

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

Hana Puková

Chování k umírajícímu

Diplomová práce

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

PRAHA 2012

Prohlášení

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

V Praze dne 30. listopadu 2012

Hana Puková

Bibliografická citace

Chování k umírajícímu [rukopis] : Chování k umírajícímu : diplomová práce / Hana Puková; vedoucí práce: ThLic. Mgr. Jaroslav Lorman, Th.D. -- Praha, 2012. – 114 s.

Anotace

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

Klíčová slova

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

Abstract

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

Keywords

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

Počet znaků (včetně mezer): 194 067

Poděkování

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

Dále chci poděkovat za stylistické a gramatické opravy Mgr. Heleně Průžové a za formální úpravy Kristianu Feldsamovi a v neposlední řadě své rodině, která mě vždy podporovala.

Obsah

Úvod.....	8
1. Zjištění závažné diagnózy a reakce na její sdělení.....	10
1.1 Zdraví a nemoc.....	10
1.1.1 Co je to lidské zdraví?.....	11
1.1.2 Zachování zdraví.....	12
1.1.3 Ohrožení zdraví a života.....	13
1.2 Reakce na závažnou diagnózu a její prožitek.....	14
1.2.1 První stadium: Popírání a izolace.....	15
1.2.2 Druhé stadium: Zlost.....	16
1.2.3 Třetí stadium: Smlouvání.....	17
1.2.4 Čtvrté stadium: Deprese.....	18
1.2.5 Páté stadium: Akceptace.....	19
1.3 Nemoc jako součást života.....	21
1.4 Smysl nemoci.....	21
1.4.1 Pacient s léčitelnou a nevléčitelnou nemocí.....	22
1.4.2 Vžít se do situace nemocného.....	24
1.4.3 Naděje v nemoci.....	28
1.5 Smysl bolesti a utrpení.....	30
1.5.1 Bolest akutní a chronická.....	32
1.5.2 Bolest na biologické úrovni.....	33
1.5.3 Utrpení na psychologické úrovni.....	34
1.5.4 Bolest a utrpení v pojetí člověka jako celku.....	34
1.5.5 Teologická dimenze lidského utrpení.....	36
2. Umírání.....	41
2.1 Umírání a smrt v lidských dějinách.....	43
2.2 Podpora umírajícího.....	45
2.3 Přítomnost rodiny u umírajícího (domácí model umírání).....	45
2.4 Lékařská asistence při umírání (institucionální model umírání).....	50
2.5 Eutanazie.....	51
2.5.1 Základní terminologie.....	51
2.5.2 Historický vývoj názorů na eutanazii.....	53
2.5.3 Legalizace eutanazie ve světě.....	57
2.5.4 Legalizace eutanazie v České republice.....	61
2.5.5 Argumenty pro a proti dobrovolné eutanazii.....	64
2.5.6 Křesťanský pohled na eutanazii.....	66
2.6 Paliativní a hospicová péče.....	68
2.6.1 Paliativní péče.....	68
2.6.2 Historie paliativní péče.....	71
2.6.3 Hospicová péče.....	72
2.6.4 Práva pacientů.....	75
3. Smrt a pohřeb.....	77
3.1 Smrt.....	78
3.2 Definice smrti.....	79
3.3 Rozdělení smrti.....	80
3.4 Morálně teologické problémy smrti.....	82
3.5 Pohřeb.....	83
Závěr.....	85
Seznam zkratk.....	87
Seznam literatury.....	88

Internetové zdroje.....	93
Přílohy	96
Příloha č. 1.....	96
Příloha č. 2.....	97
Příloha č. 3.....	98
Příloha č. 4.....	106
Příloha č. 5.....	107
Příloha č. 6.....	109

Motto:

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

J. S. 14. Dalajlama

Úvod

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

Uvažovat o smrti lze na mnoha úrovních. Ve své práci se budu zabývat smrtí ve smyslu společenské situace umírajícího a jeho okolí. Smrt je v povědomí jednotlivců dnes velice opomíjeným tématem. Ve své práci chci ukázat, že je to spojeno s vnímání individuality člověka ve společnosti, která se naoko tváří, že právě individualitu vyzdvihuje. Umírajícího nebereme v potaz jako subjekt, ale jako objekt, který lze odsunout z centra dění společnosti až za její samotný okraj.

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

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

Ani dnešní koncept nukleární rodiny neplní stejnou funkci tak jako rodina široká, pospolitá, tzv. tradiční. Tuto funkci nahrazuje ústavní péče, což odděluje smrt od běžného života lidí. Umírání probíhá kdesi „stranou“, lidé neumírají v rodinném kruhu, tudíž ostatní členové rodiny nejsou na přítomnost smrti zvyklí. Člověk se začíná vyrovnávat se smrtí až s vědomím svého vlastního konce.

Smrt či stáří, jakožto fyzická a psychická nemohoucnost, je tak často vnímána jako „selhání“ těla, které se dotýká člověka pouze na individuální úrovni a které můžeme s postupujícími znalostmi medicíny vyléčit.

Smrt představuje nedílnou součást našeho života a dříve či později potká každého z nás. Proto nemůžeme být slepí a ignorovat její denní přítomnost v životě mnoha lidí. Ti, kteří pracují s nemocnými a umírajícími, ať věřící či nevěřící, to jistě nemají lehké. My sami nevíme, kdy budeme potřebovat jejich pomoc. Díky těmto lidem máme mnohé poznatky a vědomosti, které dokázali popsat a předat nám je, abychom nebyli tak bezradní a ztraceni. Mnohé tyto texty nám ukazují, že umírající i ti, kteří je doprovázejí, prožívají situaci do jisté míry podobně.

Umírá-li člověk tzv. „sešlostí věkem“ nebo vyčerpáním sil po dlouhodobé nemoci, nejde o nic dramatického, tento skon spíše připomíná „postupné usínání po vyčerpávajícím dni“. Avšak mnoho lidí v takové situaci nemocného bezradně odváží do nemocnice v domnění, že pro něho udělají „to nejlepší“. Velmi často to dělají ze strachu, že se se smrtí, o níž odmítají uvažovat, setkají tváří v tvář. Umírání představuje proces, který je součástí našeho života, a proto záleží jen na nás, jak se k tomu postavíme a vyrovnáme se s nastalou skutečností.

Práce je rozdělena do tří částí, které na sebe úzce navazují a navzájem se doplňují.

V první části přikročíme k zjištění závažné diagnózy a reakci na její sdělení, kde popisují reakci zdravého člověka na nemoc a jeho hledání smyslu bolesti a utrpení.

Ve druhé části půjde o pokus pochopit samotné chování bezprostředního okolí. Jak může rodina pomoci umírajícímu a z toho plynoucí potřebná lékařská péče. Jde zde o nastínění paliativní péče a eutanazii, o které se stále více diskutuje.

Třetí část je věnována smrti a pohřbu jako místu posledního rozloučení pro pozůstalé a prostoru vyjádření toho, co pro ně mrtvý znamenal.

V doplňkové části (přílohy) půjde o konkrétní pokus sledování, co prožívá nemocný až po svou smrt, a praktické rady pro pozůstalé.

Cílem diplomové práce je ukázat, jak radikálně dokáže moment nemoci a blížící se smrti změnit život člověka. Vedle toho mi jde také o postoj člověka k nemoci, o snahu přiblížit chování jeho rodiny a ošetřujícího personálu.

1. Zjištění závažné diagnózy a reakce na její sdělení

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

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

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

1.1 Zdraví a nemoc

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

Nemoc tedy můžeme definovat různým způsobem, kdy se rozličné definice zaměřují na jednotlivé části – na vznik, průběh, hodnoty, které se mění, a na její konec. Slovo nemoc v nás evokuje zasažení člověka, který se ocitl v „krizi“ a potřebuje pomoc.

Nemoc představuje výzvu stejně jako každá jiná překážka v našem životě: výzvu k boji, k zamyšlení, k pochopení, proč se to stalo, proč člověk onemocněl, zda lze danou situaci chápat z nějakého úhlu jako pozitivní, a pokud ano, co dobrého může přinést.

¹ Srov. VIRT, Günter. *Žít až do konc e: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000, s. 13.

Pokud uvěříme heslu „Co tě nezabije, to tě posílí“, pochopíme pak nemoc zcela novým způsobem. Považují proto nemoc za výzvu podívat se na život a na svět jinými očima.²

1.1.1 Co je to lidské zdraví?

Uvažujeme-li o nemoci, vyvstává otázka, jak vůbec definovat zdraví. To můžeme nahlížet *negativně* jako absenci nemoci, *funkcionálně* pak jako schopnost vyrovnat se s denními aktivitami nebo *pozitivně* jako způsobilost a podobu vyrovnanosti.

Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization) definuje zdraví jako „stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a nesestavá se jen z absence nemoci nebo vady“.³ Každý má však jinou hranici nebo pocity spojené se zdravím. Pro někoho může být rýma velkou zátěží, jiní nás naopak udivují svou vyrovnaností, s jakou snášejí a porázejí nemoc, jako například rakovinu.

Moderní medicína poukazuje na skutečnost, která je známá v různých podobách již od stvoření světa. Nemoc je stavem těla, duše a mysli a tvoří s nimi jednotu. Dokumenty 2. vatikánského koncilu uvádějí, že člověk v sobě sjednocuje duši a tělo.⁴ Tím máme na mysli, že lidská osoba je stvořená k Božímu obrazu, je zároveň bytost tělesná i duchovní. Duchovní a nesmrtelná duše je principem jednoty člověka a díky duši lidská bytost existuje jako jeden celek, jako jednota duše a těla, tj. jako osoba.⁵ Proto je možné zdravotní stav těla a nemocí částečně ovlivnit našimi vnitřními postoji a činy, které vedou k posílení zdraví jednoduše tím, jak se svým tělem, ale i duší, a nakonec i se svým životem sami aktivně nakládáme. Medicína, jak vyplývá z definice WHO výše, se stará o tělesné a duševní zdraví.⁶ Stále silněji se prosazuje celostní postoj k léčbě odpovídající širší definici zdraví jako fyzického, psychického a sociálního, a to nejen v pohledu alternativního léčitelství.⁷

Život člověka bývá často nahlížen jako analogie cesty. Každá cesta, ať už se jedná o výlet, nebo jen návštěvu známého, má svůj začátek, průběh a konec. Stejně tak lze vnímat i život, i ten má svůj začátek – narození, průběh – rozvoj života, a nakonec svůj závěr –

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

³ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, s. 16.

⁴ GS 14.

⁵ Srov. KSNC 126.

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

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

umírání a smrt.⁸ Za integrální součást lidského života lze označit zdraví. Pokud v některé části průběhu života zdraví chybí, jedná se o jistou životní stagnaci.

1.1.2 Zachování zdraví

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

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

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

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

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

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

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

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

V tělesné rovině souvisí zachování zdraví s tělesnou péčí. Máme tím na mysli oblast hygieny. Základní hygienické návyky zajišťuje rodičovská výchova a škola. Je třeba však i upozornit na smysl těch forem péče o tělo, které nesouvisejí přímo se zdravotností, ale krásou. Neboť zanedbávání zevnějšku může být příznakem vnějšího a s ním spojeného vnitřního úpadku a rozpadu osobnosti.¹³

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

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

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

1.1.3 Ohrožení zdraví a života

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

¹³ Srov. FURGER, Franz. *Etika seberealizace, osobních vztahů a politiky*. Praha: Academia, 2003, s. 20–21.

¹⁴ Srov. GS 61.

¹⁵ Srov. KKC 2289.

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

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

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

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

1.2 Reakce na závažnou diagnózu a její prožitek

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

- typu osobnosti a temperamentu,
- věku,
- životních zkušenostech,
- momentální kondici a zdravotním stavu,
- rodinném či jiném zázemí,
- hloubce a opravdovosti víry apod.¹⁹

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

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

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

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

1.2.1 První stadium: Popírání a izolace

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

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

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

²⁰ SVATOŠOVÁ, Marie. op. cit., s. 22–23.

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

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

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

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

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

1.2.2 Druhé stadium: Zlost

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

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

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

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

Pro stadium zlosti nachází pacientova rodina a zdravotnický personál porozumění jen obtížně. Obrnit se velkou dávkou trpělivosti, protože pacient většinou kope kolem sebe, aniž by si nechal něco rozumně vysvětlit, je pro nás mnohdy obtížné.

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

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

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

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

1.2.3 Třetí stadium: Smlouvání

Třetí stadium je sice méně známé, ale pro pacienta stejně důležité jako stadia předešlá, byť trvala pouze krátký čas. Jestliže se nemocný nedokázal prvně vyrovnat s faktem nemoci a ve druhé fázi se zlobil na lidi kolem sebe a obviňoval i Boha, proč by se teď nešlo přece jen

²³ Srov. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and dying*, s. 45–60.

dohodnout na nějakém východisku? Je to jako při uzavírání smlouvy při nástupu do práce, šéf mi dá peníze za odvedenou práci. Nebo pacientovo jednání můžeme přirovnat k chování malého dítěte, které za drobný úplatek nebude zlobit maminku.

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

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

1.2.4 Čtvrté stadium: Deprese

Smrtelně nemocný pacient už dále nemůže svou nemoc popírat. Je nucen podstoupit řadu operací nebo léčebných zákroků, a pokud přibývají zjevné příznaky nemoci a ubývají síly, již se nemůže všemu vysmívat a ignorovat nastalou situaci.

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

Všechny zmiňované zdroje deprese dobře zná a chápe každý, kdo vstupuje do kontaktu s vážně nemocnými pacienty. Na co však často zapomíná a co máme tendenci často opomíjet, je jakýsi hluboký „případný“ smutek, který nevyhléditelně nemocný člověk prožívá při přípravě na konečné rozloučení s tímto světem.

