat, ale v různých životních etapách mají různé projevy a také různou důležitost. Při onemocnění vystupují do popředí nejprve potřeby somatické, což je také důvodem, proč je na ně medicína zaostřena. S blížící se smrtí vystupují naopak do popředí spirituální potřeby, které paliativní medicína nemůže ignorovat.

2.1.2 Smrt jako nevyhnutelné ukončení pozemského života

Lidské bytosti jsou smrtelné, smrt je pro nás tedy přirozená.⁴⁶ Její význam by neměl být podceňován, je přinejmenším stejně tak důležitá jako narození. Smrt se dotýká každého z nás, je to téma, s nímž se setkává během svého života každý, a všichni vlastně žijeme v neustálém stínu smrti. Přesto je smrt odmítána a vytěšňována, ze smrti máme strach. Smrt však neodmyslitelně patří k životu člověka a nelze ji od života oddělovat ani se jí vyhnout; „*smrt a život nelze oddělit, první je stínem a zrcadlem druhého.*“⁴⁷

Tématikou smrti se z nejrůznějších hledisek zabývá thanatologie, která „*jako obor představuje interdisciplinární posouzení a shrnutí znalostí o smrti*“.⁴⁸ Zejména v posledních desetiletích se mnoho odborníků začíná zabývat především otázkou stanovení přesného okamžiku smrti a toto přesné určení – v souvislosti s rozvíjející se vědou – se stává stále obtížnější. Této otázce se věnují lékaři a biologové, ale také psychologové, filosofové, sociologové a v neposlední řadě teologové. V závislosti na úhlu pohledu lze smrt definovat a charakterizovat pomocí několika rozdílných definic.

⁴⁶ Cf. Weaver 2005, s. 254.

⁴⁷ Marguerat 2000, s. 14.

⁴⁸ Haškovcová 1991, s. 273.

Nejobecnější definice vychází z charakterizování smrti jako zániku organismu bez přesnějšího určení.⁴⁹ Podle H. Haškovcové, jedné z největších odbornic na tuto problematiku v České republice, je smrt individuální zánik organismu, podle této autorky lze smrt definovat jako „*zánik organismu jako celku, trvalé, nezvratné poškození všeho dění – přirozený důsledek života*“;⁵⁰ ve své pozdější práci užívá přesnější definice, kdy „*ekvivalentem smrti je biologická smrt mozku*“.⁵¹

Tradičně, od starověku až do novověku, byla smrt definována jako zástava dechu. Dech (latinsky *spiritus*, řecky *pneuma*) byl pokládán za princip života a byl ztotožňován s duší. Od středověku se však setkáváme s postupným šířením nové definice, která měla svůj základ ve scholastické filosofii a tato definice přetrvává dodnes; charakterizuje smrt jako oddělení duše od těla.⁵² „*Smrt je odloučení duše od těla. Předpokládá princip či formu života – duši, která je duchovní podstaty, a proto se nemůže rozpadnout, je nesmrtelná*“.⁵³ Tato definice se však dostává do rozporu s Písmem, protože se zde nesetkáváme s žádnou zmínkou o dualismu duše a těla,⁵⁴ naopak „*v Bibli je jednota duše a těla zdůrazňována*“.⁵⁵ Podle moderní filosofie a teologie je smrt „*konec osobního životního příběhu*“.⁵⁶ Tímto osobním životním příběhem je myšlena schopnost určitého minimálního uvědomění a osobní svobody.

⁴⁹ Zde se jedná o definici založenou na čistě medicínském pohledu na smrt. Bývají zde stanovována různá fyziologická kritéria, podle nichž lze smrt rozpoznat. Může se jednat o ustání srdeční činnosti, konečné zastavení látkové výměny, zakalení rohovky, rozšíření zornic či stav svalů. Cf. Rotter 1999, s. 86n.

⁵⁰ Haškovcová 1975, s. 31.

⁵¹ Haškovcová 1991, s. 274.

⁵² K tomuto názoru se přiklání i část teologů 20. století, mezi nimi i Rahner (1961) a Weaver (2005). Rahner dokonce říká: „*This separation results in a new relation between the soul and the material universe, of which the body is a part.*“ (1961, s. 18).

⁵³ Brabec 1991, s. 10.

⁵⁴ Tento dualismus je spíše charakteristický pro východní náboženské směry a také pro gnózi, v křesťanství se s ním nesetkáváme.

⁵⁵ Rotter 1999, s. 86.

⁵⁶ Rotter 1999, s. 87.

Všechny tyto definice se většinou pokouší co nejpřesněji a nejexaktněji definovat okamžik smrti. Je však třeba zdůraznit, že smrt člověka, navýsost individuální a osobní záležitost, není proces, který by se dal přesně měřit či exaktně popisovat. Smrt tedy pravděpodobně „*nikdy nebude možné exaktně měřit přírodovědeckými prostředky.*“⁵⁷ Proto je třeba mít na paměti, že i při stanovení okamžiku smrti lékařem se „*skutečný okamžik smrti ... nekryje s chvílí naprosté diagnostické jistoty.*“⁵⁸

Zajímavým fenoménem posledních let je také fakt, že se odborníci i laici věnují zejména smrti, která je určitým způsobem výjimečná: „*Vytěsněna je přirozená smrt, smrt stářím, kterou si přál věřící Izraelita; je vyhnána z veřejného života jako oplzlá a nežádoucí postava. Na její místo se dere jiná smrt, uspokojuje naši zvědavost a živí naše rozhovory – výjimečná smrt: tragická smrt, násilná obětí terorismu nebo prokletá smrt obětí AIDS.*“⁵⁹ Přitom v Písmu se o předčasné, násilné či nějakým způsobem nepřirozené smrti hovoří velmi negativně, jako o trestu za hřích člověka.⁶⁰ Naopak přirozená smrt, smrt ve stáří, po naplnění života, v žádném případě není chápána jako nějaký trest či něco výrazně negativního. O Abrahámovi se ve Starém zákoně říká: „*I zesnul Abraham a zemřel v utěšeném stáří, stár a sytý dnů.*“⁶¹ Přesto je v posledních letech zájem o onu negativní, zlou formu smrti. Přitom zdaleka nejběžnější je nejen v České republice, ale v celé Evropě, právě smrt v období stáří, ať už v důsledku nemoci či nemocí, nebo v důsledku celkového zchátrání organismu. Proto je nutné zvýšit zájem veřejnosti i odborníků o tuto problematiku, která se dotýká naprosté většiny lidí. Také v této práci se tedy budeme věnovat výhradně smrti v době stáří.

⁵⁷ Rotter 1999, s. 92. Tato měření a vědecká bádání jsou prospěšná pro právní jistotu, ale je třeba vždy přihlížet k dalším okolnostem smrti.

⁵⁸ Rotter 1999, s. 91.

⁵⁹ Marguerat 2000, s. 12.

⁶⁰ Cf. Sír 28,21.

⁶¹ Gn 25,8. Cf. Kaz 3,19-24, Mdr 7,1-6. Podrobněji k tomuto cf. Kremer 1995, s. 18.

2.1.3 Smrt v Písmu

Rád bych také alespoň krátce popsal, jak se v Písmu hovoří o smrti a jak je křesťanská smrt charakterizována. Již ve Starém zákoně je na několika místech zdůrazňována pomíjivost člověka; člověk, ač byl stvořen k obrazu Božímu, se liší od Boha tím, že sdílí se zvířaty pomíjitelnost.⁶² Již ve Starém zákoně však Izraelité neviděli ve smrti naprostý zánik existence; proto se ve Starém zákoně často ozývá výraz „*být připojen k lidu svému*“.⁶³ Tyto výrazy značí především odejít tam, kde žijí zemřelí, do *šeolu*,⁶⁴ do říše mrtvých. „*Bůh však může uchránit před šeolem a z něho vytrhnout.*“⁶⁵ To bylo také přesvědčení mnohých proroků i žalmistů.⁶⁶

Zároveň se ve Starém zákoně setkáváme s lidmi, kteří se dožili neuvěřitelně vysokého věku a umírali s vnitřním pokojem a jistotou, beze strachu.⁶⁷ „*Prvních deset patriarchů se údajně dožívá neuvěřitelného počtu let, počínaje 365 roky Henochovými a 969 roky Metúšelachovými konče, tedy ve všech případech nesrovnatelně více, než činí naše teoretická hranice dlouhověkosti. Noe se prý dožil 950, Abraham 175,⁶⁸ Izák 180⁶⁹ a Jákob 140 let.⁷⁰ Josef měl zemřít ve 110, Áron ve 123 a Mojžíš ve 120 letech.*“⁷¹ Na druhou stranu však staří Hebrejci přijímali fakt smrti jako cosi přirozeného,

⁶² Cf. Durchánek, Horský 1976, s. 61n. Cf. také Ž 49,8nn; Ž 89,49; Ž 144,3nn.

⁶³ Cf. např. Gen 25,8; Gen 35,29; Gen 49,29; Nu 20,24; Dt 32,50.

⁶⁴ Tento výraz ve svém původním významu znamená *hrob, jáma* či *propast*.

⁶⁵ Durchánek, Horský 1976, s. 62n.

⁶⁶ Cf. Iz 26,11; Dan 12,2; II Král 11,11; Iz 25,8; Oz 13,14.

⁶⁷ Cf. Křivohlavý, Kaczmarczyk 1995, s. 85. Cf. také Gen 5,3-32 a 9,29.

⁶⁸ Cf. Gn 25,8: „*I zesnul Abraham a zemřel v utěšeném stáří, stár a sytý dnů, a byl připojen ke svému lidu.*“

⁶⁹ Cf. Gn 35,28-29: „*Izák se dožil sto osmdesáti let. I zesnul Izák a zemřel a byl připojen ke svému lidu, stár a sytý dnů.*“

⁷⁰ Cf. Gn 49,33: „*A když Jákob dokončil příkazy svým synům, uložil se opět na lože a zesnul.*“

⁷¹ Hayflick 1997, s. 236.

jako zakončení života. „*Nebylo nic hrozného umírat starý a sytý dnů, zvláště když se to mohlo dít pokojně, v rodovém kruhu, uprostřed dětí a vnoučat.*“⁷²

V Novém zákoně se na mnoha místech hovoří o vzkříšení z mrtvých.⁷³ „*Evangelium ... končí vyznáním a svědectvím, že jediné, co se vyrovná s lidskou smrtelností, může být pouze Boží vzkříšení z mrtvých, jak se demonstrovalo zmrtvýchvstáním Ježíšovým.*“⁷⁴ Celý Nový zákon jednomyslně dosvědčuje, že Kristus je jediný, kdo má moc vysvobodit člověka z moci hříchu a dát mu duchovní život ve společenství s Hospodinem.⁷⁵ Apoštol Pavel si toto vzkříšení představuje tak, že v něm nepůjde o prosté pokračování tohoto života, ani o likvidaci podstatných vztahů a skutečností v tomto životě, nýbrž o Boží přetvoření, pročištění, o rekreaci všeho, co žijeme. „*Pomíjitelné tělo musí totiž obléci nepomíjitelnost a smrtelné nesmrtelnost.*“⁷⁶

Poselství evangelia je tedy jasné: „*Víře je dáno nové, kvalitativní určení života: stvořená bytost zůstává spjata s Bohem odevždy a navždy. Křesťan může vztáhnout své bytí ke vzkříšení Ježíše.*“⁷⁷ Smrt nám vždy připomíná, jak závisíme na Pánu života před svým narozením, za svého žití i po něm. „*Není to tedy tak, že to, co ke mně přichází se smrtí, není jen smrt, ale opět i Bůh sám?*“⁷⁸ U lože umírajících má význam jediné evangelium o Ježíšově vítězství nad smrtí a o Ježíšově zaslíbení věčného života všem, kdo uvěřili. Toto Evangelium je velikou posilou nejen umírajícímu, ale i pozůstalým. „*Pomáhat umírajícím v jejich těžké hodince patří k povinnostem každého křesťana.*“⁷⁹

⁷² Salajka 1998, s. 175.

⁷³ Cf. Zj 2,10: „*Buď věrný až na smrt, a dám ti vítězný věnec života.*“; cf. také Luk 19,10: „*Neboť Syn člověka přišel, aby hledal a spasil, co zahynulo.*“; J 3,16: „*Neboť Bůh tak miloval svět, že dal svého jediného Syna, aby žádný, kdo v něho věří, nezahynul, ale měl život věčný.*“

⁷⁴ Salajka 1998, s. 177.

⁷⁵ Křivohlavý, Kaczmarczyk 1995, s. 86.

⁷⁶ Cf. I Kor 15,53.

⁷⁷ Salajka 1998, s. 181.

⁷⁸ Salajka 1998, s. 181.

⁷⁹ Durchánek, Horský 1976, s. 72.

Podle moderních teologů je křesťanská smrt definována čtyřmi aspekty, které jsou také zdůrazněny v Písmu.

- Je to smrt, v níž se člověk blíží v neustálé důvěře ve věčnou Boží lásku a ve víře v zaslíbení věčného života.
- Je to smrt, na kterou je člověk citlivě připraven, k níž se blíží s odvahou, s důvěrou a vírou, a také s láskou ke všem.
- Je to smrt, která je přijímána bez reptání, protestu a odboje jako projev Hospodinovy vůle.
- Je to smrt, kterou člověk přijímá z Boží ruky a pokojně se sám svěřuje do Božích dlaní.⁸⁰

2.1.4 Strach z umírání a ze smrti a jeho příčiny

Hlavním motivem, který podle obecné představy charakterizuje smrt, je strach. „*Smrt je stále hroznou a děsivou událostí a strach z ní je obecný a univerzální.*“⁸¹ Tento strach z konce pozemské existence (tzv. *thanatofobie*) není v žádném případě ničím zvláštním či nepochopitelným. Naopak se většina autorů shoduje na tom, že strach ze smrti je přirozený. „*Naprosto tedy není nedůstojné smrt nenávidět. Nenávist k smrti spíše patří k důstojnosti lidského bytí.*“⁸² H. Haškovcová zastává stejný názor, podle ní každý člověk touží po dlouhém a šťastném životě. „*Normální jedinec je biofilní, to znamená, že touží po životě.*“⁸³ Podobně V. Vondráček říká, že „*strach ze smrti je všem organismům vrozený.*“⁸⁴

Klíčová otázka zde ale zní, proč máme ze smrti tak velký strach? Nejjednodušším vysvětlením je fakt, že se bojíme nejistoty, jak naše umírání a smrt bude konkrétně vypadat. Podle názoru velké části autorů se většina lidí

⁸⁰ Cf. Křivohlavý, Kaczmarczyk 1995, s. 56.

⁸¹ Kübler-Rossová 1993, s. 5.

⁸² Jünger 1995, s. 342.

⁸³ Haškovcová 1990, s. 354.

⁸⁴ Vondráček 1923, s. 8.

spíše než samotné smrti bojí procesu umírání. Máme obavy z těžkého, bolestivého a dlouhého trvání, ale také z osamění, bezmocnosti a závislosti na okolí, ztráty soudnosti a sebeuvědomování.⁸⁵ Většina lidí si přeje tzv. milosrdnou smrt ve spánku,⁸⁶ což jen ilustruje onu obavu z průběhu umírání, který si ve spánku nejsme schopni plně uvědomit. Podle některých názorů je příčinou tohoto strachu také výše zmiňovaná tabuizace smrti, kdy je smrt chápána jako něco tajemného a hrůzného. Přístup ke smrti se tedy v minulém století postupně měnil a nejvýraznějším rysem těchto změn je fakt, že v minulosti si lidé přáli, aby se na smrt mohli připravit, aby měli čas urovnat své záležitosti, smířit se se svými blízkými i s Bohem. „*Když dříve někdo zemřel, byli jeho blízcí rádi, pokud mohli prohlásit: „Díky Bohu, měl čas připravit se na smrt.“ Dnes se, poprvé v dějinách, ujišťujeme: „Na štěstí o tom ani nevěděl.“ Děsí nás smrt dnes víc než včera?*“⁸⁷ A tak, zatímco naše doba touží po smrti ve spánku a nevědomí, dříve se lidé modlili: „*De morte repentina libera nos, Domine.*“⁸⁸ Lidé se tedy dříve nejvíce obávali náhlé a nepředvídané smrti, která „*člověku nedopřeje času, aby se připravil na setkání se svým Bohem.*“⁸⁹

Strach ze smrti se u různých lidí projevuje různě, vyskytuje se v různé míře, nebo dokonce může úplně chybět. Zejména u velmi starých lidí bývá smrt přijímána klidně a někdy je dokonce vítaná.⁹⁰ Starý či přestárlý člověk

⁸⁵ Cf. Pacovský 1990, s. 114; cf. Vágnerová 2007, s. 431n.

⁸⁶ S tímto přáním jsem se setkal také při svých rozhovorech se seniory.

⁸⁷ Marguerat 2000, s. 9.

⁸⁸ „*Od náhlé smrti vysvobod' nás, Pane.*“

⁸⁹ Marguerat 2000, s. 11.

⁹⁰ I podle posledních výzkumů se stoupajícím věkem klesá strach ze smrti. V době pravého stáří se smrti neobává kolem 80% seniorů, ve věkové kategorii nad 91 let zhruba 35% dotazovaných už nechce žít. Tato fakta vyplývají i z rozhovorů, které jsem vedl s klienty domova v Myslibořicích, kde naprostá většina seniorů ze smrti strach nemá a očekávají ji klidně a vyrovnaně, jako něco, co je součástí přirozeného běhu života.

„na svůj nadcházející konec bude pohlížet v jakémisi tichém očekávání.“⁹¹ Smrt se v této věkové kategorii postupně stává běžným tématem rozhovoru, senioři se pomocí těchto hovorů s blížící se smrtí vyrovnávají. „*Popírání a tabuizace už není tak účinnou obranou, jako byla dřív. Mnozí staří lidé o smrti uvažují delší dobu před koncem života, chtějí o ní mluvit, především o svých obavách, které s koncem života souvisejí. ... Nárůst potřeby mluvit o smrti signalizuje, že je pro ně toto téma aktuální.*“⁹² Problémem zde je, že lidé v okolí seniora, rodina, blízcí přátelé či ošetřující personál, o smrti hovořit nechtějí, nemají tuto potřebu a často ani odvalu o tomto tématu hovořit. Pokusy seniorů přivést hovor k tématu smrti tak odmítají a pokouší se reagovat nereálným utěšováním. Se seniory proto lidé v jejich okolí o tomto tématu většinou nemluví, „*téma smrti se obchází jako něco nezdravého, choulostivého, ba až nevhodného.*“⁹³

Další skupinou lidí, kteří nemají strach ze smrti nebo se u nich tento strach projevuje v nižší míře než u běžné populace, jsou věřící lidé. Silně nábožensky orientovaní lidé chápou smrt a její význam; smrt vede k dalšímu pokračování života. Křesťané tak nestojí tváří v tvář nejistotě, protože jejich víra jim dává naději na posmrtný život.⁹⁴ Skutečnost posmrtného života a hluboká a pevná víra zde mohou poskytnout významnou útěchu.

Strach ze smrti bývá vysvětlován z čistě psychologického hlediska, podle některých autorů se však jedná o hrůzu ve spirituální rovině. Jisté je, že hrůza ze smrti je řádu duchovního; duchovní význam smrti se projevuje jako trojí rozcestí.

Podle názoru významné odbornice v této oblasti, M. Munzarové, se zde umírající střetává se třemi typy určitých protikladů. Prvním z nich je nutnost smrti, které se člověk nemůže vyhnout, a ačkoli to ví, snaží se tomuto faktu

⁹¹ Kübler-Rossová 1993, s. 99.

⁹² Vágnerová 2007, s. 431.

⁹³ Alan 1989, s. 401.

⁹⁴ Tomuto se budeme podrobněji věnovat dále.

vzpírat. Druhým zápasem je střet naděje a zoufalství, při němž člověk neví, zda je smrt vstupem do naprosté nicoty nebo pokračováním života. „*Víra v nesmrtelnost však nemusí být vždy útěchou. V každém případě zatěžuje člověka odpovědností s možností odplaty za provinění.*“⁹⁵ Představa odplaty za provinění na této zemi však souvisí spíše s katolickou tradicí, byla obecně rozšířena ve středověku. Dnešní teologie zastává názor, že spasení a věčný život jsou Božím darem pro člověka; tento dar si nelze zasloužit, lze ho jen přijmout. Vzhledem k vysoce individuální povaze těchto záležitostí však nelze zobecňovat, každý senior svou víru prožívá osobně a proto se setkáváme i s výše zmíněnými obavami; je proto jistě vhodným tématem pastoračního rozhovoru právě i otázka, zda je věčný život útěchou nebo spíše varováním.

Munzarová zde zdůrazňuje, že ani věřící ani nevěřící lidé se obvykle necítí klidní. „*A jelikož není důkazů pro první ani pro druhé, všichni jsou zatíženi určitou nejistotou a pochybnostmi. Vše se vyjeví až v okamžiku smrti.*“⁹⁶ Posledním, třetím protikladem, je fakt, že člověk, tvor společenský, umírá vždy sám, smrt je výlučně osobní.

Umírání bývá – částečně oprávněně – obvykle spojováno s utrpením a bolestí. Dříve bylo utrpení v životě člověka přítomno častěji a intenzivněji než dnes a vztah k němu byl postaven na výlučně náboženském základě. Lidé v těžkých chvílích hledali pomoc u Boha a podle své víry tak docházeli k přesvědčení, že bolest je trest za hříchy, kterých se člověk v životě dopustil.⁹⁷ V tomto vnímání došlo především během minulého století k zásadnímu posunu. Dnešní pohled bývá většinou – a to nezřídka i u křesťanů – spíše ateistický a vědecký. Utrpení je považováno za určitou nedostatečnost a neschopnost společnosti, jmenovitě lékařů. Lidé se chtějí radovat a ne trpět. „*Trápení se dnes zdá být beze smyslu – máme léky tisíci bolest, ... už dávno*

⁹⁵ Munzarová 2005, s. 15.

⁹⁶ Munzarová 2005, s. 15.

⁹⁷ Tématem návaznosti utrpení a hříchu se zabývá např. kniha Lain Entralgo 1995.

nevěříme v nebeskou odměnu za pozemské strádání. Utrpení ztratilo svůj význam.“⁹⁸ Lidé si totiž dnes často neuvědomují, že hodnota lidského života nespočívá v bezduché radosti a užívání si života, ani v tom, co člověk dokázal z materiálního hlediska, ale „nejhlouběji se zakládá ve vztahu člověka k Bohu.“⁹⁹ Pokud totiž pohlížíme na svět z čistě materialistického hlediska, ateistickým pohledem, a nedíváme se tedy na utrpení skrze víru v Boha a ve vzkříšení, nemůžeme nalézt smysl utrpení. „Nemocný, který trpělivě snáší těžké utrpení, se může stát pro své okolí velkým požehnáním.“¹⁰⁰

Jak jsme viděli výše, strach ze smrti závisí na množství faktorů. M. Vágnerová jich rozlišuje celkem šest.¹⁰¹

- věk – S postupujícím věkem u velké většiny lidí strachu ubývá. Přitom různí lidé mají různou tzv. žádanou délku vlastního života, která velmi často bývá ovlivněna touhou dožít se určité události, která má pro seniora zvláštní význam (ukončení studia vnoučat, svatba vnoučat, ...)
- gender – Ženy se podle statistik bojí smrti obvykle méně než muži. Tento fakt je způsoben pravděpodobně tím, že ženy jsou obecně otevřenější a o svých emocích ochotné rozmlouvat, zatímco muži jsou spíše uzavření a se svými problémy tak zůstávají sami.
- osobnostní vlastnosti – Osoby, který již během života mají sklon k depresím či úzkostem, obvykle hůře snášejí i závěrečné období života, strach ze smrti u nich bývá výrazně zesílen.
- míra obtížnosti současného života – Čím je život obtížnější a naděje na zlepšení méně reálná, tím bývá většinou strach ze smrti menší. Lidé zde většinou smrt chápou jako východisko nebo vykoupení ze svého

⁹⁸ Kübler-Rossová 1993, s. 13n.

⁹⁹ Rotter 1999, s. 27.

¹⁰⁰ Rotter 1999, s. 100.

¹⁰¹ Cf. Vágnerová 2007, s. 433.

utrpení. Někdy tito senioři žádají, aby byl jejich život uměle ukončen, aby už se nemuseli trápit.¹⁰²

- vyrovnanost s vlastním životem – Strach ze smrti zvyšuje představa nějaké nesplněné povinnosti či nedokončeného úkolu, nejčastěji se zde jedná o neuspořádání rodinných majetkových záležitostí či nemožnost pokračovat v péči o nemocného partnera.
- stabilita hodnot a identifikace s určitým životním názorem – Duchovně zaměřeni či věřící lidé se obecně s blízkostí smrti vyrovnávají lépe než ateisté.

2.2 Jak se senioři vyrovnávají se smrtí?

V naší společnosti se často střetává dvojí pohled na smrt. Pro křesťany je smrt individuální záležitostí – smrt je spánek, z něhož bude člověk probuzen při Kristově příchodu na konci věků. Smrt proto není vnímána jako konec existence, ale spíše jako přechod do dalšího, věčného života. Ateistická část populace, která v českém prostředí tvoří velkou většinu, intuitivně ztotožňuje smrt s pocitem strachu z nicoty a s nejistotou, které v této oblasti nevěřící lidé čelí.

2.2.1 Jak se se smrtí vyrovnávají věřící senioři?

„Lidská smrt má osobní rozměr, protože je koncem našeho pozemského života.“¹⁰³ Již několikrát jsme se dotkli faktu, že „věřící lidé se v průměru méně obávají smrti a snadněji se s ní vyrovnávají.“¹⁰⁴ V této podkapitole se

¹⁰² Problémem eutanazie se budeme podrobněji zabývat v dalších kapitolách, proto ho na tomto místě nebudeme dále rozebírat.

¹⁰³ Weaver 2005, s. 259, vlastní překlad.

¹⁰⁴ Vágnerová 2007, s. 433.

pokusíme hlouběji zamyslet nad tímto obecně přijímaným faktem, pokusíme se zjistit, zda je tomu tak vždy, a také tuto skutečnost hlouběji objasníme.

Toto výrazné zmenšení strachu ze smrti u věřících seniorů bývá vysvětlováno faktem, že křesťanská víra dává člověku jistotu, že smrt je začátkem nového, věčného života. Tuto víru, která měla ohromnou sílu již ve společenství prvních křesťanů, zdůrazňuje již Tertullianus, významný křesťanský teolog 3. století: „*Nadějí křesťanů je vzkříšení mrtvých: vše, co jsme, jsme ve víře ve vzkříšení.*“¹⁰⁵ Víra ve vzkříšení vychází z radostné zvěsti evangelií, kde se o vzkříšení z mrtvých¹⁰⁶ hovoří na mnoha místech; v Lukášově evangeliu je tato víra vyjádřena takto: „*Neboť Syn člověka přišel, aby hledal a spasil, co zahynulo.*“¹⁰⁷ O těch, kteří vzkříšení popírají, píše Pavel: „*Někteří nemají ani ponětí o Bohu,*“¹⁰⁸ čímž vyjadřuje, že víra ve vzkříšení a víra v Boha jsou spolu nerozlučně spjaté. Aby však člověk mohl tuto radostnou zvěst přijmout, k tomu nestačí jen teoretické vědění o Bohu; „*každý jednatel musí pokorně připustit hranice lidského poznání, otevřít se daru víry a slovem i činem složit celou svou naději na Hospodina, který nás skrze Ježíše Krista vyvádí ze smrti.*“¹⁰⁹

Nejedná se zde tedy v žádném případě o smrt chápanou jako definitivní ukončení existence člověka. „*Smrt ... znamená přechod na jinou, duchovní formu existence.*“¹¹⁰ V posledních desetiletích se však setkáváme s určitou transformací této víry. Často se potkáváme s názorem, že víra již není pro člověka tím, čím byla kdysi. „*Zdá se, že za starých časů více lidí věřilo v Boha beze všech pochybností, věřili v lepší příští, v posmrtný život, který zbaví lidi trápení a bolesti. Odměna byla v nebi, a pokud jsme za pozemského života*

¹⁰⁵ Překlad převzat z knihy Kremer 1995, s. 11.

¹⁰⁶ „*Záchrana z věčné smrti se v bibli často nazývá „vzkříšení mrtvých“ nebo „vzkříšení z mrtvých,*“ Kremer 1995, s. 21.

¹⁰⁷ Luk 19,10.

¹⁰⁸ 1 Kor 15,34.

¹⁰⁹ Kremer 1995, s. 43.

¹¹⁰ Vágnerová 2007, s. 433.

hodně trpěli, mělo se nám po smrti dostat odplaty”¹¹¹ To je opravdu základem křesťanské víry, dříve stejně jako dnes. Dnešní křesťané věří stejně, jako věřili jejich předkové. Víra v posmrtný život vychází včera a stejně i dnes především z Nového zákona, kde Ježíš v mnoha podobenstvích hovoří o království Božím a o posmrtném životě. Stále zde však zůstává onen osten nejistoty, který v pozdějším věku útočí na velkou část seniorů. O životě po smrti a o vzkříšení mluví lidé, kteří žijí, sami toto nezažili. Máme v podstatě jediný příklad vzkříšení, a tím je Ježíš Kristus;¹¹² na Ježíšově vzkříšení však můžeme vidět, že probuzení mrtvých je opravdu v Hospodinově moci.¹¹³

Zatímco však ještě před sto lety byla víra běžná pro většinu populace, dnes je již na našem území věřících lidí jen menšina. Křesťané jsou tak neustále konfrontováni s celým spektrem odlišných duchovních přesvědčení a také s celou řadou nových vědeckých objevů a tvrzení, která staví dnešní věřící křesťany do obtížné pozice. Jejich víra je – podle mého názoru – vystavena většímu množství vnějších tlaků a pokušení, než tomu bylo dříve. *„To, co o smrti říká křesťanství, je pocíťováno jako neúčinné nebo pro mnohé těžko přijatelné. To, co bylo v průběhu staletí bráno jako nosné poselství, je nyní podezřelé, přestože jsme dnes ke střetu se surovostí smrti vyzbrojeni mnohem hůře než kdykoli předtím. Musíme zemřít a přitom jsme ztratili ... útěchy.*”¹¹⁴ Křesťanský pohled na smrt je tak některými přijímán jako pomoc a útěcha, ale jiní ho odmítají a pokouší se ho nahradit.

U mnoha odborníků¹¹⁵ se setkáváme s názorem, že křesťanská víra nabízí tři náhledy, „odpovědi” na smrt.

¹¹¹ Kübler-Rossová 1993, s. 13.

¹¹² Podobně byla vzkříšena i Marie, matka Ježíšova, ale v evangelickém prostředí nemá Mariina osoba zdaleka takovou důležitost jako sám Ježíš.

¹¹³ Cf. Mt 28.

¹¹⁴ Marguerat 2000, s. 14n.

¹¹⁵ Cf. Marguerat 2000, s. 16n; Munzarová 2005, s. 15; Pecka 1970, s. 450.

- Smrt je chápána jako Boží tajemství, něco, co je plně v rukou Božích, co člověku nepřísluší. „*Hospodin dal, Hospodin vzal, jméno Hospodinovo budiž požehnáno,*”¹¹⁶ říká Job poté, co se dozvěděl o smrti svých synů a dcer. Pro věřícího křesťana zde však nastává určitý rozpor, s nímž mají mnozí problém se vyrovnat a který se často stává hlavním argumentem odpůrců křesťanské víry. V evangeliích se na mnoha místech mluví o tom, že Bůh láska,¹¹⁷ ale zároveň je Bůh ten, kdo řídí smrt. Je však třeba zdůraznit, že na žádném místě v Novém zákoně se nesetkáváme s Bohem, který je odpovědný za smrt člověka. „*Ani jedna řádka Nového zákona nedělá z Boha velmistra umírání.*”¹¹⁸
- Hospodin smrt nevyvolal, byl to Adam.¹¹⁹ „*Pro některé tudíž obsahuje skutečnost smrti nesnesitelnou volbu: buď je Bůh všemohoucí a rozsévá smrt bez náznaku milosrdenství, nebo je Bůh láska, ale je to Bůh neschopný postavit hráz onomu nestvůrnému nedopatření stvoření: utrpení a smrti člověka.*”¹²⁰
- Radostná zvěst o vzkříšení, která tvoří jádro celého evangelia: Kristus vstal z mrtvých a také my vstaneme s ním na konci věků. „*Nehledají snad křesťané jistotu právě v tomto příslibu překonání smrti?*”¹²¹ Pravě tato ústřední křesťanská víra je ale v poslední době otřesena; šíří se víra v reinkarnaci, roste zájem o „vědecké” zkoumání života po životě a o případy klinické smrti.¹²²

¹¹⁶ Jb 1,21.

¹¹⁷ Cf. 1 Jan 4,8; 1 Jan 4,10; 1 Jan 4,16; Řím 5,5.

¹¹⁸ Marguerat 2000, s. 19.

¹¹⁹ Cf. Ř 5,15: „*Proviněním toho jediného, totiž Adama, mnozí propadli smrti.*”

¹²⁰ Marguerat 2000, s. 16.

¹²¹ Marguerat 2000, s. 17.

¹²² Zejména prožitky pacientů, kteří se probudili z klinické smrti, jsou centrem zájmu. Mnoho výpovědí o těchto prožitcích shromáždil R. A. Moody ve svých populárních knihách (zvláště Moody 1994). Tímto fenoménem se zabývá i P. Říčan (Říčan 2007).

Smrt lze tedy v souladu s křesťanským učením a vírou chápat jako tajemství Boží, jako odplatu za prvotní hřích nebo jako průchod ke vzkříšení. „*Tato tři témata ... vzbuzují pochybnosti. Mimo církve, ale rovněž – příznejme si to – v církvích. Přesvědčivost křesťanské zvěsti vyvanula.*”¹²³ Zatímco od počátků až do doby osvícenství, podle některých názorů až do počátku 20. století, byla pro křesťany tato víra mimo pochybnost, „*množí se už řadu let hlasy, které naději na vzkříšení a věčný život buďto popírají nebo ji alespoň hodnotí jako krajně nejistou.*”¹²⁴ Křesťané tak i dnes věří v posmrtný život v nebi, ale tato víra bývá často nahlodána.¹²⁵ „*S touto změnou ale souvisí i to, že mnohem méně lidí opravdu věří v život po smrti, který sám o sobě je vlastně popřením naší smrtelnosti. Neočekáváme-li po smrti život, musíme ovšem přijmout smrt.*”¹²⁶

Moderní teologové v této souvislosti zdůrazňují i fakt, že ani hluboká a opravdová víra neodstraňuje strach ze smrti jako takový. Dokonce i v evangeliích máme zprávy o tom, že strach ze smrti měl i Ježíš, který řekl: „*Má duše je smutná až k smrti.*”¹²⁷ a při představě blížící se smrti na něho padla smrtelná úzkost¹²⁸ a prosil Boha, aby ho před smrtí uchránil. „*Křesťanská víra prostě neodstraňuje strach ze smrti a nenávisť k smrti, avšak odnímá obojímu ... slepotu. A tak odnímá oné vskutku prapohanské nenávisti k smrti její pohanství. Učí smrti rozumět. Objasňuje ji ve světle evangelia. A tak zároveň přináší světlo do temnoty smrti.*”¹²⁹

¹²³ Marguerat 2000, s. 17.

¹²⁴ Kremer 1995, s. 11.

¹²⁵ S tímto fenoménem jsem se také setkal při svých rozhovorech se seniory v Myslibořicích, z nichž část, přestože sami sebe označovali jako věřící, má ohledně posmrtného života velké pochybnosti. Většinou vyslovují značnou nejistotu a často také obavy, zda bude naplněna jejich celoživotní víra. Duchovní vedení a možnost rozhovoru s duchovním je však seniorům – i podle jejich vlastních slov – velkou útěchou.

¹²⁶ Kübler-Rossová 1993, s. 14.

¹²⁷ Mk 14, 34.

¹²⁸ Cf. Lk 22, 44.

¹²⁹ Jüngel 1995, s. 343.

Přestože se zde tedy setkáváme s určitým oslabením jistoty, že často celoživotní víra bude po smrti člověka naplněna, je duchovno nesmírně důležitou součástí života seniorů, zejména v závěrečném období jejich života. „*Pokud je umírající hluboce věřící, je třeba ho ujistit o platnosti všech Božích zaslíbení.*“¹³⁰

„*Pro mnoho pacientů je (sc. duchovno) ... zdrojem posily, útěchy a motivace.*“¹³¹ S tím souvisí i fakt, že podle posledních statistik jsou na území České republiky „*nejvíce religiózními lidmi právě senioři. Typický člověk, který je věřící a jako takový věří podle církevního učení, je starší 60 let a ovdovělý.*“¹³² Existuje tedy část seniorů, kteří svou cestu k Bohu a křesťanské víře naleznou až v důchodovém věku, existují také lidé, kteří opravdu uvěří až těsně před smrtí.

Pro seniory je velmi důležitá jak jejich víra, která přesahuje jejich aktuální pozemský život, tak také církevní společenství, k němuž patří. V církevním sboru, jehož jsou součástí, nacházejí senioři podporu ve své víře, pomoc a útěchu. Společenství jim umožňuje návštěvy bohoslužeb, biblických hodin i dalších aktivit, ale zároveň hraje velmi významnou roli v sociální rovině, kde seniorům poskytuje určitou sociální roli jako člena sboru. „*Spirituální sounáležitost s ostatními farníky má trochu jiný charakter než běžný kontakt, tento vztah je užší a privilegovanější. ... Ve stáří, kdy se mnohé životní hodnoty ztrácejí, je jistota Boží existence důležitá, protože je jistotou zakotvení, které není vázáno jen na dobu tělesného života.*“¹³³

A právě věřící senioři často prožívají tzv. spirituální bolest, která bývá definována jako „*utrpení spojené s odcizením od svého nejhlubšího já, které je*

¹³⁰ Křivohlavý, Kaczmarczyk 1995, s. 57n

¹³¹ Sláma et al. 2007, s. 340.

¹³² Martínek a kol. 2010, s. 95.

¹³³ Vágnerová 2007, s. 428.

často prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu.”¹³⁴ Tato bolest je nejčastěji problémem právě u hluboce věřících seniorů, kteří si problémy duchovního charakteru velmi silně uvědomují a trápí se jimi.¹³⁵ Část seniorů se trápí pocitem viny, že v minulosti udělali něco, co je v rámci jejich víry nepřijatelné. Někteří senioři (nejčastěji se jedná o osoby hlásící se ke katolické církvi) cítí vinu za to, že jejich vnoučata nejsou pokřtěna nebo nejsou vychovávána ve víře.¹³⁶ Zde je však třeba mít vždy na paměti, že víra je Boží dar a žádný člověk proto nemůže být odpovědný za víru či nevíru svého bližního; víra je nepřenositelná. Mnoho trápení je spojeno s nápravou vztahů, a to zejména s nejbližšími lidmi, nejčastěji rodinou. Mnoho seniorů se tak trápí buď tím, že na nich byla dříve spáchána nějaká křivda, nebo naopak tím, že někomu sami ukřivdili. Lidé touží pocítit, že jsou přijati a milováni, ale zároveň chtějí i sami odpustit. V některých případech je ovšem tato náprava chyb či křivd velmi obtížná; ne vždy je totiž druhá strana ochotná k jednání, v některých případech již také druhá osoba zemřela.¹³⁷ Přesto však musíme mít vždy na paměti, že přestože např. vyznání vin v přítomnosti duchovního je velmi důležité, je to vždy jen Bůh, kdo může odpustit naše hříchy a také je odpouští. Duchovní má člověka vždy vyslechnout, ale odpuštění sám neudílí, pouze ho zvěstuje. Odpuštění je vždy úplné, Hospodin člověku odpouští všechny jeho hříchy bez výjimky. Víra v toto Hospodinovo odpuštění, v jeho milost, poskytuje úlevu a naději v těžkých chvílích na konci pozemského života.

Ze všech výše zmiňovaných důvodů je proto více než vhodné poskytnout všem věřícím seniorům v závěrečném období života, kdy se musí vyrovnat s přicházející smrtí, duchovní pomoc a péči. *„Obecná duchovní služba spočívá v naslouchání, pomoci k orientaci v nastalé životní situaci,*

¹³⁴ Munzarová 2002, s. 23.

¹³⁵ Samozřejmě zde existují výrazné rozdíly mezi věřícími z různých církví, ale mnohé otázky a bolesti jsou společné většině lidí bez ohledu na konfesi.

¹³⁶ Cf. Martínek a kol. 2010, s. 96. S tímto se setkáváme zejména v katolickém prostředí.

¹³⁷ Ambros et al. 2002, s. 96.

v hledání smyslu života s nemocí, vyrovnávání se s obavami všech druhů, pomoci při urovnání křivdy, viny a neúspěchu, modlitbě.”¹³⁸ Jak je vidět, tato duchovní služba není určena jen pro aktivně věřící seniory, ale mělo by se jí dostat všem, kdo o ni projeví zájem.¹³⁹ Mohou ji vykonávat všichni lidé, od rodinných příslušníků seniora, přes ošetřující personál či dobrovolníky,¹⁴⁰ až ke specialistům, teologům a psychologům. Spíše než o nějaký stanovený spirituální úkon se zde jedná o čas, který umírajícímu věnuje jeho okolí. Umírající chce být vyslechnut, potřebuje naše pochopení a porozumění.

Dále zde existuje speciální spirituální služba, kterou nemohou vykonávat všichni lidé, ale jen církví pověřené osoby, nejčastěji duchovní. Zde se jedná např. o přípravu k přijetí svátostí, udělení svátostí nebo přípravu a vedení bohoslužeb. Tato duchovní služba je tedy určena spíše pro seniory věřící, kteří by měli mít možnost se před smrtí setkat s duchovním, který jim může nabídnout teologickou péči v jejich úzkostech. Při aktivní duchovní službě umírajícím můžeme být svědky následujících změn: „*snížení úzkosti, deprese a celkového diskomfortu, snížení pocitu osamělosti...*”¹⁴¹ Přitom je však vždy důležité při pastoračním rozhovoru pamatovat na to, že víra je vždy individuální a osobně prožívána. Přesto, že se konkrétní senior hlásí k určité konfesi, je jeho víra osobní, často s mnoha pochybnostmi i nejasnostmi.

Pro většinu věřících seniorů zde stále zůstává posila v podobě jejich víry, která jim pomáhá překonávat strach ze smrti a zemřít klidně, vyrovnaně a ve smíření. Tuto jistotu uprostřed temnot blížící se smrti krásně popisuje apoštol Pavel: „*Jsem si jist, že ani smrt ani život, ani andělé ani mocnosti, ani přítomnost ani budoucnost, ani žádná moc, ani výšiny ani hlubiny, ani co*

¹³⁸ Sláma et al. 2007, s. 341.

¹³⁹ K tomuto blíže dále.

¹⁴⁰ Cf. Gryz a Mielec 2001, kapitola *Wolontariat – szkola miłości bliźniego*, s. 95-101.

¹⁴¹ Sláma et al. 2007, s. 341.

jiného v celém tvorstvu nedokáže nás odloučit od lásky Boží, která je v Kristu Ježíši, našem Pánu.“¹⁴²

2.2.2 Jak se se smrtí vyrovnávají senioři ateisté?

Pojednali jsme tedy o seniorech věřících, o křesťanech, kterým poskytuje v těžkých chvílích na konci pozemského života oporu jejich víra. Nelze však v této práci opominout seniory nevěřící, kteří se musí vyrovnávat se stejnými obtížemi, ale nemají na pomoc učení církve a svou víru. Jak víme, nevěřících seniorů je v České republice většina, přestože statisticky vzato patří věková skupina seniorů mezi nejvíce věřící části populace.

Každý člověk, ať už věřící nebo nevěřící, má duchovní složku, a to i přesto, že si ji sám neuvědomuje. *„Je to něco, co je v člověku jako nepostizitelná podstata, co vychází zevnitř nás, co dává smysl našemu životu, ovlivňuje naše postoje, naše konání.*“¹⁴³ Často bývá zdůrazňováno, že právě v terminálním stádiu lidského života se tato duchovní část lidské bytosti stává důležitější a významnější než dříve. Právě to je důvod, proč by měla být duchovní služba poskytována nejen věřícím seniorům, ale i seniorům nevěřícím.

Většina nejpalcivějších otázek, s nimiž se senioři setkávají, je tak společná věřícím i nevěřícím.¹⁴⁴ *„Strach ze smrti a sžírající nejistota – to jsou základní jevy, které doprovázejí člověka umírajícího bez osobního společenství s Bohem. Tyto jevy mohou přechodně prožívat i lidé, kteří s Bohem žijí, jestliže jejich společenství s Bohem je narušeno nějakým hříchem, ze kterého nečinili pokání.*“¹⁴⁵ Mnoho křesťanů bohužel není schopno před smrtí potlačit pocit

¹⁴² Ř 8, 38n.

¹⁴³ Ambros et al. 2002, s. 17.

¹⁴⁴ Tento fakt by měl být jedním z impulsů pro rozvinutí pastorační činnosti i mezi nevěřícími seniory. Zároveň zde vyrůstá otázka, proč je tomu tak a proč víra neposkytuje větší oporu v nejtěžších chvílích života.

¹⁴⁵ Křivohlavý, Kaczmarczyk 1995, s. 84.

úzkosti a strachu. „Příčin této skutečnosti je celá řada, především v tom, že všichni bez rozdílu zemřeme a nikdo nevíme kdy. Víme také, že předchůdcem smrti bývá obyčejně větší či menší utrpení a my se utrpení obáváme. V každém z nás je silný pud sebezachování, touha po životě. ... Nejvíce strachu před smrtí má pochopitelně ten, kdo je si vědom, že žil špatně, nehodně, že těžce hřešil. Pokud se takovému člověku dostalo aspoň základů křesťanské výchovy, má silné výčitky svědomí.“¹⁴⁶

Většina seniorů, věřících i nevěřících, si proto pokládá podobné otázky: „*Jaký je smysl mého života? Co je v životě důležité? ... Co dělat s vlastními selháními? Co s vlastními chybami a vinami, které nelze odčinit? Co s pocitem křivdy? Jak najít cestu k odpuštění a ke smíření s druhými lidmi? Jak přijmout tajemství smrti?*“¹⁴⁷ Přestože na některé z těchto otázek lze nalézt odpověď v Písmu a ve víře, není vždy samozřejmostí, že se věřící senioři s daným problémem již vyrovnali a nemají tedy sebemenší pochybnosti. Jsou zde však otázky, na něž dává křesťanská víra jasné odpovědi. „*Bude něco po smrti? Je nějaký bůh?*“¹⁴⁸ Právě tyto dvě otázky vystupují do popředí právě v období těsně před smrtí a bývají ty nejtěžší. Zatímco křesťané zde tedy hledají a nalézají oporu ve své víře, ateisté tápou. Téměř každý, i ten, kdo celý život víru vehementně odmítal, si na konci života tyto otázky pokládá. Pravděpodobně každého ateistu napadne, jestli opravdu po smrti bude konec celé jeho existence, nebo zda existuje něco víc, nějaký bůh, před něhož člověk po smrti předstoupí. Nejistota, co s námi bude po smrti, je „*palčivá otázka, vyjadřující zároveň odpor člověka pohlédnout do tváře svému naprostému porušení i nedostatečnost jeho pokusů nahlédnout za neproniknutelnou zeď smrti. Kam člověk zmizí, když jeho život uhasne?*“¹⁴⁹

¹⁴⁶ Durchánek, Horský 1976, s. 61.

¹⁴⁷ Sláma et al. 2007, s. 340.

¹⁴⁸ Sláma et al. 2007, s. 340.

¹⁴⁹ Marguerat 2000, s. 45.

Senioři v závěrečném období života, tváří v tvář smrti, ať už věřící nebo nevěřící, by měli mít možnost využít služeb duchovního či alespoň věřícího laika. „*Pokud umírající stojí na okraji víry, je vhodné se zaměřit na sdělení radostní zvěsti – evangelia. ... Není na světě člověka, kterého by neměl Bůh rád; Bůh nás miluje takové, jací jsme, i když o nás všechno ví; Bůh nám odpouští pro svého syna Ježíše*“¹⁵⁰ Právě v závěrečném období života bývají akcentovány spirituální potřeby člověka a proto by neměly být opomíjeny. „*Přesto má duchovní služba u nás prozatím poněkud nejasnou pozici. Bývá zužována na poskytování náboženských úkonů pro ty, kdo si je přejí. Někteří se jí obávají, především pro náboženskou agitaci nebo i předpokládaný nátlak na pacienta.*“¹⁵¹

¹⁵⁰ Křivohlavý, Kaczmarczyk 1995, s. 58n.

¹⁵¹ Ambros et al. 2002, s. 46.

3. ETICKÉ OTÁZKY V OBDOBÍ PRE FINEM

Přestože každé umírání a každá smrt jsou vysoce individuální, lze vysledovat jisté společné rysy a fáze, kterými si prochází téměř každý člověk. Odborníci se shodují na tom, že umírání a smrt mají několik fází, kterými každý umírající prochází. Jejich podrobné poznání je velmi důležité pro vhodnou volbu medicínských postupů i pro spirituální péči. Přední česká odbornice na tuto problematiku Helena Haškovcová,¹⁵² stejně jako i mnozí další čeští i zahraniční odborníci, rozlišuje tři základní období: dobu umírání, označovanou jako *pre finem*, po ní následuje okamžik samotné smrti, zvaný *in finem*, a doba těsně po smrti, zvaná *post finem*.¹⁵³ V této kapitole se tedy budeme věnovat období *pre finem*.

Období nazývané *pre finem* je doba, kdy již celkový vývoj bezprostředně směřuje ke smrti. Tato doba bývá různě dlouhá, trvá několik dní, týdnů, měsíců, ale v některých případech i let. Právě senioři jsou skupinou, pro níž je typické dlouhé období *pre finem*, jehož délka je jen velmi obtížně odhadnutelná. Během celého trvání této fáze je prvořadým úkolem medicíny především zmírnění potíží a utrpení nemocného, a to jak fyzických, tak psychických a spirituálních. Velmi důležitou roli zde však kromě medicíny hraje také péče o duchovní složku člověka. „*Nemocného je bezpodmínečně nutné uchránit od tzv. psychické a sociální smrti. Nikdo by neměl zemřít dřív psychicky než fyzicky*“.¹⁵⁴

¹⁵² Cf. Haškovcová 1994.

¹⁵³ Tomuto rozdělení do tří období odpovídá i rozdělení na duchovní péče o umírající pacienty a jim blízké osoby. Tato péče bývá rozdělována na premortální pastýřskou péči (tj. pastýřská péče u moribundních pacientů), perimortální pastýřskou péči (tj. pastýřská péče u moriendních pacientů) a postmortální pastýřskou péči (péče o pozůstalé, truchlící). Cf. Křivohlavý, Kaczmarczyk 1995, s. 51.

¹⁵⁴ Haškovcová 1994, s. 183.

3.1 Důstojnost lidské bytosti v závěrečném období života

Se závěrečným obdobím lidského života a s jeho koncem je nerozlučně spjata množství etických problémů.¹⁵⁵ „*Etická zásada důstojnosti lidské osoby ve společnosti zdůrazňuje, že cílem mravného, eticky oprávněného jednání má být lidská důstojnost, to jest rozvinutí lidské osoby směřující k Božímu království. Prostředkem k tomu je maximální uspokojování oprávněných potřeb každé lidské osoby ve vztahu ke společnosti.*“¹⁵⁶ K seniorům v této životní fázi je tedy třeba přistupovat tak, abychom vyhověli všem jejich oprávněným nárokům ve všech oblastech života.

Dříve, než přikročíme k definování jednotlivých etických problémů, jimž čelí senioři v závěru života, bych se rád pokusil nastínit alespoň základní myšlenky, na nichž je postaven celý komplex etických problémů, otázek a nejasností spojených se závěrem lidského života. Neustále je třeba mít na paměti, že člověk je lidská bytost, která se podle Božího plánu liší od ostatních živočichů především svou schopností sebeuvědomění, k níž se váže i zodpovědnost za vlastní život. „*Člověk je jako jediná živá bytost schopná o sobě přemýšlet, být svým pánem a určovat svůj vlastní život. Tato schopnost tvoří také jeho důstojnost.*“¹⁵⁷ Svou vlastní hodnotu si člověk může uvědomit především tehdy, když je a cítí se milovaný. „*Pokud ví, že je druhému milý a drahý, je také sám přesvědčen o smyslu a hodnotě své existence. Lásky dává poznat vlastní hodnotu.*“¹⁵⁸ Hodnota lidského života tedy v žádném případě nespočívá v materiální oblasti, není založena na fyzických schopnostech jednotlivce, není spojena s jakýmkoli výkonem či schopností. Hodnota lidského života je zakotvena výlučně ve vztahu člověka k Bohu. „*Pravé neštěstí nepřepadá zvenčí, nýbrž vzniká tím, že člověk již nemůže v bolesti a*

¹⁵⁵ Cf. Agich 2000, s. 152.

¹⁵⁶ Slabý 1991, s. 22.

¹⁵⁷ Rotter 1999, s. 25.

¹⁵⁸ Rotter 1999, s. 26.

utrpení vidět žádný smysl.“¹⁵⁹ Zde vystupuje do popředí důležitý fakt, jemuž se ještě budeme později věnovat. V posledních chvílích pozemského života je důležité uspokojovat medicínské potřeby umírajícího seniora, ale snad ještě důležitější je věnovat pozornost duševní a duchovní stránce člověka.

3.2 Etická odpověď na změněné potřeby seniorů

Potřeby seniorů se v době pokročilého stáří, kdy se již lidé blíží ke konci pozemského života, začínají poměrně výrazně měnit. Dochází ke změně osobnosti po všech stránkách a všichni lidé v seniorově okolí by měli s těmito změnami počítat. Ze strany seniorů však v souvislosti s těmito změnami, které během svého života měli nejednou možnost vidět u svých starších příbuzných, a které si – alespoň zpočátku – sami na sobě také uvědomují, dominuje obava a strach. „*Skutečně máme strach z úbytku tělesné a duševní atraktivity, energie, vnímavosti, rozumu, samostatnosti, úhrnem ze ztráty statusu a prestiže.*“¹⁶⁰ Jak se postupně snižují schopnosti, narůstá potřeba citové jistoty a bezpečí; starý člověk, kterému ubývají kompetence i energie, potřebuje a očekává ve zvýšené míře pomoc svého okolí. Naopak potřeba stimulace bývá snížena, senioři v závěrečném období svého života mnohé podněty často ani nevnímají. V souvislosti s těmito změnami vyvstává otázka, „*jak si může stárnoucí jedinec zachovat pocit sebeúcty, když nevyhnutelně prožívá úzkosti spojené s tím, že stárne a čelí smrti. Tato otázka je čím dál tím naléhavější, jak si stárnoucí člověk uvědomuje ztrátu životních schopností a stává se při různých každodenních životních činnostech závislejším na pomoci druhých.*“¹⁶¹ Představa smrti v sobě zahrnuje perspektivní ztrátu vlastní identity, rozklad těla a odchod z tohoto světa. Postoj ke smrti je tak charakterizován především

¹⁵⁹ Rotter 1999, s. 73.

¹⁶⁰ Šmausová 2004, s. 23.

¹⁶¹ Agich 2000, s. 152.

strachem,¹⁶² ale v některých případech – nejčastěji právě u seniorů – je smrt hodnocena jako žádoucí a očekávaná. U velmi starých lidí je tento postoj obvykle motivován snahou zbavit se dlouhého utrpení a nebo jde o „výsledek celkově negativní bilance a jednoznačně nepříznivé perspektivy“.¹⁶³ I v této věkové skupině však strach převažuje jako hlavní a zásadní emoce, a to bez ohledu na věk, vyznání či další faktory. „Lidé se obávají hmotných záležitostí spojených s tím, kdy a jak nakonec zemřou; že budou opuštěni; že ztratí důstojnost v tom, co dělají, jak vypadají a jak páchnou; že se stanou břemenem pro své rodiny – nejen fyzickou zátěží, ale také finančním strádáním; že budou umírat v bolestech.“¹⁶⁴ Strach se tedy týká mnoha okolností a problémů, jimž senioři čelí. Některý z výše zmíněných problémů bývá obvykle dominantnější, podle individuálních okolností i osobnosti seniora.

Někteří autoři zdůrazňují, že u velké většiny seniorů v době pokročilého stáří dominuje především strach a stud z toho, že jsou nebo se v brzké době stanou pro své blízké přítěží. „Někdy se lidé víc než umírání děsí toho, že zůstanou závislí na příbuzných, kteří o ně budou pečovat, a budou tak mít na starost i finanční i tělesné potřeby, stejně jako se nevyhnou jejich citovým požadavkům.“¹⁶⁵ Tato častá obava je do jisté míry oprávněná. Je jisté, že péče, zejména dlouhodobá, o nemocného a umírajícího seniora je pro všechny zúčastněné nesmírně náročná po fyzické i psychické stránce. Zároveň však představuje jedinečnou a zároveň poslední možnost vyjádřit své city k umírajícímu, dát mu najevo svou lásku. „Umožní-li umírající člověk svému druhovi nebo dospělému dítěti, aby o něho pečovali, poskytne jim tím svůj poslední dar. Péče o tělesné potřeby může členům rodiny pomoci v jejich

¹⁶² Strach z blížící se smrti má mnoho složek, mezi nejvýznamnější patří strach z bolesti, z opuštěnosti, strach ze změny vzezření, strach z vlastního selhání, strach z utrpení, strach ze ztráty samostatnosti, strach o rodinu a strach z nedokončení práce či životního díla. Cf. Křivohlavý, Kaczmarczyk 1995, s. 26n.

¹⁶³ Vágnerová 2007, s. 430.

¹⁶⁴ Byock 2005, s. 274.

¹⁶⁵ Byock 2005, s. 188.

vlastním žalu.”¹⁶⁶ Je však třeba říci, že tato obava z vlastní neužitečnosti a obtěžování svých blízkých nebyla v dřívějších dobách tak akcentována, jak je tomu dnes. Důvodem může být i to, že zatímco dříve byla naprostou samozřejmostí, že rodiny pečovaly o své velmi staré příbuzné, dnes je mnoho seniorů v posledních letech svého života v domově důchodců či v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Snad i kvůli tomuto celospolečenskému klimatu se senioři již v poměrně brzkém věku začínají cítit nejen nepotřební, ale sami sebe chápou jen jako přítěž. Záleží zejména na přístupu celé rodiny, která může seniorovi dávat najevo svou lásku a tím mu v této nelehké životní situaci pomoci.

Pro seniory je nesmírně důležitá potřeba zachování sebeúcty, která se stává jedním ze základních etických problémů v tomto období i v období samotného umírání, kdy je více než nutný přijatelný způsob jednání se starými lidmi a především respekt k jejich osobnosti. S nadcházející smrtí úzce souvisí potřeba otevřené budoucnosti a přesahu vlastní existence. Umírající člověk se často potřebuje vyjádřit k budoucnosti, která se ho už sice osobně netýká, ale vztahuje se k jemu blízkým lidem.¹⁶⁷

Všechny tyto změny potřeb seniorů a jejich vývoj je nutné poznat a respektovat. „*Stáří, jako kterékoliv jiné životní údobí, má své potřeby fyzické, psychické, sociální a spirituální, proto veškerá poskytovaná pomoc či péče musí tyto potřeby respektovat, ne-li z nich přímo vycházet.*“¹⁶⁸ Je však důležité zdůraznit, že velká většina seniorů již v závěrečné fázi života není soběstačná, a tak „*realizace vlastních přání je v této životní fázi svěřena někomu jinému.*”¹⁶⁹ Senior je tak nucen přijmout zásadní proměnu své vlastní existence a postupně předává své materiální i psychické vlastnictví blízkým lidem,

¹⁶⁶ Byock 2005, s. 188.

¹⁶⁷ Cf. Vágnerová 2007, s. 434.

¹⁶⁸ Galvas 2001, *K problematice kvality života TZP seniorů*, dostupné z <http://www.brailnet.cz/sons/docs/t199/01.html>

¹⁶⁹ Vágnerová 2007, s. 434.

nejčastěji rodině, ale v některých případech také zdravotnickým a sociálním pracovníkům.¹⁷⁰ Proto je v tomto období života ještě více než dříve důležitý vhodný, vstřícný a trpělivý přístup ke starým lidem.

To je podtrženo i tím, že podle průzkumů nesouvisí míra životní spokojenosti přímo se zdravotním stavem seniora. Bylo zjištěno, že značná část těžce nemocných pacientů má pocit, že jejich život je dobrý a cítí se spokojení. Naopak někteří senioři, kteří jsou fyzicky v podstatě zdraví, hovoří často o nespokojenosti, jsou nevyrovnaní a plní negativních emocí.¹⁷¹ Tyto názory vychází z jejich nevyrovnanosti se svým věkem a životními změnami. Tyto výsledky výzkumu podtrhují fakt, že spíše než vlastní zdravotní stav zde hraje roli chování blízkých lidí v okolí seniora, který se v přátelském a vstřícném prostředí může lépe a rychleji vyrovnat se všemi obtížemi, kterým je nucen čelit.

Rád bych na tomto místě zmínil i další okruh problémů, o němž jsme se stručně zmínili již v minulé kapitole. Mám zde na mysli etická dilemata, která představuje náprava vztahů s blízkými lidmi, zejména s rodinou. Nejčastěji se zde jedná o viny či křivdy z minulosti. Člověk v závěrečné fázi svého života intenzivně touží po pocitu, že je lidmi přijat a také milován, ale zároveň chce i sám odpustit druhým a odpuštění prožít. „*Chce dát do pořádku to, co po dlouhá léta bylo zapomenuto.*“¹⁷² V některých případech již náprava lidskými silami není možná, protože osoba, se kterou touží starý člověk urovnat vztahy, již zemřela, případně ještě žije, ale odmítá setkání či jakýkoli kontakt.¹⁷³ Pokud tedy senior chce urovnat své záležitosti, chce se s někým setkat či někoho kontaktovat, mělo by mu to být – pokud je to jen trochu možné – dopřáno, a lidé v jeho okolí by tomuto měli být nápomocni.

¹⁷⁰ Cf. Sýkorová 2007; Matýsková 2004; Bond a Cabrero, 2007.

¹⁷¹ Galvas, *K problematice kvality života TZP seniorů*, dostupné z <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl99/01.html>

¹⁷² Ambros et al. 2002, s. 47.

¹⁷³ Cf. Ambros et al. 2002 s. 47.

V době stáří jsou tedy klíčové ty otázky, které jsou úzce provázány s vývojem osobnosti seniora a s jeho novými potřebami. Jedna z klíčových otázek, která byla zmíněna již výše, je následující. Jak si senior zachová alespoň částečnou autonomii, když právě v tomto období ztrácí své dosavadní schopnosti, ztrácí dokonce možnost sám o sobě rozhodovat a v některých případech také schopnost uvědomění sebe sama.¹⁷⁴ „První eticky nezbytnou otázkou musí být: ‚Čí požadavky jsou při zvažování na prvním místě?‘ a ‚Čí je to smrt?‘“¹⁷⁵

3.3 Sdělování pravdy

V tomto období bývá obvykle jako prvořadý etický problém chápána otázka, zda, kdy a jak je vhodné člověku, který směřuje ke smrti, říci pravdu. Vzhledem k tomu, že se tato práce zabývá pouze konkrétní skupinou lidí, seniory, by se možná mohlo zdát, že tato otázka zde nemá místo, protože velmi starý člověk konec svého pozemského života očekává, často umírá stářím a ne na konkrétní nemoc. Nelze však pominout část seniorů, kteří neumírají v důsledku celkové sešlosti organismu věkem, nýbrž smrt přichází v důsledku konkrétního onemocnění.¹⁷⁶ V posledních desetiletích, kdy se rychle zlepšují diagnostické možnosti medicíny, však podíl seniorů, kteří umírají v důsledku smrtelného onemocnění, narůstá.

Zároveň jsou senioři skupinou obyvatel, k níž často lékaři i ostatní zdravotnický personál přistupují s určitým despektem a mají předem jisté vžitě představy o jejich reakcích. Tento přístup plný předsudků a nepochopení se

¹⁷⁴ Cf. Agich 2000, s. 152.

¹⁷⁵ Hill 2000, s. 206.

¹⁷⁶ Přitom právě senioři jsou skupinou lidí, kterým je pravda o jejich zdravotním stavu nejčastěji zamlčována a právě proto je tato otázka na tomto místě velmi potřebná. Cf. Paul, *O falešných mýtech v umírání a nezájmu státu*, dostupné z www.blisty.cz/2006/12/1/art31549.html

nazývá ageismus a v posledních letech bývá hojně komentován a diskutován.¹⁷⁷ Nemusí se vždy jednat jen o zlou vůli personálu. Právě naopak, odborníci poukazují na fakt, že lidé s pozitivním přístupem ke starším lidem bývají často podvědomě ovlivněni negativními stereotypy a hovoří se staršími lidmi s přehnanou a umělou laskavostí, jako kdyby hovořili s dětmi.¹⁷⁸ Tyto vžitě vzory komunikace však ztěžují komunikaci se seniory. „*Starší lidé jsou v obecné rovině považováni za méně kompetentní, takže mladší osoby v komunikaci s nimi využívají jednodušší komunikační styl se změnou emocionálního tónu řeči a změnou dalších paralingvistických a nonverbálních prvků komunikace.*“¹⁷⁹ Od těchto předsudků je třeba se oprostit, abychom mohli zasvěceně rozhodnout, zda a jak seniorům sdělovat pravdu o nadcházejícím konci.

Otázka pravdy a mlčení na nemocničním lůžku však není doposud zcela vyřešená a zodpovězená.¹⁸⁰ Haškovcová¹⁸¹ vyslovuje názor, že rozhodně není vhodné chápat pravdu jako jádro všech problémů vážících se k umírání a její význam není možné přeceňovat.¹⁸² Sdělení či zamlčení plné pravdy je sice důležité, ale o mnoho důležitější a zcela nezbytný je vstřícný lidský přístup, pomoc a péče. Toto je podle mého názoru mít neustále na paměti.

¹⁷⁷ Jedná se zejména o zahraniční články, např. Todd D. Nelson 2005, *Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self*; Bill Bytheway, 2005, *Ageism and Age Categorization*; Gunhild O. Hagestad, Peter Uhlenberg, 2005, *The Social Separation of Old and Young: A Root of Ageism*.

¹⁷⁸ Cf. Nelson 2005, s. 209.