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

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

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

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

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

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

1.2.5 Páté stadium: Akceptace

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

„Klaním se vám a sbírám se k odchodu.“

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

„Žádám vás jen o poslední hřejivá slova.“

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Nemoc jako součást života

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

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

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

1.4 Smysl nemoci

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

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

Při každodenním shonu nemáme čas přemýšlet o těchto otázkách, protože jsme často zaměstnáni svou rodinou, zaměstnáním, problémy vlastními i problémy druhých.

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

Nemoc může být pro člověka osobní tragédií. Nemocný se může stáhnout do sebe a přestat komunikovat s okolním světem. Může se však své situaci postavit a navzdory jí vnímat život jako dar, ze kterého má cenu se těšit. Nemoc nás vždy o něco připraví, ale můžeme ji vzít jako výzvu, abychom kompenzovali vzniklé nedostatky a ztráty. Jedná se o určité zastavení a vyřazení nemocného z každodenní činnosti. To může být šancí upravit své životní postoje. Nemoc, i když nás ochuzuje, se tak může stát pozitivním prostorem pro přerod člověka.³¹

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

Lze vůbec nalézt tedy nějakou odpověď na otázku po smyslu nemoci? Každý z nás se může této otázce vyhýbat třeba i celá léta, možná i desetiletí, ale ve dnech, kdy člověk onemocní, se tato otázka neustále vrací. Čas nemoci by proto měl být časem ztišení a časem niterného přemýšlení. Mohou nás napadnout ty nejpodstatnější otázky a i základní otázky, které zatím ležely stranou našeho pohledu a my jsme jim nevěnovali tolik pozornosti. Jen v tichu můžeme nově naslouchat a poznávat, v tichu je možné věci nově pochopit.³³

1.4.1 Pacient s léčitelnou a nevléčitelnou nemocí

Všichni pacienti samozřejmě nemusí ležet v nemocnici. Řada zranění může být ošetřena ambulantně. Řada lidí se raději léčí doma, a to mnohdy i delší dobu. Ve svém okolí často narážíme na mnoho těch, kteří trpí příznaky rozličných nemocí, jež je značně omezují, a proto možná chodí od lékaře k lékaři. Většina tak léčí jen příznaky a nepátrá po příčině.

²⁹ Srov. J. M. S. *Moudrost nemocných*, s. 18.

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

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

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

³³ Srov. PERA, Heinrich; WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku : jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996, s. 71.

Velmi důležitý je také postoj pacienta, který hraje významnou roli v průběhu nemoci. Je veliký rozdíl, pokud pacient hned na začátku rezignoval, nebo pokud má skutečnou motivaci k překonání své nemoci. Proto se setkáváme s pacienty, kteří sice mají stejnou diagnózu, ale kvůli odlišnému přístupu k léčbě první zemře a druhý se uzdraví.

Není pochyb o tom, že se většina nemocných cítí nejlépe v teple svého domova mezi svými. Rodiny se většinou chtějí o nemocného člena postarat, ale bohužel často nevědí, jak na to. Rodinám je nezbytné dodat nejen psychickou podporu, ale i odbornou pomoc. Některé ošetřovatelské úkony se jednotliví členové mohou snadno naučit.

V odborné terminologii je rozlišována domácí péče prováděna laiky (home help) nebo profesionály³⁴ (home care).

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

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

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

³⁴ Lékař, sestra, sociální pracovník.

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

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

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

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

1.4.2 Vžít se do situace nemocného

Nemocný přichází o „všechno“. Jde o postavení ve společnosti, životní jistotu, pravidelný rytmus, volnost pohybu a dalších aktivit. Teď k tomu přibyla bolest, utrpení, obavy, co bude dál, mnohá vyšetření, spolupacienti a mnoho dalších nepříjemností, které jsou spojeny s nemocí.

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

Z definice zdraví, jak nám ji předkládá Světová zdravotnická organizace (WHO), lze vyvodit čtyři okruhy potřeb nemocného člověka: *biologické, psychologické, sociální a spirituální*. Pokud víme, jaké má potřeby nemocný pacient, můžeme mu snadněji pomoci v jeho nejtěžších chvílích. Jak už bylo naznačeno, každá nemoc potřebuje individuální přístup. Průběh nemoci se v jednotlivých fázích mění a s tím se proměňují i potřeby pacienta.

Schopnost vyrovnávat se s problémy nemoci je naprosto individuální. S určitým rizikem se na jedné straně dopouštíme přílišného zjednodušení lidské osobnosti, proto je dobré rozdělit lidské jedince do dvou základních skupin: na jedné straně máme lidi, kteří kladou důraz na rozum a jsou racionálně založení, a na straně druhé jsou lidé, kteří vzdorují a snaží se vyhnout nastalé situaci. Většina dnešních lidí se nachází někde mezi těmito dvěma

³⁷ Srov. PERA, Heinrich; WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku*, s. 71.

extrémy. Pokud volíme způsob, kterým budeme chtít pomoci, většinou se přikloníme k jedné skupině.³⁸

1.4.2.1 Potřeby biologické

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

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

1.4.2.2 Potřeby psychologické

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

Pacient potřebuje komunikovat se svým okolím, na což se často zapomíná. Každý z nás potřebuje pocit bezpečí, proto je velmi důležité nelhat nemocnému ohledně jeho diagnózy, tj. neříkat nic, co by potom musel člověk později odvolávat. Pokud pacienta zklame jeho ošetřující lékař, je to velmi smutné, ale je-li to někdo nejbližší z rodiny, např. manželka

³⁸ Srov. PARKES, Colin a kol. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, s. 73–74.

³⁹ Ozařování, chemoterapie, hormonální léčba.

nebo děti může ho to zasáhnout mnohem hlouběji. Další zásada je říkat nemocnému jen tolik, kolik je nezbytně nutné.⁴⁰

1.4.2.3 Potřeby sociální

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

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

Pokud musí čelit nemoci lidé, kteří mají racionální přístup k životu, pokoušejí se vytvořit plán a nalézt nějaký způsob, jak i nadále mít věci pod kontrolou. Těžko se smiřují s tím, že existuje něco, nad čím nemohou mít plnou kontrolu. Nedokáží si připustit, že situaci nemají pevně v rukou, své potíže přikládají léčbě, ztrácí postupně důvěru k lidem kolem sebe, zpochybňují každé rozhodnutí, které učiníme ve snaze pomoci jim. V konečném důsledku se z nich stávají velmi problémoví pacienti.

Opakem jsou lidé, kteří dávají své emoce najevo a mají srdce na dlani, jak se říká. Většinou mají nízké sebevědomí ohledně toho, že by mohli ovlivnit nějak věci kolem sebe, na druhé straně druhé jsou spokojení, když to mohou nechat na ostatních. Tito lidé většinou přilnou k někomu z rodiny, lékaři nebo sestřám, ve kterých vidí najednou všemocné bytosti. Jsou vděční za všechno, co pro ně uděláme, dávají přednost hlavně tomu, aby se sami

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

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

nemuseli rozhodovat. V neposlední řadě dochází na slzy a pláč, které v nás někdy vyvolávají pocity viny za to, že nejsme tak všemohoucí, za jaké nás nemocní někdy mylně považují. O tom, zda nemocná osoba klade důraz ve svém životě spíše na rozum, nebo na city, rozhoduje často prostředí, v kterém se pacient vyskytuje.⁴²

1.4.2.4 Potřeby spirituální

Spirituální potřeby pacienta považuje stále ještě mnoho lidí, včetně ošetřujících, za jakési uspokojení potřeb věřících. Spirituální potřeby pacienta nejsou totéž, co potřeby psychologické, s nimiž bývají obvykle zaměňovány.⁴³

Mnozí duchovní, kteří jsou pověřeni touto službou, na ni nejsou nijak připravováni. Duchovní, který vstoupí do pokoje nemocného, je většinou cizí osoba, a pokud má před sebou pacienta, který z víry nežije, je ve velmi těžké situaci. Pacient si klade v průběhu své nemoci spoustu závažných otázek po smyslu života. Člověk v takové situaci potřebuje vědět, že jeho život měl smysl a že do poslední chvíle má smysl. Osoba duchovního by tomu měla z velké části pomoci.⁴⁴

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

Jak má tedy duchovní přistoupit k této službě? Musí být dostatečně otevřený nejen k tomu, aby nemocným radil, ale aby také sám jim mohl naslouchat a učit se od nich. V této situaci je nejdůležitější se zamyslet nad tím, jak jedním sám, pokud jsem nemocný nebo se dostanu do těžké situace. Duchovní je tu proto, aby zprostředkoval nemocnému uzdravující moc a sílu víry, aby mohl žít plněji. Měl by vnímat jednotlivé potřeby nemocných a také se odpovědně připravovat na jednotlivá setkání, jsou totiž jiná než v kostele.⁴⁵

Styl vystupování se mění, pokud přichází duchovní poprvé k pacientovi a také závisí na tom, zda je nemocný věřící, či nevěřící. Většina přítomných bývá většinou nevěřících a pacienti se často mění. Je téměř skoro vždy nutné začínat znova při pravidelných návštěvách.

⁴² Srov. PARKES, Colin a kol. op. cit., s. 75.

⁴³ SVATOŠOVÁ, Marie; JIRMANOVÁ, Marie. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998, s. 29.

⁴⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 21.

⁴⁵ Srov. PERA, Heinrich; WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku*, s. 25.

Návštěva s sebou může nést jak pozitivní aspekt, tak i bohužel negativní. Většinou se setkáváme s pozitivní reakcí a to především proto, že přináší nemocnému změnu. Před nemocným stojí osoba, která je mu plně k dispozici. Duchovní je představitelem církve, na to nesmíme zapomínat. Pro mnohé pacienty to může vyvolat dosavadní špatné zkušenosti s církví. Musí se naučit zacházet i s těmito nemocnými velmi opatrně. Mnozí mají totiž tendence svádět špatné věci ve svém životě na Boha, papeže, biskupy nebo církve. Tito lidé mají většinou velmi zkreslené představy, ale i s tím se musí umět duchovní poprat, protože do takových situací se dostává často.⁴⁶

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

Pomoc duchovního je bezesporu nezbytná. Jeho úkolem není však zastupovat odborné působení psychoterapeuta. Proč je to tedy potřebné a jeho pomoc žádaná? Již bylo řečeno, že člověka bereme v jeho celistvosti, což bohužel zdravotnická péče mnohdy zanedbává. Když si pak doktoři a ošetřující uvědomí, že jejich možnosti jsou často omezené, dostávají se tak často do slepé uličky. Zde by měla být právě pomocná ruka duchovního, kterého pacienti vnímají jako společníka, zdravotní personál pak jako spolupracovníka. Duchovní se tak setkává s celým člověkem a společně s ním hledá cestu v jeho současné situaci.⁴⁷

1.4.3 Naděje v nemoci

Běžná představa lidí chápe naději jako jisté očekávání nebo dokonce vnitřní přesvědčení o tom, že budoucnost bude lepší než současnost. Život každého člověka však provází trápení a nejrůznější starosti, obavy. Neexistuje mnoho lidí, kteří by mohli tvrdit, že ve svém životě žádné problémy nezažili a v budoucnu je mít nebudou.⁴⁸

Fenoménu naděje však bylo doposud v odborné literatuře věnováno jen velmi málo pozornosti. Se slovem naděje se přitom setkáváme poměrně často, protože z pojmu naděje se stal v běžném životě určitý kýč, hlavně při vyslovování stereotypních frází typu „Naděje umírá poslední“, „Hlavně neztrácej naději“. Určitě někdo z nás někdy toto přirovnání použil.

⁴⁶ Srov. PERA, Heinrich; WEINERT, Bernd. op. cit., s. 26.

⁴⁷ Srov. PERA, Heinrich; WEINERT, Bernd. op. cit., s. 27–28.

⁴⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie.*, s. 86.

Otázkou ovšem je, zda nám někdy došlo, jaký skutečný význam mají tato rčení. Význam, který bude určitě jiný u zdravého člověka než u nemocného, který se ocitl na pokraji svých sil a bojuje proti nepřízni osudu.

Na definici naděje se můžeme podívat z několika různých pohledů. Asi nejvíce je věnováno pozornosti ze strany filozofie, psychologie a teologie. Ačkoliv chápání naděje v jednotlivých oborech se mohou lišit, v zásadě zůstávají vždy stejné.⁴⁹ Například Etymologický slovník jazyka českého uvádí definici naděje jako „*důvěra či víra v něco příznivého*“⁵⁰, psychologický slovník používá následnou charakteristiku „*emoční postoj charakterizovaný očekáváním něčeho příznivého, například o výsledku léčby*“⁵¹.

Lékař Herbert Plügge, jehož úvaha *O naději* vyšla v pozoruhodném sborníku prací s názvem *Bolest a naděje*, hovoří o vyšší nadčasové naději, jejímž obsahem je záchrana osoby. Naděje je pro člověka důležitá, protože umožňuje další život.⁵²

Naději můžeme definovat také z hlediska náboženského. Jde o jinou úroveň uvažování, odlišnou od předchozích. Naděje zde závisí na okolnostech člověka, v nichž se ocitl, a na pomoci druhých lidí. Křesťanská naděje je víc než jen lidský postoj, bez něhož žádný život nemůže obstát. Víra v Boha je současně i zdrojem naděje. Je to hnací motor, který nás pohání a díky kterému víme, že naše konání má smysl. Co Bůh vykonal zejména při přípravě Kristova příchodu a skrze Krista činí, znamená pro křesťana, že to nejlepší teprve přijde. Naděje se stává jistotou, v níž jsme bezpečně zakotveni (Žid 13,14), a doufáme, že nás tato naděje nikdy nezklame (Řím 5,5). Naděje nemůže pro věřícího člověka existovat bez víry a prokazovat lásku nelze bez naděje.