¹⁷⁹ Pokorná 2010, s.62.

¹⁸⁰ V oblasti legislativy však byly učiněny určité kroky směrem k sdělování plné pravdy těžce nemocným pacientům. Např. v české verzi kodexu Práv pacientů je mimo jiné uvedeno: „*Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí.*“ Etický kodex práv pacientů, dostupný z <http://www.ikem.cz/www?docid=1002387>

¹⁸¹ Haškovcová 1991, s. 70n.

¹⁸² Cf. také Haškovcová 2007, s. 77: „*Někteří autoři přesto zdůrazňují, že jen nerozumný fundamentalista by za všech okolností hájil pravidlo nic víc než pravdu. Jen primitivní pragmatik se vždy řídí zásadou nepříznivé informace nahradit milosrdnou lží.*“

Pravda o blížící se smrti „*může osobnost ohrozit do té míry, že se tomuto poznání brání, potlačuje ho, nechce přijmout argumenty nebo věří v nějaké východisko a doufá v zázrak*“.¹⁸³ Setkání s nepříznivou diagnózou může být a také bývá nesmírně skličující nejen pro seniora samotného, ale často ještě více pro jeho blízké.¹⁸⁴

Snad i proto byl v minulosti spíše volen přístup zatajování skutečných zdravotních komplikací, dnes se začíná laická i odborná veřejnost klonit spíše k otevřenému sdělení pravdy. V podstatě neexistuje žádný důkaz o tom, že zatajování nepříjemné pravdy pacientům pomáhá. „*Z odborného hlediska neexistuje udržitelný podklad pro tvrzení, že „milosrdnou lží“ lze pacienta uchránit před škodlivými následky*.“¹⁸⁵ Pravda však musí být sdělena vhodně a citlivě; nehovoříme zde v žádném případě o jednorázové informaci.¹⁸⁶ Prosté medicínské vysvětlení postrádající lidskost, které pacienta šokuje náhlostí a úplností informace, v takovémto případě rozhodně neprospívá.

Sdělení pravdy musí být součástí průběžného a osobního kontaktu mezi lékařem s pacientem. „*Jestliže lékař nedokáže učinit veškeré kroky požadované pro informovaný souhlas pacienta, nedokáže tak rovněž potvrdit vnitřní svobodu pacienta, což je nezbytná podmínka etického chování*.“¹⁸⁷ Pokud se lékař či rodina rozhodnou sdělit seniorovi pravdu o nadcházejícím konci pozemského života, je třeba dodržovat jakási nepsaná pravidla, jak v této situaci postupovat. Většina umírajících pacientů, i když říkají, že chtějí slyšet pravdu, ji ve skutečnosti slyšet nechce a doufá, že je uklidníme.¹⁸⁸

Je nutné mluvit pravdivě a jednoznačně, ale zároveň citlivě, vše trpělivě vysvětlit a objasnit. Je vhodné postupovat pomalu a dopřát tak pacientovi

¹⁸³ Rotter 1999, s. 96.

¹⁸⁴ Cf. Student, Mühlum, Student 2006, s. 131.

¹⁸⁵ Virt 2000, s. 42.

¹⁸⁶ Virt tento fakt formuluje velmi pregnantně: „*Pravda ... není jednorázovou informací*.“ (Virt 2000, s. 42).

¹⁸⁷ Hill 2000, s. 208.

¹⁸⁸ Cf. Durchánek, Horský 1976, s. 72.

dostatek času, aby mohl vše plně pochopit. Doporučuje se také dát prostor otázkám nemocného, povzbudit ho, aby vyjádřil své obavy a strach. Nesmírně důležité je nemocného třeba i opakovaně ujistit, že nezůstane v těžké situaci, v závěru svého života, sám a bez pomoci.¹⁸⁹ „*Pro empatickou a otevřenou komunikaci mezi pacientem a lékařem či pacientem a jiným členem multidisciplinárního týmu v hospicovém zařízení je důležitá znalost jednotlivých fází vyrovnávání se s nemocí dle Elisabeth Kübler-Rossové. Znalost těchto fází může pomoci předejít mnoha problémům, které souvisejí se vztahy pacienta a jeho rodinou a samozřejmě i se samotnou problematikou informovanosti nemocného.*“¹⁹⁰

Na druhou stranu mají nemocní právo nebýt informováni, pokud o tuto nevědomost projeví zájem. *Pia fraus* neboli milosrdná lež staví člověka do role závislého, který buď skutečně nic neví, nebo jen tuší svůj osud. Pokud je tato cesta volena je nutné si uvědomit, že v tomto případě pravděpodobně nedojde k vypořádání všech věcí, které nevyhládivně nemocný ještě vypořádat chce.¹⁹¹ Je třeba zdůraznit, že toto odepření možnosti vypořádat své věci, připravit se na smrt, nabývá nového pohledu právě z hlediska teologické etiky. Bylo by jistě hříchem záměrně nemocnému vzít jedinečnou možnost se připravit na odchod z tohoto světa. Senior potřebuje znát pravdu o svém zdravotním stavu, „*aby mohl zodpovědně zvládnout umírání jako poslední, nejobtížnější úkol svého života.*“¹⁹² I přesto má však pacient právo výběru, zda chce být o svém zdravotním stavu plně informován či nikoliv.¹⁹³ Jsou zde však i případy, kdy „*jasně vidíme, že těžce nemocný lpí příliš na tomto životě a pak není zcela*

¹⁸⁹ Cf. Marková 2009, s. 85.

¹⁹⁰ Cf. Student, Mühlum, Student 2006, s. 131.

¹⁹¹ Cf. Haškovcová, *Pravda na nemocničním lůžku*. Dostupné z <http://www.umirani.cz/detail-clanek/pravda-na-nemocnicnim-luzku.html>

¹⁹² Virt 2000, s. 46.

¹⁹³ Cf. Sláma et al. 2007, s. 320.

nutné říkat úplnou pravdu za každou cenu. Třeba vyčkat času a vhodné příležitosti.“¹⁹⁴

V českém i světovém měřítku se dnes většina odborníků i laiků přiklání k názoru, že by lékař měl nemocnému říci pravdu. Přesto však „*i novější studie svědčí o tom, že stále ještě velká část lékařů ... neinformuje pacienty pravdivě o diagnóze.*“¹⁹⁵ Nejčastěji bývá skutečnost přicházející smrti utajována právě před seniory, kterým se lidé v jejich okolí pravdu obávají sdělit a snaží se stále téma smrti tabuizovat. Zatímco velmi staří senioři mají potřebu o smrti mluvit s lidmi ve svém okolí, jejich příbuzní toto téma odsouvají a odmítají. I když však není pravda seniorům sdělena, většina starých lidí svůj blížící se odchod vytuší a velmi citlivě vnímá. „*Psychologové zjistili, že téměř každý umírající nemocný pozná závažnost svého stavu, ať už mu někdo tuto skutečnost sdělí či nikoli.*“¹⁹⁶ Jak již však bylo řečeno výše, musí lékař vždy velmi pečlivě zvážit, kdy, jak a jakou část pravdy nemocnému sdělit. Bohužel se však i dnes setkáváme s případy, kdy lékař buď neřekne vůbec nic a nebo naopak pacienta zahltní příliš velkým množstvím zdrcujících zpráv v krátkém čase.¹⁹⁷ „*Pravda musí růst. Pravda má ležet jako kámen na kraji cesty, kdy ji umírající může spatřit, ale také přehlédnout. Pravda by neměla být kamenem uprostřed cesty, přes který člověk klopýtne a zakopne.*“¹⁹⁸

V podstatě tedy existují dvě protichůdné cesty: pravda a srozumitelnost versus zdrženlivost a šetrnost. Ať už se však lékař rozhodne říci celou pravdu nebo jen část skutečnosti, zůstává vždy nejdůležitější laskavý přístup k nemocnému seniorovi, který zohlední duševní křehkost starého a nemocného člověka.¹⁹⁹

¹⁹⁴ Durchánek, Horský 1976, s. 71.

¹⁹⁵ Virt 2000, s. 42.

¹⁹⁶ Slabý 1991, s. 166.

¹⁹⁷ Svatošová 1995, s. 136.

¹⁹⁸ Cf. Pera, Weinert 1996, s. 134.

¹⁹⁹ Cf. Student, Mühlum, Student 2006, s. 131.

3.4 Umírání jako poslední životní úkol člověka²⁰⁰

Rád bych na tomto místě zdůraznil, že z křesťanského pohledu, a především z hlediska teologické etiky, v žádném případě nelze období umírání a smrti vnímat jako dobu, kdy je již vše skončeno, nic již nemá perspektivu a člověk má v tomto procesu zcela pasivní úlohu. Právě naopak. „*Umírání jako poslední fáze života – stejně jako všechny ostatní životní fáze – ukládá člověku specifické etické úkoly.*“²⁰¹ Každý člověk má v době svého umírání stále mravní odpovědnost za své jednání a je proto více než nutné, abychom s člověkem podle toho jednali a zacházeli. Nikdy „*bychom s ním nikdy neměli jednat jako s nesvépravnou infantilní bytostí.*“²⁰² V našem století, které bývá charakterizováno jako doba plná spěchu, lidé často nemají možnost se ztišit a zhodnotit svůj život dříve, než v době pokročilého stáří. „*Právě v naší tak hektické době poskytuje vědomě prožívaný, často dlouhotrvající proces umírání poprvé možnost objevit smysl uplynulého života jako celku. Takové objevování si žádá čas, a bylo by neetické člověka o tento čas připravit a ukrátit mu jej.*“²⁰³ Starému člověku je třeba poskytnout čas, ale zároveň i vhodné prostředí a atmosféru. U mnoha lidí bývá období umírání středem jejich duchovního života, chvílí, kdy najdou svou cestu k Bohu, smíří se se svým vlastním životem, prožijí pocit odpuštění, lásky a naplnění. „*V pasivní bezmocnosti svého umírání může člověk ještě vykonat rozhodující čin svého života: smířit se se svým uplynulým životem, uvést do pořádku svůj vztah k bližnímu a k Bohu, přijmout svůj život se všemi jeho nedokonalostmi i s jeho zlomkovitostí a odevzdat ho neuzavřený, takový, jaký je.*“²⁰⁴

Není ovšem ani zdaleka samozřejmostí, že umírající jsou smíření a přijímají skutečnost takovou, jaká je. Tento stav je však tím, čeho by měl

²⁰⁰ Cf. Virt 2000, s. 55.

²⁰¹ Virt 2000, s. 55.

²⁰² Virt 2000, s. 55.

²⁰³ Virt 2000, s. 55.

²⁰⁴ Virt 2000, s. 55.

umírající dosáhnout, co je v jeho situaci nejlepší pro něj i pro lidi v jeho okolí. „*Tento stav není resignací ani přiznáním prohry. Nemocný je klidný a uvědomuje si, že jeho čas přišel a že je vše v pořádku. Bývá bez výrazných emocí, nelze mluvit o štěstí, téměř vždy cítí, že by chtěl ještě žít. Je však připraven na smrt, která ho už neděsí.*“²⁰⁵ Umírající, který dosáhl tohoto stavu vyrovnanosti a klidu, je připraven na svou smrt, nevzpírá se nevyhnutelné skutečnosti, očekává setkání se Stvořitelem.

Stáří je z etického hlediska třeba chápat především jako spirituální cíl života, jehož vrcholem je období umírání. Někteří lidé však nemají možnost se na svou smrt připravit, ať už se jedná o výše zmíněné zatajení skutečné diagnózy, nebo o náhlou smrti či umírání ve změněném psychickém stavu. „*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.*“²⁰⁶

Období *pre finem*, kterému jsme se věnovali v této kapitole, je tedy z hlediska spirituálního života jednotlivce, nesmírně významnou dobou. Lidé mají poslední možnost se ještě zde na zemi smířit s lidmi i s Bohem, a proto by toto období mělo být takto posuzováno a vnímáno. Podobnou důležitost má i následující životní fáze, která je označována jako *in finem*. Tomuto období, v němž se soustředí velké množství zásadních etických otázek, se budeme věnovat v následující kapitole.

²⁰⁵ Slabý 1991, s. 168.

²⁰⁶ Slabý 1991, s. 165.

4. ETICKÉ OTÁZKY V OBDOBÍ IN FINEM

Období *in finem* představuje dobu samotného umírání. Ačkoli jsou fyzické, psychické, sociální a samozřejmě také spirituální problémy přítomny již v předchozích fázích, v době označované jako *in finem* bývají všechna tato témata akcentována. Z hlediska etického zde spatřujeme především čtyři základní témata. Jde o ritualizaci smrti, otázky spojené s eutanazií, dále o problematiku zadržování smrti a s ní spojenou otázku odstoupení od léčby.²⁰⁷ Dále bude v této kapitole pojednáno o otázce správné duchovní péče v tomto období, kterou považují za zvláště důležitou.

4.1 Ritualizace smrti

Problematika zahrnutá pod pojmem ritualizace smrti je těsně spjatá s již dříve probíranou otázkou institucionalizace seniorů. Etickým problémem je zde tedy především možnost opětovné ritualizace smrti a to i při umírání v nemocnicích a dalších institucích.²⁰⁸ Stojí zde tak proti sobě na jedné straně umírání doma, ve známém prostředí, v kruhu rodiny, a na druhé straně umírání v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, hospicích a domovech pro seniory.

4.1.1 Domácí model umírání

V minulosti o své umírající rodiče a prarodiče pečovala především rodina, ve velké většině případů v domácím prostředí, a péče byla převážně laická. V tomto modelu jsou spatřovány určité nevýhody; zdůrazňován bývá zejména právě zmíněný laický přístup a s ním spojená ne vždy ideální lékařská péče. „*Nevýhodou domácího modelu byly především značně redukované*

²⁰⁷ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 436.

²⁰⁸ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 437.

*možnosti odborné pomoci“.*²⁰⁹ Ve většině případů tak byla poskytováno pouze morfium na zmírnění bolesti, lékař samozřejmě nebyl přítomen stále, většinou pouze k umírajícímu docházel, a celé břímě ošetřování tak bylo na rodinných příslušnících. Tento tradiční model však má i mnohé pozitivní stránky. Jednalo se především o lidskou blízkost, podporu umírajícího ze strany rodinných příslušníků a také jakýsi ritualizovaný scénář smrti. Všichni přítomní měli jasně vymezené úkoly a role. Umírající tak poslední chvíle života prožíval ve známém a blízkém prostředí; *„dříve byli lidé zvyklí umírat doma, obklopeni v posledních dnech, hodinách i minutách svého života svými příbuznými a blízkými, v prostředí předmětů, nábytku, fotografií a památek, které připomínaly historii jejich života a které s nimi byly neustále.“*²¹⁰ A kromě tohoto uklidňujícího a známého prostředí je zde také velmi důležité zdůraznit, že díky těmto situacím, prožitým během vlastního života, každý člověk z vlastní životní zkušenosti věděl, co může od umírání očekávat.

4.1.2 Institucionální model umírání

Tento popsaný model umírání byl však postupně nahrazen.²¹¹ Postupně se, především v průběhu minulého století, začínají zesilovat snahy o zlepšení medicínské péče o umírající pacienty. Tyto snahy vyústily v budování zařízení, nemocnic, hospiců a dalších institucí, kde se umírajícím začalo dostávat profesionální péče. Tím vzniká druhý, v současné době silně převažující, model umírání. *„V nemocnicích je nemocným dopřán standardní léčebný, ošetrovatelský a sociální komfort. Umírajícím je sice poskytována potřebná péče, dominantní je ale praktikismus a profesionalita. Stinné stránky institucionálního modelu jsou zřejmé a jejich společným jmenovatelem je*

²⁰⁹ Vorlíček 1998, s. 372.

²¹⁰ Munzarová 2005, s. 73.

²¹¹ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 437.

chladná profesionální péče“.²¹² Umírající se v posledních chvílích svého života ocitá sám, v cizím a chladně profesionálním prostředí. Zde se hovoří o tzv. dehumanizaci a odborníci zde shodně volají po nutnosti změny přístupu k umírajícím.

Etickým problémem se zde tak stává především fakt, že smrt ztratila charakter sociálního aktu, kterým byla dříve; přitom by důstojná smrt měla mít charakter sociálního aktu.²¹³ Přes všechnu poskytovanou péči se nezdá setkáváme názorem, že nikdy v historii nebyl člověk při umírání tak sám jako právě dnes. Smrt ztratila svou sociální úlohu.²¹⁴

4.1.3 Snahy o opětovnou ritualizaci smrti

Setkáváme se zde se snahou opětovně smrt ritualizovat a přitom využít zkušenosti z modelu domácí i institucionalizované péče. S mizením staletých rituálů se v naší společnosti setkáváme často; společenské rituály mizí a účastníci mezních situací se tak často ocitají v nejistotě a rozpacích.²¹⁵ Snažíme se tak – alespoň částečně – vrátit k tradičnímu modelu, kdy umírání mělo svůj pevný řád, kdy se z generace na generaci předávala jednak zkušenost, jak o umírající pečovat, ale také osobní prožitek umírání a smrti. Tím, že byli lidé již od dětství přítomni smrti svých příbuzných, se mohli již v průběhu svého života vyrovnávat s myšlenkou konečnosti pozemského života. V dnešní době bývají vědomosti ohledně umírání a osobní zkušenost se smrtí v naprosté většině případů zcela minimální. Dnešní lidé se snaží vyhýbat jakékoli konfrontaci se smrtí a to nejen fakticky, ale také symbolicky.²¹⁶ Tato snaha bránit se nepříjemné představě smrti pomocí úniku vede nakonec k převaze emotivního hodnocení nad racionálním. „*Lidé nechtějí mluvit o smrti, dokud*

²¹² Haškovcová 2000, s. 31.

²¹³ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 437.

²¹⁴ Cf. Haškovcová 1994, s. 154.

²¹⁵ Cf. Hill 2000, s. 205.

²¹⁶ Cf. Vágnerová 2007, s. 430.

nejdou staří, pak se jejich postoj obvykle mění.“²¹⁷ Dnes se lidé opravdu snaží smrti vyhýbat a mnoho lidí se proto obává myšlenky, že budou přítomni smrti svých blízkých, a pokoušejí své rozhodnutí zdůvodňovat tím, že umírající je často v komatózním stavu a již jejich přítomnost ani nevnímá.²¹⁸ O otázce, zda a jak může umírající člověk vnímat své okolí, bylo již mnoho diskutováno a tato otázka zatím není spolehlivě rozřešena. Přesto je přítomnost blízkých lidí více než žádoucí. Umírajícího nemůžeme oddálit od nadcházející smrti, ale můžeme mu pomoci tím, že ho na jeho cestě budeme doprovázet.

Smrt byla vždy pevně spjata s určitými rituály.²¹⁹ „*Každý rituál určitým způsobem kodifikuje chování lidí, ať již radostné nebo smutné... Podstatné je, že rituálem bývá upravena, respektive snížena vysoká emotivita a nejistota zúčastněných.*“²²⁰ Je velmi důležité zdůraznit, že ritualizace smrti není nutně spjata s přesunutím umírání zpět do domácího prostředí, tohoto cíle lze dosáhnout i v podmínkách stávajících institucí.²²¹

Z výše zmiňovaných skutečností je zřejmé, že oba výše zmiňované přístupy k umírajícím mají svá pozitiva i negativa. Proto v posledních letech začíná být preferován jakýsi kompromis mezi oběma těmito modely, který z obou vybírá pozitivní aspekty; objevují se tak různé formy kombinování domácí a institucionální péče. V posledních desetiletích se také setkáváme s novými přístupy péče o lidi v období *in finem*, mezi nejvýznamnější pokroky v tomto směru patří hospicové hnutí, které sice představuje velmi dobrou formu péče. „*Hospicový přístup vpravdě září v současných diskuzích o ceně, dostupnosti, kvalitě péče i o autonomii nemocného jako schůdné a nejlepší*

²¹⁷ Vágnerová 2007, s. 430.

²¹⁸ Cf. Paul, *O falešných mýtech v umírání a nezájmu státu*. Dostupné z <http://www.blisty.cz/2006/12/1/art31549.html>

²¹⁹ Cf. Haškovcová 1994, s. 156.

²²⁰ Vorlíček a kol. 2004, s. 437.

²²¹ Cf. Haškovcová 1994, s. 155-157.

řešení.²²² Zatím však tato péče bohužel není – především z kapacitních důvodů – ani zdaleka dostupná všem.²²³

Řešením zde tedy není vzkříšení tradičního modelu umírání v jeho původní podobě, což by v současné době již ani nebylo možné, ale spíše by bylo žádoucí dosáhnout určité aktualizace původního modelu, kompromisu, který z obou přístupů vybírá pozitivní, účelné a nosné aspekty.²²⁴ „*Jako perspektivní se jeví každý systém, který kombinuje pozitiva domácího a institucionalizovaného modelu a respektuje moderní způsob života i letitou tabuizaci všeho, co souvisí s lidskou konečností. Bud' tedy zůstane umírající v nemocnici a k participaci na péči bude přizvána rodina, nebo se nemocný vrátí domů, ale rodině pomohou profesionálové.*“²²⁵

4.2 Předčasné ukončení života

Ústředním etickým problémem v období *in finem* je otázka umělého a předčasného ukončení lidského života. Přestože se pro předčasné ukončení života obecně užívá název eutanazie, ve skutečnosti se za tímto obecně užívaným termínem skrývá několik různých kategorií.²²⁶ V konkrétních případech může ukončení života mít různou podobu. Abychom mohli v této práci podrobněji nastínit etické otázky a dilemata, budeme v této práci rozlišovat dva základní způsoby předčasného ukončení lidského života. Jedná se o tzv. aktivní eutanazii a asistované suicidium.

Eutanazie je záměrné a úmyslné zabití člověka, které je vždy reakcí na jeho výslovnou a opakovanou žádost. Pacienta usmrcuje nějaká druhá osoba,

²²² Munzarová 2005, s. 71.

²²³ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 437. Tématem paliativní péče se budu podrobněji zabývat v závěrečné kapitole, a proto jej na tomto místě nebudu podrobněji rozebírat.

²²⁴ Cf. Haškovcová 1994, s. 192.

²²⁵ Vorlíček a kol. 2004, s. 439-440.

²²⁶ Cf. Ochmaňski 2008, s. 37-40.

nejčastěji lékař. Aktivní eutanazie je tedy vždy čin a pod tímto pojmem není zahrnuto ustoupení od léčby.²²⁷ Zároveň je aktivní eutanazie vždy chtěná ze strany nemocného a nelze tedy pod tento pojem zahrnovat takové aktivity, jako je ukončování života novorozenců nebo pacientů v kómatu. Jedná se také o záměrné ukončení života, které je úmyslem jednatelce (pojem se tedy nevztahuje na nezamýšlené a nechtěné ukončení života, například při tlumení bolesti opiáty).²²⁸ „Jde o aktivní čin: smrt u konkrétního pacienta by nepřišla samovolně, ale je zapříčiněna zásahem druhé osoby, v tomto případě vždy lékařem.“²²⁹ Odborníci rozlišují aktivní a pasivní eutanazii, přičemž aktivní eutanazie spočívá v aplikaci smrtelné dávky léků, zatímco pasivní eutanazie naopak spočívá v nezahájení léčby nemoci, čímž je uvážene a záměrně způsobena smrt pacienta. Někdy bývají tyto dva přístupy charakterizovány jako *strategie přeplněné stříkačky* a *strategie odkloněné stříkačky*. Z morálního hlediska je nejdůležitějším faktem, že smrt nenastává samovolně, ale přímým důsledkem jednání druhé osoby. Eutanazie je ve většině států zakázána.

Asistované suicidium je úmyslné usmrcení sebe sama, které je vždy reakcí na výslovnou žádost; asistované suicidium probíhá za účast druhé osoby.²³⁰ Hlavním rozdílem oproti aktivní eutanazii je fakt, že lékař zde pomáhá pouze radou, prostředky, nebo přítomností při aktu, ale pacienta neusmrcuje sám; to však lékaře nezbavuje morální odpovědnosti.²³¹

Právní důsledky aktivní či pasivní eutanazie a asistovaného suicidia jsou rozdílné, mravní rozdíl zde shledáván není a v obou případech musí lékař respektovat stejná nařízení. Pokud jde o psychologický postoj pacienta k eutanazii, jsou zde značné shody se sebevraždou. Z etického hlediska

²²⁷ Podobněji se tématu odstoupení od léčby budu věnovat dále.

²²⁸ Cf. Munzarová 2005, s. 35.

²²⁹ Sláma et al. 2007, s. 321.

²³⁰ Cf. Sláma et al. 2007, s. 321.

²³¹ Cf. Sláma et al. 2007, s. 321.

z pohledu pacienta není velký rozdíl, jestli na sebe člověk vztáhne ruku přímo, nebo jestli poprosí lékaře o smrtící injekci.²³²

Eutanazie i asistované suicidium jsou bouřlivě diskutovaná témata jak v kruzích odborných, tak i laických. „Slovo eutanazie je tvořeno z řeckých slov *eu - dobrý a thanatos - smrt a znamená tedy dobrou, bezbolestnou smrt, kterou by někdo způsobil nemocnému, aby zkrátil jeho utrpení.*“²³³ Pod tímto termínem tedy bývá rozuměna dobrá smrt ve všech významech toho slova a také usmrcení člověka z útrpnosti, soucitu či milosrdenství.²³⁴ Výraz eutanazie je tedy v běžném významu tohoto slova označením pro soucitem motivované, úmyslné, rychlé a bezbolestné ukončení života člověka, který je postižen nevléčitelnou a progredující nemocí.²³⁵

Důvody, proč právě v dnešní době jsou otázky ukončování života otevírány, jsou evidentní. Vědecké pokroky spolu s rozvojem technických vymožeností zaznamenaly v lékařství netušené úspěchy. Dnes je možno, jako nikdy dříve, zachraňovat a prodlužovat životy, které byly v dřívějších letech odsouzeny k zániku. Tyto pokroky však mají i svou stinnou stránku. V mnoha případech totiž dochází k tomu, že život přetrvává, ale současně je vnímán jako obrovská zátěž jak pro nemocné, tak i pro jejich příbuzné, kteří trpí pohledem na své blízké.²³⁶

4.2.1 Dějiny eutanazie

Tématikou dějin eutanazie se zabývá mnoho moderních badatelů.²³⁷ Protože se domnívám, že pro téma této kapitoly by bylo vhodné a užitečné alespoň v krátkosti shrnout historii eutanazie a vývoj pohledu na sebevraždu

²³² Cf. Rotter 1999, s. 97.

²³³ Brabec 1991, s. 101.

²³⁴ Cf. Haškovcová 1994, s. 160.

²³⁵ Cf. Munzarová 2002, s. 50.

²³⁶ Munzarová 2005, s. 11.

²³⁷ Cf. Ochmaňski 2008, s. 11-40.

v dějinách evropské civilizace, rád bych se tímto tématem také alespoň stručně zabýval.

Dějiny tohoto problému se počínají již v době antiky a badatelé samozřejmě jeví zájem i o vývoj chápání sebevraždy již v nejstarších dobách.²³⁸ V době antiky se nesetkáváme s tak jasně vytyčenou otázkou eutanazie jako dnes. Filosofické diskuze se v této době soustředí spíše obecněji na problematiku sebevraždy v širším měřítku. Spíše zde v centru pozornosti stojí otázka, jak se člověk má postavit k dobrovolné smrti a jaký je duševní stav umírajícího. V antice bylo obzvláště důležité, aby člověk umíral dobrou smrtí, vyrovnaný ve své mysli, v klidu a sebekontrolole. „*A bylo snad možné i lidský život zkrátit proto, aby došlo ke smrti s uvedenými vlastnostmi. Představa „dobré smrti“ tedy nebyla kladena pouze do souvislosti s lékařstvím a rovněž zde nebyla vazba v dnešní době negativně vnímaná, s vraždou.*“²³⁹

Otázkou sebevraždy se v antice zabývala většina filosofů i filosofických škol a jejich názory se v některých případech dosti různily. Tři velcí filosofové starověku, Sókratés, Platón a Aristotelés, se ve svých názorech také odlišovali. Sókratés (žil v letech 470-399) se domníval, že strach ze smrti je něčím nemoudrým. Smrt je podle Sókrata oddělení duše od těla.²⁴⁰ Sókratés v Platónově dialogu *Faidón* tvrdí, by cílem filosofova života mělo být

²³⁸ Mezi nejvýznamnější studie tohoto tématu patří: Anagnostopoulos, G., *Euthanasia and the physician's role: reflections on some wives in the ancient Greek tradition*, in: Kuzlewski, Mg., Polansky, R., *Bioethics. Ancient themes in contemporary issues*. Cambridge MA, London: A Bradford Book, 200, s. 251-290; Dubose, Er., *A brief historical perspective*, in: Hamel, R., *Active euthanasia, religion, and the public debate*. The Park Ridge Center, 1991, s. 17-24; Cosans, Ce., *Facing death like a stoic: Epictetus on suicide in the case of illness*, in: Kuzlewski, Mg., Polansky, R., *Bioethics. Ancient themes in contemporary issues*. Cambridge MA, London: A Bradford Book, 200, s. 229-249; Momeyer, Rw., *Death: Western philosophical thought*, in: Reich, Wt., *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon and Schuster Macmillan, 1995, s. 498-505.

²³⁹ Munzarová, 2005, s. 25.

²⁴⁰ Sókratés se na závěr svého výkladu o smrti člověka táže, co je tedy smrt: „*Snad něco jiného než odloučení duše od těla? A býti mrtev znamená to, že tělo, odloučeno od duše, se dostane zvlášť samo o sobě, a zvlášť jest sama o sobě duše, odloučena od těla? Jest snad smrt něco jiného než toto?*“ Jeho posluchači s takovouto definicí smrti souhlasí. Platón, *Faidón* 64c, přeložil F. Novotný.

dosáhnout nezávislosti na těle a protože stav osvobození duše od těla je smrt, neměl by se filosof v žádném případě smrti bát, ale měl by ji přivítat, když přijde správný čas pro ukončení jeho pozemské existence. Smrt je tedy naplněním filosofova celoživotního snažení, je vyplněním jeho nejhlubšího přání. Proto není sebemenší důvod se smrti bát, právě naopak, filosof bude smrt vítat jako osvobození své duše. Sókratés tuto myšlenku shrnuje, když říká, že „*opravdoví filosofové jsou ztraceni pro život a ... zasluhují smrti.*“²⁴¹ Zároveň by však nebylo vhodné chápat Sókratovu smrt jako sebevraždu; jeho smrt byla rozsudek a odsouzení, nikoli smrt z vlastní vůle.

Právě pro tyto své názory a také životní osudy a smrt bývá Sókratés někdy označován za předchůdce křesťanství, za křesťana před Kristem,²⁴² a dokonce bývá někdy přirovnáván k Ježíši Kristu. Tyto úvahy však již podle mého názoru zacházejí příliš daleko a nerespektují podstatu událostí. Přestože oba, Sókratés i Ježíš, učili nové náboženství či filosofii, narušovali stávající společenský i náboženský řád a nakonec z toho důvodu zemřeli v důsledku rozhodnutí podle platných právních řádů své obce, jsou zde i podstatné rozdíly. Základní odlišnost tkví především v tom, že zatímco Sókratés své odsouzení chápal jako trest, Ježíš svou smrt na kříži naopak viděl jako součást svého poslání; Ježíš tedy zemřel v jiné intenci než Sókratés. Přesto však můžeme právem označit Sókrata v jistém smyslu slova za předchůdce Krista. „*Sokrates sám představoval typ a předchůdce Krista. Božský Logos, tentýž, který se měl zjevit Ježíšovi, byl činný i v Sókratovi, když u Řeků odsuzoval polyteismus a uctívání d'ábla. ... Učení o Ježíši Kristu se rovněž mohlo právem dovolávat Sokrata jako toho, který předjímal křesťanskou nauku, především nauku o věčném životě.*“²⁴³

²⁴¹ Platón, *Faidón* 64b, přeložil F. Novotný.

²⁴² Cf. Pelikan 2008, s. 77.

²⁴³ Pelikan 2008, s. 77.

Platón (žil v letech 427-347) se ve svých názorech více méně shodoval se svým učitelem; na sebevraždu pohlížel v zásadě spíše negativně, ale v případě těžké, zničující a obtížně snesitelné choroby však v některých případech ukončení života schvaloval. Ve svém spise *Ústava*²⁴⁴ se vyjadřuje ještě radikálněji, když odmítá, že člověk vděčí za život bohům a schvaluje chtěnou eutanazii nevyléčitelně nemocných a nezpůsobilých na základě utilitaristických důvodů, protože smrtelně nemocný člověk je neužitečný pro sebe i stát.

Aristotelés (žil v letech 384-322) s Platónovými názory nesouhlasil. Důrazně vystupoval především proti ukončování života v případě nejrůznějších těžkostí. Podle něj sebevražda není projevem odvahy, nýbrž útokem proti státu. Pro dobro svých spoluobčanů i státu jako celku je třeba zůstat produktivní a tím i užitečný co nejdéle. Z Aristotelova hlediska je tedy eutanazie odsouzeníhodná, protože zbavuje společnost jejích členů; Aristotelés eutanazii považuje za nejvyšší ukvapenost a zbabělost.²⁴⁵

Jedna z nejvýznamnějších filosofických škol starověku, škola stoická, pokládala eutanazii za možnou a přijatelnou, pokud život již není v souladu s individuálními potřebami člověka. Sebevraždu však stoikové připouštějí jen v případě, že je odpovídajícím způsobem motivována.²⁴⁶ Seneka, významný stoický filosof,²⁴⁷ se dokonce přiklání k poměrně radikálnímu názoru, že nenapravitelně postižení jedinci mají být vyřazeni z lidské společnosti i proti své vůli.²⁴⁸ „*Stoicismus tedy akceptoval volbu sebevraždy, jestliže život již nebyl z jakéhokoli závažného důvodu přijatelný.*“²⁴⁹

²⁴⁴ Cf. Platón, *Ústava* 409e-410a.