Pojďme stranou od úvah o naději a zaměřme se nyní na to, jak nevzít naději umírajícímu. Zda vůbec posilovat naději v nemocném, což nutně nemusí znamenat, že mu budeme lhát. Kategorie naděje je odvozena z kategorie možností. Možnosti mohou být reálné, či nereálné, blízké, či vzdálené. Pro nevléčitelně nemocné a umírající se naděje redukuje na možnosti fiktivní. Vrátime-li se do každodenní klinické praxe, pak bychom měli důsledně odlišovat **naději reálnou, částečně reálnou a iracionální** a podle toho také jednat.⁵³

Reálná naděje se poskytuje tam, kde jsme přesvědčeni, že existují možnosti k jejímu uskutečnění, ale jsou i prakticky dostupné. Částečně reálnou poskytujeme tam, kde je možné dosáhnout aspoň dočasného zlepšení stavu nebo subjektivní úlevy.

⁴⁹ Srov. KINGSHORN, S., GAMLIN, R. *Palliative nursing: bringing comfort and hope*. 1st ed. Edinburg: Bailliere Tindall, 2001, s. 117–118.

⁵⁰ MACHEK, Václav. *Etymologický slovník jazyka českého*. 3. vydání. Praha: Academia, 1971, s. 387.

⁵¹ HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 338.

⁵² Srov. PLÜGGE, Herbert. *O naději*. Praha: Vyšehrad, 1971, s. 241–243.

⁵³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 87.

Nevyléčitelně nemocný člověk již ví své, a proto utěšující řeči o tom, že se uzdraví, nebere vážně. Je však otevřen různým postupům, u kterých může věřit, že mu přinesou zlepšení nebo úlevu. Má opět vůli bojovat za každý den bez bolesti, ve které se může radovat z přítomnosti blízkých.⁵⁴

Mnohdy si někteří lidé pletou naději s optimismem. Lékaři a ošetřující personál bývají přesvědčeni, že těžce nemocnému je potřeba dodat „trochu toho optimismu“, a příbuzní neskrývají, že se jim to nedaří. Jen málo komu to dojde a položí si otázku, proč se to tak děje. Mírou naděje v takto hlubokém smyslu slova není totiž míra rozveselení z dobrého běhu věcí, ale spíše míra schopnosti usilovat o něco proto, že je to dobré, a nikoliv pouze proto, že to má zajištěno úspěch. Čím více je situace nepříznivější, tím hlubší se tato naděje stává. Není to přesvědčení, že něco dopadne dobře, ale jistota, že má něco smysl – bez ohledu na to, jak to dopadne.⁵⁵

„Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze po pravdě přiznat, že je to vážné nebo těžké. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoliv na beznaději.“⁵⁶

1.5 Smysl bolesti a utrpení

Bolest doprovází lidstvo od nepaměti a je neodmyslitelnou součástí života každého člověka. Navzdory této odvěké zkušenosti bolest nepřestává být inspirací pro umělce, záhadou pro vědce a filozofy a často bohužel pohromou pro jednotlivce, kteří se s nějakou její formou v průběhu života setkají. I přes staleté snahy o její vysvětlení lze s určitou nadsázkou říci, že stojíme pouze na prahu pochopení složitého mechanismu vzniku a průběhu bolesti. Bolest je totiž vícevrstevným fenoménem, než by se mohlo na první pohled zdát.

V této části své práce bych chtěla uvést několik definic pro termín „bolest“. Stanovit tu správnou, zcela jednotnou a ucelenou je velmi obtížné. Proto jich existuje několik. Já zde představím ty, které podle mě nejlépe vystihují podstatu bolesti.

Nejčastěji používanou definicí je ta, kterou přijala Světová zdravotnická organizace (WHO):

„PAIN is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.“⁵⁷

⁵⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. op. cit., s. 88.

⁵⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život : kapitoly z psychoonkologie*. Praha: Univerzita Karlova, 1991, s. 304–305.

⁵⁶ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 31.

⁵⁷ BOLEST je nepříjemný smyslový nebo emoční zážitek spojený s přímým nebo hrozícím poškozením tkání, nebo který je v tomto smyslu popsáný.

Pro zjednodušení je možné použít i definici následující: „*BOLEST je to, co pacient za bolest považuje, v místech, kam sám ukazuje.*“⁵⁸

Lékař Štěpán Rucki, významný český pediatr popisuje bolest takto:

„*Bolest je nepříjemný vjem a zkušenost, která chrání náš organismus před poškozením. Je to varovný signál, který nelze vypnout a který ukazuje, že v našem těle není něco v pořádku, hrozí poškození či dochází k přetížení některé jeho části. Důležité je, že bolest je mimo náš dosah, nelze ji zastavit otočením knoflíku a je natolik nepříjemná, že nás nutí k akci. Kdyby pocit bolesti neměl tyto charakteristické vlastnosti, výstražný systém by nefungoval.*“⁵⁹

Pro ošetřovatelství existuje definice podle McCaffery, který definuje bolest:

„*Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí.*“⁶⁰

Podstatou této definice je ochota zdravotníků věřit pacientovi jeho bolest. Vždy se jedná o zcela individuální, subjektivní zkušenost každého jedince a jako taková musí být respektována.

Bolest je tedy základní lidskou zkušeností, která člověka doprovází po celý život. Již Cicero konstatoval, že „*mortalis nemo est, quem non anttingat dolor morbusque*“⁶¹ (smrtný není ten, jehož se nedotkla bolest a nemoc).

Bolest je nejčastěji považována za zdroj utrpení, a to do té míry, že oba dva pojmy jsou obvykle spojovány. Ačkoliv výrazy „utrpení a bolest“ mohou být považovány za stejné, rozdělujeme bolest na *fyzickou, psychickou* nebo *duchovní*. Rozdíl se zakládá na dvojí podstatě člověka a ukazuje prvek tělesný a duchovní. *Bolest fyzická* je to, čím nějakým způsobem „bolí tělo“, avšak *duchovní utrpení* je „bolest duše“.⁶²

Lidé se nejvíce bojí, že budou muset ve svém životě trpět. Bolest jako taková je brána jako veskrze negativní jev. Je důležité si ale uvědomit, že v některých případech může být i jevem pozitivním. V určité chvíli je pro nás bolest alarmem, který nám může dokonce zachránit život, aniž bychom si to uvědomovali.

Potom každý uzná, že tato bolest je vlastně velice užitečná. Jedná se však pouze o *bolest aktuální*, protože opakem je *bolest chronická*, která není pouhým varováním, jelikož přechází v nemoc jako takovou.⁶³

⁵⁸ *Bolest obecně.* (18. 4. 2008) [2012-09-10]. <<http://www.ulekare.cz/clanek/bolest-obecne-1129>>.

⁵⁹ RUCKI, Štěpán. *Je někdo z vás nemocen? : křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení.* Praha: Návrat domů 2007, s. 55.

⁶⁰ SOFAER, Beatrice. *Bolest : Příručka pro zdravotní sestry.* Praha: Grada Publishing, 1997, s. 23.

⁶¹ MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A až po Z.* 1. vydání. Praha: Grada, 2005, s. 74.

⁶² Srov. SD 5.

⁶³ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet,* s. 26.

1.5.1 Bolest akutní a chronická

Bolest bývá charakterizována jako akutní a chronická.

Akutní trvá několik hodin, maximálně několik dnů nebo týdnů. Vzniká na základě poškození tkáně nebo orgánu (např. při úrazu). Akutní bolest je charakterizována jako varování před nebezpečím, jako volání postiženého o pomoc, které je určeno druhým lidem. Lokalizace akutní bolesti je obvykle dobře určitelná. Neléčení akutní bolesti vytváří nebezpečí přechodu bolesti do chronické fáze.

Jako chronická je označována bolest trvající déle než šest měsíců. Z každé akutní bolesti může vzniknout bolest chronická, protože každý bolestivý podnět vyvolává v nervovém systému trvalé změny. Práh vnímání bolesti může být někdy natolik snížen, že již jen nepatrné vnější podněty vyvolávají pocit bolesti. Tu a tam jsou nervové buňky podrážděny natolik, že k pocitu bolesti není nutný žádný podnět. Dosud nebylo však přesně vysvětleno, jaké mechanismy se u chronické bolesti uplatňují a jak jim efektivně předcházet.⁶⁴

Souhrnně lze říci, že pro aktuální bolest je typický přechodný charakter, ale chronická bolest dovede dlouho potrápiti.

Avšak léčba bolesti udělala v posledních letech velký krok dopředu. Jakým způsobem a na jaké úrovni lze odstranit, zmírnit nebo tlumit bolest, je záležitostí ošetřujícího lékaře. Nejde jen o podávání analgetik, která účinně mírní bolest. Patří sem například i některé operativní zákroky, ozařování, chemoterapie nebo hormonální léčba. V neposlední řadě nezapomínejme na láskyplnou péči a pochopení, že i v této situaci má život smysl. Tím se zabývá poměrně nový obor nazvaný *paliativní medicína*, spojený s hospicovou péčí.⁶⁵

Pro začátek se můžeme řídit základním pravidlem, které již bylo řečeno výše, že každý vnímá bolest jinak a pro nemocného je důležité, abychom mu věřili. A nejen to, máme povinnost respektovat jeho rozhodnutí, ať už je jakékoliv.⁶⁶

Stanovme si proto realistické a splnitelné cíle, jak pomoci ve snášení bolesti nemocnému.

Jedná se o následující cíle:

- bez bolesti se vyspat,

⁶⁴ *Bolesti – obecně* [2012-09-11]. < <http://www.beznenemoci.cz/bolesti/bolest-obecne/popis>>.

⁶⁵ Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stavu) a jejich blízkým účinnou pomoc, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující. Hospicová péče je určena většinou pro pacienty s onkologickým onemocněním, přijímání jsou ale i pacienti s jinými druhy nevléčitelných onemocnění, většinou v terminálním stadiu onemocnění. Hospicová péče se poskytuje jak v lůžkových hospicových zařízeních, tak i doma ve spolupráci s rodinou nemocného (např. domácí hospic Cesta domů v Praze).

⁶⁶ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 27.

- bez bolesti v klidu odpočívat,
- bez bolesti se pohybovat.⁶⁷

První dva body se dají splnit celkem vždy. Pohyb bez bolesti je už trochu obtížnější, ale někdy pomůže i obyčejná úprava životního stylu nebo různé jiné pomůcky, jako je třeba polohovací lehátko, které je velmi šikovné pro manipulaci s pacientem. Vše záleží na tom, jak dokáže fungovat komunikace mezi pacientem a lékařem, rodinou a lékařem, pacientem a rodinou a jak lékař dokáže účinně léčit bolest.⁶⁸

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

1.5.2 Bolest na biologické úrovni

Bolest je pocit nepříjemný do té míry, že se mu chce vyhnout každý člověk. Pokud se nám to nedaří, reaguje náš organizmus na tento podnět nepříznivě.⁶⁹ Bolest nezůstane nikomu neznámá a má funkci varovného signálu. Toto je velmi důležité při akutní bolesti. U projevů bolesti při nevléčitelné nemoci nejde o ochranný prvek, ale následek terminálního onemocnění. Jedná se o bolest chronickou, která zasahuje celého člověka, který už není schopen zabývat se ničím jiným než svou bolestí.

Konkrétní bolesti nás vedou k tomu, aby se jim věnovala pozornost a dělalo se všechno pro jejich nápravu, dokud se problém nevyřeší.⁷⁰

Dnešní společnost má jiný pohled na problém bolesti než několik generací před nimi. Změnilo se hlavně chápání bolesti jako každodenní součásti našeho života, kterou však vytěsňujeme na samotný okraj, kam nám to dovolí medicína a farmakologie. Často je považována za vetřelce, který se musí odstranit.⁷¹

Pokud hlouběji pátráme po smyslu bolesti, dostaneme se i k otázce: „Kde je Bůh, když to bolí?“⁷² „A nebyl by pro trpícího rychlý konec lepší?“ Zastánci aktivní eutanazie často argumentují nesnesitelnými bolestmi, což je při dnešní úrovni dostupné analgetické léčby pokrytectví. Je sice pravda, že u téměř čtvrtiny pacientů není bolest dostatečně léčena, to však není tím, že by snad chyběly prostředky, ale tím, že zdravotnický personál mnohdy nezná nebo neaplikuje správnou léčbu.⁷³

⁶⁷ SVATOŠOVÁ, Marie. op. cit., s. 27.

⁶⁸ Viz příloha č. 1.

⁶⁹ RUCKI, Štěpán. *Je někdo z vás nemocen?*, s. 53.

⁷⁰ Srov. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života*, s. 71.

⁷¹ Srov. RUCKI, Štěpán. *Je někdo z vás nemocen?*, s. 54.

⁷² Srov. YANCEY, Philip. *Kde je Bůh, když to bolí?* Praha: Návrat domů, 2003.

⁷³ Srov. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada, 2004, s. 19.

Křesťanství zastává názor, podle kterého bychom měli ulehčit utrpení tam, kde můžeme, a pomáhat utrpení nést tam, kde je odstranit nemůžeme. V žádném případě bychom však neměli odstranit problém utrpení tím, že odstraníme trpícího.⁷⁴

1.5.3 Utrpení na psychologické úrovni

Stejně jako fyzická bolest je i bolest emocionální jakýmsi signálem, že něco není v pořádku. Psychické utrpení se v lidském životě vyskytuje v tisícerých podobách. Například ne každý zůstává s milovanou osobou, protože ta se ubírá vlastní cestou (odloučení matky od dcery, která odchází z domu) nebo umírá; každý nemůže dělat práci, která by byla jeho koníčkem, a též nemusí dosáhnout cílů, které si ve svém životě stanovil, atd.⁷⁵

Utrpení na emocionální rovině mívá podobu ztráty pevné půdy pod nohama, ztráty smyslu života, ztráty naděje, pocitu neodčinitelné a neodpustitelné viny, strachu ze smrti, strachu z toho, „co bude potom“.⁷⁶

Většina z bolestí, které lidé zakoušejí, je v první řadě původu psychického. Aktuální prožívání, uvažování a z toho vyplývající chování nemocného působí jako silný stresor-zátěž, s níž se nemocný musí nějak vyrovnat. Obranné reakce mohou být různé a projevují se samozřejmě nejenom v oblasti prožívání, ale ovlivňují i způsob uvažování a chování nemocného. Zpracování závažného onemocnění probíhá ve fázích, které mají individuálně specifický průběh i délku trvání (Fáze podle Kübler-Rossovové viz kapitola 1.2 Reakce na závažnou diagnózu a její prožitek).⁷⁷

1.5.4 Bolest a utrpení v pojetí člověka jako celku

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

„Utrpení je specifickým stavem velkých těžkostí, způsobených ztrátou integrity, neporušenosti, soudržnosti nebo celistvosti osoby anebo hrozbou, v níž člověk věří, že povede ke zrušení integrity člověka. Utrpení trvá tak dlouho, dokud integrita není zrestaurována nebo dokud hrozba nepomine.“⁷⁸

⁷⁴ VÁCHA, Marek. *Místo, na němž stojíš, je země posvátná: o kruhu úcty k člověku, přírodě a celému vesmíru*. Brno: Cesta, 2008, s. 144.