²⁴⁵ Cf. Munzarová 2005, s. 26.

²⁴⁶ Munzarová 2005, s. 27.

²⁴⁷ Cf. Seneca, *De ira* I, 15.

²⁴⁸ Cf. Rotter 1999, s. 94.

²⁴⁹ Admiraal 2000, s. 214.

Pythagorejci se sebevraždou zásadně nesouhlasili z náboženských důvodů a zdůrazňovali přitom „*respekt k lidskému životu, vycházející z představy, že bohové hodnotí každou vtělenou duši.*“²⁵⁰ Rovněž i epikureismus se stavěl proti sebevraždě bez ohledu na vnější životní podmínky. Oba tyto filosoficko-náboženské systémy se staví proti eutanazii především proto, že život nepovažují za majetek člověka.

Obecně však můžeme shrnout názory antických filosofů na sebevraždu jako velmi tolerantní, v Řecku i v Římě byla sebevražda obecně přijímána. To se změnilo až s nástupem křesťanství za císaře Konstantina. Přitom ale Hippokratova přísaha, která také pochází z doby řecké antiky, v sobě zahrnuje jasný názor na eutanazii a staví se proti ní: „*Nikomu nepodám smrtící lék, ani když o to požádá, ani mu takovou možnost nenavrhu.*“²⁵¹

V dalších etapách historie, v době středověku, nebylo téma sebevraždy a eutanazie příliš diskutováno. Pod vlivem dominujícího křesťanství byla sebevražda pokládána za zcela nepřijatelnou. Až po mnoha staletích se znovu setkáváme s osobami, které sebevraždu za určitých, přesně vymezených podmínek, schvalují. Také Martin Luther se dotýká této tematiky; podle něj existují ďáblem podstrčené děti, které nazývá „*podloženci*“ nebo „*podstrčenci*“. Takové ďáblové děti také označuje jako *massa carnis* (kus masa); v případě těchto dětí schvaloval homicidium. Významný anglický filosof Thomas More²⁵² a také Francis Bacon²⁵³ jako první užívají pojmu eutanazie jako termínu. Naopak Thomas Hobbes, John Locke a později také Jean Jacques Rousseau nedávají žádný prostor právu na smrt.

Také v 18 a v 19. století se filosofové i lékaři zabývali tímto tématem častěji než v předchozích staletích. David Hume sepsal v roce 1742 známý esej

²⁵⁰ Munzarová 2005, s. 25.

²⁵¹ Kass 2000, s. 245.

²⁵² Cf. *Utopie* (1515, III, 21).

²⁵³ Cf. Francis Bacon, *De dignitate et augmentis scientiarum*, IV, 2.

On Suicide, který znovu otevřel diskuze o tomto tématu. Lékař Paradys se stal v roce 1794 autorem spisu *Oratio de Euthanasia*, v němž doporučoval snadnou smrt pro nevléčitelného a trpícího pacienta. Karel Marx napsal knihu *Lékařská eutanazie*, v níž kritizuje lékaře, kteří léčí nemoci namísto pacientů. Filosof Schopenhauer se domníval, že pokud hrůzy života jsou větší než hrůza ze smrti, člověk by měl svůj život ukončit. Adolf Jost²⁵⁴ dokonce tvrdil, že hodnota lidského život může být nejen nulová, ale dokonce i negativní.²⁵⁵

Významný teolog a etik první poloviny 20. století Dietrich Bonhoeffer se staví proti eutanazii velmi razantně; jeho hlavním argumentem proti eutanazii je především fakt, že člověk není vlastníkem svého života a proto mu nepřísluší o něm rozhodovat. Sebevražda je podle něj zavrženíhodná pouze před očima Boha, ačkoli ze světského hlediska může v některých situacích být opodstatněna.²⁵⁶ „Sebevrah se provinuje jedině před Bohem, Stvořitelem a Pánem svého života. Protože je tu živý Bůh, je sebevražda hodná zavržení jakožto hřích nevěry.“²⁵⁷ Bůh hájí život člověka i v tom případě, že sám člověk si nad svým životem zoufá a touží ho ukončit.²⁵⁸ Zároveň však Bonhoeffer připouští, že ačkoli se obecně je třeba sebevraždu v každém případě odsoudit, v konkrétních případech může být situace složitější. „Mnohem obtížnější než takovéto zásadní úvahy je posuzování jednotlivých případů. Poněvadž sebevražda je čin osamělosti, zůstávají ostatním poslední rozhodující motivy téměř vždycky skryté. I tehdy, když sebevraždě předcházela vnější životní katastrofa, nejhlubší vnitřní pohnutka se pochopení druhých vymyká.“²⁵⁹

²⁵⁴ Cf. Adolf Jost: *Právo na smrt*, Göttingen 1895.

²⁵⁵ Cf. Admiraal 2000, s. 215; cf. také Ochmański 2008, kapitola *Godność osoby ludzkiej*, s. 11-40.

²⁵⁶ Cf. Bonhoeffer 2007, s. 173: „... čistě morální hodnocení sebevraždy není možné a ... před ateistickou etikou může naopak sebevražda dobře obstát. Právo na sebevraždu troskotá jen před živým Bohem.“

²⁵⁷ Bonhoeffer 2007, s. 170.

²⁵⁸ Bonhoeffer 2007, s. 171.

²⁵⁹ Bonhoeffer 2007, s. 172.

Samostatnou otázkou je problematika eutanazie v době národního socialismu v Německu. V Německu totiž došlo již koncem 19. století k aplikaci darwinismu na společnost, kdy se odborníci obávali degenerace lidské rasy. Do poloviny dvacátých let 20. století se část stoupců tzv. rasové hygieny ztotožnila s národním socialismem, který později tuto ideologii přijal za svou. Nejvlivnější byl spisek Karla Bindinga a Alfreda Hocha, který byl nazván *Svoboda k hubení života nehodného žití*,²⁶⁰ kde jeho autoři tvrdí, že existují životy, které pozbyly vlastnosti právního statku, že jejich pokračování ztratilo veškerou hodnotu jak pro nositele těchto životů, tak pro společnost. Tento názor připravil cestu ideologii a praxi národního socialismu; tento biologismus hrál podstatnou roli v ideologii nacismu, kde se projevil zákony o sterilizaci, Norimberskými zákony a také tzv. Akcí eutanazie. V Německu byl v době nadvlády nacismu dokonce dětský program eutanazie, který se zaměřoval na postižené děti. V roce 1939 vydal vysoký funkcionář Filip Bouhler oběžník říšského ministerstva vnitra, který zdůrazňoval, že není třeba se zbavit pouze životů, jež nejsou hodny žití, a tím bojovat i proti genetickým chorobám, ale rovněž uvolnit lůžka v nemocnicích a ulehčit zdravotnímu personálu v počínající válce. Tento program dostal název T4 a podle odhadů bylo zabito kolem 70 000 lidí, především mentálně postižených. Program T4 byl na konci srpna 1941 po protestech, především z řad církevních představitelů, zastaven. Poté v Německu probíhala eutanazie skrytě a nepřímou, zejména postupným vyhladověním pacientů či podáváním vysokých dávek léků; pomocí těchto prostředků bylo usmrceno dalších přibližně 70 000 pacientů.²⁶¹ Tyto tragické události měly za následek, že po druhé světové válce bylo téma eutanazie velmi dlouho tabuizováno.²⁶²

²⁶⁰ Cf. Karl Binding, Alfred Hoch, *Svoboda k hubení života nehodného žití. Jeho rozsah a forma*. Lipsko 1920.

²⁶¹ Cf. Munzarová 2005, s. 30n.

²⁶² Cf. Rotter 1999, s. 96.

Tato tabuizace byla překonána až v roce 1969 v Nizozemí, které se také stalo prvním státem na světě, který přijal legislativu umožňující eutanazii. V roce 1969 totiž holandský lékař Jan Hendrik van den Berg uveřejnil krátkou studii s názvem *Lékařská moc a lékařská etika*,²⁶³ v níž vybízel k tomu, že by lékaři měli přijmout následky technických vynálezů a pokroku a měli by být ochotni své nemocné trpící a umírající i zabít. V roce 1973 proběhl první soudní proces, který se týkal aktivní eutanazie; jednalo se o případ, v němž dcera morfinem zabila svou umírající matku a byla podmíněčně odsouzena na jeden týden. Tento případ se stal precedentem a od té doby byla eutanazie prováděna častěji; pokud se případy dostaly k soudu, byly rozsudky více než benevolentní. V roce 1982 byla ustanovena Vládní komise pro eutanazii, který specifikovala podmínky a okolnosti, při nichž je možno provádět eutanazii, zároveň byli lékaři vyzváni, aby eutanazii uváděli jako příčinu smrti.²⁶⁴

Tzv. Rotterdamská kritéria, nazvaná podle rozhodnutí soudu v Rotterdamu, stanovují podmínky za nichž je možné eutanazii provádět. Pacient musí být kompetentní a jeho žádost zcela dobrovolná a úmyslná,²⁶⁵ dobře uvážená, jasná a opakovaná. Pacient musí nesnesitelně trpět (i když ne nutně fyzicky) a eutanazie musí být poslední možností. Jiné možnosti ulehčit situaci nemocného již byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými. Poslední podmínkou je, že eutanazii může provádět jedině lékař, který navíc musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který již má zkušenost v této oblasti.

V roce 1988 odborníci odhadli, že ročně umírá díky zásahu lékaře asi 6000 lidí. O tři roky později, v roce 1991, Vládní komise pro eutanazii zveřejňuje, za jediný rok došlo asi k 2300 případům, v nichž byla provedena

²⁶³ Van den Berg, JH., *Medical power and medical ethics*, New York: Norton, 1978.

²⁶⁴ Cf. Munzarová 2005, s. 32.

²⁶⁵ Podmínka dobrovolnosti, která bývá zmiňována vždy na prvním místě, je však podle některých autorů sporná. „*Hranice mezi dobrovolnou a nedobrovolnou eutanazií není udržitelná a bude smazána hraničním případem mentálně postiženého nebo kómatózního, o němž se z vůle někoho jiného prohlásí, že již není ochoten žít.*“ Kass 2000, s. 243.

eutanazie na vlastní žádost, ve 400 případech došlo k asistovanému suicidii a v 1000 případech k ukončení života bez výslovné žádosti pacienta. Nejvyšší číslo, 15 975 případů, shrnuje situace, při nichž byl život ukrácen podáním vyšších dávek analgetik nebo tím, že nebyla nasazena nebo byla vysazena léčba.²⁶⁶

Roku 1994 se tamější vláda seznámila se průzkumem, z něhož vyplynulo, že polovina lékařů by souhlasila s prováděním eutanazie u pacientů, kteří by se jí dožadovali. „*Holandský přístup nicméně zůstává dvojnásobný, a to bez ohledu na zákon. Ten sice eutanazii výslovně nepovoluje, ale ani ji nezakazuje. To však stačí, aby se lékaři, kteří vyhovějí žádostem pacientů, vyhnuli riziku trestního stíhání.*“²⁶⁷ V roce 2001 byl vydán nový zákon, jeho podstata se však příliš nezměnila. Případy, které nebyly doprovázeny explicitní žádostí o usmrcení, lékaři většinou raději nehlásí. Přitom dochází k neustálému rozšiřování této praxe, zejména na psychiatrické pacienty či nemocné, kteří však nejsou v terminálním stavu.²⁶⁸ Celá situace v Nizozemí tak bývá nazývána termínem z lékařské etiky jako *kluzký svah*, kdy každý vstup na kluzký svah vede jen k dalšímu a dalšímu sklouzávání.²⁶⁹

S postupnou legalizací eutanazie v Nizozemí se začaly podobné tendence objevovat i v dalších státech. V roce 1995 byl v Severním teritoriu Austrálie schválen zákon, který prohlašoval eutanazii za čin za určitých podmínek zcela patřičný, o dva roky později byl však tento zákon zrušen. Od roku 1991 vidíme snahy o uzákonění asistovaného suicidia také v Oregonu; v roce 1997 zde byla tato praktika schválena. V USA proběhly ještě další pokusy eutanazii legalizovat, a to dvakrát v Kalifornii a jednou ve Washigtonu.²⁷⁰ V roce 2001 dochází k zákonem tolerované eutanazii i v Belgii. Tak jsme

²⁶⁶ Cf. Munzarová 2005, s. 33.

²⁶⁷ Monestier 2003, s. 233n.

²⁶⁸ Cf. Munzarová 2005, s. 37.

²⁶⁹ Cf. Munzarová 2005, s. 37, 38, 39, 45.

²⁷⁰ Cf. Admiraal 2000, s. 221.

v posledních letech svědky vývoje, při němž je v Nizozemí, ale i v dalších státech, „*násilné ukončování životů nemocných lékařem nebo za pomoci lékaře tolerováno a netrestáno.*“²⁷¹

V posledních letech se navíc setkáváme i s velmi krajními názory na téma eutanazie. Australský etik Peter Singer je dokonce zastáncem nejen dobrovolné, ale i nedobrovolné eutanazie, a to u těch lidí, kteří nejsou sami schopni rozlišovat mezi životem a smrtí, jako jsou např. poškození kojenci či staří lidé, kteří z důvodu onemocnění natrvalo ztratili schopnost o sobě rozhodovat. „*Člověk podle Singerova názoru není osobou pro pouhou příslušnost k lidskému druhu, ale stává se jí teprve pro své charakteristické vlastnosti, jako jsou sebeuvědomování, sebekontrola, smysl pro minulost a budoucnost, schopnost navazovat kontakty, starat se o druhé, komunikovat a dávat najevo zvědavost.*“²⁷²

4.2.2 Právní normy v České republice

V souvislosti s právě popsaným vývojem přístupu k eutanazii ve světě bych na tomto místě rád uvedl zákony a právní normy platné v České republice, které mají souvislost s eutanazií. Tyto právní normy jsou výsledkem postupného vývoje české legislativy, některé z nich jsou platné i v rámci celé Evropy.²⁷³

Na prvním místě bychom měli uvést Listinu základních práv a svobod, kde se v článku 6 říká: „*1. Každý má právo na život. ... 2. Nikdo nesmí být zbaven života.*“ Tato listina se tedy staví proti eutanazii, ale je dosti obecně sestavená a téma eutanazie jako takové v ní není specifikováno.

Další významným dokumentem je Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997. Tato úmluva byla v České republice ratifikována v

²⁷¹ Munzarová 2005, s. 11.

²⁷² Ariés 2000, s. 23.

²⁷³ Většina těchto právních norem je převzata z Munzarová 2005, s. 15n.

roce 2001 a má přednost před běžnými českými zákony. Našeho tématu se týkají následující dva články tohoto dokumentu: „*Čl. 4. Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Čl. 9. Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy by mohl vyjádřit své přání.*“ Tento právní dokument je již konkrétnější než předchozí, ale stále se zde nehovoří výslovně o eutanazii. Významný je zde fakt, že je zdůrazňována svobodná vůle pacienta a jeho informovaný souhlas. Tím se tedy tento dokument rozhodně staví proti eutanazii bez výslovného přání nemocného.

V českých zákonech se téma eutanazie nespécifikuje, nejvíce se mu přibližuje Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Konkrétně je třeba zmínit následující dva paragrafy: „*Paragraf 11: Zdravotní péče ... je poskytována v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Paragraf 17: Léčebně preventivní péče spočívá v péči o ochranu, navrácení a upevnění zdraví jednotlivců i kolektivů.*“ Jak vidíme, dokument není příliš konkrétní, ale hovoří o nutnosti ochrany, navrácení a upevnění zdraví člověka; dokument se tedy k eutanazii staví spíše negativně.

Dalším českým zákonem vztahujícím se k našemu tématu je Zákon č. 140/1961 Sb. Tématem eutanazie se zabývá paragraf 207, odstavec 2: „*Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.*“ Tento paragraf se tedy staví rozhodně proti eutanazii, i když přímo tohoto termínu neužívá.

Kromě zákonů je třeba uvést ještě Etický kodex České lékařské komory. Tento kodex není právní předpis a nemá tedy před právními předpisy přednost. V článku 7 se zde říká: „*Lékař u nevléčitelně nemocných a*

umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanázie a asistované suicidium není přípustné.“ Tento kodex tedy nenabádá k eutanazii, ale zároveň ani nedoporučuje pokračovat v neúčinné léčbě, která přináší pouze utrpení.

Světová lékařská asociace v r. 1981 zveřejnila Lisabonskou deklaráci o právech nemocných. V ní se říká, že „*pacient má právo zemřít v důstojnosti; pacient má právo přijmout nebo odmítnout spirituální a morální útěchu; pacient má právo přijmout nebo odmítnout léčbu poté, co byl adekvátním způsobem informován.*“ Tento dokument tedy dává pacientům nezadatelná práva, především je z našeho hlediska zajímavé zmíněné právo na spirituální a morální útěchu. Zároveň je zde podtrženo, že pacient má právo přijmout ale také odmítnout léčbu, pokud je o všech důsledcích svého rozhodnutí informován.

Ještě bych rád zmínil dokument, který byl přijat 25. června 1999. Jde o Ochranu lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících (Rada Evropy, 1418/1999). Tento dokument důrazně trvá na zákazu eutanazie, a vyjadřuje zcela jasnou podporu paliativní péči, která jediná je v souladu s důstojností osoby.²⁷⁴

4.2.3 Argumenty pro a proti

Eutanázie je kontroverzním tématem, názory na eutanazii se liší jak mezi odborníky, tak mezi laiky. Tzv. *ars moriendi*, umění umírat, se v posledních desetiletích stává centrem zájmu mnoha odborníků a klíčovým tématem je zde právě otázka eutanazie.²⁷⁵ Ve studiích, které se zabývají tímto tématem, jsou zvažována různá hlediska a také možnosti řešení tohoto etického

²⁷⁴ Munzarové 2005, s. 77n.

²⁷⁵ Cf. Munzarová 2005, s. 66.

problému. Toto téma je velmi komplikované a nesmírně složité, zároveň však jde o otázky citlivé a osobní. Na tomto místě bych se proto rád krátce zamyslel nad různými argumenty, které jsou uváděny pro i proti eutanazii.

Nejčastějším argumentem proti eutanazii je fakt, že pacienti, kteří žádají o eutanazii, o ni nežadají z již existujících nezvladatelných bolestí (jak se často uvádí), ale spíše ze strachu z budoucích problémů. „*Důvody žádostí o zabití jsou nejčastěji následující: strach z protahovaného umírání, strach z příliš dlouhého žití, strach z degradace díky senilitě a závislosti na jiných, strach ze ztráty kontroly nad sebou, strach z toho, že budeme zátěží finanční, psychickou i sociální pro ostatní.*“²⁷⁶ Eutanazie tedy není a v žádném případě by neměla být náhražkou zavedení funkčních a efektivních programů paliativní medicíny. „*Výzvou naší civilizace je změnit péči o trpícího a umírajícího a nelegalizovat skutek, který by velmi snadno mohl nahradit schopnost paliace, soucitu a solidarity, vše to, co lidská bytost potřebuje v nejtěžších okamžicích života.*“²⁷⁷ Správný přístup k pacientům, kteří jsou v pokročilém věku, nemocní a trpící, je interdisciplinární záležitostí, pro níž je zapotřebí specializovaných lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a duchovních, ale rovněž také rodiny a přátel.²⁷⁸ Základním předpokladem úspěšnosti takové terapie je především vhodná a účinná komunikace na straně zdravotníků.²⁷⁹

Tento argument byl již potvrzen v Holandsku, kde se eutanazie praktikuje již mnoho let a je proto možné shromažďovat konkrétní výsledky tohoto postupu. „*Důvody, proč v Holandsku lidé žádají o eutanázii, jsou však většinou následující: strach z neznáma, strach z umírání, strach z bolesti, pocit*

²⁷⁶ Munzarová 2005, s. 20.

²⁷⁷ Munzarová 2005, s. 75n.

²⁷⁸ Cf. Sláma et al. 2007, s. 26.

²⁷⁹ Základní pravidla pro takovouto úspěšnou komunikaci jsou následující: „*nedirektivnost, úcta k nemocnému i jeho blízkým; umění mlčet a aktivně naslouchat; překonání vlastní úzkosti a nejistoty; autenticita: schopnost být sám sebou; zdravé sebevědomí; otevřenost; empatie: schopnost vyjádřit svou účast, vcítit se; schopnost týmové spolupráce; znalost a dodržování „společného cíle“ péče; profesionalita: znalost problematiky.*“ Sláma et al. 2007, s. 33.

*ztráty důstojnosti, pocit ztráty smyslu života, pocit opuštěnosti, pocit osamělosti, pocit, že jsou obtížní pro ostatní. Nesnesitelná bolest, popisovaná jako fyzická, je uváděna pouze asi čtvrtinou nebo třetinou nemocných.*²⁸⁰

Většinu, pokud ne všechny, důvody, proč senioři žádají o urychlení konce svého života, lze tedy odstranit, pokud se nemocnému dostává správné a všestranné péče. Pacientovo přání ukončit svůj život je důkazem, že nejsou uspokojeny všechny jeho potřeby, fyzické, psychické i spirituální. Nejčastější příčinou žádostí o eutanazii je tak bohužel nezáměr a neúcta ke starému člověku.²⁸¹ „*Rozhodnutí k sebevraždě je zpravidla zoufalým lidským činem, výrazem vnitřní nouze a neschopnosti vidět ještě v životě nějaký smysl.*“²⁸²

Zároveň je však třeba mít na paměti, že kladný postoj mladšího a zdravého člověka k eutanazii většinou nevydrží až do doby, kdy je tato prosba aktuální. I přes bolest, vysoký věk a špatnou prognózu většina seniorů po předčasném ukončení svého života netouží. Výjimku tvoří pouze senioři, kteří se cítí izolovaní a lidsky opuštěni. „*Tak je přání eutanazie ... velmi často vlastně výkřikem o pomoc.*“²⁸³

Specifickým problémem je, že v posledních letech se právě v období stáří, kterým se zde zabýváme, se situace mění. „*Ve stáří výrazně přibývá dokonaných sebevražd. Jejich počet výrazně převyšuje počet sebevražedných pokusů, mizí koketérie se životem.*“²⁸⁴ Tento fenomén se však bohužel objevuje až v posledních desetiletích²⁸⁵ a souvisí se změnou celospolečenského náhledu

²⁸⁰ Ambros et al. 2002, s. 23.

²⁸¹ Cf. Svatošová 1995, s. 36.

²⁸² Rotter 1999, s. 90.

²⁸³ Rotter 1999, s. 97.

²⁸⁴ Pacovský 1990, s. 76.

²⁸⁵ Zejména po roce 1996 můžeme sledovat vzestup počtu dokonaných sebevražd, a to zejména ve věkových skupinách 75-79 let a ještě markantněji ve skupině 80-84 let a také u občanů nad 85 let věku. Statisticky dochází k největšímu počtu sebevražd právě u lidí nad 85 let, se zvyšujícím se věkem stoupá i počet sebevražd. Zatímco ve středním věku je počet

na seniory a stáří obecně. Důvodem stoupajícího počtu sebevražd mezi seniory je právě strach a obavy, kterým musí většina seniorů čelit. Velkou roli zde hraje také velmi bolestivě pocíťovaná ztráta sebeúcty. „*Pocit, že se člověk stává přítěží pro své okolí, je i jednou z nejvýznamnějších příčin vysoké sebevražednosti ve stáří.*“²⁸⁶ Senior nejčastěji bojuje se stále narůstajícím strachem „*před bezmocností stáří, před úplnou závislostí, před potížemi chronické nemoci než před smrtí.*“²⁸⁷ Sebevražednost seniorů se u nás stala novým problémem, ačkoli v minulosti tomu tak v žádném případě nebylo.²⁸⁸ Tento nový fenomén je reakcí na negativní situaci seniorů a vybízí nás k řešení jejich etických problémů a zlepšení jejich situace.

Dalším argumentem proti eutanazii je často zmiňovaný názor mnoha filosofů i teologů, že právo na sebevraždu, a potažmo právo na smrt obecně, je samo o sobě nesmyslné. „*I kdybychom však snad připustili, že člověk právě díky jakémusi svému vlastnění může provést sebevraždu, neznamená to přece, že současně může toto „právo“ na sebezabití někomu předat anebo vyvodit z toho další právo na asistenci při suicidii.*“²⁸⁹

Zároveň je zde otázka, zda je vůbec někdy možné dodržet základní definici eutanazie, která předpokládá, že o ni žádá člověk dobrovolně, ze své vlastní vůle, při plném a nezměněném vědomí. „*Lze se zamyslet i nad tím, zda nejvhodnější kandidát pro eutanazii, člověk plný strachů a obav, plný utrpení jiného druhu než jen fyzického, pod vlivem léků, často opuštěný a nacházející se v odlidštěném prostředí, atd., je vůbec schopen „autonomně“ rozhodovat o svém bytí či nebytí. Vždyť cílem lékařova snažení má být nemocnému jeho*

dokonaných sebevražd relativně konstantní, nad hranicí 70 let sebevražd rychle přibývá a jejich počet je až trojnásobný. Cf. Monestier 2003, s. 255.

²⁸⁶ Sláma et al., 2007, s. 271.

²⁸⁷ Pacovský 1990, s. 114.

²⁸⁸ Zatímco v jiných zemích a kulturách (například v Japonsku) se sebevražednost seniorů vyskytuje již mnoho staletí, v České republice je tento nový fenomén reakcí na negativní společenské klima.

²⁸⁹ Munzarová 2005, s. 21n.

*autonomii navracet a nikoliv jej v tomto stavu, kdy lze o jeho autonomii pochybovat, zabíjet.*²⁹⁰ Nemocní, zejména senioři v závěrečném období svého života, trpící mnoha fyzickými a často i duševními chorobami, jsou velmi zranitelní a snadno přejímají jakékoliv nápady jiných, zejména pak zcela a bez pochybností důvěřují lékařům.²⁹¹

Závažným argumentem proti legalizaci eutanazie je vysoké riziko zneužití. „*Když pomineme zneužití, legalizace zabíjení z milosti lékaře poruší téměř jistě vztah mezi lékařem a pacientem.*“²⁹² Pokud budou mít lékaři povolení k zabíjení, bude těžké zachovat důvěru pacienta v to, že je lékař celým srdcem oddán pacientovým nejlepším zájmům.²⁹³ V posledních letech, zejména pod vlivem zkušeností s vývojem problematiky eutanazie v Nizozemí, se potvrzuje názor, že by legalizace eutanazie byla nejen zbytečná, ale zároveň i nebezpečná.²⁹⁴ Hrozí zde totiž riziko, které se v případě Nizozemí již potvrdilo, že dojde k fenoménu tzv. kluzkého svahu, kdy se praxe eutanazie začne šířit a postupem času se provádění eutanazie ve všech jejích formách stane běžnou záležitostí.

V české společnosti se většina odborné i laické veřejnosti, samozřejmě včetně křesťanských církví, staví spíše proti eutanazii.²⁹⁵ Na druhou stranu však „*průzkumy veřejného mínění ukazují, že aktivní účast lékařů bud' při eutanazii, nebo asistované sebevraždě má významnou podporu.*“²⁹⁶ Nejčastějším důvodem, který bývá obvykle uváděn ve prospěch eutanazie, je právo člověka na svobodu a autonomii. Podle tohoto argumentu má být

²⁹⁰ Munzarová 2005, s. 41.

²⁹¹ Cf. Munzarová 2005, s. 43.

²⁹² Cf. Israel 2002, kapitola *Eutanazja i lekarz*, s. 123-128; cf. také Ochmański 2008, kapitola *Lekarze i personel medyczny wobec eutanazji*, s. 11-40.

²⁹³ Cf. Kass 2000, s. 243.

²⁹⁴ Cf. Munzarová 2005, s. 75.

²⁹⁵ Křesťanské církve „*zdorazňujú, že život je najvyššou hodnotou a že bytie akokoľvek smutné stojí vyššie ako nebytie.*“ Štefko 1998, s. 25.

²⁹⁶ Casselová 2000, s. 228.

požadavek o asistenci při smrti ctěn, protože o tuto asistenci žádá svobodný majitel života, který se však sám zabít nemůže.²⁹⁷

Druhý důvod pro zabití pacienta, jenž požaduje smrt, má s volbou či svobodou málo společného. Smrt se má přivodit rychle a přímo, „*protože podle nějakého svébytného nebo „objektivního“ měřítka se pacientův život již nepovažuje za hodnotný, aby mohl pokračovat.*“²⁹⁸ Přitom je zde evidentní obtíž v popsání kategorií či stupňů bolesti, utrpení či postižení, které by mohly lékaře opravňovat k zabití z milosti.

Třetím důvodem, který často uvádí zastánci eutanazie, je fakt, že podle posledních výzkumů již smrt dlouho není přirozenou událostí, jako tomu bylo kdysi. Naopak je velmi často výsledkem lékařského rozhodnutí.²⁹⁹ To podle zastánců eutanazie znamená, že problémem není ani tak to, „*zda by lékařům mělo být dovoleno podat smrti pomocnou ruku, ale spíše kdy a proč a za jakých okolností by tak měli učinit.*“³⁰⁰

Přes všechny právě zmíněné argumenty proti eutanazii však v žádném případě není žádoucí, abychom odsuzovali ty, kteří přemýšlí o sebevraždě. Spíše je třeba porozumět jejich volání a pomáhat jim, starat se o ně, hovořit o s nimi, věnovat jim svou péči.³⁰¹ Jak se shodují odborníci i laici, kteří pracují s umírajícími lidmi v terminálním stadiu života, „*nemocný, který trpělivě snáší těžké utrpení, se může stát pro své okolí velkým požehnáním.*“³⁰² Od expertů prověřených mnohaletou praxí v hospicích i dalších institucích jsme se naučili, že u většiny pacientů platí, že promyšlená, kompetentní a komfortní péče může

²⁹⁷ Cf. Kass 2000, s. 242.

²⁹⁸ Kass 2000, s. 238.

²⁹⁹ Cf. „*Rozsáhlý průzkum nedávno provedený v Holandsku naznačuje, že skoro 38% ze všech neakutních úmrtí je výsledkem lékařského rozhodnutí o konci života.*“ Kuhseová 2000, s. 252.

³⁰⁰ Kuhseová 2000, s. 252.

³⁰¹ Cf. Rotter 1999, s. 101.

³⁰² Rotter 1999, s. 100.

umírání zjemnit a někdy ho též zcela zbavit utrpení. Dnes již můžeme říci, že moderní medicína dokáže umírající seniory zbavit bolesti, přestože utrpení v širším měřítku ho možná vždy zcela zbavit nelze.³⁰³ Lidé se nejvíce „obávají symptomů, které ohrožují lidství, ani ne tak bolesti nebo dokonce tělesného utrpení, ale ztráty důstojnosti a respektu k sobě.“³⁰⁴

4.2.4 Křesťanský pohled na eutanazii

Nyní bych se také rád blíže zaměřil na názory křesťanských církví na otázku sebevraždy a eutanazie.³⁰⁵ Všechny církve shodně a pravidelně připomínají zákaz zabít se; tento názor má své počátky již v nejstarších dobách. V židovsko-křesťanské tradici dominuje naprosto jednoznačný negativní přístup k násilnému ukončení života.³⁰⁶ Všechny křesťanské církve, církev katolická, pravoslavná i většina protestantských církví se tedy k eutanazii staví spíše negativně. Tento názor křesťanských církví vychází z tzv. principu správcovství; to znamená, že „*lidský život pochází od Boha, člověk je pouze jeho správcem, nikoli vlastníkem, takže o něj z tohoto důvodu musí správně pečovat.*“³⁰⁷ Nic a nikdo nemůže žádným způsobem svolit k zabití nevinné lidské bytosti, ať je to plod nebo embryo, dítě nebo dospělý, starý člověk anebo člověk trpící nevléčitelnou nemocí, či člověk, který umírá.

Od dob katolického koncilu v Arles v roce 452 byla sebevražda pokládána za smrtelný hřích.³⁰⁸ Tento názor – a nejen v katolické církvi –

³⁰³ Cf. Casselová 2000, s. 227.

³⁰⁴ Casselová 2000, s. 228n.

³⁰⁵ Vzhledem k tématu této práce a především také kvůli židovsko-křesťanské tradici celé evropské kultury a myšlení se nebudu zabývat názory mimokřesťanských církví. Na tomto místě bych pouze rád uvedl, že většina velkých církví celého světa zastává podobný názor jako křesťanské církve. V myšlení islámu eutanazie není přijímána a není povoleno zabít člověka z milosrdenství. I v ostatních velkých náboženských systémech je jasně patrný nesouhlas nebo nepřiznání dostatečného důvodu pro zabíjení nemocných. Cf. Munzarová 2005, s. 28n.

³⁰⁶ Cf. Munzarová 2005, s. 28.

³⁰⁷ Munzarová 2005, s. 28.

³⁰⁸ Haškovcová 1975, s. 26.

dlouho přetrvával ve zcela nezměněné podobě; určitý posun nalézáme až ve 20. století. Podle synodu kanonického práva v roce 1917 by měl být církevní pohřeb odepřen těm, kdo se zabili vlastní rukou po zralé úvaze. Důležitý je zde právě dodatek *po zralé úvaze*, čímž se sebevražda stává jakousi duševní chorobou. Tento vývoj v katolické církvi pokračoval i nadále.

Dne 27. listopadu 1940 Vatikán veřejně odsoudil zabíjení handicapovaných osob pod záminkou eugenických teorií. Zároveň tím katolická církev odsoudila provádění eutanázie obecně a označila její vykonávání za lidskou zvlášť porušující přirozené i kanonické právo na život. V roce 1965 byly zveřejněny liturgické práce Druhého vatikánského koncilu, které již přinášejí jiný pohled na celou situaci, který je podstatně milosrdnější a vstřícnější. Podle těchto nových názorů církevní úřady nemají vyžadovat žádné lékařské osvědčení ani doklad; kromě vzácných případů, kdy zemřelý sám písemně vyjádřil opačné přání, se všem sebevrahům dostane církevního pohřbu. Tento postoj církve znovu potvrdil svod kanonického práva z roku 1983, jímž bylo oficiálně vyhlášeno, že sebevražda není rouhačství. Pařížský biskup dokonce sebevraždu výslovně označil jako „*signál zoufalství, vůči němuž by měla být církev milosrdná.*“³⁰⁹ Zatímco tedy dříve byla sebevražda těžký hřích, nyní je chápána spíše jako zoufalé volání.

Veškeré výše zmíněné názory katolické církve se týkají sebevraždy obecně. K eutanazii jako takové se církev začíná vyjadřovat až v poslední čtvrtině 20. století, kdy také začínají v celém vyspělém světě diskuze na toto téma. V roce 1980 římskokatolická církev znovu potvrdila svoji pevnou opozici proti sebevraždě jakéhokoli druhu včetně eutanázie. V Deklaraci kongregace pro doktrínu víry z 5. května 1980 papež Jan Pavel II. jednoznačně odsuzuje eutanazii,³¹⁰ když říká, že „*musíme být tudíž schopni, bez jakéhokoliv*

³⁰⁹ Monestier 2003, s. 342.

³¹⁰ Cf. Munzarová 2005, s. 28.

urychlení hodiny smrti, přijmout ji s plným vědomím naší odpovědnosti a s plnou důstojností, jelikož smrt ukončuje tento pozemský život avšak zároveň tím otevírá cestu do života nesmrtelného.“ V tomto dokumentu tedy katolická církev znovu odsuzuje vědomě provedenou eutanazii nebo vědomé opomenutí poskytnutí základní lékařské péče. Zároveň se však tato deklarace vyjadřuje i k odstoupení od léčby, které je zvláště aktuální zejména u seniorů. Navzdory pevné opozici vůči eutanazii Deklarace podporuje zavedení potenciálně život zkracující paliativní péče a přerušení léčby, pokud tato pacienta pouze zatěžuje. Výslovně se zde říká, že *„při bezprostředně nastupující smrti, již nemůže být zabráněno používanou léčbou, je dovoleno ve svědomí rozhodnout se odmítnout takovou léčbu, která vede jen k nejistému a bolestnému protahování života.*“³¹¹ Člověk má povinnost pečovat o své zdraví, ale lékař má za povinnost užít pouze obvyklých prostředků, tj. takových, které odpovídají okolnostem, osobě, která má být léčena, a dále kulturním podmínkám, době a místu.³¹² Lékařům ani samotnému pacientovi tak nevzniká povinnost vyvíjet nepřiměřené úsilí, neexistuje zde tedy povinnost prodlužovat život za každou cenu.

V celku tedy můžeme říci, že katolická církev považuje smrt za součást existence člověka; smrt je finálním aktem života člověka na zemi a zároveň připomenutím lidského údělu smrtelnosti. Pro katolickou církev zůstává základním faktem zákaz zabíjet, který je obsažen již v dekalogu. Zároveň zde však můžeme vidět jistou počínající tendenci respektovat vývoj společnosti.

³¹¹ Podobný názor vyslovuje v roce 1987 i Světová zdravotnická asociace, která uvádí: *„Eutanazie, která ji činem úmyslného ukončení života pacienta ... je neetická. Toto nebrání lékařům v tom, aby respektoval touhu pacienta, aby smrt mohla přirozeně v terminální fázi nemoci nastat.*“ Kuhseová 2000, s. 252.

³¹² Cf. <http://www.umirani.cz/res/data/006/000740.pdf>

Českobratrská církev evangelická k problematice eutanazie nezaujala žádné oficiální stanovisko; synod k této záležitosti nevydal žádné prohlášení. Tato záležitost prozatím není chápána jako *status confessionis* evangelické církve; čeští evangelíci – narozdíl od katolíků – mnoho bioetických problémů nepovažují za záležitost, která by se měla stát předmětem vyznání církve. Pravděpodobně je zde stále patrný vliv minulosti, kdy byla římskokatolická církev státní církví a takováto rozhodnutí jí příslušela. Ačkoli se však situace změnila, římskokatolická církev stále tato témata chápe jako jí příslušející a dělá z nich předmět vyznání církve. V těchto věcech evangelické církve důvěřují sekulárním institucím a respektují sekulární pravidla.

Českobratrská církev evangelická k těmto etickým otázkám nemá jednotný postoj. Od každého jednotlivce, který je jejím členem, se očekává samostatnost ve víře i v životních postojích.³¹³ To má souvislost i s tím, že protestantské církve neuznávají učitelský úřad církve; důležité zde je spíše zaujmout stanovisko ke konkrétnímu případu. Není zde tedy – narozdíl od katolíků³¹⁴ – vyhlášováno univerzálně platné stanovisko založené na teoretické etice. Odpovědnost leží na jednotlivcích, ale jejich názory musí být založeny na Písmu. „*Biblickou tradici protestanti nepovažují za neměnné dogma, ale za rámeček pro následnou diskusi a výchozí bod pro uvažování.*“³¹⁵

Obecně se většina protestantských církví k eutanazii staví spíše negativně. Českobratrská církev evangelická vyzývá především k co možná největší podpoře paliativní péče a zároveň uznává nutnost vést stále dialog o problematice smrti a umírání napříč církvemi. Na otázku eutanazie není samozřejmě snadné nalézt odpověď, církve nechtějí setrvat ani v pozici jednoznačných odpůrců eutanazie, ale zároveň se staví proti její legalizaci.

³¹³ Cf. http://www.evangelnet.cz/cce_pruvodce:soucasny_theologicky_profil

³¹⁴ V katolické církvi se setkáváme, jak již bylo výše řečeno, s velmi striktním názorem na eutanazii. Cf. Gryz a Mielec 2001; Ochmanski 2008; Israel 2002.

³¹⁵ <http://www.umirani.cz/res/data/006/000740.pdf>

4.3 Zadržování smrti a odstoupení od neúčinné léčby

Další velké etické téma, které je podle mého názoru třeba v této kapitole zmínit, je problematika zadržování smrti a následného odstoupení od neúčinné léčby. Zadržování smrti, *dystanazii*, definuje Helena Haškovcová jako „stav, kdy je smrt neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována“.³¹⁶ Odstoupení od neúčinné léčby není totožné s eutanazií. „Nechá-li se pacient zemřít, umírá na svou chorobu, je-li usmrčen, je příčinnou smrti vnější zásah.“³¹⁷

Tento fenomén je spojen s výraznými medicínskými pokroky, kterých bylo v posledních desetiletích dosaženo. Moderní medicína umí člověku pomocí techniky zajistit základní životní funkce, jako je dýchání či krevní oběh. Otázkou však zůstává, jak dlouho je z etického hlediska vhodné touto poměrně drahou technikou ve vybaveném zdravotnickém zařízení a s odborným personálem udržovat člověka při životě. Medicína je dnes tak vyspělá, že dokáže nejen vyléčit dříve nevyléčitelné nemoci, ale také prodlužuje život a oddaluje čas smrti. To je samozřejmě pozitivní v tom smyslu, že se lidé mohou dožít vyššího věku a prožít dobu svého stáří kvalitněji než dříve. Na druhou stranu je ale tato intenzivní péče v závěru života velice finančně náročná pro zdravotnický systém. Podle některých údajů je tato finální péče tak drahá, že tvoří téměř polovinu veškerých nákladů na zdravotní péči v průběhu celého života. Novodobým problémem tedy je, zda je vhodné či potřebné, aby byl lidský život udržován co nejdéle. Senioři jsou často posíláni na množství nezřídka i invazivních vyšetření, jsou jim nasazovány stále další léky a podstupují množství lékařských zákroků. Tato snaha však často nevychází od samotného seniora, ale spíše ze strany jeho příbuzných, kteří se nechtějí smířit s tím, že člověk nemůže žít věčně a život

³¹⁶ Haškovcová 2000, s. 32.

³¹⁷ Vít 2000, s. 33.

každého člověka na této zemi je konečný. V terminálním období života není klíčové poskytovat seniorům stále novou a novou léčbu, ale spíše je třeba akcentovat osobní doprovázení, blízkost druhého člověka a spolunesení těžkých chvil závěru života. „*Zatímco nemocný touží po tom, aby aspoň jediný člověk mu věnoval lidský pohled a reagoval na otázku - ale tucet lidí na něm pracuje, starají se o jeho srdce, frekvenci tepu, elektrokardiogram a funkci plic o jeho výměšky a výkaly, jen ne o jeho osobnost.*“³¹⁸

Medicína tedy umí život výrazně prodloužit, ale zejména ve vysokém věku již často není v silách lékařů udržet na dobré úrovni také kvalitu lidského života. Smrt je však stále oddalována a mnoho lékařů chápe smrt jako určitý druh prohry, jako něco vždy nevhodného a předčasného. „*Není nic, co by opakovaně připomínalo konečnost lidského osudu v jeho přirozené i tragické podobě. Smrt byla vytěsněna proto, že ji především interpretujeme jako nesmyslnou, zbytečnou, předčasnou prohru.*“³¹⁹ Helena Haškovcová³²⁰ se domnívá, že ačkoli je oddalování smrti ušlechtilé a žádoucí, je stále nutné mít na zřeteli konečnost lidského života na této zemi. Ignorování této skutečnosti je projevem nevyzrálosti a neodpovědnosti, úkolem každého jednotlivce je v tomto ohledu „*uvědomovat si svou vlastní smrtelnost, poněvadž tak lze získat jiný a lepší vztah k umírajícím, nehledě na to, že i vlastní život se obohatí o určitou, nesmírně cennou dimenzi.*“³²¹ Každý lékař a zdravotník by měl mít na paměti, že lékař nemá za úkol nahrazovat Boha, nemá se pokoušet dělat to, co je nemožné a často i nepřirozené, měl by si „*uvědomovat omezenost svého lékařského umění, které často musí ponechat smrti její vítězství.*“³²²

Jako problematický začíná být chápán především fakt, že lékaři i personál ve zdravotnických zařízeních jsou školeni a povzbuzováni k vítězství

³¹⁸ Kübler-Rossová 1992, s. 12.

³¹⁹ Haškovcová 1994, s. 170.

³²⁰ Cf. Haškovcová 2000, s. 32.

³²¹ Munzarová 2005, s. 71.

³²² Munzarová 2005, s. 71.

nad nemocí. To vede ke stále rozšířenějšímu přístupu, kdy lékaři u umírajících pacientů využívají všech dostupných metod a prostředků a odmítají se smířit s nadcházející se smrtí. Tento problém je třeba chápat jako ještě palčivější zejména v případě umírajících seniorů, kdy se snaha o prodloužení života tzv. „za každou cenu“ někdy jeví jako zcela bezúčelná. „*Pokud člověk již není schopen nalézt ve svém životě a utrpení alespoň zbytek smyslu, pokud mu tento nově získaný čas přináší pouze další rezignaci a zoufalství, pak je snad třeba říct, že by byl zemřel lépe lidsky a křesťansky, kdyby byl prodělal proces umírání napoprvé a zůstal ušetřen znovuoživení*“.³²³ Umělé prodloužení života v případě, že se již člověk zřetelně blíží ke konci pozemské pouti, je obecně odmítáno většinou moderních odborníků. Shodně se vyjadřuje i Elizabeth Kübler-Rossová: „*Stojím za možností nechat pacienta zemřít jeho vlastní smrtí z přirozených příčin, bez umělého prodloužení procesu umírání*“.³²⁴

Jak je z uvedených citátů vyplývá, panuje ohledně tohoto etického problému v období *in finem* mezi odborníky i laiky jednota. Umírající v žádném případě nemusí podstupovat léčbu, která je zbytečná a nevede k celkovému zlepšení stavu fyzického, psychického ani spirituálního. Lékaři nejsou povinni léčbu takového druhu zahájit, a to i v případě, že je k tomu vybízí rodinní příslušníci umírajícího. Tato tzv. kauzální terapie může být tedy ukončena, ale v žádném případě není možné ukončit péči o umírajícího. Kauzální léčba je zde nahrazená tzv. paliativní léčbou.

Odstoupení od neúčinné a neužitečné léčby tedy znamená opuštění od léčebných postupů, které pacientovi nepřinášejí užitek a zároveň jsou pro něj zatěžující nejen fyzicky, ale i psychicky.³²⁵ Toto odstoupení od léčby bývá také

³²³ Rotter 1999, s. 89.

³²⁴ Kübler-Ross 1993, s. 79.

³²⁵ Cf. Sláma et al. 2007, s. 321n.

někdy interpretováno jako právo na přirozenou smrt.³²⁶ Tento postup je v českém právním systému, narozdíl od aktivní eutanazie nebo asistovaného suicidia, povolen. Obecně panuje názor, že odstoupení od neúčinné léčby je právně i morálně přípustné a přijatelné. K úmrtí pacienta dochází přirozeným způsobem; lékař pouze respektuje přirozený vývoj nemoci, která bez ohledu na jakoukoli lidskou snahu nevyhnutelně spěje ke smrti. Smrt zde tedy není důsledkem aktivního lékařského zásahu, ale zároveň není uměle oddalována.³²⁷

V době moderních možností medicíny je často hlavním cílem lékařů život udržovat a prodlužovat *za každou cenu* a smrt je nezřídka chápána jako jakási prohra. V této situaci dochází k fenoménu, kdy je nemocný, který by již dávno přirozeně zemřel, uměle udržován při životě pomocí problematických snah odborníků zvrátit jeho nepříznivý zdravotní stav.³²⁸ Zejména u seniorů, u nichž je celá situace komplikována vysokým věkem, je otázka přerušení léčby velmi aktuální. S touto otázkou jsou spjaty mnohé morálně teologické problémy, zejména pak otázka resuscitace, resp. zastavení terapeutických a oživovacích opatření. Taková opatření již nejsou povinností lékaře, pokud definitivně došlo k mozkové smrti pacienta. „*Pokouší-li se medicína vytrhnout člověka z procesu umírání, měla by při tom vědět, co se zde ještě nazývá životem.*“³²⁹ Na tom se shoduje většina odborníků, protože zejména v posledních letech se tento problém zdůrazňuje vlivem užívání stále modernějších technologií. „*Odstoupení od neúčinné, neužitečné léčby je nenasazení nebo opuštění takových léčebných postupů, které pacientovi nepřinášejí žádný užitek a jsou pro něj zatěžující nejen fyzicky, ale i psychicky – způsobují mu tedy mnohdy spíše utrpení než neúměrné prospěchu.*“³³⁰

³²⁶ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 444.

³²⁷ Cf. Sláma et al. 2007, s. 322.

³²⁸ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 423.

³²⁹ Rotter 1999, s. 89.

³³⁰ Sláma et al. 2007, s. 321n.

Podobně jako u výše zmiňovaných otázkách je zde klíčová především definice základních pojmů. „*Klíčovým problémem je však systém kritérií, který by umožnil přirozenou smrt a zabránil zneužití, nebo jinými slovy řečeno, na jehož základě by bylo možné určit, že každá další léčba bude marná. O obsahu pojmu marná léčba se stále intenzivně diskutuje. Zatím byl alespoň v hrubých obrysech konkretizován pro situace, kdy se zvažuje použití mimořádných léčebných postupů.*“³³¹ Existuje tedy mnoho pokusů přesně definovat pojem zbytečnosti léčby. Jako zbytečnou definujeme léčbu v těch situacích, kdy je buď pravděpodobnost prospěchu pro pacienta velmi malá až nereálná, nebo je kvalita prospěchu, jehož lze dosáhnout, tak minimální, že nelze dosáhnout uzdravení. „*Tyto dvě situace nazýváme kvantitativní respektive kvalitativní zbytečností.*“³³² Odborníci se shodují, že léčbu lze označit za zbytečnou, pokud intervence nemá patofyziologické opodstatnění, maximální léčba selhává, stejný postup již dříve selhal a léčba nevede k cíli.³³³

Ukončení nebo dokonce nezahájení léčby je v některých situacích vhodné či dokonce nutné. Kromě právě zmíněných čistě medicínských kritérií je nutné rovněž přihlížet ke stanovisku samotného nemocného. „*Pokud jde o odmítnutí léčby, rozhodování se dnes řídí respektem k pacientově autonomii a pacientovu vlastnímu chápání zdraví, a tato otázka má oporu v zákoně.*“³³⁴ V případě, že nemocný není z různých důvodů schopen vyjádřit svá přání a rozhodnutí, mělo by se přihlížet k předem vysloveným přáním, což je uvedeno i v Úmluvě o biomedicíně.³³⁵

Dobrym příkladem tohoto problému jsou kardiopulmonální resuscitace. Právě pro případy, kdy již pacient nemůže své přání vyjádřit, existuje program DNR (do not resuscitate), nebo v České republice stále častěji NR

³³¹ Haškovcová 2000, s. 121.

³³² Jeckerová, Schneiderman 2000, s. 179.

³³³ Cf. Munzarová 2005, s. 92.

³³⁴ Kuhseová 2000, s. 257.

³³⁵ Haškovcová 2000, s. 121.

(neresuscitovat).³³⁶ V České republice se na kardiopulmonální resuscitaci pohlíží jako na léčebný výkon, který má své indikace a kontraindikace; terminální fáze nevléčitelného onemocnění je chápána jako kontraindikace tohoto výkonu. Resuscitace terminálně nemocných pacientů, a to tím spíše pacientů pokročilého věku, u kterých je smrt očekávaným vyústěním progredující nevléčitelné choroby, nemůže být klinicky úspěšná. Může vést pouze k návratu do stavu umírání a je chápána jen jako zdroj frustrace pro pacientovu rodinu i zdravotníky. „*Lékař tedy postupuje lege artis, když umírajícímu pacientovi poskytuje nikoliv intenzivní resuscitační, ale paliativní péči.*“³³⁷ Zdravotnický personál tedy nemůže být obviněn z eutanazie, pokud byla dodržena všechna pravidla platná pro danou situaci.

Zejména v posledních letech, v době moderních technologií a velkých možností lékařské vědy, se lékaři a další zdravotníci někdy ocitají v situaci, kdy pokračují v agresivních lékařských postupech ještě dávno poté, co tyto postupy ztratily smysl i užitek. Zůstává zde otázka, co je motivací tohoto nepřirozeného a umělého prodlužování života. Popud pro takové jednání může pocházet z celé řady zdrojů. „*Ve strachu ze smrti může pacient zoufale hledat každou myslitelnou cestu, jak se jí vyhnout.*“³³⁸ Často však tento impuls vychází od rodinných příslušníků pacienta, kteří nezdědka prosí lékaře, aby udělali pro jejich blízkého vše. Někdy však trvají na neúčinné léčbě lékaři nebo další členové zdravotnického týmu, protože se neumějí vzdát. „*Pokouší-li se medicína vytrhnout člověka z procesu umírání, měla by při tom vědět, co se zde ještě nazývá životem.*“³³⁹

Pokud tedy intervence lékařů má sice dočasný účinek pro pacientovo tělo, avšak pacientovi jako člověku přínos neposkytuje, není tedy etické trvat

³³⁶ Cf. Haškovcová 2000, s. 121.

³³⁷ Sláma et al. 2007, s. 305.

³³⁸ Jeckerová, Schneiderman 2000, s. 178.

³³⁹ Rotter 1999, s. 89.

na další, často invazivní léčbě. „Z toho vyvozujeme, že zdravotníci nejenže nejsou povinni poskytovat léčbu, která není přínosná, nýbrž jsou dokonce povinni takovou léčbu neposkytovat, protože ohrožuje etický standard profesí spjatých s péčí o zdraví.“³⁴⁰ Problém s uplatněním tohoto pravidla v praxi spočívá v tom, že poskytovatelé zdravotní péče a rodinní příslušníci se někdy domnívají, že je jejich morální i etickou povinností udělat všechno možné k prodloužení života pacienta, a to dokonce i za cenu jeho značného utrpení a ztráty důstojnosti.³⁴¹

Důležité je zde podtrhnout, že ačkoli sám pacient nebo rodinný příslušník na pokračování zbytečné léčby trvá, není povinností zdravotnického týmu takovou léčbu poskytovat. Konečným cílem zdravotní péče je prospěch pacienta a ten může nejlépe posoudit lékař. „Když léčba přestane poskytovat prospěch, není žádný rozumný důvod v ní pokračovat. Navíc zbytečná léčba je často v rozporu s povinností zdravotníků neškodit pacientům.“³⁴²

Podle některých odborníků je popudem pro časté diskuze na téma ukončování života právě fakt, že „moderní medicína udržuje zoufale trpící a beznadějně nemocné pacienty při životě za jakoukoli rozumnou hranici.“³⁴³ Hlavním postulátem medicíny je pomáhat a neškodit; tento lékařův pozitivní závazek prospívat a negativní závazek neublížovat je akcentován právě v případě umírajícího pacienta.³⁴⁴ „Ve skutečnosti dnes pomoc a poškození pocházejí ze stejné ampulky. Stejný respirátor, který bere člověka hrobníkovi z lopaty, nesmyslně a necitlivě prodlužuje život.“³⁴⁵ Často se tak setkáváme s názorem, že pokroky v medicíně s sebou přinesly mnohá etická dilemata, s nimiž se společnost dříve nepotýkala. „Moderní medicína nám poskytl

³⁴⁰ Jeckerová, Schneiderman 2000, s. 178n.

³⁴¹ Cf. Jeckerová, Schneiderman 2000, s. 179.

³⁴² Jeckerová, Schneiderman 2000, s. 180.

³⁴³ Cranford 2000, s. 203.

³⁴⁴ Cf. Hill 2000, s. 210.

³⁴⁵ Kass 2000, s. 237.

*kontrolu smrti a umírání. S touto kontrolou přišla volba, kdy je vhodné tyto nové terapie užít nebo neužít, a z tohoto rozhodování se rodí etická dilemata. Takže čím více máme kontroly, tím více máme možností výběru a čím více je možností, tím více je dilemat.*³⁴⁶

Co můžeme tedy od medicínských pokroků očekávat v budoucnu? Bude vůbec ještě v budoucnu možné prožít *dobrou smrt*, po níž tak toužili naši předkové? Podle některých odborníků předstihl technický pokrok v medicíně etickou vyspělost lidské společnosti. „*Naše možnosti prodlužovat život budou stále v předstihu před naší schopností smysluplně se s těmito moderními dilematy vypořádat.*“³⁴⁷ Cílem lékařské vědy by tedy nemělo být udržování života přes únosnou mez. Lékař by se neměl stavět proti přírodě, neměl by bojovat proti přirozenému řádu věcí. Přerušení neúčinné léčby tedy znamená, že lékař dovoluje přirozenému vývoji dojít do konce.³⁴⁸ „*Dokonce i moderní lékař, navzdory jeho rozsáhlé technologické dovednosti, je pouhým pomocníkem přirozeným silám sebeléčení.*“³⁴⁹ Vždy je tak třeba zvažovat a porovnávat prospěšnost léčby s obtížemi a bolestmi s ní spojenými.³⁵⁰

Je však třeba poukázat i na odvrácenou stránku právě popsaného ukončení zbytečné léčby. Podle mnoha odborníků z nejrůznějších oborů mají úvahy o eutanazii, které jsou v posledních desetiletích jedním z nejčastěji diskutovaných témat, své kořeny právě ve strachu z prodlužování umírání, z dystanazie. Odstoupení od neúčinné léčby se tak na první pohled jeví být snadným východiskem z problémů. I tento postup však s sebou nese riziko zneužití, a to především v tom, kdo by měl určit, zda je již léčba zbytečná. Zatímco však na eutanazii existují ve společnosti různé názory, v případě odstoupení od zbytečné léčby se veřejnost více méně shoduje. Panuje shoda, že

³⁴⁶ Cranford 2000, s. 200.

³⁴⁷ Cranford 2000, s. 202.

³⁴⁸ Kuhseová 2000, s. 255.

³⁴⁹ Kass 2000, s. 240.

³⁵⁰ Cf. Kass 2000, s. 240.

by umírající člověk neměl být vystaven zbytečnému fyzickému či psychickému utrpení.³⁵¹ Důležitost se přikládá především důstojnému umírání.

Zdravotní stav, kdy je již návrat do života nereálný a kdy zároveň člověku není dovoleno zemřít, je nesmírně obtížně snášen samotným seniorem, ale také všemi lidmi v jeho okolí. Proto je v posledních letech kladen důraz na povinnost lékaře ulehčit umírajícím seniorům odchod z tohoto světa. Zde hovoříme o tzv. situační etice. Základní normou situační etiky je láska; eticky správné je tedy vždy to, co v konkrétní situaci odpovídá lásce.³⁵² Z pohledu situační etiky je láska vždy jedinou normou jednání, láska a spravedlnost je totéž. „*Když tedy zákon někoho obrací proti lásce, přestává být a neměl by být dále zákonem; tam, kde mu však v cestě neleží žádná překážka, je jeho dodržování důkazem lásky, která se skrývá v srdci. Potřebuješ tedy zákon, aby se mohla projevit láska; pokud jej však lze zachovávat pouze za cenu zranění bližního, Bůh chce, abychom zákon ignorovali a zbavili platnosti.*“³⁵³ Toto přesvědčení vychází z Písma, kde se na několika místech³⁵⁴ setkáváme s příkázáním lásky, které je shrnutím zákona. Podle Fletchera je celá křesťanská etika ve své podstatě situační etikou.³⁵⁵ Přitom však mnozí významní teologové, mimo jiné i Bonhoeffer a Barth, absolutizují pravidlo, které zcela striktně zapovídá zabití sebe sama nebo druhého člověka, aniž by si uvědomili, že „*odsouzení vraždy je univerzálním zákazem, který se argumentačně pohybuje v kruhu a ve skutečnosti znamená „nemorální zabíjení*

³⁵¹ Cf. Haškovcová 1994, s. 200.

³⁵² Cf. Fletcher 2009, s. 79.

³⁵³ Fletcher 2009, s. 81.

³⁵⁴ Cf. Dt 6,4n; Mk 12,29-32; Lv 19,18.

³⁵⁵ Cf. Fletcher 2009, s. 101: „*Nová morálka, křesťanské svědomí, které se dnes nově probouzí, osvobozuje křesťanské chování od ztuhlých dogmat a předpisů. Zdá se, že někteří z jejich protestantských a katolických kritiků se bojí, že s odložením pravidel padne i křesťanský etický závazek. Ve skutečnosti však nová morálka zachází se všemi pravidly, zásadami a ctnostmi ... jako se služebníky a podřízenými lásky, kteří jsou vypovězeni z domu, jakmile zapomenou na své postavení a pokusí se převzít moc.*“ Cf. také Israel 2002, kapitola *Uwagi o etyce medyczej*, s. 61-68.

je nemorální”.³⁵⁶ Fletcher se zde přiklání k názoru, rozhodně ne obecně přijímanému a uznávanému, že protože druhého člověka miluji, dovolím, aby zemřel a neprodlužuji jeho utrpení. Podle Fletchera je tedy otázka, zda seniorovi dopřát zemřít, právě v intencích situační etiky. V tomto ohledu se liší katolický a evangelický pohled na tento etický problém; katolíci se ostře staví proti situační etice v tomto smyslu slova.³⁵⁷ Podle mého názoru je však třeba se řídit příkázáním lásky a vycházet především z toho, co je v dané situaci nejlepší pro pacienta.

Otázkou tedy zůstává, kdy a jak započatou terapii ukončit, ale také zda léčbu vůbec zahájit. Kdy přesně je třeba tuto terapii ukončit? Měla by být brána v úvahu také náročnost a finanční nákladnost terapie? Tyto otázky stále ještě nejsou definitivně rozřešeny.³⁵⁸ „*Důstojný odchod ze života podmíněný odbornou péčí i laskavým doprovodem je jistě vhodnějším řešením než volání po urgentních řešeních.*“³⁵⁹ Jako jediná eticky přijatelná cesta je tak chápána paliativní péče.³⁶⁰

Je však zcela jisté, že díky moderním možnostem medicíny mají lékaři stále větší možnosti nakládat s lidskými životy. „*Skutečnost, že existují různé možnosti terapie a možnost volby, který prostředek bude či nebude nasazen, nás přímo nutí rozhodovat o životě člověka*“.³⁶¹ Součástí obecně uznávané

³⁵⁶ Fletcher 2009, s. 97n.

³⁵⁷ Samozřejmě ale katolické i evangelické hledisko mají mnoho společného a v základních věcech se shodují. Všichni bez rozdílu vyznání zdůrazňují nutnost pečovat o seniora až do konce, mírnit jeho bolesti, poskytnout mu oporu ve všech ohledech a přistupovat k umírajícímu seniorovi lidsky, vstřícně a ohleduplně.

³⁵⁸ Před dvěma lety v České republice však v této oblasti došlo k průlom: „*Ve zdravotnictví padlo jedno velké tabu. Čeští lékaři mají podle zjištění LN první oficiální doporučení, kdy přestat se zbytečnou léčbou, která jen prodlužuje umírání nevyléčitelně nemocného. Týká se hlavně pacientů v bezvědomí, kteří nemohou sami rozhodnout o ukončení intenzivní léčby.*“ (http://www.lidovky.cz/lekari-uz-nemaji-lecit-nevylecitelne-nemocne-fnk-/ln_domov.asp?c=A100225_211828_ln_domov_ani)

³⁵⁹ Vorlíček 1998, s. 377.

³⁶⁰ Tímto tématem se budu podrobně zabývat v závěrečné kapitole, proto ho na tomto místě nebudu dále rozvádět.

³⁶¹ Virt 2000, s. 26.

filosofie o člověku je přesvědčení, že člověk je zodpovědný za své zdraví a rozhodování o něm. „*Přání jsou respektována, i když ve finální fázi nemoci mohou mít přímý následek úmrtí pacienta. ... Vždy je třeba ale dbát na vyváženost a širší souvislosti rozhodování.*“³⁶²

4.4 Duchovní péče v období *in finem*

Jedním z významných etických témat v období *in finem* je otázka vhodné duchovní péče. Právě v tomto období je tato péče zvláště důležitá a může mnoha seniorům pomoci a provést je poslední fází jejich života. „*Pro mnoho pacientů je (duchovno) v životě i v situaci těžké nemoci zdrojem posily, útěchy a motivace.*“³⁶³ Je zde však mnoho nejasností a obtíží a proto bych také toto téma rád rozebral.

V závěrečném období života čelí seniori mnoha etickým problémům. Velká část těchto otázek je nesmírně palčivá, a to zejména proto, že mnoho z nich se trápí stejnou záležitostí často i desítky let. „*Jaký je smysl mého života? Co je v životě důležité? ... Co dělat s vlastními selháními? Co s vlastními chybami a vinami, které nelze odčinit? Co s pocitem křivdy? Jak najít cestu k odpuštění a ke smíření s druhými lidmi? Jak přijmout tajemství smrti? Bude něco po smrti? Je nějaký bůh?*“³⁶⁴

Všem seniorům bez výjimky, věřícím i nevěřícím, by měla být poskytnuta duchovní péče, kterou je však vždy třeba přizpůsobit konkrétní situaci a potřebám pacienta.³⁶⁵ Většinou bývá tato duchovní služba rozdělována na dva základní druhy, obecnou a speciální spirituální službu. *Obecná* duchovní služba spočívá především v naslouchání, jejím cílem je pomoci

³⁶² Sláma et al. 2007, s. 319.

³⁶³ Sláma et al. 2007, s. 340.

³⁶⁴ Sláma et al. 2007, s. 340.

³⁶⁵ Cf. Ochmański 2008, kapitola *Opieka religijna*, s. 96-98.

seniorům se orientovat ve změněné životní situaci, v hledání smyslu vlastního života jako celku. Zároveň má starému člověku pomoci se vyrovnat s obavami všech druhů, ale také pomoci při urovnání křivdy či viny. Tuto obecnou duchovní službu mohou vykonávat všichni lidé bez rozdílu, specialisté (teologové, psychologové, církevně pověřené osoby), ale i sami zdravotníci, rodinní příslušníci a dobrovolníci. *Speciální* spirituální služba se týká spíše konkrétních úkonů, na které je třeba speciální vzdělání nebo církevní pověření. Jedná se např. o přípravu k přijetí svátosti, udělení svátostí nebo přípravu a vedení bohoslužeb a mší.³⁶⁶

V České republice spirituální službu zajišťují církve registrované u Ministerstva kultury České republiky a proto v nemocnicích, domovech pro seniory i hospicích slouží většinou duchovní z těchto církví. Největší procento duchovních pochází z římskokatolické církve, Českobratrské církve evangelické a z Církve československé husitské³⁶⁷ a proto bych se rád alespoň stručně zmínil o odlišnostech mezi těmito církvemi v poskytování spirituální služby.