⁷⁵ Srov. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života*, s. 72.

⁷⁶ SLÁMA, Ondřej. *Utrpení terminálně nemocných a paliativní medicína*. [2012-09-13]. <http://www.skzcr.cz/files/05_Utrpeni_terminalne_nemocnych_a_paliativni%20medicina.pdf>.

⁷⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999, s. 63.

⁷⁸ CASSEL, EJ. *Pain and suffering*. In: REICH, WT. (Ed.) *Encyclopedia of Bioethics*, revised edition. New York: Simon and Schuster Macmillan, 1995, s. 1897–1905.

Lidé, jak již bylo uvedeno v minulé kapitole, mohou trpět fyzickou bolestí, jejíž příčinou je jejich nemoc, ale mohou také trpět emocionální a psychickou bolestí, která přichází se ztrátou všeho, čím byli, i toho, čeho si ještě v životě přáli dosáhnout.⁷⁹

Skutečná krize pro člověka přichází tehdy, když už neví, proč má bolest a utrpení vůbec snášet. Najednou se zdá, že už nic nemá smysl. K této nesmyslnosti se později přidává i bezvýchodnost situace. Člověk má dojem, že bolest a utrpení ho nemohou vést k ničemu dobrému a jeho budoucí život je v troskách. Lidská osoba dokáže snášet neuvěřitelné bolesti a utrpení, dokud ví, proč je má snášet a k čemu to je. Pokud si však smysl neuvědomuje, je zasaženo jeho nejhlubší nitro a ztrácí tak smysl života.⁸⁰

Smysl snášení určitých tělesných bolestí a přijetí utrpení má zcela logické zdůvodnění. Pokud v dětství onemocníme, může nám to pomoci k tomu, že tělo získá určité obranné síly a později již touto nemocí nebude ohroženo. Nebo může utrpení přispět k tomu, že člověk určitým způsobem „zmoudří“, a tak získává větší porozumění pro ostatní.⁸¹

Trpící člověk může proti svým bolestem sice protestovat, ale také se může naučit pokoře. V krizi, která vzniká nezměnitelným utrpením, jsou myslitelné jen tři možnosti pomoci:

- a) víra a důvěra v Boha,
- b) soucit a pochopení nejbližšího okolí,
- c) vlastní stabilní naplnění smyslu.⁸²

Jistota, že pomůže Bůh, ostatní nebo že nalezneme oporu sami v sobě, to mohou být naše jistoty při konfrontaci se životem.

Další příklad, jak hledat smysl bolesti a utrpení, nalezneme u Viktora E. Frankla, který je zakladatelem logoterapie⁸³ a věnuje ve svých dílech utrpení nemalou pozornost. Ráda bych citovala z jeho knihy, kde popisuje, jak „psycholog prožívá koncentrační tábor“: „*Má-li život vůbec nějaký smysl, pak jej musí mít i utrpení. Protože utrpení k životu jaksi náleží - právě tak, jako k němu náleží osudovost a smrt. Nouze a smrt teprve tvoří z lidského života celek.*“⁸⁴

Nejvyšší výkon člověka a jeho hrdinství spočívá právě v postoji, který zaujme vůči utrpení. Žijeme v době, kdy se hodnocení člověka stále mění. Všestranná zdatnost člověka se stala základní ctností, úspěch cílem, výkon základem naší společnosti, kde každý jedinec

⁷⁹ Srov. BYOCK, Ira. *Dobré umírání*, Praha: Vyšehrad, 2005, s. 79.

⁸⁰ Srov. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života*, s. 73.

⁸¹ Srov. VÁCHA, Marek. *Místo, na němž stojíš, je země posvátná*, s. 143.

⁸² LUKASOVÁ, Elisabeth. *I tvoje utrpení má smysl : logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998, s. 64.

⁸³ Léčení nemoci pomocí nalézání smyslu.

⁸⁴ FRANKL, V. E. ...*A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996, s. 125.

hraje svoji důležitou roli. Smysl života je tak zaměřen na konzum, růst, pokrok, dokonalost a zlepšování životní úrovně v každém ohledu. A právě toto myšlení je velmi nebezpečné pro trpícího člověka, který je tak odsunut na druhou kolej a je považován za nepotřebného.⁸⁵

Člověk postižený těžkým utrpením je zpravidla závislý na pomoci druhých, trpí ztrátou sebejistoty i sebedůvěry a má sklon Bohu vyčítat své trápení. Bolest však obsahuje také rysy pozitivní: pomáhá nám uznat omezení našich sil, činí nás citlivějšími k těžkostem druhých, otevírá cestu k nalezení smyslu života a vybízí k myšlenkám na Boha. Proto se snažme z plných sil respektovat originalitu každého člověka a jeho svobodu, abychom ho lépe vnímali a poskytli mu kvalitní péči. Tím si zasloužíme jeho důvěru a pak pro nás nebude problémem mu lépe pomoci v jeho bolesti a utrpení.

1.5.5 Teologická dimenze lidského utrpení

Utrpení a nemoc i přes svůj negativní vliv na psychiku a emoce člověka nemusí nutně zničit v člověku vše dobré. Berme je spíše jako zastavení se na cestě životem. V dnešní době nemáme moc příležitostí přemýšlet o těchto věcech, a proto doba nemoci je mnohdy jedinou příležitostí, která se nám naskytne. Dokonce nestojí ani v protikladu Boží lásky k lidem, jak si lidé myslí, ale je to přesně naopak. Lidé v těžkých chvílích hledají nové, spolehlivější hodnoty a měřítka pro svůj život. Tak dochází k určitému přehodnocení života a s odstupem času chápou nemoc jako den, kdy se jejich životě něco změnilo. Existují dokonce i případy, kdy se lidé skrze nemoc a utrpení obrátili k Bohu.⁸⁶

Situace není tak jednoduchá, abychom ji mohli paušalizovat. Nelze říct, že bez nemoci a utrpení se člověk nezmění a že každá nemoc a utrpení automaticky vedou ke kladným změnám v životě. Jde jen o jednu z možných cest života, která s vírou v Boha může přinést mnoho užitečného. Utrpení a bolest umožňují zrání víry člověka a vedou ho k novému hledání hodnotnějších věcí v životě.⁸⁷

Nemoc a utrpení nejsou dobré, ale paradoxně nám mohou něco dobrého přinést. Je to příležitost, kdy se může vytvořit něco nového. Člověk může poznat nové dimenze v životě, prohloubit svůj vztah k Bohu a někdy se dokonce skrze nemoc k Bohu obrátit.⁸⁸

Nemocný těžce nese to, že je závislý na svém okolí, trpí pocitem méněcennosti, nejistoty a ztrácí důvěru ke svému okolí, ale také důvěru v Boha. To v sobě zahrnuje

⁸⁵ Srov. ANDRT, Miroslav. *Úvahy nad úlohou člověka v dnešním světě a nadcházející době* [2012-09-14]. <<http://www.szs.ecn.cz/clanky/Andrt.pdf>>.

⁸⁶ Srov. RUCKI, Štěpán. *Je někdo z vás nemocen?*, s. 58.

⁸⁷ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, s. 62.

⁸⁸ RUCKI, Štěpán. *Je někdo z vás nemocen?*, s. 62.

negativní aspekt, ale pozitivní je, že člověk díky tomu pozná svoje limity, snaží se přemýšlet nad svým životem a hledat jeho smysl. Není moc důležité, co nás v životě potká, ale to, jak se s tím vypořádáme.⁸⁹

Trpící lidé jsou si podobní svým stavem, v němž žijí, i když každý prožívá bolest a utrpení různě, přece mají všichni stejnou představu o laskavé péči. Největší jejich otázka ale stále směřuje po smyslu utrpení.⁹⁰

Z toho, co již bylo řečeno, vyplývá, že utrpení má *smysl lidský* – člověk v něm nachází sám sebe, svoji důstojnost, životní poslání a zároveň *smysl nadpřirozený* – je zakořeněn v Božím tajemství vykoupení světa.

Stanovit jasný smysl utrpení je velice těžké. Proto bych na závěr uvedla pár vět od brněnského biskupa, které smysl utrpení definují takto:

„Při hledání smyslu utrpení nacházíme jen částečnou odpověď. Bolest je spojená se zlem a zlo je tajemství. Při náležitém úsilí se nám občas podaří poodhrnout oponu, ale plného poznání smyslu všech životních proher a nesnází se nám během života zde na zemi nedostane. Skutečný smysl lidské bolesti, nemoci a utrpení je možno nalézt pouze v řádu spásy.“⁹¹

1.5.5.1 Utrpení z hlediska knihy Job

Mnoho nemocných a trpících lidí by si přálo, aby je Bůh v jejich utrpení navštívil a vysvětlil jim, proč je to všechno potkalo a jak mohou skloubit své utrpení a nemoc s osobou milujícího Boha.⁹²

Přece kdyby na tomto světě byla spravedlnost, určitě by nevinní netrpěli. Tímto způsobem si mnozí lidé snaží vysvětlit smysl utrpení na tomto světě, které vychází z předpokladu, že si zasloužíme to, co se nám stalo, a že naše neštěstí přišlo jako trest za naše hříchy. Vždy si dokážeme najít důvod, proč se nám to děje. Myšlenka, že vlastně Bůh nám dává to, co si zasloužíme, a že naše hříchy jsou příčinou našeho neštěstí, je pro nás pohodlná a nemusíme se dále zabývat touto problematikou. Jediná reakce pak na danou situaci pak je, že pomalu z milujícího Boha se stává náš úhlavní nepřítel, se kterým nechceme mít nic společného.⁹³

V knize Job se však setkáváme s jinou skutečností. Radikálně se v ní mění perspektiva, protože utrpení bylo dosud představováno jako mzda hříchu, ovšem nyní trpí ten,

⁸⁹ Srov. CIKRLE, Vojtěch. Smysl bolesti a utrpení. *Scripta bioethica*. Brno: Hippokrates, 2003, č. 1, s. 4.

⁹⁰ Srov. SD 8.

⁹¹ CIKRLE, Vojtěch. Smysl bolesti a utrpení. *Scripta bioethica*, č. 1, s. 5.

⁹² RUCKI, Štěpán. *Je někdo z vás nemocen?*, s. 59.

⁹³ Srov. KUSHNER, Harold. *When bad things happen to good people*. United States: Random House Inc, 2000, s. 20–23.

kdo se neprovinil. Jak to, že trpí spravedlivý? Je to velmi palčivá otázka, s níž se potýká autor knihy. Utrpení spravedlivého je velkým a nesmírným tajemstvím, které se jeví pro člověka čímsi naprosto nepochopitelným.

Job je pro nás netradiční knihou v Písmu, protože nám bortí naše tradiční představy o Bohu. Proč trpí spravedlivý člověk? Jak se má vůbec chovat k Bohu? Odpověď je naznačena v úvodu knihy. Pravá příčina utrpení je v satanovi, který Hospodinu předhazuje, že je pro spravedlivého velmi snadné zůstat věrný a bohabojný, když se mu všechno daří a když mu Hospodin dopřává majetek, potomstvo i zdraví. Jedná se o jakési podobenství, které nesmíme brát doslovně. V zásadě tedy tvrdí, že utrpení Joba je příležitost prokázat Bohu větší věrnost ve zkoušce.⁹⁴ Pak následují pohromy.

Job přichází o majetek, syny, dcery a sám nakonec trpí těžkou nemocí. V tomto jeho nejtěžším období přicházejí tři přátelé. Nejprve nic neříkají, snaží se být jen s ním v tichosti. Později však začnou rozvíjet nejrůznější teorie, proč se to asi Jobovi stalo, s dobrým úmyslem vysvětlit mu jeho utrpení. Všichni, i když každý jiným způsobem, se mu snaží ukázat, že se mu to stalo na základě těžkého provinění. Názor Jobových přátel prozrazuje přesvědčení, které se objevuje v podvědomí lidského pokolení: že za přestupek, hřích či provinění, následuje „oprávněný trest“.⁹⁵

Job si je moc dobře vědom svoji nevině, a proto odporuje svým přátelům. Ve své obraně se bouří i proti samotnému Bohu. Náhle do sporu zasahuje Bůh, který kárá Jobovy přátele⁹⁶ za jejich obžaloby a prohlašuje, že Job je skutečně člověk spravedlivý.⁹⁷ „*Jeho utrpení je utrpení nevinného; a to má být chápáno jako tajemství, jež člověk svým rozumem není s to pochopit.*“⁹⁸

Autor se snažil vystihnout všechny podoby zápasu víry, jímž Job musel projít, od chvíle nejhlubšího zoufalství ke zdůvodňování vlastní spravedlnosti až k pokornému zmlknutí před Bohem. Přestože přicházejí pochybnosti a Job se ocitá až na hranici zoufalství, nikdy však nepochybuje o Boží moci a svrchovanosti. Vyvrcholením je poslední kapitola celé knihy. Job se pokojuje před Bohem a přijímá všechno v důvěře z jeho rukou. Job znal Hospodina jen z doslechu v době, kdy se mu všechno dařilo. Nyní ho vidí svými očima, tedy v utrpení.⁹⁹ Utrpení je podáno jako cesta člověka k plnému poznání Boha a jeho tajemství. Starozákonní

⁹⁴ Srov. Jb 1.

⁹⁵ Srov. SD 10.

⁹⁶ Srov. Jb 42,7.

⁹⁷ Srov. BRANTSCHEN, J. B. *Proč nás dobrý Bůh nechává trpět?* Praha: Scriptum, 1994, s. 20-21.

⁹⁸ SD 11.

⁹⁹ Jb 42,5: „Jen z doslechu o tobě jsem slýchal, teď však jsem tě spatřil vlastním okem.“

autor tak vyslovuje velkolepé proroctví o spasitelském významu utrpení spravedlivého, které se naplní v Ježíši Kristu.¹⁰⁰

Z příběhu můžeme mít pocit, že Bohu spíše záleží na naší víře než na našem blahu, ale není tomu tak. Příběh nám chce spíše ukázat, že Bůh nás slyší. Jobovo utrpení se obrací ve chvíli, kdy se modlí za své přátele, Bůh prokazuje Jobovi milost a dává mu dvojnásobek všeho, co měl dříve. Hospodin touží lidem žehnat, ne je trestat, jak si mnozí mylně myslí. Protože láska je tím nejbohatším zdrojem, s jehož pomocí lze otázku po smyslu utrpení zodpovědět.¹⁰¹

1.5.5.2 Utrpení jako zpodobnění se s Kristem

Jaký vztah má Bůh k lidskému utrpení a nemoci, se můžeme nejvíce dozvědět ze života Ježíše Krista. Ježíšův život byl nejen naplněním jedinečného Božího záměru ve spasení lidstva, ale zůstává obrovským příkladem a inspirací pro jeho následovníky. V jeho skutcích můžeme hodnotit jeho službu nemocným a trpícím, ale také vlastní účast na lidském utrpení. Nejen, že uzdravoval a pomáhal, ale také sám zakoušel utrpení.¹⁰²

Během svého pobytu na zemi Ježíš zažil osamělost, nepochopení i odvržení. Věděl, co to je mít nedostatek a být bez domova. Na vlastním těle poznal hlad, žízeň a únavu. Zakusil pocit odmítnutí a opuštění svými nejbližšími tehdy, když jejich podporu potřeboval.¹⁰³

Základní charakteristikou Ježíšova veřejného působení bylo hlásání obrácení a blízkost Božího království.¹⁰⁴ Ježíš se stavěl k utrpení lidí velmi aktivně a soucitně, jak o tom vykládají svědectví o zázračných uzdraveních. Tyto zázraky mají funkci reálného znamení a jsou jakousi svátostí přicházejícího Božího království.¹⁰⁵

Křesťané nesmějí být lhostejní k utrpení druhých. Nikdy nesmějí říkat, že utrpení samo o sobě je vlastně cestou k Bohu. Utrpení samo o sobě není dobrem, ale zlem, a proto je třeba se mu postavit. Je evidentní, že Ježíšův boj se zlem v nás a mezi námi je charakterizován trochu jinak, než bychom čekali, protože on nás chce zbavit toho hlavního zla, jímž je hřích a vzdálenost od Boha.¹⁰⁶

¹⁰⁰ Srov. Mk 10,45.

¹⁰¹ Srov. SD 13.

¹⁰² RUCKI, Štěpán. *Je někdo z vás nemocen?*, s. 69.

¹⁰³ RUCKI, Štěpán. op. cit., s. 80.

¹⁰⁴ Srov. Mk 1,15.

¹⁰⁵ POSPÍŠIL, C. V. *Ježíš z Nazareta, Pán a Spasitel*. 2. vydání. Praha: Krystal, 2002, s. 100.

¹⁰⁶ Srov. POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, s. 69–137.

On přijal kříž, *aby naplnil vůli Otce* a dokonal jeho dílo¹⁰⁷. Tajemství smyslu utrpení v řádu křesťanské víry poznáme natolik, nakolik poznáme Ježíše Krista, nakolik pochopíme motivy jeho jednání. Ten, kdo přijme pozvání *následovat Krista v lásce k Otci v Duchu Svatém*, se vydává na cestu lepšího chápání smyslu utrpení.¹⁰⁸

Snášením utrpení se přibližujeme Ježíšově solidaritě s trpícími, která nespočívá pouze v uzdravování, ale i ve skutečnosti, že vzal na sebe naše provinění a hříchy. Můžeme říci, že hlavním zlem, které nás trýzní, je vedle hříchu smrt. A právě proti smrti vystupuje Ježíš nejradikálněji tím, že ji dobrovolně bere na sebe.¹⁰⁹

Utrpení a kříž nemáme vyhledávat, ale máme je nést v tom, *co nám přináší*. Není mým úkolem dokonale poznat smysl všech křížů a utrpení. Avšak i pochopení částečné, totiž rozpoznání bolesti jako cesty ke zpodobnění se s trpícím Kristem, dává sílu k zakoušení radosti ze spojení s Kristem.¹¹⁰ Skutečnost, že Ježíš trpěl a zemřel, nezbaví náš život bolesti, ale ukazuje nám, že Bůh neseď nečinně a nedívá se, jak někde osaměle trpíme. Stal se jedním z nás. Všechny naše otázky o utrpení by měly být kladeny ve světle toho, co víme o Ježíši.¹¹¹

¹⁰⁷ Srov. Jan 4,34, Jan 5,30, Jan 6,38.

¹⁰⁸ Srov. CIKRLE, Vojtěch. Smysl bolesti a utrpení, *Scripta bioethica*, č. 2, s. 8.

¹⁰⁹ Srov. 10,45.

¹¹⁰ Srov. Zj 3,20.

¹¹¹ RUCKÍ, Štěpán. *Je někdo z vás nemocen?*, s. 80.

2. Umírání

Doprovázení umírajících vyžaduje mnoho síly a zároveň nás konfrontuje s vlastní konečností. Ten, kdo doprovází umírajícího, by měl být obeznámen s posledními a možná nejdůležitějšími životními úkoly, s nimiž se každý člověk při svém umírání musí vyrovnat. Přes hledání rozumného a věcného přístupu k umírajícímu nesmíme zapomenout, že umírání prostě k životu patří. „*Život znamená učit se milovat. Žít znamená učit se až do posledního okamžiku*“ (Cicely Saundersová).¹¹²

Umírání je poslední fází našeho života¹¹³ je – stejně jako ostatní životní fáze – výzvou, abychom si uvědomili, že smrt je součástí našeho života, a tak ukládá člověku specifické etické úkoly. Máme odpovědnost za zachování života, upevňování zdraví, za odstraňování a léčení nemocí, i za doprovázení a pomoc při umírání a přijetí vlastní smrti. Tomuto cíli slouží také lékařská pomoc a pečovatelská služba, jejíž největší zásadou by mělo být blaho nemocného v širokém slova smyslu. V křesťanství je služba nemocným a umírajícím již odedávna považována za „skutek milosrdenství“.

V poslední době udělala moderní medicína pokrok dopředu. Všechny tyto úspěchy v nás budí velký údiv. Vedou-li k vyléčení a rozumnému prodloužení našeho života, je třeba s ní z mravního hlediska souhlasit. Bohužel to sebou přináší i negativa, která jsou stále silnější a tím přinášejí mnohá nebezpečí. Fascinace stále novými možnostmi může mít za následek také nebezpečnou změnu v postoji k tomu, co medicína může, i ke smyslu života a smrti. Kdo bezmezně bude věřit technice, bude chápat medicínu jako tu, která je schopna opravit všechno poškozené, proto bude léčen, aniž by se zeptal, zda léčba vede k rozumnému vyléčení nebo k prodloužení života. Smrt se tak stává tím největším nepřítelem, který musí být všemi

¹¹² VIRT, Günter. *Žít až do konce*, s. 55; poznámka k Cicely Saundersové (22. června 1918 – 14. července 2005) byla anglická lékařka, spisovatelka a sociální pracovnice, zakladatelka moderního hospicového hnutí a propagátorka paliativní medicíny. Svůj *hospic svatého Kryštofa* v Sydenhamu v Londýně založila roku 1967. V 39 letech získala doktorát medicíny a stala se světově uznávanou kapacitou v oblasti paliativní medicíny, umírání a lékařské etiky, na tato téma přednášela na řadě univerzit po celém světě. Napsala též řadu knih a pojednání tematicky se věnujících oblastem jejího díla. Jako hluboce věřící křesťanka odmítala eutanazii a o křesťanství prohlásila, že je a zůstane základním kamenem hospicového hnutí, kamenem, který možná není vidět, ale na kterém celá stavba stojí. Za svoji práci v sociální, zdravotnické a náboženské oblasti získala nejvyšší možná ocenění: z rozhodnutí Alžběty II. se stala nejprve důstojnicí a později rytířkou Řádu britského impéria, v roce 1981 obdržela Templetonovu cenu a v roce 2001 též nejprestižnější a nejvyšší ocenění za humanitární dílo: Humanitární cenu Conrada N. Hiltona. Byla (mimo jiné) členkou *Royal College of Physicians*, *Royal College of Nursing* a *Royal College of Surgeons of England*, obdržela desítky čestných doktorátů. Zemřela na rakovinu ve výše zmíněném *hospici svatého Kryštofa*. Jejím manželem byl polský emigrant, malíř Marian Bohusz-Szyszko (1901–1995).

¹¹³ Günter Virt toto období nazývá Poslední životní úkol; Bernd Weinert jako Životní období umírání.

prostředky a za všech okolností oddalován až k nevyhnutelnému konci. Dokonce se tomu děje i tehdy, když se toho dosahuje za cenu nedůstojného prodlužování vlastního utrpení. Další nebezpečí spočívá v tom, že pacientovi, který je dlouhodobě udržován na přístrojích, může být vzata možnost, aby zemřel důstojně.¹¹⁴

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

Etické otázky, které se kladou v souvislosti s využitím moderní techniky v medicíně, jsou: „Smí lékař to, co medicína může?“; „Co je na konci života mravně přípustné a co je mravně zakázané?“¹¹⁵

Všechny pokusy o mravně zdůvodnitelnou odpověď na tyto a jiné otázky musí vycházet především z toho, že ať je lidský život v jakémkoliv stadiu, nemůžeme s ním samovolně disponovat. Člověk má právo na důstojné umírání. Pravdivý a velmi citlivý doprovod člověka na jeho poslední cestě je tedy mravně žádoucí.¹¹⁶

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

V minulosti byl umírající spíše ve středu pozornosti své rodiny, nyní se bohužel stává jen dalším „případem, číslem nebo i věcí“. Věnuje se mu sice dostatečná pozornost, bohužel je zaměřena úplně na jiné složky, než umírající potřebuje. Úspěchy moderní techniky pomohou nemocnému jen tehdy, když jejich použití vede k úspěšnému cíli, což znamená

¹¹⁴ Srov. VIRT, Günter. *Žít až do konce*, s. 56.

¹¹⁵ NĚMECKÁ BISKUPSKÁ KONFERENCE. *Život z víry*, s. 225.

¹¹⁶ Kromě doprovázení má velice důležitou roli určitá infrastruktura. Máme na mysli například zajištění vhodné místnosti pro rozloučení s rodinou a přáteli, aby tak člověk, který není schopen umírat doma mezi svými, nebo rodina není nakloněna tomuto způsobu, se mohl přece jen rozloučit se životem v kruhu svých blízkých (VIRT, Günter. *Žít až do konce*, s. 56).

vyléčení – u umírajícího však tomu tak přece není.¹¹⁷ Proto je důležité i přes tyto skutečnosti nikdy nebrat nemocnému naději.

Známé latinské přísloví praví: „**Dum spiro spero!**“ Doufat tedy znamená pro umírajícího vidět před sebou možnost – „možnost dalšího kroku“. Pokud není možnost na uzdravení, je dobré zvolit taktiku malých kroků, drobných splnitelných cílů a díky tomu držet nemocného nad vodou. Umírající se raduje sice z malých, ale zato splnitelných cílů. Dokud před sebou vidí splnitelný cíl, má důvod, proč žít.¹¹⁸

2.1 Umírání a smrt v lidských dějinách

Francouzský historik Philippe Aries tvrdí, že postoj k smrti v dějinách lidstva závisel na tom, jak si člověk uvědomoval sám sebe, svou individualitu a personalitu.¹¹⁹

Postoje ke smrti, ošetřování umírajících a s tím spojené rituály, které se v průběhu lidských dějin měnily a vyvíjely, tak jako se měnila a vyvíjela lidská společnost, lze shrnout do pěti modelů smrti:

- 1) „Ochočená smrt“ – nejstarší model smrti, kdy smrt nebyla osobní tragédií, ale zkouškou společenství, jehož úkolem bylo zabezpečení kontinuity druhu.
- 2) „Smrt sebe samého“ – model se objevuje v 11. století a posouvá osud směrem k člověku. Smrt lidé začínají považovat za osobní a poslední drama jedince.
- 3) „Smrt vzdálená i blízká“ – lidé se začali přibližovat k té podobě smrti, která jim byla dosud vzdálená.
- 4) „Smrt blízkého“ – objevuje se v 19. století a mění pohled lidí na smrt. Pozůstali se vyrovnávali se smrti blízké osoby obtížněji než dříve. Neobávali se vlastní smrti, ale smrti druhého. Tento fenomén stojí na počátku zrodu moderního funerálního kultu hrobů a hřbitovů.
- 5) „Převrácená smrt“ – objevuje se ve 20. století, kdy se mění postoj lidí ke smrti. Tabuizace, institucionalizace, deritualizace a oddalování smrti se stávají projevem selhání společnosti v postoji ke smrti i péči o umírající.¹²⁰

O počátcích lidských dějin chybějí doklady péče o umírající. O člověku doby ledové je známo, že zahrabával mrtvolu pod odpadky jídla. Historické nálezy nám ukazují, že mrtví

¹¹⁷ Srov. PERA, Heinrich; WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku*, s. 122.