Základním prvkem v duchovní péči poskytované římskokatolickou církví jsou svátosti. Pokud je pacient při vědomí a jeví o svátosti zájem, bývá mu běžně poskytována svátost smíření, svátost nemocných a eucharistie. V případě, že již u pacienta nastalo předsmrtné kóma, nemůže být udělena svátost smíření a eucharistie, ale může a měla by být udělena svátost nemocných.³⁶⁸ Dále zde existuje možnost seniora pokřtít. V každém případě je žádoucí modlitba, která není vázána na zdravotní stav pacienta a mohou se do ní zapojit i další přítomné osoby.

³⁶⁶ Cf. Sláma et al. 2007, s. 341.

³⁶⁷ Cf. Sláma et al. 2007, s. 341.

³⁶⁸ Svátost útěchy nemocných však ještě stále není dostatečně rozšířena. Důvodem je zřejmě fakt, že stále převládá dřívější představa, že tato svátost plní funkci posledního pomazání a uděluje se tedy těsně před smrtí. Cf. Duchánek, Horský 1976, s. 47.

Českobratrská církev evangelická, která má v domovech seniorů druhé nejvyšší početní zastoupení, nabízí také seniorům duchovní péči. Pokud je pacient lucidní, lze slavit památku večeře Páně. Zároveň evangelická církev akcentuje návštěvy ostatních členů náboženské obce u seniora – bratři a sestry se mohou a měli by se účastnit společných modliteb, čtení z Písma i bohoslužeb. Narozdíl od katolíků evangelická církev nezná svátost nemocných, ale existuje modlitba starších sboru za posilu, uzdravení a spásu nemocného, která také u seniorů bývá často praktikována.³⁶⁹

V průběhu historie nabývala pastýřská péče o umírající různé podoby. V této souvislosti je jistě zajímavé alespoň připomenout, co vše zahrnoval do této činnosti Martin Luther: uspořádání všech časných záležitostí, smíření se všemi lidmi, pomoc v unesení strachu ze smrti s pohledem upřeným na Pána Ježíše Krista, přijetí svátosti svaté večeře Páně k posílení víry, pevné přidržení se autority svátosti svaté večeře Páně, zvládnutí hrozícího násilí zlých mocností tím, že se pohled upře na Pána Ježíše Krista a jeho dílo spásy, připomenutí si biblických textů zaslíbení a naděje, připomenutí si Božího jednání a útěchy ze svátostí, ubránění se pochybám, ubránění se pověrám a víře v jejich moc, prosba o víru, uvědomění si toho, že Pán Bůh vše činí nové – a proto i má smrt může být zvládnuta.³⁷⁰ Tato pastorační praxe zůstává dodnes velmi podobná a principy jsou stále totožné.³⁷¹ „*Velmi záleží při řeči o smrti před nemocným na tom, s jakým přesvědčením tak činíme. Je-li naše srdce plné jistoty víry o*

³⁶⁹ Cf. Sláma et al. 2007, s. 342.

³⁷⁰ Cf. Křivohlavý, Kaczmarczyk 1995, s. 51n.

³⁷¹ Cf. Durchánek, Horský 1976, s. 49: „*Postup doporučujeme tento: 1. Biblické pozdravení. 2. Krátká modlitba o přítomnost, vedení a posílení Duchem svatým. 3. Četba Písma (zvl. Jak. 5,14-15, ale i jiné vhodné texty). 4. Výklad těchto textů formou rozmluvy s nemocným, při které se duchovní snaží nejen nemocného posílit v utrpení, ale i přivést ho k tomu, aby se smířil s Bohem i s lidmi. 5. Zpověď s otázkami a prohlášení milosti Boží hříchy odpouštějící. 6. Udělení svátosti v znamení nemocného křížem a s modlitbou. Doplněním této svátosti může být večeře Páně.*“

*věčném životě, pak budeme s nemocným zajisté spíše než o smrti hovořit o zaslíbení věčného života.*³⁷²

Při aktivní práci s pacientem ve spirituální oblasti můžeme být svědky následujících změn: snížení úzkosti, deprese a celkového diskomfortu a také snížení pocitu osamělosti a izolace. Staří a nemocní lidé dokáží plněji prožít závěr svého pozemského života, mohou také zažít pocit naplnění a dovršení své životní pouti.³⁷³

Všechny hlavní etické problémy, s nimiž se v období *in finem* setkáváme, mají určitou společnou myšlenku. Hlavním etickým cílem péče o umírajícího člověka je zajistit, aby umírající žil pokud možno co nejlépe, a to jak po stránce fyzické, tak i po psychické, sociální a především také spirituální. „*Skličující otázkou zůstává, jak tento stav zajistit a současně respektovat zájmy všech zúčastněných.*“³⁷⁴ Klíčové je jednat s umírajícím až do konce jako s lidskou bytostí, a ne jako s pouhým objektem. Toho lze dosáhnout pouze tak, že všichni v okolí umírajícího respektují jeho fyzickou i duchovní integritu.³⁷⁵

³⁷² Durchánek, Horský 1976, s. 72.

³⁷³ Cf. Sláma et al. 2007, s. 341.

³⁷⁴ Hill 2000, s. 207.

³⁷⁵ Cf. Hill 2000, s. 208.

5. ETICKÉ OTÁZKY V OBDOBÍ POST FINEM

Období nazývané *post finem* je dobou po smrti člověka a etická dilemata, která jsou s tímto obdobím spojena, se tedy týkají jak zesnulého, tak také pozůstalých. Pokládám za důležité o těchto problémech pohovořit, protože jsou nezdárka zdrojem mnoha trápení a nedorozumění. U seniorů se často setkáváme se zvýšeným zájmem o otázky související nejen s umíráním a smrtí, ale také o dobu po smrti, zejména o pohřeb a záležitosti s ním spojené. Senioři se v době pokročilého stáří zabývají těmito otázkami často mnoho let a proto je třeba se obdobím *post finem* zabývat i v této práci.

Je třeba zdůraznit, že v tomto období se již neseťkáváme se spory a otázkami medicínského charakteru, jak tomu bylo v fázi *pre finem* a *in finem*. Zatímco laická i odborná veřejnost je v otázkách, které souvisejí např. s problematikou eutanazie, rozdělena, panuje v době *post finem* všeobecná shoda v tom, jak postupovat po smrti člověka z hlediska medicíny a organizačních záležitostí. Ve všech knihách zabývajících se tímto tématem nalézáme přesné, ve velké většině zákonem dané, pokyny, jak postupovat po smrti pacienta a jak se postarat o tělo zesnulého. Péče o tělo po smrti je jasně dána, ale existují i etické problémy, o nichž se v literatuře hovoří spíše poskrovnu.³⁷⁶ Jedná se zde především o komplex otázek spojených se zacházením s tělem zesnulého a samozřejmě také o problematiku péče o pozůstalé.

³⁷⁶ Cf. Haškovcová 1994, s. 168n.

5.1 Zacházení s tělem zesnulého

Helena Haškovcová³⁷⁷ považuje za první etický problém po smrti člověka otázku místa, na němž bude uskutečněn dvouhodinový klid zemřelého, který je v České republice povinností. Je totiž často obtížné tento pokyn respektovat, často zejména z důvodu přítomnosti spolupacientů, na něž je samozřejmě nutné brát nemenší ohled než na zesnulého. Pokud by totiž tělo zůstávalo tuto dobu na svém lůžku, v pokoji s ostatními pacienty, mohlo by se to pro ně stát nesmírně stresujícím faktem. Těmto negativním pocitům je bezpodmínečně nutné zabránit, ale je třeba brát ohled na důstojnost mrtvého a zároveň na komfort jeho spolupacientů.³⁷⁸

Poměrně běžně se tak bohužel setkáváme se situací, kdy se nedostává vhodného a dostatečně důstojného prostoru pro tento akt. Tento problém nabývá na důležitosti zejména v případě smrti starých lidí, kteří často umírají v domovech seniorů, které – bohužel – nejsou pro tyto situace vybaveny. Z tohoto úhlu pohledu se jedná spíše o otázku organizace a vybavenosti nemocničních a dalších zařízení. Z materiálního hlediska se postupně tato situace zlepšuje, ale je tak nastolována další etická otázka.

Nepanuje shoda o tom, zda by nebylo vhodnější pacienty, kteří bezprostředně směřují ke konci svého pozemského života, přeložit na zvláštní pokoj již před smrtí, abychom tak omezili diskomfort ostatních spolupacientů, nebo je nechat zemřít v jejich stávajícím pokoji, mezi ostatními pacienty.³⁷⁹ V poslední době totiž stále sílí hlasy, které zdůrazňují – částečně jistě oprávněně – fakt, že dívat se na umírání druhého člověka je po všech stránkách náročné, a to zvláště v době vlastní nemoci či vysokého věku. U velmi starých

³⁷⁷ Haškovcová 1994, s. 205.

³⁷⁸ Senioři, s nimiž jsem mluvil, se však k tomuto tématu vyjadřují překvapivě tolerantně. Smrt přijímají klidně, jsou na ni připraveni a chápou ji jako součást života. Proto smrt svých spolupacientů přijímají klidně a přítomnost umírajícího pro ně nepředstavuje tak závažný problém, jak se může zdát z našeho úhlu pohledu.

³⁷⁹ Cf. Haškovcová 1994, s. 169.

pacientů je často doba umírání poměrně dlouhá, tělo i mysl chátrají až k úplnému selhání, a spolupacient či spolubydlící je nucen tento postupný odchod ze života sledovat. Domnívám se, že pokud je to možné, měli by mít ostatní senioři možnost klidného a soukromého prostředí, které by je zbytečně neobtěžovalo a nestresovalo.

5.2 Oznámení smrti pozůstalým

Dalším palčivým problémem tohoto období je i způsob, jak sdělit zprávu o úmrtí příbuzným. Nejdůležitější je zde samotná forma sdělení, která musí být přiměřená konkrétní situaci. Smutnou pravdou zůstává, že většinou je rodina o úmrtí informována chladně a stručně, nejčastěji telefonicky. Tento způsob rozhodně nepatří mezi nejvhodnější, a to i v případě, že smrt je nevyhnutelná a očekávaná. Obvykle působí šokujícím způsobem a lidé se s takto sdělenou zprávou jen obtížně vyrovnávají.³⁸⁰

Existují obecně platné zásady, kterými by se měl řídit každý, kdo sděluje takto závažnou zprávu rodině. Je třeba postupovat empaticky, taktně a citlivě. Téměř vždy se pozůstalí zajímají o to, jak jejich blízký zemřel, jaké byly jeho poslední okamžiky na tomto světě. Pozůstalí by měli být vždy ujištěni – v případě potřeby i opakovaně – že pro jejich blízkého bylo vykonáno vše, co bylo v lidských silách, a že netrpěl. Tato ujištění jsou vždy přijímána s velkou vděčností a mohou truchlícím pomoci v jejich těžké situaci.³⁸¹ Zde je nesmírně důležité vědět, že při správně vedeném rozhovoru lze předejít krajnímu zármutku, který ve své patologické formě zajisté není žádoucí. Znovu se zde setkáváme s důležitostí již výše zmiňované ritualizace smrti, která by se měla projevit nejen v samotném informování, ale také

³⁸⁰ Cf. Haškovcová 1994, s. 169.

³⁸¹ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 443.

v předávání osobních věcí zemřelého a nezbytných dokumentů. „*Ritualizace způsobu předávání informací je nutná, neboť usnadní nejbližším pozůstalým unést právě prožívanou extrémní ztrátu*“.³⁸²

5.3 Pohřeb

Závažnou etickou otázkou, kterou valná část seniorů řeší již dlouho před smrtí, je otázka pohřbu.³⁸³ Tato otázka je neméně důležitá i pro pozůstalé, kterým tento akt pomáhá smířit se s jejich ztrátou. Pohřeb byl odedávna závěrečným rituálem spojeným se smrtí, měl vždy svůj stabilní průběh. Hlavním rysem pohřbu je charakteristická atmosféra, v níž je normální truchlit a cítit hluboký žal. Aktem pohřbu se smrt zveřejňuje a smutek je chápán jako zcela normální chování.

Význam pohřebního obřadu je zdůrazňován již v Bibli. Izraelité pokládali za nutné tělo zesnulého řádně pohřbít, aby mohlo později na Hospodinovo zavolání vstát.³⁸⁴ Řádný pohřeb byl odpírán jenom Božím nepřátelům, jejichž kosti někdy bývaly rozmetány po okolí.³⁸⁵ „*Zármutek nad smrtí blízkých příbuzných Izraelité projevovali viditelně a slyšitelně.*“³⁸⁶ Již v biblických dobách mohl tedy smutek být projevován nářkem, ale také sypáním popele nebo hlíny na hlavu a odíváním se do žíněných rouch. Ve Starém zákoně nemáme mnoho zpráv o přípravě mrtvého těla k pohřbu. Pravděpodobně se tělo nejprve omylo a poté bylo pomazáno vonnými mastmi a zavinulo se do pláten. Rakve se obvykle neužívaly, mrtvolky se ukládaly za

³⁸² Haškovcová 1994, s. 206; cf. také s. 169.

³⁸³ Během svých rozhovorů se seniory v Myslibořicích jsem se u velké části z nich setkal s tím, že se senioři již dlouho před svou smrtí zabývají touto otázkou, plánují svůj pohřeb i další události po své smrti. Obavy, že jejich přání nebudou naplněna, se pro ně často stávají zdrojem obav. I proto považuji za vhodné toto téma na tomto místě podrobněji rozebrat.

³⁸⁴ Cf. Job 19,26n.

³⁸⁵ Cf. Iz 14,19; I Král 14,11; II Král 23,16.

³⁸⁶ Durchánek, Horský 1976, s. 63.

městem, do jeskyní.³⁸⁷ V Novém zákoně se setkáváme s několika zmínkami o tom, že Ježíš vystupoval proti pohanským rituálům během pohřbu.³⁸⁸ Ježíš naopak zdůrazňuje, že člověk musí věřit, že poslední slovo nemá smrt, ale Bůh.³⁸⁹ „*On, Otec nebeský, je Pánem i nad oním velkým nepřítelem člověka, kterým je smrt.*“³⁹⁰

Dnes však již i pohřeb částečně ztratil svou tradiční formu. Od 19. století se začíná hovořit o tzv. komercionalizaci smrti.³⁹¹ Veškeré aspekty smrti a pohřbu se staly předmětem obchodu. Hlavní rysem se postupně stala jakási – podle mého názoru v těchto chvílích naprosto nevhodná – uspěchanost a civilnost, která se navenek projevuje zejména tím, že pohřeb nyní následuje relativně rychle po smrti a přestává být tak významným společenským rituálem, jakým byl kdysi.³⁹² Obřad je kratší, je také nižší účast příbuzných a přátel, než jak tomu bylo dříve. Také se setkáváme s fenoménem pohřbů bez obřadu, které jsou odrazem obecné tabuizace smrti a jejího vytěšňování ze světa živých.³⁹³ To ovšem nutně neznamená, že lidé dneška prožívají menší smutek a žal.³⁹⁴ „*Způsob pohřbívání je odrazem vztahu naší civilizace k zemřelým právě tak jako k fenoménu smrti obecně.*“³⁹⁵

Křesťanské církve se však snaží proti tomuto modernímu trendu v pohřebnictví postavit a zachovávat křesťanské hodnoty. Proto bych na tomto

³⁸⁷ Cf. Durchánek, Horský 1976, s. 64.

³⁸⁸ Cf. vzkříšení Jairovy dcery, Mk 5,22-43.

³⁸⁹ Cf. „*Já jsem vzkříšení a život. Kdo věří ve mne, i kdyby umřel, bude žít.*“ (J 11,25), „*Mzdou hříchu je smrt, ale darem Boží milosti je život věčný v Kristu Ježíši, našem Pánu.*“ (Řím 6,23).

³⁹⁰ Durchánek, Horský 1976, s. 65.

³⁹¹ Přestože se o komercionalizaci smrti v odborné literatuře hovoří až od 19. století, lze o podobných rysech hovořit i v dávno minulých dobách, kdy se také vytváří celá ekonomická sféra související s pohřbíváním. Příkladem mohou být již velmi archaické kultury, např. starověký Egypt, Řecko či Řím.

³⁹² Cf. Haškovcová 1994, s. 170.

³⁹³ Viz předchozí kapitoly.

³⁹⁴ Cf. Haškovcová 1994, s. 170.

³⁹⁵ Haškovcová 1994, s. 170.

místě rád pohovořil o zvyklostech při evangelickém pohřbu.³⁹⁶ Pohřeb v křesťanském duchu by měl být především rozloučením pozůstalých se zemřelým a zároveň i příležitostí zvěstovat radostnou zvěst evangelia; jde tedy o spíše o duchovní akt než o okázalou manifestaci.³⁹⁷ Je zvykem, že v otázkách souvisejících s pohřbem by se mělo v maximální míře vyjít vstříc přání zesnulého; to se týká zejména seniorů, kteří často o svých přáních mluví a mají nezdědka přesnou představu o pohřbu i o všech náležitostech s ním spojených.³⁹⁸

Pohřeb je ve své podstatě obřad, který se koná pro živé lidi, nikoli pro samotného zesnulého. V ideálním případě se církevní pohřeb týká věřících osob, pohřeb se poté koná ve sboru, v němž zemřelý žil. Zde je více než žádoucí účast členů sboru na pohřebním obřadu v kostele; pohřeb není soukromá záležitost, má to být společenství bratří a sester.³⁹⁹ „*Účastníci evangelického pohřbu spolu s kazatelem tvoří shromáždění a duchovní obecnost bratří a sester kolem Božího slova, aby se jím dali učit a vzdělávat o smyslu a moci smrti a slyšeli radostnou a útěšnou zvěst o vítězství nad ní. Jím se chtějí potěšovat a utvrzovat ve víře a v naději.*“⁴⁰⁰

³⁹⁶ Budu se v této práci soustředit spíše na pohřební zvyklosti v evangelických církvích. Rád bych však na tomto místě poznamenal, že rozdíly mezi pohřebními obřady různých křesťanských církví nejsou příliš výrazné a jsou v podstatě spíše formálního rázu. V evangelické tradici nejsou přítomny modlitby ke svatým ani klasická modlitba za mrtvého, které jsou tradiční zejména v římskokatolické církvi.

³⁹⁷ Cf. Dus 1947, s. 3: „*Tato skutečnost smrti sama je hluboce vážná a opravdová, a naléhavá. A evangelický pohřeb toto nezakrývá a nezeslabuje, ničím netlumí memento, kterými smrt ke každému z nás živých volá. Proto .. se liší od pohřbu nevěrců a jinověrců, proto v každém případě má mít svou vážnou a důstojnou prostotu a jednoduhost. Jakoukoli zevní okázalost a nádheru má vždy za nemístnou. Zato ale tím zřetelněji má a musí při něm vyniknout, co je a co tedy znamená smrt ve světle Božího slova, a jaké výhledy se odtud otvírají.*“

³⁹⁸ Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, je velmi důležité, aby lidé v okolí umírajícího seniora jeho přáním naslouchali a neodmítali se svými blízkými hovořit o záležitostech týkajících se smrti i pohřbu. Je jistě vhodné seniora ujistit, že jeho přáním bude v maximální možné míře vyhověno.

³⁹⁹ Cf. Durchánek, Horský 1976, s. 68: „*Proto pohřeb je shromážděním, kde obec doprovází spolubratra či spolusestru.*“

⁴⁰⁰ Dus 1947, s. 3.

Evangelická církev však také dává možnost i za života nevěřícím lidem, aby se jim dostalo křesťanského pohřbu. K církevnímu pohřbu se u nevěřících lidí přistupuje buď na jejich vlastní přání nebo na přání pozůstalých.⁴⁰¹ V případě, že se jedná o pohřeb za života nevěřícího či nepraktikujícího, leč pokřtěného člověka, poskytuje pohřeb výjimečnou možnost před pozůstalými zvěstovat radostnou zvěst křesťanství. Vzhledem k nesmírně těžkému životnímu období, které pozůstalí prožívají, jsou i nevěřící lidé velmi vděční za útěchu a podporu od věřících a často také, a to někdy i po delší době, žádají duchovního o vyslechnutí, podporu, rozhovor a pomoc. *„Pohřbu by měla předcházet duchovní péče o pozůstalé – pokud však pozůstalí nechtějí nebo nemohou navázat s duchovním kontakt, jde jen o rozhovor s pozůstalými krátce před obřadem.“*⁴⁰²

V současné době bývá obvykle pohřeb zahájen v kostele, kde tvoří jádro pohřebního obřadu především kázání. *„Slovo Boží má být jeho obsahem, má mít první místo a ničím nemá být zakrýváno ani odsunováno do pozadí.“*⁴⁰³ Obsah kázání by měl být samozřejmě přizpůsoben daným okolnostem. Nejčastěji se hovoří o naději a víře ve vzkříšení, která v dané situaci poskytuje útěchu; ani smrt člověka nemůže zbavit podílu na Kristově vítězství a i po smrti je člověk stále v moci Boží lásky.⁴⁰⁴ *„Věřící křesťan jde smrti statečně vstříc v naději, že všem milujícím Boha Bůh připravil to, čeho oko nevidalo, čeho ucho lidské neslychalo a co na srdce lidské nevstoupilo. A v této víře bychom se také měli loučit s umírajícími a konat i naše pohřební shromáždění. Jistota víry a světlo naděje má provázet chvíle umírání i chvíle našeho loučení se*

⁴⁰¹ Přednost zde má přání zesnulého před přáním pozůstalých.

⁴⁰² Cf. Durhánek, Horský 1976, s. 70.

⁴⁰³ Dus 1947, s. 5.

⁴⁰⁴ Cf. Durhánek, Horský 1976, s. 69: *„Hlavním obsahem má být zvěstování zmrtvýchvstání Krista, jeho vítězství nad hříchem a smrtí i jeho zaslíbení všem, kdo šli a jdou za ním.“*

zesnulými.⁴⁰⁵ Kázání na pohřbu je důležité a proto je třeba k němu přistupovat s odpovědností. Má spíše uklidňovat a dopomoci ke ztišení, ne ještě dále drásat city pozůstalých. V evangelickém prostředí nebývá zvykem dlouze hovořit o zesnulém člověku a o jeho vlastnostech, což je praxe, s níž se často setkáváme v sekulárním prostředí.⁴⁰⁶ Je však vhodné zesnulého alespoň stručně připomenout a poděkovat za jeho život, který byl darem od Pána. Běžnou součástí křesťanského pohřebního obřadu je také sborový zpěv⁴⁰⁷ a společná modlitba, k níž se také často přidává vyznání víry. Jedním z hlavních cílů tohoto shromáždění je ujištění o Boží věrnosti, útěcha pozůstalých a jejich povzbuzení v další víře. „Účelem křesťanského pohřbu jest, aby sbor a členové jeho dali výraz bratrské lásce a účastenství k zesnulému, a aby bylo slouženo slovem Božím k potěšení zarmoucených a utvrzení víry a naděje i k probuzení

⁴⁰⁵ Durchánek, Horský 1976, s. 68.

⁴⁰⁶ Cf. Dus 1947, s. 4: „Nebude tedy při pohřbu mnoho řečí o zesnulém, a když – jen podle pravdy. Přes to ale očekáváme, že před pohřbem vždycky některý člen rodiny zesnulého navštíví duchovního, aby ho informoval o zesnulém. ... Ve větších sborech, zvláště městských, se stává, že pochovávající duchovní zesnulého ani nezná – pak jeho služba, modlitby a slova nad rakví nemohou zaznět tak osobně a bezprostředně, jak by bylo žádoucí.“

⁴⁰⁷ Jan Dus se ve své již starší práci *Československý evangelický pohřeb a hudba při něm* ostře staví proti hudbě během pohřbu. Cf. Dus 1947, s. 4n: „... evangelický pohřeb nemá být nikdy doprovázen hudbou. Nemáme arci námitek proti vážné klasické hudbě ani proti vážnému sólovému zpěvu žalmů neb kostelních písní při pohřbech, na př. v krematoriích, kde pohřební pobožnost se koná podobně jako v chrámě. Vždyť v kostele také hudba varhan doprovází zpěv při našich bohoslužebných shromážděních. Tam vše slouží k soustředění mysli.“ Podle něj se hudba a modlitba „snášejí jako voda a oheň“, říká, že „smrt je vážná, mlčenlivá, smrt chce ticho.“ Jak vidíme, nebrojí zde Jan Dus proti vhodné vážné hudbě s duchovním obsahem, ale spíše proti příležitosti křesťanského pohřbu nevhodným formám zpěvu a hudby. „Proto máme za nevhodné, aby při pohřbu byla zpívána hymna ... o nepřipustnosti jiných světských (národních) písní netřeba nám jistě ztrácet slov. Ale tím žádoucnějším jest zpěv církevních písní při každém evangelickém pohřbu, nejlépe celého shromáždění.“ Podobný názor zastávají i Durchánek, Horský 1976, s. 69: „Rozhodně je nevhodné, když se při pohřbu nad rakví konají úplné světské koncerty s dlouhými skladbami, ... světská hudba drásá – a nevhodný zpěv křesťanskou zvěst a vzkříšení zakrývá.“ Otázkou však je, jak postupovat v případě, že některá lidová, neduchovní píseň, byla výslovným přáním zesnulého. Osobně se kloním názoru, že pokud není píseň duchovní, ale zemřelý si výslovně přál, aby na jeho pohřbu zazněla, mělo by se jeho přání vyhovět. Jan Dus se však přiklání k názoru, že takovému „nevhodnému“ přání by se vyhovět nemělo a navíc se domnívá, že toto bývá spíše přání pozůstalých než zesnulého.

*vědomí všech, že nemající zde místa zůstávajícího, máme konati dílo Boží, dokud jest den.*⁴⁰⁸

Po právě popsaném obřadu v kostele se obvykle průvod pozůstalých odebere na hřbitov, kde je zesnulý uložen; případně do krematoria, pokud se jedná o pohřeb žehem. Rozloučení na hřbitově bývá již kratší než předcházející obřad v kostele. Můžeme se zde setkat s promluvou někoho z pozůstalých, krátce může i zde pohovořit také kazatel. Ten také poté nahlas přečte k tomu účelu vhodně zvolený úsek z Písma, vyzve přítomné k modlitbě a přednese formuli k ukládání do hrobu. Samotný akt uložení do hrobu bývá doprovázen písní, hudební doprovod je v případě přání pozůstalých možný již během průvodu. V krematoriu se obvykle obřadu již účastní jen nejbližší pozůstalí a kazatel, celý sbor obvykle přítomen není. Sborový zpěv proto většinou chybí, promluva bývá velmi stručná.

Často bývá diskutována otázka, zda je lépe volit klasický pohřeb do země či kremaci. Z pohledu evangelické církve je toto rozhodnutí na zesnulém, pokud projevil své přání ještě před smrtí, nebo na jeho pozůstalých. „*Zásadně pak je lhostejno, zda tělo zesnulého je pochováno do země, do zděné hrobky nebo zžehnuto ohněm.*“⁴⁰⁹ Podobně jako i v katolickém prostředí však býval dříve i u evangelíků tradičnější a také výrazně častější pohřeb do země a tato tradice, zejména na vesnicích, přetrvává dodnes. V době komunistické nadvlády byly státní ideologií výrazně podporovány pohřby žehem, což však zejména na venkově vedlo spíše k dalšímu utvrzení tradice pohřbívání do země. Postupně se však pohřby žehem, zejména ve velkých městech, více rozšířily; dnes je v České republice druhý nejvyšší počet kremací na světě.

Ještě bych na tomto místě rád zmínil fenomén, s nímž se v posledních letech u seniorů setkáváme. Můžeme totiž sledovat, že přibývá seniorů, kteří

⁴⁰⁸ Dus 1947, s. 3n.

⁴⁰⁹ Dus 1947, s. 4.

před smrtí žádají, aby byli pohřbeni bez obřadu. K tomuto přání se uchylují z různých důvodů, ale nejčastěji proto, že chtějí své blízké ušetřit dalšího utrpení a bolesti. Z praxe však vysvítá, že pozůstalí potřebují prožít rozloučení se zemřelým, využít možnosti rituálu, který poskytuje možnost projevit pláč. Jak již bylo řečeno výše, pohřeb je především pro živé. Pohřeb poskytuje možnost se rozžehnat s blízkým člověkem, který odešel z tohoto světa. Pozůstalí mohou poděkovat Pánu za život svého příbuzného či přítele a zároveň se utvrdit a posílit ve své víře ve vzkříšení a spásu. Zároveň má věřící člověk možnost prožít sílu sboru a společenství bratří a sester, kteří také mají možnost vyjádřit soustrast, účast a solidaritu.

Konkrétní průběh evangelického pohřbu se tedy může v detailech odlišovat, ale pohřeb by měl vždy být nesen stejnou myšlenkou. *„Společné zpěvy, modlitba, čtení Písem i kázání mají pozdvihovat oči víry všech k Bohu, od něhož přichází všechna pomoc, jenž Kristem zahladil smrt a život na světlo vyvedl, i nesmrtelnost skrze evangelium. K tomuto jedinému potěšení v životě i ve smrti je všechno zaměřeno a odtud také do všech jednotlivostí má být určován ráz a způsob evangelického pohřbu.“*⁴¹⁰ I pokud jsou pozůstalí hluboce věřící, nemůže jim však být smrt jejich blízkého lhostejná. Rozloučení je vždy doprovázeno smutkem z toho, že nám drahý člověk odešel z tohoto světa. Věřící křesťan by však přesto měl svůj žal projevovat umírněně⁴¹¹ a stále pamatovat na naději věčného života, kterou získal Kristus svým vítězstvím nad smrtí.

⁴¹⁰ Dus 1947, s. 3.

⁴¹¹ Cf. Durchánek, Horský 1976, s. 68.

6. PALIATIVNÍ PÉČE JAKO ODPOVĚĎ NA ETICKÉ OTÁZKY SOUVISEJÍCÍ S UMÍRÁNÍM A SMRTÍ

V předcházejících kapitolách bylo pojednáno o jednotlivých etických problémech, se kterými se senioři potýkají v závěrečném období svého života. Zůstává zde však základní otázka, na kterou není snadné nalézt uspokojivou odpověď. Jak by bylo správné na zásadní etická dilemata, která jsou spjatá se závěrem lidského života, reagovat? Jaká je tedy odpověď na etické otázky spjaté s koncem lidského života? Odpovědi jsme se pokoušeli najít v průběhu všech předchozích kapitol této práce.

Etické otázky, které jsem probírali v průběhu této práce, jsou spjaté se všemi aspekty života seniora, tedy se složkou fyzickou, psychickou, sociální a také spirituální. „*Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi.*“⁴¹² Podle mého názoru je možno nalézt řešení všech těchto etických problémů v komplexním přístupu k závěru života seniora, který nabízí a poskytuje paliativní péče.⁴¹³ Paliativní péče je vždy komplexní a orientuje se především na kvalitu života seniora ve všech jeho aspektech. Cílem paliativní péče je především zmírnit bolesti a odstranit nebo alespoň minimalizovat všechna tělesná, duševní i duchovní strádání.⁴¹⁴ Tato péče se soustředí nejen na pacienta samotného, ale zároveň se potřebné péče a pozornosti dostává i jeho blízkým. Důležitost se zde příkládá především

⁴¹² Sláma et al. 2007, s. 301.

⁴¹³ Význam paliativní péče byl postupně doceněn až v posledních letech a mnozí odborníci konstatují, že paliativní péče by mohla v současné době představovat uspokojivou odpověď na etické problémy spojené se závěrem života. Helena Haškovcová pokládá paliativní medicínu za „*zlatou střední cestu.*“ Cf. Haškovcová 2000, s. 34nn. Cf. také Ochmaňski 2008, kapitola *Medycyna wobec eutanazji – Opieka paliatywna i terminalna*, s. 75-95.

⁴¹⁴ Cf. Munzarová 2005, s. 13n.

důstojnému umírání, což považuji za klíčové pro úspěšné vyřešení většiny etických problémů, jimž senioři v závěru života čelí.

Z výše zmíněných důvodů bych se rád v této kapitole zabýval právě tématem paliativní péče. Tento jedinečný přístup k umírajícím seniorům je však stále poměrně málo známý v celé šíři služeb, které jsou v rámci této péče seniorům poskytovány.⁴¹⁵ Význam paliativní péče bývá podceňován a někdy dokonce panuje názor, že je určena pouze pro mladé umírající lidi, zatímco senioři by měli umírat v domovech důchodců či léčebnách dlouhodobě nemocných. Z těchto důvodů jsou „*paliativní formy péče ... zahajovány pozdě, anebo jsou zamlčovány.*“⁴¹⁶ S tímto názorem však v žádném případě nelze souhlasit a je třeba paliativní péči prezentovat jako vhodný přístup k umírajícím seniorům.