¹¹⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 30.

¹¹⁹ ONDOK, Josef Petr. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005, s. 154.

¹²⁰ KISVETROVÁ, Helena; KUTNOHORSKÁ, Jana. *Umírání a smrt v historickém vývoji* [2012-09-22]. <<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423120621813827.pdf>>.

byli červeně pomalováni, snad jako výraz usmíření obětí krve. Z doby kamenné nalézáme komorové hroby nebo mohyly.¹²¹

Ve starém Egyptě je nápadný přemrštěný rozvoj kultu pohřbívání. Ještě za svého života se člověk stará, jak má být po smrti pohřben, objednává si hrob a podobně. Nejznámější je panovník Tutanchamon, díky svojí hrobce. I když je druhá nejmenší ze všech hrobek v Údolí králů, je zcela nepochybně nejslavnější. Důvod je jednoduchý – velký poklad faraona Tutanchamona, který v ní byl nalezen. Hrobka byla doslova „nacpaná“ tisíci nádhernými předměty, přičemž mnohé byly vyrobeny z masivního zlata.¹²²

Také v řeckých dějinách nalézáme doklady o tom, že zemřelí byli vybavováni vším, co potřebovali na dlouhou cestu, kterou museli podstoupit. To potvrzuje i zvyk dávat zemřelému pod jazyk peníz, kterým měl zemřelý zaplatit za převoz do Hadovy říše podsvětí. Mrtvi byli pohřbíváni do pevně zbudovaných hrobů.¹²³ Ve středověku měla smrt významné místo v životě lidí. Smrt byla společenskou událostí a člověk umíral v kruhu blízkých, uprostřed společenství.¹²⁴

Křesťanský středověk částečně pozměnil pohled na smrt. Křesťanství slibovalo, že smrtí vše nekončí a že existuje možnost zajistit si věčný život. Lidé přestali být tolik odevzdaní a začali brát zodpovědnost za svůj osud do vlastních rukou. Věděli, že budou stát před Bohem zcela sami, jen se svým životem, modlitbami a se svými dobrými, či špatnými skutky. Proto kolem sebe utkali síť prostředků, které měly zajistit lepší podmínky na onom světě.

V 18. století se lidé začali skutečně bát smrti, jako přírodního, nevázaného živlu. V současné době se iniciativa rodiny přesouvá na lékaře a ošetřující personál. Již tehdy měla nemocnice jako místo umírání určitou, i když jen podřadnou roli.¹²⁵ Postupně se strach ze smrti všeobecně rozšířil a stal se běžnou skutečností. Zvětšující se strach ze smrti měl za následek, že se ve dvacátém století se stala smrt tabu.

Křesťanská etika nazírá na smrt v rámci lidské intersubjektivitu, tj. v rámci mezilidských vazeb, které vytvářejí různá lidská společenství. K lidsky důstojné smrti patří

¹²¹ Srov. BLUMENTHAL-BARBY, Kay a kol. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum, 1987, s. 12.

¹²² FELGR, Pavel. *Starověký Egypt* [2012-09-23].

<<http://www.starovekyegypt.net/architektura/udolikralu/hrobka-tutanchamon.php>>.

¹²³ KISVETROVÁ, Helena; KUTNOHORSKÁ, Jana. *Umírání a smrt v historickém vývoji* [2012-09-23].

<<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423120621813827.pdf>>.

¹²⁴ Za špatnou smrt byla považovaná smrt náhlá, osamělá, pokoutní, beze svědků. Takto umírali poutníci na cestě, utopenci, lidé zasažení bleskem...

¹²⁵ BLUMENTHAL-BARBY, Kay a kol. *Kapitoly z thanatologie*, s. 15.

tedy i asistence a podpora těch, kteří k člověku mají lidsky blízké vztahy, a také těch, kteří jsou nějakým způsobem odpovědní za jeho léčení – lékaře a dalšího ošetřujícího personálu.¹²⁶

2.2 Podpora umírajícího

„Není mocnějšího léku než naděje. Nejneopatrnější známka pochyby ve tváři či v hlase lékařově může stát pacienta život.“

*Alex Munthe*¹²⁷

S přibývajícím věkem dochází k zaměňování dlouhodobých perspektiv za krátkodobé. Přirozený úbytek fyzických a psychických sil může vést s přibývajícím věkem k postupné rezignaci. Ve stáří se jen zřídka vyskytuje v takové míře strach o život, protože život byl už nějakým způsobem využit ve smyslu dlouhodobých perspektiv (dům je postaven, děti jsou dospělé a dokáží se o sebe postarat). Proto jsou očekávány pouze krátkodobé perspektivy a jsou přijímány jako něco, co k životu patří. Strach z umírání však bývá zachován.¹²⁸

V této kapitole bych chtěla nastínit možnosti podpory a pomoci, které může pacient při překonávání svých obtíží využít.

2.3 Přítomnost rodiny u umírajícího (domácí model umírání)

Všichni, kteří pocítují s umírajícím příbuzným hlubokou sounáležitost anebo o něj pečují, se naléhavě ptají: „Co mám dělat? Vždyť jsem tak bezmocný! Chtěl bych pomoci, ale nevěřím si.“ (To jest: Mám strach z vzájemné blízkosti.) „Rád bych pomohl, ale nevím jak.“ (To jest: Nerozumím tomu člověku, nevím, co si přeje a co očekává.)¹²⁹

Z těchto a z mnoha jiných důvodů bych chtěla přiblížit životní období smrtelně nemocného. Musím ale přiznat, že neexistuje jen jeden model, jak postupovat při práci s umírajícím. V minulé kapitole jsem popsala „chování nemocného“ podle známé lékařky Elisabeth Kübler-Rossové¹³⁰, která se zasloužila o porozumění řeči nemocného a odhalila především chování umírajícího jako neverbální komunikaci. Jinak se chová tedy nemocný ve *fázi popírání*,¹³¹ ve *fázi agrese*,¹³² ve *fázi smlouvání*,¹³³ ve *fázi deprese*¹³⁴ a ve *fázi přijetí*.¹³⁵

¹²⁶ ONDOK, Josef Petr. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 156.

¹²⁷ *Naděje*. [2012-09-24]. <<http://citáty.kukulich.cz/temata/nadeje>>.

¹²⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život : kapitoly z psychoonkologie*. Praha: Univerzita Karlova, 1991, s. 185-186.

¹²⁹ PERA, Heinrich; WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku*, s. 123.

¹³⁰ Viz příloha č. 2.

¹³¹ „Ne, já přeci neumírám, to nemůže být pravda!“

¹³² „Já však ještě žiji a dokáži ti to!“

¹³³ „Až potom, až půjde můj vnuk do školy.“

¹³⁴ „Tak přece je to tak.“

Na prvním místě musí být samozřejmě nemocný. Někteří pacienti například trpí četnými obtížemi a zhoršují se jim většinou pohybové možnosti. Jiní se stále cítí docela zdraví, takže zpráva o tom, že by za dva měsíce měli zemřít, je pro ně naprosto nepochopitelná. Míra poznání, jak jsou zdraví, se od okamžiku nemoci neřídí jejich pocity, ale výsledkem laboratorních testů a rentgenů. K nim se pak přidává ošetřující lékař s interpretací snímků, které říkají: „Ano, pacient nám umírá.“¹³⁶

Důležitou roli v doprovázení hraje rodina umírajícího. Lidé v současné době umírají jinak než v minulosti.¹³⁷ Jen málo lidí stráví své poslední chvíle ve svém bytě a v kruhu svých nejbližších. I délka umírání se v průběhu staletí podstatně změnila. Dnešní lidé umírají spíše na následky civilizačních nemocí (srdeční či oběhové nemoci, rakovina) než na sešlost věkem. Při některých onemocněních umírání tedy trvá i delší dobu.¹³⁸

Smrt v minulosti nebyla „tabuizována“, proto lidé „věděli“, jak se mají vůči umírajícímu chovat, a dokonce i umírající přesně věděl, co se od něj bude očekávat. Člověk čerpal ze své vlastní zkušenosti, protože měl většinou ve svém dětství či mládí nesčetně krát „stráž“ u lůžka těch, kteří umírali v jeho okolí.¹³⁹

Standardní postup spočíval v tom, že umírající v určitém okamžiku poznal, že se blíží jeho konec. Nechal svolat tedy členy svojí rodiny a v jejich přítomnosti sdělil poslední přání a pak se s nimi důstojně rozloučil. Příbuzní zavolali kněze, který poskytl umírajícímu útěchu nemocných¹⁴⁰ s večeří Páně.¹⁴¹ Pokud nemocný trpěl silnými bolestmi a nedařilo se je zvládnout laickými postupy, byl výjimečně volán ještě lékař, který podal zklidňující injekci morfia.¹⁴²

Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka. Někteří dokonce uměli předpovídat jednotlivé fáze umírání. Ti většinou ovládali tradiční laické ošetrovatelské úkony, které prováděli. Nabízeli například umírajícímu, který už nebyl schopen jíst tuhou stravu, polévkový vývar, později jen tekutiny. Umírajícího přikrývali různými dekami a peřinami,

¹³⁵ „Všechno má svůj smysl.“

¹³⁶ Srov. THEOVÁ, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 16.

¹³⁷ V minulosti péče o umírajícího spadala především do podoby tzv. domácího modelu umírání. O něm jako o realitě můžeme mluvit teprve v posledních dvou staletích. Většinou byla péče prostých lidí laická, často dokonce žádná.

¹³⁸ Srov. PERA, Heinrich; WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku*, s. 131.

¹³⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 26.

¹⁴⁰ Poskytnutím svátosti nemocných kněz připravil těžce nemocného na neznámou cestu. V této souvislosti mnozí laici užívají nepřesný pojem poslední pomazání, které ovšem nutně nemusí být poslední (zaopatření nemocného a posila pro tělo a duši může být udělena opakovaně).

¹⁴¹ Večeře Páně eschatologicky předjímá království Boží. Jen ten bude mít podíl na budoucím věčném království, kdo má podíl na Ježíšově stolování, kdo je účasten společenství s Kristem.

¹⁴² Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. op. cit., s. 27.

především okolo končetin, kde pociťoval chlad. V místnosti udržovali pološero, protože moc dobře věděli, že světlo je pro nemocného dosti nepříjemné. Když dotyčný zemřel, zpravidla mu nejstarší syn zatlačil oči a někdo z přítomných otevřel okno, aby duše mohla odlétnout. Postát v klidu a v úctě se pomodlit otčenáš bylo samozřejmostí. Omýt mrtvého a obléci ho patřilo k zvládnutelným životním dovednostem. Pohřby byly většinou chystány z domova, kde bylo mrtvé tělo zpravidla tři dny vystaveno ve slavnostním pokoji.¹⁴³ Příbuzní, ale i sousedé a známí se mohli poklonit a rozloučit se tak se zemřelým.

Moderní člověk však tyto znalosti nemá, chybí mu i cenné praktické dovednosti a zároveň je přesvědčen, že péče o umírající je výhradně v kompetenci profesionálních zdravotníků. Konfrontace se smrtí v dětství nebo dospělosti bývá dnes moc vzácná, a tak setkání s umírajícím je doprovázena panickou hrůzou a bezradností. Nejistota je velmi ochromující a způsobuje, že je obtížné, a mnohdy dokonce nemožné, aktuálně si osvojit potřebné dovednosti péče o umírajícího.¹⁴⁴

Velkým problémem bývá stanovená diagnóza, která klade nároky na radikální změnu v životě nemocného i života rodiny. Jak moc se dokáže vyrovnat rodina umírajícího se ztrátou, která v jejich životě nastane, a jakým způsobem zvládají každodenní život, je individuální záležitostí. V každém člověku totiž může vyvolat termín „rodina“ zcela odlišnou představu. Literatura na ni pohlíží jako na primární sociální skupinu, do které se rodíme a díky které máme hmotné zabezpečení, ale tento model nemůžeme používat všeobecně.¹⁴⁵

V konfrontaci s nemocí každý člen rodiny musí předefinovat svá vlastní očekávání a vztahy ke všem ostatním. Není tomu tak jen v případě nevléčitelné nemoci. I v každodenním životě se mnohdy dostáváme do rozporů: některé zkušenosti zvyšují náš pocit soudržnosti, zatímco jiné jsou náročnější a vyžadují po nás přehodnocení toho, kým vlastně jsme. Někteří mohou tvář v tvář nemoci zažívat těžký vnitřní boj, pro jiné to zase znamená zvolit jiný styl uvažování o sobě samých a o vztazích k druhým. Důležitý je i fakt, že si uvědomujeme, že náš blízký už není zdravý, ale nemocný a je tím pádem do značné míry ovlivněn názory rodiny a ošetřujícího personálu i širšího prostředí, ve kterém žije.¹⁴⁶

¹⁴³ Květiny, svíce.

¹⁴⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. op. cit., s. 29.

¹⁴⁵ Změny ve formách soužití, rostoucí počet rozvodů a příchod nových forem rodiny. Představy o „rodině“ se také proměňují, pokud rodina musí čelit nemoci či smrti.

¹⁴⁶ Srov. FIRTHOVÁ, Pam a kol. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 75–77.