6.1 Co je paliativní péče?

Termín *paliativní péče* pochází z latinského slova *pallium*, jehož význam odpovídá českému slovu *plášť*. V této etymologii můžeme nalézt podstatu paliativní péče, v níž je hlavním cílem zakrýt či přikrýt pláštěm trpící, které v žádném případě nelze opustit a nechat bez pomoci, pokud již není možné jejich situaci vyřešit kurativní léčbou.⁴¹⁷

Především je třeba hned na počátku zdůraznit, že paliativní péče je především charakterizována svým interdisciplinárním charakterem a je vždy třeba, aby při ní spolupracovali specialisté z mnoha oborů (specializovaní lékaři, psychologové, sociální pracovníci, poradci, duchovní), ale zároveň i rodina, přátelé a dobrovolníci.⁴¹⁸ Existují samozřejmě různé definice paliativní

⁴¹⁵ Cf. Vorlíček a kol., 2004, s. 424.

⁴¹⁶ Haškovcová 2000, s. 32.

⁴¹⁷ Munzarová 2005, s. 62.

⁴¹⁸ Cf. Sláma et al. 2007, s. 26.

péče,⁴¹⁹ ale jejich obsah a smysl je velmi podobný. „*Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.*“⁴²⁰

Paliativní péče bývá tradičně spojována s hospicovým hnutím, ale je třeba si uvědomit, že ji nelze spojovat jen s jedním typem institucí. Paliativní péče je spíše jakýsi druh filosofického názoru, který se uplatňuje nejen v hospicích, ale měl by být rozšířen i do dalších forem péče, od domovů pro seniory přes nemocniční zařízení až k domácí péči o seniory.⁴²¹ Paliativní péči lze využívat téměř ve všech podmínkách, narozdíl od léčby kurativní nevyžaduje často nedostupnou lékařskou techniku vysoké úrovně. „*Funkcí paliativní péče je sledovat a starat se o pacienty se špatnou prognózou a rovněž o jejich rodiny, přičemž středem zájmu je kvalita jejich života.*“⁴²²

Odborníci se shodují na několika bodech, kterými je charakterizována paliativní péče. Tento typ péče o umírající seniory „*usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný; respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných; vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority; snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí; chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá jedinečně; nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a*

⁴¹⁹ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 24nn.

⁴²⁰ Definice Světové zdravotnické organizace z roku 2002.

⁴²¹ Cf. Munzarová 2005, s. 61: „*Paliativní péče se nedá vztahovat jen k ústavům určitého typu. Jedná se spíše o filozofii, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, nýbrž i v nejrůznějších nemocničních zařízeních a také v prostředí domácím.*“

⁴²² Pollard 1996, s. 59.

přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.“⁴²³

S podobnými zásadami paliativní péče pracuje i Světová zdravotnická organizace, která paliativní medicínu v posledních letech výrazně podporuje a konstatuje, že paliativní péče by měla podporovat život, ale zároveň chápat umírání jako normální proces. Smrt by se v paliativní medicíně neměla urychlovat, ale ani oddalovat. Klíčové je především poskytnout úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů finálního období života. Součástí správné paliativní péče je i vytváření podpůrného systému, který pomáhá pacientům žít v plnosti až do smrti, a zároveň pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti. Specifikem paliativní péče je začlenění psychických a především také duchovních aspektů do péče o pacienta.⁴²⁴

U seniorů má paliativní péče svá specifika, která bych na tomto místě rád zmínil. Geriatrická paliativní péče by měla cílevědomě chránit důstojnost seniorů a kompenzovat jejich osamělost. *„Umírající geriatrickí pacienti, zvláště se smyslovým, komunikačním či kognitivním deficitem ... jsou nejvíce ohroženi fenoménem zvěcnění, kdy s nimi ošetřující personál prakticky nekomunikuje, ale nakládá (byť třeba šetrně) jako s neživou věcí.*“⁴²⁵ Jednat se seniory jako s lidskými bytostmi hodnými úcty je tedy nezbytné; základní podmínkou tohoto přístupu je však respekt k seniorovi a uznání jeho hodnoty.⁴²⁶ Geriatrická paliativní péče by proto měla cílevědomě chránit důstojnost všech seniorů a kompenzovat jejich osamělost. *„Umírající geriatrickí pacienti, zvláště se smyslovým, komunikačním či kognitivním*

⁴²³ Sláma et al. 2007, s. 25.

⁴²⁴ Cf. Haškovcová 2000, s. 35.

⁴²⁵ Sláma et al. 2007, s. 271.

⁴²⁶ Cf. Hill 2000, s. 208: *„Zacházet s umírajícím pacientem jako s lidskou bytostí, a ne jako s objektem, je možné pouze tehdy, když ti, kdo léčbu poskytují, respektují fyzickou a morální integritu jedince.“*

*deficitem ... jsou nejvíce ohroženi fenoménem zvěcnění, kdy s nimi ošetřující personál prakticky nekomunikuje, ale nakládá (byť třeba šetrně) jako s neživou věcí.*⁴²⁷ Obecně panuje mezi odborníky i laiky shoda v názoru, že proces umírání by měl mít důstojný ráz. Obsah tohoto pojmu je však pestrý a kolísá ve vztahu k individuálním představám, přáním a hodnotám.⁴²⁸

U seniorů je u paliativní péče zvláštností také to, že zbývající délka života je velmi těžce odhadnutelná.⁴²⁹ U seniorů v pokročilém věku bývá totiž rozpoznání nevratného orgánového selhávání a stanovení tzv. „diagnózy umírání“ velmi obtížné až nemožné.⁴³⁰ Přitom je však právě rozpoznání toho, že se senior rychle blíží ke smrti, velmi důležité, protože od tohoto okamžiku je cílem lékařů a ošetřujícího personálu *„pacientovi umožnit klidnou a důstojnou smrt, a nikoli tuto smrt za každou cenu oddálit.*⁴³¹ Cílem léčby o umírajícího pacienta bez ohledu na věk se tak stává zmírnění tělesných bolestí i psychických obtíží, zároveň je pacientovi vždy nabídnuta a poskytnuta spirituální pomoc,⁴³² která je v oblasti paliativní péče i nevěřícími lidmi vnímána jako velmi důležitá a nedílná součást pomoci umírajícímu.

*„Je především třeba, aby si všichni, kdo o umírajícího pečují, byli vědomi, že psychologická a spirituální témata jsou pro umírajícího minimálně stejně důležitá jako otázka tělesných symptomů.*⁴³³ Obecně se v medicíně zdůrazňuje především fyzická stránka lidské bytosti,⁴³⁴ ale v kontextu paliativní péče o umírající seniory byl v posledních desetiletích odborníky i laiky uznán a pochopen význam spirituální péče. V situaci, kdy již medicína nemůže umírajícímu pomoci a může jen tlumit jeho bolest, narůstá význam

⁴²⁷ Sláma et al. 2007, s. 271.

⁴²⁸ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 441.

⁴²⁹ Sláma et al. 2007, s. 269.

⁴³⁰ Sláma et al. 2007, s. 301.

⁴³¹ Sláma et al. 2007, s. 304.

⁴³² Cf. Sláma et al. 2007, s. 304.

⁴³³ Sláma et al. 2007, s. 309.

⁴³⁴ K problematice zneužívání technologií a jejich nadhodnocování cf. Cassell 2000, *Čarodějův učeň: lékařské technologie, které se vymkly z rukou.*

správné péče o další části lidské bytosti. Velmi důležitým „léčebným opatřením je a vždy zůstane autentická lidská blízkost rodiny a zdravotníků,“⁴³⁵ a za ještě důležitější považují i přítomnost duchovního či alespoň věřícího člověka, který by mohl být umírajícímu seniorovi oporou na jeho cestě do Hospodinovy náruče. „Jednoduché úkony, jako držet pacienta za ruku, zvlhčovat mu rty, hovořit s ním a naslouchat jemu a jeho blízkým, jsou součástí zdravotní péče stejně jako přístroje a nástroje vyrobené podle nejnovějších technologií.“⁴³⁶

6.1.1 Paliativní péče versus eutanazie

Paliativní péče bývá velmi často porovnávána s eutanazií. Názory na tuto problematiku se mezi odborníky i laiky různí. Rozdíl mezi oběma přístupy k závěru lidského života je však z etického hlediska zcela zásadní. O této problematice jsme již pohovořili výše, ale přesto bych na tomto místě ještě jednou rád připomněl, že eutanazie je vědomé ukončení života. Za eutanazii tedy nelze v žádném případě označit podávání léků proti bolesti za účelem jejího odstranění (i když mohou v terminálním stádiu života uspišit příchod smrti), odstoupení od zbytečně zatěžující léčby, sedaci pacienta v terminálním stádiu (když ostatní léčebné postupy selhaly) ani odstoupení od resuscitace v terminálním stádiu.⁴³⁷

Paliativní péče se tedy od eutanazie v každém případě zásadně odlišuje. „Paliativní péče bere vážně nevléčitelný charakter onemocnění. Vychází vždy z přesvědčení, že bez ohledu na stupeň pokročilosti onemocnění lze vždy udělat něco pro zlepšení kvality zbývajících života. Paliativní péče smrt neurychluje, ale za každou cenu neoddaluje.“⁴³⁸ Cílem paliativní péče je především tzv.

⁴³⁵ Sláma et al. 2007, s. 309.

⁴³⁶ Jeckerová, Schneiderman 2000, s. 183.

⁴³⁷ Cf. Sláma et al. 2007, s. 322.

⁴³⁸ Sláma et al. 2007, s. 27.

dobrá, důstojná smrt. Eutanazii z pohledu křesťanské etiky v žádném případě nemůžeme pokládat za způsob důstojné smrti. Cesta paliativní medicíny vede skrze pomoc a doprovázení přirozenou cestou ke konci lidské života, nikoli však skrze násilné ukončení jedinečné lidské existence. Smysluplná cesta ke skutečně důstojné smrti vede podle mého názoru právě skrze paliativní péči.⁴³⁹

V porovnání s eutanazií lze spatřovat několik zásadních a nesporných výhod paliativní péče.⁴⁴⁰ Při užití paliativní péče jsou lékaři právem ctěni za ohleduplnou a zmírňující léčbu až do konce lidského života a nebudou podezíráni z úmyslného a nevyžádaného ukřácení života, jak reálně hrozí u eutanazie. Umírající seniori pak vědí, že mají a budou mít možnost dojít až do konce svých dní bez obav, že budou nesmyslně strádat. Programy paliativní péče mohou také zabránit pocitům viny, které se téměř vždy dostavují v situacích, kdy vznikla nebo dokonce byla vyslovena myšlenka eutanazie. *„S časovým odstupem a klidnou myslí mnozí zastánci eutanazie nakonec přiznávají, že přání ochránit umírajícího před utrpením zahrnovalo i jejich přání, totiž ochránit od utrpení také, nebo dokonce především, sebe.“*⁴⁴¹

Paliativní péče a eutanazie tedy nejen že stojí v opozici, ale je zde ještě i další riziko. Nebezpečí tkví v tom, že eutanazie a diskuze s tímto tématem spjatá odvrací pozornost od skutečných potřeb umírajících seniorů. *„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 prostředí mizí*

⁴³⁹ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 424.

⁴⁴⁰ Mnoho odborníků považuje paliativní péči za eticky vhodnou alternativu eutanazie. Osobně se s tímto názorem ztotožňuji, jak napovídá i název této kapitoly. Cf. také Gryz a Mielec 2001, kapitola *Opieka paliatywna, ruch hospicyjny, domy pomocy społecznej – alternatywa wobec eutanazji*, s. 85-87; *Hospicjum alternatywa wobec eutanazji – jeho rola v opiece terminalnie chorym i rodzina*, s. 87-91.

⁴⁴¹ Vorlíček a kol. 2004, s. 424.

potřeba eutanasiie i prodlužování života mimořádnými prostředky, kterého se někteří nemocní obávají více nežli smrti. ⁴⁴²

V praxi bylo mnohokrát ověřeno, že senior, který svůj život prožije plně, až do konce, nepokouší se ho ukrátit a prožívá ho naplněn Boží milostí, je velkým přínosem pro sebe a také pro všechny lidi ve svém okolí. „*Nemocný, který trpělivě snáší těžké utrpení, se může stát pro své okolí velkým požehnáním.*“ ⁴⁴³ Společně prožívané utrpení v závěru života seniora se tak může stát svědectvím Boží lásky a moci. ⁴⁴⁴

Eutanazie tedy není eticky ani sociálně přijatelnou náhražkou zavedení efektivních programů paliativní medicíny a paliativní péče. „*Výzvou naší civilizace je změnit péči o trpícího a umírajícího a ne legalizovat skutek, který by velmi snadno mohl nahradit schopnost paliace, soucitu a solidarity, vše to, co lidská bytost potřebuje v nejtěžších okamžicích života.*“ ⁴⁴⁵

6.1.2 Etické principy paliativní péče

V paliativní péči o seniory hraje velmi důležitou roli etika. Nejde přitom jen o vědomosti a technické schopnosti, ale prvořadou důležitost zde má etický přístup k pacientům a schopnost správného rozhodování v této oblasti. Mnohá tato etická dilemata jsou velmi podobná těm, o nichž jsme hovořili v předchozích kapitolách. Jde ze například o otázku respektování osobnosti pacienta a jeho práva na seburčení, problematiku informovanosti pacientů a jejich blízkých, otázky spojené se spravedlivou distribucí péče, problematiku péče o těžce komunikující nebo nekomunikující seniory, dodržování přání pacienta, otázky spojené s pozůstalostí, etc. ⁴⁴⁶ Konflikty hodnot a nutnost činit

⁴⁴² Slabý 1991, s. 162.

⁴⁴³ Rotter 1999, s. 100.

⁴⁴⁴ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 424.

⁴⁴⁵ Munzarová 2005, s. 76.

⁴⁴⁶ V této kapitole se budu věnovat pouze etickým otázkám, které nebyly probrány v předcházejících kapitolách. Tato práce si neklade za cíl úplný výčet všech možných etických

mnohá nesmírně závažná rozhodnutí jsou v závěrečné fázi života člověka akcentovány, a to zejména pokud jde o poslední věci a činy seniora na této zemi. Vzhledem k tomu, že lidé dnes mají větší možnosti ovlivňovat proces umírání a smrti, vyplývá z těchto schopností množství etických problémů.⁴⁴⁷ V oblasti paliativní péče o seniory jsou zvláště akcentovány níže uvedené etické principy, na nichž se shoduje většina autorů.⁴⁴⁸

Autonomie (samostatnost a sebeurčení) bývá většinou zmiňována jako první etický princip paliativní péče. Součástí většiny filosofických systémů je přesvědčení, že člověk je zodpovědný za své vlastní zdraví, a proto musí být veškerá léčebná opatření učiněna pouze se souhlasem pacienta, který samozřejmě musí být adekvátně informován. Všechna přání pacienta by měla být respektována, a to i v případě, že splnění přání seniora (např. odmítnutí další léčby) může mít za následek úmrtí. V případě velmi starých seniorů však někdy nastává specifická situace, kdy má senior sníženou schopnost se rozhodovat nebo se rozhoduje ve změněné psychické situaci, často v důsledku onemocnění či degenerativních změn nervové soustavy souvisejících s věkem.⁴⁴⁹ Princip autonomie je tedy velmi důležitý, nelze ho v žádném případě podceňovat, ale ani přeceňovat. Respekt k právu seniora na sebeurčení je nutné dodržovat, ale vždy je třeba pamatovat také na vyváženost a širší souvislosti pacientova rozhodování.⁴⁵⁰

Beneficence (prospěch, užitečnost) je dalším etickým principem paliativní medicíny. Základem tohoto principu je lékařův závazek, že pro pacienta bude dělat vše, co bude prospěšné a užitečné. Tento závazek má však dvě strany; představuje pozitivní závazek pomáhat a negativní závazek

problémů, které mohou v závěru života nastat; úplný výčet by ani nebyl možný, protože celá tato problematika je na výsost individuální a některá etická dilemata nebývají vždy zcela zřejmá.

⁴⁴⁷ Student, Mühlum, Student 2006, s. 124.

⁴⁴⁸ Cf. Sláma et al. 2007, s. 319.

⁴⁴⁹ Cf. Sláma et al. 2007, s. 319.

⁴⁵⁰ Cf. Sláma et al. 2007, s. 426.

neuškodit. Prospěch je subjektivní; prospěch z pohledu pacienta nemusí být vždy totožný s představou lékaře či zdravotníka. Proto je v paliativní medicíně tak důležité přihlížet ke všem stránkám lidské bytosti, ne jen k fyzické. „*V kontextu etických úvah o paliativní péči je na místě otázka, zda umírající má nebo nemá právo, popřípadě v jakém rozsahu, rozhodovat nebo alespoň spolurozhodovat o ukončení kauzální terapie. Obecně se má za to, že lékaři nepřísluší rozhodovat o tom, jak bude nemocný disponovat se zbývajícím obdobím svého života. Na druhé straně se lékař nemůže vymanit ze své odpovědnosti za nemocného, který se mu svěřil do péče. Řešením může být kompromis, v němž si lékař s nemocným porozumí, je-li toho umírající ještě schopen.*“⁴⁵¹ V ideálním případě by tedy mělo dojít ke vzájemné shodě mezi seniorem a lidmi, kteří o něj pečují. K této shodě lze dojít pouze prostřednictvím dialogu, naslouchání a vnímání potřeb druhého člověka.⁴⁵² Direktivní či paternalistický přístup lékaře není v této situaci vhodný, ale ani nemocný by neměl vystupovat z pozice diktátora, který jediný může rozhodovat o svém těle. Senior by však jistě měl mít možnost projevit a vyslovit svá přání; lékař by měl pacientova přání pozorně vyslechnout a odborně korigovat. Ideálním nástrojem je proto pravdivá a empatická komunikace.⁴⁵³

Nonmaleficence (nepoškozování, neškodění) úzce souvisí s výše zmíněným etickým principem beneficence. Nonmaleficence znamená sám neškodit a zároveň nedovolit uškodit pacientovi; jedná se zde o poškození nejen fyzické, ale i psychické, sociální a také spirituální. Nejedná se zde pouze o záměrné poškození pacienta, ale také o případná neúmyslná poškození, která mohou být vedlejším efektem pozitivní činnosti. Je zde totiž palčivá otázka, jak

⁴⁵¹ Sláma et al. 2007, s. 426.

⁴⁵² Cf. Pokorná 2010, s. 67: „*Komunikujte s nemocným s úctou a respektem. Poskytněte dostatek času pro komunikaci – buďte trpěliví.*“

⁴⁵³ Této problematice se věnuje J. Křivohlavý ve své knize *Povídej – naslouchám*. Cf. také Sláma et al. 2007, s. 33.

postupovat v případě, že v zásadě pozitivní medicínský postup může seniorovi v terminální stadiu života naopak ubližovat. Mám zde na mysli především z mého pohledu neetické, zbytečné a nepřirozené prodlužování života seniora, které přináší jen další bolest,⁴⁵⁴ utrpení a nezřídka jde dokonce proti výslovnému přání seniora. Opačný problém představuje situace, kdy ošetřující personál či dokonce lékař seniora utlumí léky až ke stavu bezvědomí, namísto aby ho pouze lokálně zbavil bolesti. Tento stav označujeme jako celkovou paliativní sedaci, která je někdy v terminálních stádiích života na místě, ale v některých případech se bohužel setkáváme se situací, kdy personál seniora utlumí nikoli z lékařských důvodů, ale proto, aby bylo ošetřování spícího seniora pro personál méně náročné, a to zejména psychicky.

Justice (spravedlnost, právo, řád, volněji také slušnost) je posledním etickým principem paliativní péče a vyjadřuje proporcionalitu mezi potřebami seniora a tím, co je mu společnost schopna reálně poskytnout. Jedná se tedy o spravedlivou distribuci péče v rámci společnosti a problematiku střetu zájmů. V první řadě zde jde o situaci, kdy je paliativní péče dostupná jen malému procentu seniorů, což je bohužel realita v podstatě všude na světě, evropské státy nevyjímaje. V podstatě zde jde o systémovou nespravedlnost, kdy v jednom státě se na různých místech dostává seniorům různé péče v různých typech zdravotnických zařízení. Zároveň se zde jedná i o úroveň a kvalitu poskytované péče, která má někdy své značné nedostatky. Ideální variantu představuje hospicová péče, která je však dostupná pouze mizivému počtu seniorů. V nemocnicích, odděleních následné péče i léčebnách dlouhodobě nemocných v České republice bohužel principy paliativní péče zatím nejsou prakticky vůbec osvojeny.

⁴⁵⁴ Cf. Jeckerová, Schneiderman 2000, s. 179: „*Ve všech těchto případech sice intervence má účinek pro pacientovo tělo, avšak pacientovi jako člověku přínos neposkytuje. ... Z toho vyvozujeme, že zdravotníci nejenže nejsou povinni poskytovat léčbu, která není přínosná, nýbrž jsou dokonce povinni takovou léčbu neposkytovat, protože ohrožuje etický standard profesí spjatých s péčí o zdraví.*“

V praxi u geriatrických pacientů nezdávka nastávají případy, kdy uvedené principy mohou být ve vzájemném etickém konfliktu. Potom je třeba zvolit a dát přednost tomu etickému principu, který je prospěšnější pro řešení aktuální situace seniora. Pro jednotlivé situace není snadné stanovit přesná pravidla a je otázkou, zda to vůbec je vždy možné. Podle mého názoru není vhodné ani etické vždy slepě postupovat podle pravidel, ale je třeba se přizpůsobit konkrétní situaci. Zde dostává slovo tzv. *situační etika*, podle níž se má člověk řídit především podle přikázání lásky. Podle Josepha Fletchera je v dané situaci etické to, co odpovídá pravé křesťanské lásce.⁴⁵⁵ Podobně hovořil ve svých kázáních i Martin Luther: „*Když tedy zákon někoho obrací proti lásce, přestává být a neměl by být dále zákonem; tam, kde mu však v cestě neleží žádná překážka, je jeho dodržování důkazem lásky, která se skrývá v srdci. Potřebuješ tedy zákon, aby se mohla projevit láska; pokud jej však lze zachovávat pouze za cenu zranění bližního, Bůh chce, abychom zákon ignorovali a zbavili platnosti.*“⁴⁵⁶ Oba tyto názory ve své podstatě vychází z textu Písma, kde je na mnoha místech zdůrazňována důležitost křesťanské lásky.⁴⁵⁷ Desatero přikázání⁴⁵⁸ není konečnou formulací etické normy Bible; touto nejvyšší normou je právě přikázání lásky.⁴⁵⁹ „*Přikázání lásky ... je Ježíšovo shrnutí zákona.*“⁴⁶⁰ Joseph Fletcher jde dokonce ještě dále, když říká, že „*křesťanská etika je v jádru etikou situační.*“⁴⁶¹ Fletcherovou situační etikou se může křesťanství vymanit ze ztuhlých dogmat a předpisů; zároveň však existují hlasy, které upozorňují na možná rizika, že se křesťanská etika příliš rozvolní a dojde k jejímu rozkladu. „*Ve skutečnosti však nová morálka zachází*

⁴⁵⁵ Cf. Fletcher 2009, s. 79.

⁴⁵⁶ Fletcher 2009, s. 81; Kázání, osmnáctá neděle po Trojici, in: *The Church Postil, Works*, ed. J. N. Linker (Luther House, 1905), sv. V, s. 175.

⁴⁵⁷ Cf. Dt 6,4-5; Mk 12,29-32; Lv 19,18.

⁴⁵⁸ Ex 20,1-17.

⁴⁵⁹ Cf. Mt 22,34-40, Dt 6,5, Lev 19,18.

⁴⁶⁰ Fletcher 2009, s. 92n.

⁴⁶¹ Fletcher 2009, s. 101.

se všemi pravidly, zásadami a ctnostmi ... jako se služebníky a podřízenými lásky, kteří jsou vypovězeni z domu, jakmile zapomenou na své postavení a pokusí se převzít moc.“⁴⁶²

6.2 Hospicové hnutí a paliativní péče⁴⁶³

V představě laické veřejnosti je paliativní péče nerozlučně spjata s hospicovým hnutím a je třeba o tomto hnutí pojednat i v této práci. V posledních desetiletích se setkáváme se zvýšeným zájmem o hospicové hnutí, které bývá považováno za ideální alternativu pro pacienty v terminálním stádiu života. „*Hospicový přístup vpravdě září v současných diskuzích o ceně, dostupnosti, kvalitě péče i o autonomii nemocného jako schůdné a nejlepší řešení.*“⁴⁶⁴ Myšlenka hospice vychází především z úcty ke člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, jeho cílem je naplnit všechny potřeby pacienta. „*V hospici jde o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem života. ... Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději.*“⁴⁶⁵

Hospic je určen nemocným s infaustní prognózou a těžko zvládnutelnými a obtížnými symptomy. V České republice jsou pacienti v hospicích většinou lidé s pokročilým nádorovým onemocněním, protože u nich je relativně snadné rozhodnout o indikaci této péče. U neoncologických progresivních onemocnění je průběh nemoci jen obtížně predikovatelný a terminální fáze se identifikuje velmi obtížně.⁴⁶⁶ Přesto se však v posledních letech tato péče otevírá i seniorům, kteří hospici dávají téměř vždy – pokud

⁴⁶² Fletcher 2009, s. 101.

⁴⁶³ Vzhledem k tématu této diplomové práce si nekladu za cíl poskytnout vyčerpávající informace o hospicovém hnutí. Chtěl bych však alespoň nastínit hlavní rysy a zásady tohoto hnutí. Pro podrobnější informace cf. Haškovcová 2000, s. 39nn a také webové stránky <http://www.hospice.cz/>

⁴⁶⁴ Munzarová 2005, s. 71.

⁴⁶⁵ Vorlíček a kol. 2004, s. 511.

⁴⁶⁶ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 518.

mají možnost volby – přednost před umíráním v nemocnici či v domově pro seniory. To je dáno především tím, že pacient v hospici ví, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. „*V hospici nejde o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až do konce.*“⁴⁶⁷

V prostředí hospiců se etické problémy soustředí především na otázky spojené s autonomií jedince a také na úctu a respekt k hodnotě člověka. Pracovníci v hospicových zařízeních se tak musí často vyrovnávat s nutností činit množství klíčových rozhodnutí; do těchto rozhodnutí vstupuje mnoho často protichůdných zájmů, odlišných pohledů a různých měřítek hodnot. Proto je často velmi obtížné nalézt řešení, které by bylo pro všechny zúčastněné vyhovující.⁴⁶⁸

Důležitým prvkem v koncepci hospicového hnutí je fakt, že prioritu má vždy umírající člověk a proto má i jeho názor velkou váhu a je k němu přihlíženo. Proto by měl být pacient dostatečně informován o svém zdravotním stavu, což se týká především seniorů, s nimiž je často nakládáno jako s neživou věcí.⁴⁶⁹ Bohužel z praxe vyplývá, že se tak často neděje ani dnes. Každý pacient musí sice při příchodu do hospice podepsat informovaný souhlas, ale často o závažnosti svého zdravotního stavu nemá dostatečné informace. U seniorů tak někdy dochází k tomu, že jsou přijímáni do hospice na popud svých rodinných příslušníků, kteří mají od lékařů všechny informace, ale z důvodu falešné ohleduplnosti nechtějí, aby byl senior o svém stavu pravdivě informován. Každá neupřímnost v rodinných vztazích však ztěžuje práci personálu v hospicích, protože hospicová péče by pokud možno měla být

⁴⁶⁷ Vorlíček a kol. 2004, s. 511.

⁴⁶⁸ Jde o rozhodování všeho druhu, od ekonomických problémů přes vztahové konflikty až ke kontroverzním lékařským dilematům v souvislosti s prodloužením či zkrácením života. Cf. Student, Mühlum, Student 2006, s. 129nn.

⁴⁶⁹ Cf. Student, Mühlum, Student 2006, s. 131: „*Může se zdát, že problematika informovanosti pacienta do hospice nepatří, ale opak je pravdou. Pacienti, kteří jsou přijímáni do hospicového zařízení, by měli být informováni o svém onemocnění a nepříznivé prognóze.*“

komplexní a ve spolupráci s celou rodinou a příbuznými. „*Smrtelně nemocnému člověku nemůžeme opravdu účinně pomoci, pokud do všeho nějak nezapojíme jeho rodinu. Blízcí lidé hrají v průběhu nemoci dost podstatnou roli, a jejich chování má značný vliv na to, jak pacient na svou nemoc reaguje.*“⁴⁷⁰

Hospicová etika zcela rezolutně odmítá úmyslné zkrácení života pacienta, tedy jakoukoli formu eutanazie.⁴⁷¹ Přesto však hospicovní pracovníci musí řešit i tyto otázky, protože je pacienti někdy žádají o pomoc s ukončením života. Zde dochází k mnohačetnému konfliktu, kdy se mohou ocitnout v opozici hospicová etika, právní řád České republiky, právo pacienta na sebeurčení a nedisponovatelnost lidského života. Vzhledem k poslání hospicového hnutí však žádostem o eutanazii *není* vyhověno. Přání pacienta urychlit příchod smrti tedy není vyhověno, ale na jeho žádost je odpovězeno nabídkou doprovázení v posledních chvílích života a dostatečnou péčí o všechny složky lidské bytosti.

Zároveň bych na tomto místě rád podotkl, že četnost žádostí o uspíšení konce života je v hospicích nižší než v jiných typech zařízení. To souvisí s lepší a všestrannější péčí v hospicích, než s jakou se setkáváme v nemocnicích či domovech pro seniory. Správnou a vhodně zaměřenou péčí je možné zvýšit spokojenost pacientů i v terminálním stádiu života a počet žádostí o eutanazii se tím rapidně snižuje. „*Žádost o usmrcení ze strany nemocného by se měla chápat jako signál pro větší účast s nemocným, pro účinnější péči a léčení.*“⁴⁷² Přání o umělé ukončení života jsou tedy důkazem, že nejsou a nebyly uspokojeny všechny potřeby seniora. „*Nejčastější příčinou takových žádostí je bohužel nezáměr a neúcta k člověku, jako jedinečné a neopakovatelné*

⁴⁷⁰ Kübler-Rossová 1993, s. 138.

⁴⁷¹ Cf. Student, Mühlum, Student 2006, s. 133.

⁴⁷² Blumenthal-Barby 1987, s. 19.

*bytosti.*⁴⁷³ Péče o psychickou a spirituální složku člověka poskytuje seniorům možnost se emočně i duchovně připravit na příchod smrti a přijmout ji jako přechod do dalšího života.

Základem při jednání s umírajícími seniory je především respekt k jejich důstojnosti. V terminálním stádiu lidského života, a to zvláště u seniorů, kteří jsou velmi zranitelní a citliví, je lidská důstojnost obzvláště zranitelná.⁴⁷⁴ Abychom mohli lidskou důstojnost zachovávat, je třeba se vzdát morálních úsudků založených pouze na osobních zájmech; naopak je nutné zaujmout univerzální pohled na danou problematiku, který může zajistit důstojnost pro pacienta. Jedním z důležitých úkolů zaměstnanců v hospicích i rodinných příslušníků seniora je tedy umožnit, aby senior neměl pocit ztráty vlastní důstojnosti, a to i přesto, že jeho fyzický i duševní stav již neumožňuje, aby vykonával základní denní činnosti a to i včetně např. přijímání potravy či osobní hygieny. Často se stává, že se senior cítí ponížený, jakoby ztratil veškerou osobní hodnotu i smysl existence; tento pocit je však minimálně částečně zapříčiněn nevhodným chováním lidí v jeho okolí. To souvisí také s celospolečenským náhledem na hodnotu a důstojnost lidského života, která je spojována s vnějšími úspěchy a osobním růstem; v očích společnosti mají hodnotu pouze ti, kteří se podílejí na jejím rozvoji.⁴⁷⁵ To je však nevhodný a z etického hlediska naprosto nepřijatelný názor, který vede k odsuzování stáří a odmítání závěrečné fáze života jako zcela bezcenné. „*Hodnota lidského života*

⁴⁷³ Svatošová 1995, s. 36.

⁴⁷⁴ Někteří odborníci se domnívají, že lidská důstojnost je spjata s informovaností člověka o jeho zdravotním stavu. Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 425. Podrobněji o této problematice viz výše.

⁴⁷⁵ Cf. Slabý 1991, s. 23n: „*Sobectví úspěšných členů společnosti nebere při uspokojování individuálních potřeb ohledy na osudy druhých lidí. A přece naplnění lidské důstojnosti vyžaduje, aby se respektovaly potřeby každé lidské osoby jako člena lidské společnosti, a to nejenom potřeby nezbytné k přežití, ale všechny vrozené a kulturní potřeby v maximální míře.*“

*se tedy nevyčerpává schopností užívat života a něco dokázat v materiální oblasti, nýbrž nejlouběji se zakládá ve vztahu člověka k Bohu.*⁴⁷⁶

Otázka pocitu méněcennosti a nedostatku úcty ze strany ostatních lidí je pro seniory často velmi palčivá. „*Etická zásada důstojnosti lidské osoby ve společnosti zdůrazňuje, že cílem mravného, eticky oprávněného jednání má být lidská důstojnost, to jest rozvinutí lidské osoby směřující k Božímu království. Prostředkem k tomu je maximální uspokojování oprávněných potřeb každé lidské osoby ve vztahu ke společnosti.*“⁴⁷⁷ Pocit vlastní méněcennosti je akcentován zejména v situacích, kdy je senior po psychické stránce zcela zdravý, svou situaci si zcela jasně uvědomuje, ale jeho tělesné schopnosti se rapidně snižují a on se postupně stane zcela závislým na svém okolí, a to i v intimních záležitostech. Zejména v těchto situacích, kdy je komunikace se seniorem zcela bezproblémová a jeho duševní stav zůstává nezměněn, je nesmírně důležité, aby ošetřující personál, rodina i všichni lidé v seniorově okolí dali umírajícímu jasně najevo, že jeho život měl svůj význam a smysl, že byl přínosem pro ostatní lidi a že je stále v jejich očích důstojnou lidskou bytostí s vlastní hodnotou.⁴⁷⁸ „*Člověk zakouší svou hodnotu především tehdy, když se cítí být milován. Pokud ví, že je druhému milý a drahý, je také sám přesvědčen o smyslu a hodnotě své existence. Láska dává poznat vlastní hodnotu.*“⁴⁷⁹

6.2.1 Pracovníci v hospicích a rodinní příslušníci seniorů

Ještě bych na tomto místě rád poznamenal, že pracovníci v pomáhajících profesích, tedy i všichni zaměstnanci v hospicových zařízeních, a stejně tak i příbuzní a blízcí umírajícího seniora, jsou jen lidé a nelze od nich

⁴⁷⁶ Rotter 1999, s. 27.

⁴⁷⁷ Slabý 1991, s. 22.

⁴⁷⁸ Cf. Byock 2005, s. 108nn.

⁴⁷⁹ Rotter 1999, s. 26.

tedy očekávat nemožné. Přestože na pracovníky v hospicích bývají kladeny – a z části oprávněně – velké nároky, nelze od nich vyžadovat stoprocentní nasazení a nepřetržitou výkonnost. Kde jsou tedy normy a hranice eticky správného chování? Mohli bychom říci, že eticky správná péče v hospicích by měla vždy dbát na lidskou důstojnost a plnit oprávněné požadavky pacientů.

V odborné literatuře se setkáváme s vymežováním tří základních prvků, které by měla zahrnovat eticky správná péče. Jde o úctu, přiměřenou blízkost a přiměřený odstup. V terminálním stádiu lidského života se často prohlubuje vztah mezi umírajícím a jeho ošetřovatelem, případně ošetřovateli. Ošetřovatel by však měl udržovat profesionální, i když laskavý přístup k umírajícímu seniorovi. Ze zkušeností vyplývá, že není vhodné nazývat seniory familiárně a je také nevhodné s nimi jednat jako s dětmi, ale právě naopak je vhodné je oslovovat a jednat s nimi tak, jak byli zvyklí během celého svého života, v období plných životních sil. Ošetřovatel by také měl seniorovi dát najevo pocit lidské blízkosti, ale je třeba udržovat hranice; senior ani jeho ošetřovatel by si jeden na druhého neměli činit bezvýhradný nárok, který by zamezoval správnému chodu hospice. Tento přiměřený odstup není projevem necitelnosti a neměl by být takto chápán, ale jde spíše o pozitivní známku toho, že ošetřovatel je pro svou práci způsobilý. Podobně i rodinní příslušníci by měli mít možnost načerpat novou sílu, protože zejména senioři často umírají dlouho a lze jen velmi těžko odhadnout, kdy přijde okamžik smrti. Z toho důvodu nemůže nikdo od rodiny seniora očekávat nepřetržitou přítomnost u jeho lůžka.⁴⁸⁰

Závěrem bych ještě rád zmínil etický požadavek, který bývá v posledních letech v celospolečenském mínění akcentován. Vztah mezi

⁴⁸⁰ Cf. Kübler-Rossová 1993, s. 140: „Myslím, že je kruté chtít po někom z rodiny, aby s nemocným pobýval neustále. Tak, jako potřebují dýchat, musejí si lidé někdy „dobít baterie“ někde mimo pokoj nemocného a alespoň občas žít trochu normálním životem. ... Chápající člověk zvenčí, ochotný pomoci, může velice přispět k tomu, aby si příbuzní zachovali zdravou rovnováhu mezi pomáháním nemocnému a respektováním vlastních potřeb.“

seniorem a jeho ošetřovatelem není rovnocenný, senior je vždy ve slabší pozici. S tím je spojena určitá moc, kterou má ošetřovatel nad seniorem, a také striktní etický požadavek proti jejímu zneužití. K tomuto zneužití může svádět také fakt, že senior se cítí svému ošetřovateli zavázán a tím často dává druhé straně možnost tohoto zneužití. Z tohoto i výše zmiňovaných důvodů je práce ošetřovatele u umírajících seniorů velmi fyzicky a především také psychicky náročná.⁴⁸¹

6.2.2 Význam spirituální péče v hospicích

Jak již bylo několikrát řečeno, je v hospicích pacientům poskytována také spirituální péče, což je jedna ze základních myšlenek paliativní péče. Pro správnou a komplexní péči v hospici je tedy nesmírně důležité uvažovat vždy o člověku v jeho celosti; ošetření jen jeho fyzických obtíží je velmi málo a představuje jen část celé péče.⁴⁸² „*Bylo by zásadním nedorozuměním, kdyby se lidská spiritualita považovala za jakousi nadstavbu zcela oddělenou od biologických procesů.*“⁴⁸³

Je nesmírně důležité, aby si všichni lidé, profesionálové i rodinní příslušníci, kteří o umírajícího seniora pečují, byli vědomi toho, že psychologická a spirituální témata jsou pro umírajícího minimálně stejně důležitá jako zvládnání tělesných symptomů.⁴⁸⁴ Odborníci, ať už jsou osobně věřící či ne, dnes již jednomyslně doceňují význam spirituální péče v závěrečné fázi lidského života. „*V paliativní medicíně se dnes plně doceňuje, jak velký význam má vnitřně prožívaná náboženská víra pro pacienta i jeho blízké. Víra dává odpověď na znepokojivé existenciální otázky a dovoluje, aby těžce*

⁴⁸¹ Cf. Guggenbühl-Craig 2007, s. 12-20.

⁴⁸² Cf. Munzarová 2005, s. 71.

⁴⁸³ Vorlíček a kol. 2004, s. 450.

⁴⁸⁴ Cf. Sláma et al. 2007, s. 309.

*nemocný prožíval poslední období svého života v metafyzickém bezpečí.*⁴⁸⁵ Téměř všichni senioři v závěrečné fázi svého života projevují zájem o duchovno a touží po spirituálním doprovázení. Význam naplnění spirituálních potřeb postupně vzrůstá a obvykle vrcholí v terminální fázi života. Vnější projevy touhy po spirituálním naplnění bývají různé a velmi individuální, *„bývá to kromě silné touhy po odpuštění i naléhavá potřeba odpustit druhým, projevit vděčnost, ujistit se, že život měl smysl, že nebyl marný.*⁴⁸⁶ Spolupráce s duchovními všech denominací je proto ve všech hospicích naprosto zásadní a nezbytná.

Mnoho lidí se stále domnívá, že spirituální péče je jakési uspokojování potřeb věřících. S tímto obecně vžitým názorem však nesouhlasím a domnívám se, že spirituální péče by měla být dostupná a nabídnuta všem, věřícím i nevěřícím seniorům. I nevěřící senioři se totiž v závěru života začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu života, které je často velmi trápí a mají velkou potřebu o svých otázkách hovořit. *„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 smysl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze.*⁴⁸⁷ Právě proto se domnívám, že naplnění duchovních potřeb seniorů je naprosto klíčové a těmto otázkám by se měla věnovat zvýšená pozornost.

Jak vidíme, je v rámci paliativní péče spirituální doprovázení nesmírně důležité a proto v hospicích často bývá téměř nepřetržitě přítomen duchovní a do spirituální péče se zapojují i laici. Pokud se seniorům dostává vhodné péče v této oblasti, jsou schopni nahlédnout celý svůj život jako uzavírající se celek. To je v podstatě možné právě až v samotném závěru pozemského života

⁴⁸⁵ Vorlíček a kol. 2004, s. 453n.

⁴⁸⁶ Vorlíček a kol. 2004, s. 514.

⁴⁸⁷ Svatošová 1995, s. 24.

člověka; dokud totiž člověk pohlíží na vlastní život ze středu věcí a událostí, chápe ho jako neohraničený děj, na jehož začátek si nepamatuje a jehož konec nemůže dohlédnout. Život se tak stává smysluplným celkem, pokud je nahlížen ze samotného konce, jakoby z vnějšku.⁴⁸⁸ Je důležité pomoci každému seniorovi uzavřít svůj život, dovést ho ke zdárnému konci, protože jedině tak může člověk umírat spokojený a vyrovnaný, beze strachu, výčitek svědomí či lítosti. Každý člověk má totiž hluboko zakořeněnou touhu po tom, aby jeho vlastní život byl prožit správně a smysluplně.⁴⁸⁹

Jak již bylo řečeno výše, přestože je paliativní medicína velmi úzce spjata s hospicovým hnutím, není samozřejmě hospic jediným místem, kde by tato péče měla probíhat. „*Je třeba zdůraznit, že hospicové hnutí u nás už při svém vzniku v roce 1993 otevřeně proklamovalo a stále sleduje dlouhodobý cíl: prosadit myšlenku hospice i mimo budovy hospice, všude, kde lidé umírají. Částečně se to, aspoň někde, už daří.*“⁴⁹⁰ Bohužel však stále, především z finančních důvodů, hospicová péče není zdaleka dostupná všem a bohužel ani většině seniorů. Pravděpodobně nejvýznamnějším úkolem hospicového hnutí v České republice je tedy zlepšit dostupnost paliativní péče.⁴⁹¹

⁴⁸⁸ Tato situace je v odborné literatuře nazývána *antinomie*.

⁴⁸⁹ Cf. Spaemann 1998, s. 73-82.

⁴⁹⁰ Vorlíček a kol. 2004, s. 518.

⁴⁹¹ Cf. Vorlíček a kol. 2004, s. 517n.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se pokusil přiblížit čtenáři úskalí a problémy, které mohou nastat v závěru lidského života a také v průběhu samotného umírání. Přestože každý lidský život je nepochybně zcela jedinečný a výjimečný, setkáváme se v posledních chvílích lidského života zde na zemi s podobnými situacemi a stavy.

Lidský život se v posledních desetiletích výrazně změnil. Dožíváme se vyššího věku, ale život v době pokročilého stáří s sebou přináší nové problémy a výzvy. I smrt je dnes jiná než dříve, často delší a tíživější. Na tuto změněnou situaci je nutné adekvátně reagovat a najít odpovědi na etická dilemata, které s sebou přináší. Moderní paliativní péče nabízí účinnou odpověď na mnohé problémy, jimž senioři čelí, a poskytuje účinnou pomoc. Představuje tak eticky správnou cestu, která však stále ještě i v dnešní době mnoha seniorům chybí a jejich etické potřeby bohužel nezdědka zůstávají nevyplněny.

*„Jaká to změna: silné a pilné tvé paže
spoutány jsou. Bez moci, opuštěn, pozoruješ,
že končí tvé snahy. A přece dýcháš a vkládáš svou při
do rukou mocnějších, kde nalézáš mír.*

...

*Přicházíš, svátku, zastávko na naší cestě,
zbavíš nás, smrti, věžeňských pout,
chabého těla a zbloudilé mysli,
abychom spatřili, co nemáme zde.“⁴⁹²*

⁴⁹² Bonhoeffer 2007, s. 6.

At' je řešení konkrétního etického problému jakékoli, vždy je třeba ke každému člověku přistupovat jako k jedinečné a neopakovatelné lidské bytosti, která má své smutky i radosti. Člověk v posledních chvílích svého pozemského života především potřebuje lidskou blízkost a doprovázení. Právě proto začíná být v posledních letech akcentována spirituální péče o člověka; bohužel však stále v mnoha lůžkových zařízeních tato péče chybí nebo je nedostatečná. Součástí ošetrovatelského týmu, který pečuje o umírajícího seniora, by měl vždy být kromě lékařského personálu i sociálních pracovník, psycholog a také teolog, který může umírajícímu poskytnout duchovní vedení.

Význam pastorační péče je v závěrečném období lidského života nedocenitelný. Víra v Hospodina, dárce milosti, a ve vzkříšení a život věčný může v posledních chvílích lidského života poskytnout útěchu a dodat síl. Úkolem duchovního je tuto víru posílit, ujistit seniora o tom, že Hospodin vždy plní své sliby, že smrt není konec.

„Pamatuj na svého Stvořitele, než se přetrhne stříbrný provaz a rozbije se mísa zlatá a džbán se roztrhne nad zřídlem a kolo u studny se zláme. A prach se vrátí do země, kde byl, a duch se vrátí k Bohu, který jej dal.“⁴⁹³

Je třeba mít na paměti, že víra bývá v posledních okamžicích života častokrát otřesena, že senioři často bojují s nejistotou, se strachem. Člověk je tvor slabý, plný obav a pochybností.

*„Smrt, to je skok, tygří skok víry přes propast nejistoty a rozkladu,
skok tolikrát opakovaný, až vzpíná se jako most
blankytem nanebevzetí a ratolesti a studánky
v procesích dole táhnou pahorkatinou tesklivou.“⁴⁹⁴*

⁴⁹³ Kaz 12, 6n.

Musíme vždy ujistit umírající o radostné zvěsti evangelia, o tom, že přísliby Hospodinovy budou naplněny. V tom je jediná jistota, jediná opravdová útěcha v lidsky tak těžkých okamžicích. „*Amen, amen, pravím vám, kdo slyší mé slovo a věří tomu, který mě poslal, má život věčný a nepodléhá soudu, ale přešel již ze smrti do života.*“⁴⁹⁵ Smrt před člověkem otvírá nový svět; od Boha, dobrého a starostlivého Otce, nás nemůže odloučit nic, ani smrt. Bůh pro člověka nezamýšlí temnotu hrobu a nicotu smrti, ale život ve své blízkosti. Vzkříšením Krista dává Hospodin jasně najevo, že vládne i nad smrtí. „*Smrt je pohlcena, Bůh zvítězil! Kde je, smrti, tvé vítězství? Kde je, smrti, tvá zbraň?*“⁴⁹⁶

Domnívám se, že je velice důležité informovat širokou veřejnost podrobněji o tom, jak lidé prožívají dobu svého stáří, jak se vyrovnávají s úbytkem fyzických i duševních sil a jak reagují na představu blížící se smrti. Správně a dostatečně informovat o posledních věcech člověka je nesmírně důležité; tyto informace by měly být dostupné nejen lékařům a zdravotníkům, ale také laikům, a to všem bez rozdílu. O těchto důležitých momentech je důležité vědět především proto, že se jednou jistě budou týkat někoho z našich blízkých a nakonec i nás samotných. Tyto informace a osobní zkušenosti jsou pro nás výzvou, abychom v budoucnu byli schopni poskytnout doprovázení svým blízkým a být jim pravou pomocí a podporou. Zároveň toto doprovázení druhého člověku může být pro nás samotné jedinečným zážitkem, pravým činem lásky k bližnímu.

⁴⁹⁴ Zahradníček 1969, s. 98.

⁴⁹⁵ Jan 5, 24.

⁴⁹⁶ I Kor 15,54n

Doufám a věřím, že má diplomová práce bude přínosem v oblasti informovanosti o závažných etických problémech závěru lidského života, což může a mělo by přispět k lepším možnostem péče o seniory a ke zlepšení kvality jejich života.

Ježíš jí řekl: „Já jsem vzkříšení a život. Kdo věří ve mne, i kdyby umřel, bude žít. A každý, kdo žije a věří ve mne, neumře navěky.“⁴⁹⁷

„Nauč nás počítat naše dny, at' získáme moudrost srdce.“⁴⁹⁸

⁴⁹⁷ J 11,25n.

⁴⁹⁸ Ž 90,12.

SEZNAM LITERATURY

1. ADMIRAAL, Pieter. Eutanazie a asistovaná sebevražda. In: KUSHNER, Thomasine, ed. a THOMASMA, David C., ed. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5, s. 213-223.
2. AGICH, George J. Etika a stáří. In: KUSHNER, Thomasine, ed. a THOMASMA, David C., ed. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5, s. 151-161.
3. ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. 439 s. ISBN 80-7038-044-6.
4. AMBROS, Pavel et al. *Studijní texty z pastorální teologie III.: služba nemocným*. Vyd. 1. Velehrad: Refugium Velehrad-Roma, 2002. 53 s. ISBN 80-86045-93-5.
5. ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2000. 358 s. ISBN 80-7203-286-0.
6. ATWATER, P. M. H., *Beyond the Light: The Mysteries and Revelations of Near-Death Experience*. New York. Avon Books, 1995.
7. ATWATER, P. M. H., *Coming Back to Life: The After-Effects of the Near-Death Experience*. New York. Dodd, Mead and Co., 1988.
8. BALOGOVÁ, Beáta. Vstup do dochodku ako náročná životná situácia a kvalita života seniora. In: SÝKOROVÁ, Dana, ed. a CHYTIL, Oldřich, ed. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Vyd. 1. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 323 s. ISBN 80-7326-026-3, s. 196-205.

9. *Bible: český ekumenický překlad*. Praha: Česká biblická společnost, 2008. ISBN 978-80-85810-85-1.
10. BLACKMORE, Susan J. *Umírání jako cesta k životu: věda a předsmrtné prožitky*. Vyd. 1. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1993. 294 s. ISBN 80-900802-8-6.
11. BLUMENTHAL-BARBY, Kay aj. *Kapitoly z thanatologie*. 1. čes. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 149 s.
12. BOND, John; CABRERO, Gregorio Rodriguez. Health and dependency in later life. In: BOND, John, ed. et al. *Ageing in society: European perspectives in gerontology*. 3rd ed. London: Sage, 2007. 364 s. ISBN 978-1-4129-0020-1, s. 113-141.
13. BONHOEFFER, Dietrich. *Etika*. 1. vyd. Praha: Kalich, 2007. 456 s. ISBN 978-80-7017-047-2.
14. BRABEC, Ladislav. *Křesťanská thanatologie*. Praha: Gemma 89, 1991. 118 s. ISBN 80-85206-06-4.
15. BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2005. 325 s. ISBN 80-7021-797-9.
16. BYTHEWAY, Bill. Ageism and Age Cataegorization. In: *Journal of Social Issues - Ageism*, issue editor: Todd D. Nelson, Editor: Irene Hanson Frieze, 2005 Vol. 61, No. 2, s. 361-374.
17. CASSELL, Eric J. Čarodějův učeň: lékařské technologie, které se vymkly z rukou. In: KUSHNER, Thomasine, ed. a THOMASMA, David C., ed. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5, s. 185-196.
18. CASSELOVÁ, Christine K. Asistovaná sebevražda: pokrok nebo nebezpečí?. In: KUSHNER, Thomasine, ed. a THOMASMA, David C.,

- ed. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5, s. 224-235.
19. COOL, Linda. Ethnicity and Aging: Continuity Through Change for Elderly Corsicans. In: FRY, Christine L. *Aging in culture and society: comparative viewpoints and strategies*. New York: Praeger, 1980. 11, 323 s. ISBN 0-03-052726-0. s. 149-169.
 20. CRANFORD, Ronald E. Moderní technologie a péče o umírajícího. In: KUSHNER, Thomasine, ed. a THOMASMA, David C., ed. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5., s. 197-203.
 21. DURCHÁNEK, Miroslav, ed. a HORSKÝ, Rudolf, ed. *O svátostech a o křesťanském pohřbu s připojením pohřebních kázání*. 1. vyd. Praha: Ústřední církevní nakladatelství, 1976. 95 s.
 22. DUS, Jan Amos. *Českobratrský evangelický pohřeb a hudba při něm*. Brno: Synodní evangelizační odbor českobratrské církve evangelické, 1947. 8 s.
 23. ELIAS, Norbert. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. 66 s. ISBN 80-85844-39-7.
 24. ERIKSON, Erik H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 1999. 128 s. ISBN 80-7106-291-X.
 25. FLETCHER, Joseph F. *Situační etika: nová morálka*. 1. vyd. Praha: Kalich, 2009. ISBN 978-80-7017-126-4.
 26. GRYZ, Krysztog a MIELEC, Boguslaw. *Chrześcijanin wobec eutanazji*. Kraków: Wydawnictwo św. Stanisława BM, 2001. 196 s. ISBN 8387960772.

27. GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 113 s. ISBN 978-80-7367-302-4.
28. HAGESTAD, Gunhild O.; UHLENBERG, Peter. The Social Separation of Old and Young: A Root of Ageism. In: *Journal of Social Issues - Ageism*, issue editor: Todd D. Nelson, Editor: Irene Hanson Frieze, 2005 Vol. 61, No. 2, s. 343-360.
29. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 407 s. Pyramida. ISBN 80-7038-158-2.
30. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
31. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 230 s. ISBN 80-85824-03-5.
32. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Rub života - líc smrti*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1975. 174 s.
33. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život: kapitoly z psychoonkologie*. 1. vyd. Praha: 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 1991. 331 s.
34. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.
35. HAYFLICK, Leonard. *Jak a proč stárneme*. Vyd. 1 Praha: Knižní klub, 1997. 426 s. ISBN 80-7176-536-8.
36. HILL, T. Patrick. Péče o umírajícího: pohled etiky. In: KUSHNER, Thomasine, ed. a THOMASMA, David C., ed. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5, s. 204-211.

37. HOLSBOER, Florian. Stařecká onemocnění: vrozená dispozice, nebo způsob života?. In: GRUSS, Peter, ed. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 95-116.
38. HUMMEL, Reinhart. *Reinkarnace: víra v převtělování a víra křesťanů*. Vyd. v KN 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. 111 s. ISBN 80-7192-171-8.
39. IKELS, Charlotte, The Coming of Age in Chinese Society: Traditional Patterns and Contemporary Hong Kong. In: FRY, Christine L. *Aging in culture and society: comparative viewpoints and strategies*. New York: Praeger, 1980. 323 s. ISBN 0-03-052726-0, s. 80-100.
40. ISRAEL, Lucien. *Eutanazja – czy życie aż do końca*. Kraków: Wydawnictwo WAM, 2002. 200 s. ISBN 978-83-7097-864-8.
41. JECKEROVÁ, Nancy S.; SCHNEIDERMAN, Lawrence J. Přerušeni neúčinné léčby: etické aspekty. In: KUSHNER, Thomasine, ed. a THOMASMA, David C., ed. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5, s. 177-183.
42. JONAS, Karel; WELLIN, Edward, Dependency and Reciprocity: Home Health Aid in an Elderly Population. In: FRY, Christine L. *Aging in culture and society: comparative viewpoints and strategies*. New York: Praeger, 1980. 323 s. ISBN 0-03-052726-0, s. 217-238.
43. JÜNGEL, Eberhard. Smrt jako tajemství života. In: KUSCHEL, Karl-Josef, ed. *Teologie 20. století: antologie*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1995. 462 s. ISBN 80-7021-074-5.

44. KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
45. KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
46. KASS, Leon R. „Nepodám žádný smrtící lék“: Proč lékaři nesmějí zabíjet. In: KUSHNER, Thomasine, ed. a THOMASMA, David C., ed. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5, s. 236-250.
47. KEMPERMANN, Gerd. Nevydán na milost a nemilost času a světu: plasticita stárnoucího mozku. In: GRUSS, Peter, ed. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 27-38.
48. KENNERLEY, Helen. *Jak zvládat úzkostné stavy: příručka pro klinickou praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. 190 s. ISBN 80-7178-266-1.
49. KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
50. KOMÁRKOVÁ, Božena, ŠIMSOVÁ, Milena, ed. a ŠIMSA, Jan, ed. *Sekularizovaný svět a evangelium*. V Brně: Doplněk, 1993. 281 s. ISBN 80-901102-9-0.
51. KREMER, Jacob. *Budoucnost zemřelých: biblická naděje na osobní vzkříšení v proměnách času*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1995. 148 s. ISBN 80-7021-142-3.
52. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a KACZMARCZYK, Stanislav. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.

53. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej - naslouchám*. 1. vyd. Praha: Návrat, 1993. 105 s. ISBN 80-85495-18-X.
54. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. 135 s.
55. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Vyd. 1. Turnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-85878-95-X.
56. KUHSEOVÁ, Helga. Dobrovolná eutanazie a další lékařská rozhodování týkající se dokonce života: lékařům by mělo být dovoleno podat smrti pomocnou ruku. In: KUSHNER, Thomasine, ed. a THOMASMA, David C., ed. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5, s. 251-261.
57. KÜNEMUND, Harald; KOLLAND, Franz. Work and retirement. In: BOND, John, ed. et al. *Ageing in society: European perspectives in gerontology*. 3rd ed. London: Sage, 2007. 364 s. ISBN 978-1-4129-0020-1, s. 167-185.
58. LAÍN ENTRALGO, Pedro. *Nemoc a hřích: od asyrsko-babylonských kultů k moderní psychoanalýze*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1995. 132 s. ISBN 80-7021-128-8.
59. MARGUERAT, D., *Žít se smrtí*. Mlým 2000.
60. MARKOVÁ, Alžběta a kol. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. V Praze: Cesta domů, 2009. 100 s. ISBN 978-80-254-4552-5.
61. MARTINEK, Michael a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 2. vyd. Praha: Jabok, 2010. 175 s. ISBN 978-80-904137-6-4.

62. MATÝSKOVÁ, Danuše. Nedobrovolná ztráta autonomie u seniorů. In: SÝKOROVÁ, Dana, ed. a CHYTIL, Oldřich, ed. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Vyd. 1. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 323 s. ISBN 80-7326-026-3, s. 46-52.
63. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
64. MILES, Steven. Osobní umírání a lékařská smrt. In: KUSHNER, Thomasine, ed. a THOMASMA, David C., ed. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5, s. 171-176.
65. MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2003. 414 s. ISBN 80-903001-8-9.
66. MOODY, Raymond A. *Život po životě; Úvahy o životě po životě; Světlo po životě*. 2. vyd. Praha: Odeon, 1994. 323 s. ISBN 80-207-0508-2.
67. MUNZAROVÁ, Marta a kol. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7195-304-3.
68. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
69. MUNZAROVÁ, Marta. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky. I, Smrt a umírání*. 2., opr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 75 s. ISBN 80-210-3017-8.

70. NECHUTOVÁ, Jana. *Úděl a útěcha*. 1. vyd. Heršpice: EMAN, 1995. 158 s. ISBN 80-900696-8-1.
71. NELSON, Todd D., Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. In: *Journal of Social Issues - Ageism*, issue editor: Todd D. Nelson, Editor: Irene Hanson Frieze, 2005 Vol. 61, No. 2, s. 207-221
72. OCHMAŃSKI, Władysław. *Eutanazja nie jest alternatywą*. Kraków: Wydawnictwo Salwator, 2008. 105 s. ISBN 978-83-7580-008-1.
73. OPATRŇÝ, Aleš. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 2005. 113 s. ISBN 80-254-3051-0.
74. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
75. PEACE, Sheila; DITTMAN-KOHLI, Freya; WESTERHOF, Gerben J.; BOND, John. The ageing world. In: BOND, John, ed. et al. *Ageing in society: European perspectives in gerontology*. 3rd ed. London: Sage, 2007. 364 s. ISBN 978-1-4129-0020-1, s. 1-14.
76. PELIKAN, Jaroslav. *Ježíš v proměnách staletí: jeho vliv na dějiny, myšlení a kulturu*. 1. české vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 343 s. ISBN 978-80-7195-091-2.
77. PERA, Heinrich a WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1996. 199 s. ISBN 80-7021-152-0.
78. PESCHKE, Karl-Heinz. *Křesťanská etika*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1999. 695 s. ISBN 80-7021-331-0.
79. PICHAUD, Clément a THAREAU, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální*

- a zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
80. PLATÓN. *Euthyphro; Apology; Crito; Phaedo - the death scene*, translation Cumming et Church. Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1956. 70 s.
81. PLATÓN. *Faidón*. 6., opr. vyd. Praha: OIKOYMENH, 2005. 107 s. ISBN 80-7298-158-7.
82. PLATÓN. *Ústava*. 4., opr. vyd. Praha: OIKOYMENH, 2005. 427 s. ISBN 80-7298-142-0.
83. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
84. POLLARD, B. J. *Eutanazie - ano či ne?*. Vyd. 1. Praha: Dita, 1996. 210 s. ISBN 80-85926-07-5.
85. RAHNER, Karl. *On the Theology of Death*. New York: Herder and Herder, 1961.
86. REJCHRT, Luděk. *Na úpatí hory: 26 esejů o biblických pojmech*. 2. vyd. Praha: Ústřední církevní nakladatelství, 1990. 157 s. ISBN 80-7017-120-0.
87. RING, Kenneth. *Lite at Death: A Scientific Investigation of the Near-Death Experience*. New York: Coward, McCann and Geoghegan, 1980.
88. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života: [základní otázky lékařské etiky]*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1999. 107 s. ISBN 80-7021-302-7.
89. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 326 s. ISBN 978-80-7367-312-3.

90. SALAJKA, Milan. *Křesťanská církev ve své duchovní aktivitě a práci: obzor praktické a pastorální teologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 181 s. ISBN 80-7184-655-4.
91. SCHÖNBORN, Christoph. *Cestou proměnění: putování, reinkarnace, zbožštění*. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1998. 122 s. ISBN 80-85959-37-2.
92. SKOBLÍK, Jiří. *Přehled křesťanské etiky*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1997. 319 s. ISBN 80-7184-357-1.
93. SLABÝ, Adolf. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha: Karolinum, 1991. 186 s. ISBN 80-7066-411-8.
94. SLÁMA, Ondřej et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
95. SOUDKOVÁ, Miluše. *Světlo a naděje: prožitky blízkosti smrti z americké perspektivy*. Praha: Faun, 1999. 154 s. ISBN 80-902018-8-1.
96. SPAEMANN, Robert. *Šťěstí a vůle k dobru: (pokus o etiku)*. Vyd. 1. Praha: OIKOYMENH, 1998. 219 s. ISBN 80-86005-70-4.
97. STOLÍNOVÁ, Jitka a MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2010. 313 s. ISBN 978-80-7262-686-1.
98. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
99. STUDENT, Johann-Christoph, MÜHLUM, Albert a STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Vyd. 1. Jinočany: H & H, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

100. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. 144 s.
101. SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
102. ŠERÁK, Michal. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 207 s. ISBN 978-80-7367-551-6.
103. ŠMAUSOVÁ, Gerlinda. Věková struktura společnosti. In: SÝKOROVÁ, Dana, ed. a CHYTIL, Oldřich, ed. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Vyd. 1. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 323 s. ISBN 80-7326-026-3, s. 13-28.
104. ŠTEFKO, A., *Eutanázie z pohledu katolické morálky*, Bratislava: Dobrá kniha 1998.
105. TANNER, Kathryn. Eschatology and Ethics. In: MEILAENDER, Gilbert, ed. a WERPEHOWSKI, William, ed. *The Oxford handbook of theological ethics*. 1st pub. Oxford: Oxford University Press, 2005. 546 s. Oxford handbooks. ISBN 0-19-926211-X, s. 41-56.
106. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
107. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
108. VATUK, Sylvia. Withdrawal and Disengagement as a Cultural Response to Aging in India. In: FRY, Christine L. *Aging in culture and society: comparative viewpoints and strategies*. New York: Praeger, 1980. 323 s. ISBN 0-03-052726-0, s. 126-148.

109. VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
110. VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2000. 95 s. ISBN 80-7021-330-2.
111. VONDRÁČEK, Vladimír. *O příčinách nemoci*. Kdyně: Okres. sbor osvětový, 1923. 26 s.
112. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1.
113. VORLÍČEK, Jiří, ed. a kol. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
114. VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
115. WATSON, David. *Neboj se zlého*. 1. čes. vyd. Praha: Kalich, 1993. 129 s. ISBN 80-7017-636-9.
116. WEAVER, Darlene Fozard, Death. In: MEILAENDER, Gilbert, ed. a WERPEHOWSKI, William, ed. *The Oxford handbook of theological ethics*. 1st pub. Oxford: Oxford University Press, 2005. 546 s. ISBN 0-19-926211-X, s. 254-269.
117. WILLIAMS, Gerry C., Warriors No More: A Study of the American Indian Elderly. In: FRY, Christine L. *Aging in culture and society: comparative viewpoints and strategies*. New York: Praeger, 1980. 323 s. ISBN 0-03-052726-0, s. 101-111.
118. ZAHRADNÍČEK, Jan. *Čtyři léta*. 1. vyd. Praha: Československý spisovatel, 1969. 108 s.

119. <http://www.brailnet.cz/sons/docs/t199/01.html>, otevřeno 26. 3. 2012.
120. http://www.evangnet.cz/cce_pruvodce:soucasny_theologicky_profil, otevřeno 14. 12. 2011.
121. <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>, otevřeno 18. 1. 2012.
122. <http://www.ikem.cz/www?docid=1002387>, otevřeno 28. 3. 2012.
123. http://www.lidovky.cz/lekari-uz-nemaji-lecit-nevylecitelne-nemocne-fnk-/ln_domov.asp?c=A100225_211828_ln_domov_ani, otevřeno 23. 11. 2011.
124. <http://www.umirani.cz/detail-clanek/pravda-na-nemocnicnim-luzku.html>, otevřeno 8. 1. 2012.
125. <http://www.umirani.cz/res/data/006/000740.pdf>, otevřeno 17. 2. 2012.
126. www.blisty.cz/2006/12/1/art31549.html, otevřeno 28. 3. 2012.
127. www.hospice.cz, otevřeno 18. 1. 2012.
128. www.umirani.cz, otevřeno 8. 1. 2012.