Ať už se dostaneme do styku s jakoukoliv nemocí, ke komplikaci dochází zvláště tehdy, když se rodina snaží o přílišné zachování stylu života nemocného, i když to reálně není možné.¹⁴⁷ V tomto případě se musí naučit rodina více komunikovat s ošetřujícím personálem. Lidi, kteří pro ně doteď byli cizí, jako jsou lékaři a zdravotní sestry, se najednou stávají součástí „rodiny“. V jistém smyslu nám tedy vzniká nový systém, který má lidi přimět k tomu, aby se společnými silami snažili zvýšit šance nemocného na delší život. Souhra rodiny s ošetřujícím personálem je velmi komplikovaná v období vystupňovaných emocí. Nemoc někoho bližního může vyvolat ve všech pocitu zranitelnosti, které mohou ovlivnit profesní i soukromý život.¹⁴⁸ Procesy, kterými prochází umírající, mohou mít dopad i na vztahy mezi členy rodiny. Upravený jídelníček, medikace nebo procedury, jako je například dialýza, nutí rodiny přehodnocovat pojetí osobní odpovědnosti.¹⁴⁹

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

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

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

¹⁴⁷ Rodiny setrvávají ve stavu závislosti na někom, kdo již není schopen ovlivňovat chod domácnosti, přestože je fyzicky přítomen; namísto přízpůsobení se novým podmínkám zůstává situace z doby, kdy se tento nemocný člověk těšil dobrému zdraví.

¹⁴⁸ Srov. FIRTHOVÁ, Pam a kol. op. cit., s. 81.

¹⁴⁹ Potřeba sledovat, kolik dítě v potravě přijímá cukru, nevyhnutelně ovlivní vztahy mezi rodičem a dítětem. Rodina se musí rozhodovat, zda minimalizovat rozdíl, nebo je naopak zdůraznit, zda zajistit, aby se všichni členové stravovali podle diety, kterou musí nemocný dodržovat, a jak zvládat narušení obvyklých osobních hranic.

a hledají rovnováhu mezi péčí a osobními potřebami.¹⁵⁰ Vše je potřeba řešit dialogem, zvolením vhodného přístupu a snahou o pochopení problémů a těžkostí té druhé strany.¹⁵¹

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

Nemocný většinou reaguje podezíravě a svého doprovázejícího většinou prověřuje, jestli je jeho vztah k němu opravdu upřímný a jestli se na něj může zcela spolehnout. Proto doprovázet může jen ten, kdo si je zcela jistý, že ho tato nastalá situace možná změní a že asi nezůstane takovým, jako býval dříve. Je to velmi těžká cesta, kde musí počítat s tím, že se setká s různými projevy nejen u nemocného, ale také sám u sebe. Proto je pro doprovázejícího velmi příhodné zapojit se do týmu, který se už někdy podílel na této službě a má již určité zkušenosti. Může být pro něho tak oporou a povzbuzením, ukazatelem na cestě, pokud překročí správnou míru blízkosti.¹⁵²

Rodina, která doprovází umírajícího, by měla chápat smysl slov nemocného a umět s nimi správně nakládat. Rozhovory s umírajícím, opakující se návštěvy se stávají doprovázením na posledním životním úseku. Nemocný postupně prochází všemi fázemi, které jsem již uvedla. Pokud jimi projde, otevírá se tak možnost, že přijme celý svůj dosavadní život a je připraven na blížící se smrt. Pro nemocného je důležité uvědomit si, že ostatní s ním být chtějí a chtějí mu pomoci.¹⁵³

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

- jednat opravdově – neskrývat nejistotu a bolest,
- nic nepřehánět – vnímat a respektovat přání nemocného, co se týče blízkosti a zachování odstupu,
- udělat si čas – umírající vycítí, kolik času jsme mu ochotni věnovat,
- naslouchat a chápat – mluvit i mlčet s nadějí a nechat promlouvat symboly.¹⁵⁴

¹⁵⁰ Srov. FIRTHOVÁ, Pam a kol. op. cit., s. 82-84.

¹⁵¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život*, s. 176-181.

¹⁵² Srov. PERA, Heinrich; WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku*, s. 133.

¹⁵³ Srov. MCKAYOVÁ, Judith; HIRANOVOVÁ, Nancee. *Jak přežít chemoterapii a ozařování : průvodce onkologického pacienta po vlastním osudu*. Praha: Portál, 2004, s. 158.

¹⁵⁴ PERA, Heinrich; WEINERT, Bernd. op. cit, s. 142.

2.4 Lékařská asistence při umírání (institucionální model umírání)

Tento model se vyvíjel pomalu a postupně. Nejprve bylo důležité zajistit ty nezákladnější potřeby nemocného, jako je čistá postel, teplo, jídlo, pití a základní hygienické potřeby. Nejdříve byli nemocní umístováni do chorobinců, až později do zdravotnických zařízení, jako byly špitály a nemocnice. V těchto zařízeních se nacházely jednotlivé pokoje, kde však bývalo mnoho postelí, které byly později rozděleny jednotlivými nočními stolky. Pro orientaci lékaře byla pověšena černá tabule u postele pacienta, na kterou se napsalo jméno nemocného, rok narození a případně stanovená diagnóza (s touto variantou se dnes běžně setkáváme v nemocnicích).¹⁵⁵

Umírající byli velmi dlouho přehlíženi a z hlediska odborné pomoci jim nebyla věnována taková pozornost, jakou by si zasloužili. Když se někdo ocitl na prahu smrti, pak mu nebylo poskytnuto dostatečné soukromí a umíral tak „mezi všemi.“ Ve snaze zlepšit situaci umírajícího a ostatních vznikly tzv. bílé zástěny – plenty.¹⁵⁶ Měl se tak zajistit klid umírajícího a ušetřit tento pohled jednotlivým spolupacientům. Později docházelo k vyčlenění zvláštního pokoje pro umírající. Zatímco bílá plenta se používá dodnes, pokoj pro umírajícího je již minulostí. Proč? Tento pokoj měl negativní dopad na ostatní pacienty. Těžce nemocní se báli, že jakmile budou odvezeni do tohoto pokoje, nastane jejich konec. Bohužel zavládlo i mínění, že umírající potřebují přísný klid, což mělo tragické následky. Byl sice zajištěn klid těžce nemocnému a dodržovaly se striktně návštěvní hodiny ale v době, kdy nemocný člověk potřeboval nejvíce podporu rodiny, mu bylo znemožněno se s nimi každý den vídat.¹⁵⁷

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

Snažíme se naše příbuzné odsunout do nemocnic v naději, že moderní medicína dokáže zabránit smrti nebo zajistí důstojný odchod z tohoto života. O to první se medicína

¹⁵⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 29–30.

¹⁵⁶ Praxe běžně používaná ve 20. letech 20. století.

¹⁵⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. op. cit., s. 30–31.

snaží usilovat za každou cenu, ve druhém však selhává. Výsledkem je pak nespokojenost všech. Rodina dostává oznámení písemně nebo telefonicky, že jejich příbuzný právě zemřel.

Negativní stránky tohoto modelu jsou zřejmé, společné jim je většinou chladná „profesionální péče“. Ano, je to ona péče, která nám kdysi mnohokrát pomohla, ale nyní nezařídila, aby náš pacient neumřel. V této situaci je dobré si uvědomit, že všechno má své hranice. Nelze náš život řídit prostřednictvím medicíny, protože i ona má možnosti omezené stejně jako lidské bytosti, které jí slouží. Proto nenecháme tuto péči jen na odborném personálu, ale mějme plné právo se na této péči spolupodílet.¹⁵⁸

2.5 Eutanazie

2.5.1 Základní terminologie

Diskuze o různých možnostech medializace umírání probíhá v různých společnostech pod pojmem eutanazie, jenže interpretace tohoto slova se v jednotlivých společnostech liší. Jde o pojem mnohoznačný zahrnující naprosto odlišné způsoby jednání. Pokud jej máme používat, je nutné vysvětlit si, co se pod tímto pojmem přesně rozumí.¹⁵⁹

Na začátek si vymežíme pojem eutanazie a charakterizujeme si její typy. Slovo „*euthanasia*“ znamená doslova „dobrou nebo krásnou smrt“, jak vyplývá z původu řeckého slova *eu* – dobrý a *θάνατος* – smrt.¹⁶⁰ Mělo by to tedy znamenat smrt, která má přijít po kvalitně prožitém životě. V pozdějších letech se tento pojem výrazně posunul a v dnešní společnosti je chápán jako úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným. Je tedy zřejmé, že termínu eutanazie můžeme přiřadit nejméně dva významy. Jednak bývá interpretován jako milosrdná, dobrá, krásná, lehká smrt, jednak se užívá v souvislosti s usmrcením z útrpnosti či soucitu a je takto i terminologicky vnímán.

Dle *Světové lékařské asociace* (World Medical Association – WMA) ji lze definovat takto: „*Eutanazie je vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.*“¹⁶¹

¹⁵⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. op. cit., s. 31.

¹⁵⁹ VIRT, Günter. *Žít až do konce*, s. 22.

¹⁶⁰ Srov. MUNZAROVÁ, Marta a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: KN, 2008, s. 19.

¹⁶¹ MUNZAROVÁ, Marta a kol. op. cit., s. 19.

Často používaná je i definice dle **holandského modelu**: „*Eutanazie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (=lékařem) na jeho vlastní žádost. Ukončuje-li pacient sám svůj život s pomocí rady lékaře, pak se jedná o asistované suicidium (sebevražda). Je zde tedy vytyčen úmysl zabít, zabití a žádost člověka, která by měla vyjadřovat jeho autonomii.*“¹⁶²

Pojem eutanazie je tedy nutno používat v případě, jsou-li splněny tři (oběma definicemi) dané podmínky: úmysl zabít; zabití; dobrovolná, autonomní žádost pacienta.

Aktivní eutanazie je tedy akt, který vykonává lékař u nevléčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi, na jeho vlastní uvážlivou a svobodnou žádost. Vzhledem k aktivní roli lékaře, kterou zde zaujímá, bývá někdy tato forma eutanazie nazývána **strategií přeplněné stříkačky**.¹⁶³

Aby nedošlo k omylu, Světová lékařská asociace je organizací, která se stará o etiku lékařského povolání. Proto si je velmi dobře vědoma toho, že lékaři jsou ti, kteří by zabíjeli, pokud se tak již neděje. Rozhodně to neznamena, že s eutanazií souhlasí, ba naopak, opakovaně se snaží přesvědčit lékaře, aby eutanazii nevykonávali. Opakovaně apeluje na lékaře, aby si uvědomili, že etické závazky převažují nad zákonnými povinnostmi. Je to výzva pro všechny, usilovat o změnu zákonů tolerujících eutanazii tam, kde již existují.¹⁶⁴

Nyní se zastavme krátce u dosud používané terminologie, abychom ji uchopili. Někdy nejsou nebo nemohou být splněny vyjmenované podmínky pro aktivní eutanazii, proto se užívají zpřesňující výrazy. Mezi tyto výrazy patří eutanazie nevyžádaná, nebo také eutanazie nechtěná. **Eutanazie nevyžádaná** je takový typ aktivní eutanazie, při kterém pacient není schopen požádat o urychlení smrti. Je možné však předpokládat, že kdyby byl schopen, tak by s eutanazií souhlasil. Dalším typem je **eutanazie nejen nevyžádaná, ale nechtěná**. Ani v jednom případě nelze validně doložit, jestli by si člověk eutanazii přál, či ne, proto se hovoří také o **eutanazii nedobrovolné**.¹⁶⁵

Pasivní eutanazie znamená odnětí nebo přerušení léčby a bývá označována jako **strategie odkloněné stříkačky**. K takovému řešení se obrací lékař, pokud již byly vyčerpány všechny možnosti pomoci. Výjimku tvoří pacienti, kteří jsou napojeni na celou řadu přístrojů, i když jednoho dne budou muset být od těchto přístrojů odpojeni. Na odpojení od přístrojů však existují velice přísná pravidla, na která je třeba brát zřetel. S pasivní eutanazií nesmíme

¹⁶² MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 122.

¹⁶³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 104.

¹⁶⁴ Srov. MUNZAROVÁ, Marta a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?*, s. 20.

¹⁶⁵ Srov. *Eutanazie – dobrá smrt?* [2012-03-01]. < [52](http://www.osud.biz/01-12-2011/178/>.</p></div><div data-bbox=)

zapomínat ani na program DNR (do not resuscitate)¹⁶⁶, který je u nás znám jako NR (neresuscitovat).¹⁶⁷

Podle Briana Pollarda ale nemůžeme zastavení léčby, která zbytečně prodlužuje umírání, považovat za **pasivní eutanazii**, jak píše ve své knize „Eutanazie – ano či ne?“ „Taková počinání nejsou formou eutanazie, protože tu neexistoval žádný úmysl usmrtil, nebylo učiněno nic, co by usmrtilo, a to, co se udělalo, nezpůsobilo smrt. Další používání výrazu pasivní eutanazie není k ničemu dobré, protože připouští domněnku, že lékaři již dělají určité nepatřičné věci, aby pacienta usmrtili.“¹⁶⁸

Rozlišit mezi aktivní a pasivní eutanázií může být v individuálních případech opravdu obtížné. I přes tyto nejasnosti je velký rozdíl mezi tím, jestli člověka aktivně usmrtíme, nebo jestli necháme v závěru života „přirozený“ průběh.

Dalším termínem, který souvisí s daným tématem, je **asistovaná sebevražda**, která reprezentuje zvláštní formu eutanazie. Pacient chce zemřít kvůli své nevléčitelné nemoci, žádá tedy lékaře o radu, jak ukončit svůj život. Nemocný ukončuje život sám za asistence lékaře.¹⁶⁹

Prenatální eutanazie je diskutabilní pojem označující interrupce ze sociálních důvodů. Spousta odborníků s tímto pojmenováním nesouhlasí. Samo nenarozené dítě netrpí a nemůže ani požádat o eutanazii. Rozhoduje většinou matka o jeho bytí a nebytí, a tím mu upírá základní právo na život.

Poslední pojem, který se vyskytuje, je **sociální eutanazie**. Bývá používán velice zřídka. Vychází ze skutečnosti, že není prakticky možné poskytnout všem lidem kdykoliv a kdekoliv na světě stejně kvalitní péči odpovídající současným poznatkům vědy a medicíny. Jednotlivému pacientovi lze poskytnout pouze redukovanou péči s ohledem na to, jak omezené jsou ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje lokality, v níž se právě nachází.¹⁷⁰

2.5.2 Historický vývoj názorů na eutanazii

Slovo eutanazie pochází z řeckých slov *eu* – dobrý a *θάνατος* – smrt. Eutanazie je zmíněna v Hippokratově přísaze, která byla napsaná v letech 400–300 př. n. l. Původní

¹⁶⁶ Označení v odborné zahraniční terminologii.

¹⁶⁷ Používá se též pojem nepokračování v léčbě (withdrawing) a nezahajování léčby (withholding).

¹⁶⁸ POLLARD, Brian. *Eutanazie ano či ne?* Praha: Dita 1996, s. 24.

¹⁶⁹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 105.

¹⁷⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. op. cit., s. 122.

přísaha říká: „Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít).“¹⁷¹

ANTIKA

Názory na to, co je dobrá smrt, se již v antice rozcházely. Antická kultura neodsuzovala usmrcení z milosti ani sebevraždu. V antice měla absolutní přednost individuální vůle člověka, která přerůstala až v povinnost odejít, pokud by měl člověk být přítěží. Za eutanazii byla brána i smrt bez většího utrpení, smrt ve stáří, která není spojená s většími útrapami. Často byla chápána jako vyvrcholení života. Pod dobrou smrt spadala smrt hrdinská, později to byla smrt z rukou nepřátel či při záchraně přátel a blízkých. Sokrates, Platon a představitelé stoické školy až k Senekovi schvalovali eutanazii v případě těžkého utrpení. Aristoteles chápal ulehčení v smrti za změkčilost. Antická lékařská etika se od počátku nezabývala problematikou eutanazie, řídila se Hippokratovou přísahou. V této přísaze se píše o zákazu zabití nemocného lékařem.¹⁷²

STŘEDOVĚK

Středověk radikálně odmítá eutanazii. To souvisí s křesťanstvím, a tedy s tím, že pozemský život je přípravou na život posmrtný. Smrt je tu chápána jako velká šance a příležitost otevřít se možnosti přiblížit se okamžiku, kdy Bůh sestupuje do lidské podoby a bere na sebe utrpení umírání a smrti. Jde o jakousi bilanci, smíření se smrtí a stanutí před Bohem Stvořitelem. Středověký život se vyznačuje Božím posledním soudem, kde budou všechny duše zváženy. Tuto smrt Ariés popisuje jako „smrt sebe sama“ neboli vlastní smrt. Pozdně středověká literatura se zmiňuje o tzv. „artes moriendi“ neboli umění zemřít – jak zemřít šťastně. Tehdy se „šťastně“ umíralo vždy na lůžku, ať už šlo o smrt „přirozenou“, anebo častěji o smrt nahodilou, způsobenou nějakým závažným onemocněním.¹⁷³

Dobrovolný odchod – včetně sebevraždy – pokládá sv. Augustin, podobně jako Aristoteles, za projev zbabělosti a navíc z křesťanského stanoviska za překročení dekalogu: nezabiješ!¹⁷⁴ Tuto teorii dále rozvinul a na ni navázal Tomáš Akvinský (1225–1274) ve 13. století, kdy křesťanská víra kulminovala. Své teologické ideje a argumenty proti sebevraždě shrnul ve svém veledíle *Summa Theologica* (1265–1274). Dle Akvinského je sebevražda nejhorším hříchem, který může jedinec spáchat. Věřil, že sebevražda je protiprávní, jelikož

¹⁷¹ ŠPINKOVÁ, Martina. *Euthanasie. Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2006, s. 5.

¹⁷² ONDOK, Josef Petr. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 167.

¹⁷³ ARIES, Philippe. *Dějiny smrti Díl 1 : Doba ležících*. Praha: Argo, 2000, s. 139–141.

¹⁷⁴ ONDOK, Josef Petr. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 167.

život je darem od Boha a jen Bůh s tímto darem může nakládat, jak chce. Věřil, že sebevražda narušuje duši a její následnou posmrtnou cestu.¹⁷⁵ Středověká společnost, založená na křesťanské víře, eutanazii zásadně odmítala.

NOVOVĚK

V novověku se začíná stále více uplatňovat sekulární hledisko přirozené etiky neopírající se o náboženství.¹⁷⁶ V roce 1626 Francis Bacon (1561–1626) napsal *Novou Atlantidu*, kde popisuje povinnost lékaře tišit bolest, ne jenom v případě, kdy se očekává jeho uzdravení, ale také ve fázích umírání. Snaží se ukázat, že je potřeba využít všech moderních prostředků k tišení bolesti. Oproti současnému pojetí se tu ještě nejedná o urychlení smrti, ale o zmírnění utrpení. Ale už i Bacona se prosazuje názor, že „dobrá smrt je především ta, která je prostá utrpení.“¹⁷⁷

Důležitý vliv na novověké pojetí eutanazie měl i Thomase More. More poukazuje na to, že 19. a 20. století se vyznačuje právě prodlužováním života, který medicíně dal nový význam, ve smyslu moci, se kterou lékaři operují, skrze nová léčiva a pokročilé techniky. Dříve lékaři mohli vycházet z toho, že již není možné více udělat, kdežto dnes je to problematické.¹⁷⁸ Základy lékařské etiky, vycházející z tradice hippokratovské, nebyly donedávna jakkoli zpochybňovány.¹⁷⁹ Poprvé se zde od starověku objevuje termín eutanazie.¹⁸⁰

Velikou roli tu také hraje sociální darwinismus.¹⁸¹ Tento směr byl například v úvahách o rasové hygieně vlivný již v druhé polovině devatenáctého století a stál u zrodu děsivých pojetí eutanazie. Darwinovo učení o selekci tak představovalo nejen přírodní fakt, ale bylo chápáno také jako kulturní zákon.¹⁸²

¹⁷⁵ AQUINAS, Thomas. *Summa Theologica* [2012-10-05]. <<http://www.ccel.org/ccel/aquinas/summa>>.

¹⁷⁶ ONDOK, Josef Petr. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 167.

¹⁷⁷ ŠPINKOVÁ, Martina. *Euthanasie. Víme, o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů, 2006, s. 7.

¹⁷⁸ BEAUCHAMP, T. L., WALTERS, L. *Contemporary issues in Bioethics*. USA: Wadsworth Publishing Company, 1999, s. 305.

¹⁷⁹ MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005, s. 42.

¹⁸⁰ VIRT, Günter. *Žít až do konce*, s. 15.

¹⁸¹ Myšlenky sociálního darwinismu poprvé vyjádřil britský filosof a teoretik liberalismu Herbert Spencer (1820-1903) v knize o „Zákonu a příčině pokroku“ (Progress: its Law and Cause, 1857). Tam také vytvořil pojem „přežití nejschopnějšího“. O dva roky později vyšel Darwinův spis „O původu druhů“, Spencer však nebyl přímo sociálním darwinistou, nýbrž spíše „sociálním evolucionistou“. (*Sociální darwinismus* [2012-10-06]. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Sociální%C3%AD_darwinismus>.)

¹⁸² KAČARAS, Dimitris. *Eutanazie: Co bychom měli vědět o eutanázii* (27. 2. 2007) [2012-10-06]. <<http://kacaras.blog.cz/rubriky/eutanazie>>.

MODERNÍ HISTORIE

„Moderní historie eutanazie patrně začíná vydáním Jorstovy knihy s názvem „*Právo zemřít*“ v Německu roku 1895. Její ústřední téma zaujalo jen málokoho, avšak v roce 1920 se objevila další německá kniha s názvem „*Poskytnutí souhlasu k zničení života, který žití není hoden*“, kterou sestavili dva autoři, právník Karl Binding a psychiatr Alfred Hoche. Stala se z ní neobyčejně vlivná kniha, které se připisuje odpovědnost za legalizaci eutanazie v Německu ve dvacátých a třicátých letech a později za Hitlerovu praxi etnického zabíjení.“¹⁸³

Od 19. století vyvolává eutanazie občasně vlny debat i v Severní Americe a Evropě. Podle historika lékařství Ezeiela Emanuela to byla dostupnost anestézie, což započalo moderní éru eutanazie. V roce 1828 byl v USA ve státu New York odhlasován první zákon zakazující eutanazii. Po občanské válce byla dobrovolná eutanazie podporována obhájci, včetně některých doktorů. Podpora vyvrcholila kolem přelomu století v USA a pak rostla znovu ve třicátých letech.

V článku časopisu *Bulletin of the History of Medicine* zaznamenal historik z Brownovy university Jacob M. Appel rozsáhlou politickou debatu o legalizaci asistované sebevraždy ve státech Ohio a Iowa v 1906. Hnacím motorem tohoto hnutí byla aktivistka Anna S. Hall. Na veřejnosti se eutanazie zastával např. spisovatel Jack London.

V roce 1935 v Anglii a 1938 v USA se formují společenství podporující eutanazii. Ačkoliv se eutanazii nepodařilo v těchto zemích legalizovat, v roce 1937 se ve Švýcarsku přijímá zákon povolující asistovanou eutanazii za přítomnosti lékaře. Ve stejném období se v USA soudně řeší mnoho případů se smrtelně nemocnými, kteří zažádali o asistovanou sebevraždu. Řeší se i případy rodičů těžce postižených dětí.

Nacistické Německo

Zpočátku vydávali nacisté eutanazii za blahodárnou sociální reformu pro beznadějně nemocné a mentálně postižené. Ironicky toto „osvobození“ bylo zpočátku odpíráno Židům, považovaných za občany s menšími právy. Jako oprávnění k vykonání eutanazie se původně uváděl soucit, nedostatečná kvalita života a omezení nákladů. Později se indikace rozšířila i na některé menší defekty a na senilní jedince včetně válečných veteránů, a to z podnětu

¹⁸³ POLLARD, Brian. *Eutanazie – ano či ne?*, s. 67.

lékařů coby „milosrdné usmrcení“.¹⁸⁴ Akce pokračovala a následovalo svévolné zabíjení homosexuálů, schizofreniků, lidí s maniodepresivní psychózou atd.

Od roku 1939 se eutanazie už tak zneužívala, že se po Hitlerově souhlasu mění v nástroj genocidy. K „milosrdné smrti“ používali němečtí lékaři injekce s jedem, plyn, experimentovali i s usmrcováním nemocných hlady. To, co zpočátku znamenalo možnost odstranění nechtěných nevléčitelně nemocných, protože se soudilo, že jejich život ztratil svou hodnotu, rychle přerostlo v něco mnohem destruktivnějšího.¹⁸⁵

Po válce v letech 1946–1947 probíhal snad nejznámější proces všech dob v Norimberku. Po roce 1945 němečtí lékaři zločiny nacistů tabuizovali a dlouhé roky se vyhýbali jakékoliv diskusi na toto téma.¹⁸⁶

Většina Němců dnes nemá k eutanazii jednoznačný postoj, ale drtivá většina ji považuje za zločin. V Německu neexistuje speciální zákon o eutanazii. Případné přečiny spadají pod trestní právo jako trestný čin usmrcení. Německé právo ale rozlišuje aktivní a pasivní eutanazii. Aktivní je protizákonná, pasivní je však slučitelná se zákonem. Žádný lékař ale nesmí být nucen zákonem zachraňovat za každou cenu vyhasínající lidský život.¹⁸⁷

2.5.3 Legalizace eutanazie ve světě

Je až neuvěřitelné, kolik úspěchů sklízí zastánci eutanazie v posledních letech. Podařilo se jim doslova proměnit letité paradigma pohledu na „dobrou smrt“, jak zní český překlad. Ještě koncem devadesátých let neexistovala země, kde by byla povolena aktivní eutanazie („plná stříkačka“), a i praxe eutanazie pasivní („odkloněná stříkačka“) byla spíše tolerována než legalizována.¹⁸⁸

Austrálie

První evropskou zemí, která legalizovala eutanazii, se v roce 2002 stalo v mnoha ohledech liberální Nizozemí. Nizozemí však nebylo první zemí světa, ve které byla eutanazie poprvé legalizována, nýbrž šlo o Austrálii, resp. její teritorium Northern Territory. Událo se to přitom již v roce 1996. O čtyři měsíce později byl zákon pozastaven a v březnu 1997 zrušen. Za dobu jeho platnosti podstoupily eutanazii čtyři osoby. Zákon umožňoval podstoupit eutanazii těm

¹⁸⁴ Srov. POLLARD, Brian. *Eutanázie – ano či ne?*, s. 67.

¹⁸⁵ Srov. POLLARD, Brian. op. cit., s. 67-68.

¹⁸⁶ Srov. POLLARD, Brian. op. cit., s. 68.

¹⁸⁷ Srov. PITRMUCOVÁ, Petra. *Eutanázie* [2012-10-06] <<http://www.gymfry.cz/zmp0304/pitrmuco/nemecko.html>>.

¹⁸⁸ Srov. SUM Tomáš; BERKA Vít. *Eutanazie ve světě* (20. 5. 2005) [2012-10-06]. <<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

pacientům, kteří se mohli prokázat osvědčením dvou praktických lékařů o tom, že jsou nevléčitelně nemocní a přejí si zemřít, a kteří byli dle hodnocení psychologa k takovému rozhodnutí duševně způsobilí.¹⁸⁹

V současnosti je aktivní eutanazie povolena¹⁹⁰ v Holandsku, Belgii, Lucembursku, Švýcarsku a v USA ve státech Oregon a Washington.

Holandsko

Zde byl přijat zákon o eutanazii 25. října roku 2001, který vymezuje podmínky, aby se lékař vyhnul trestní zodpovědnosti za vykonání eutanazie. Z uvedeného zákona vyplývá, že pacient musí být dospělý, anebo prohlášen za dospělého, být schopen a zcela při smyslech v okamžiku své žádosti. Žádost musí být dobrovolná, po uvážení a bez vnějšího nátlaku. Dále pacient musí mít takový zdravotní stav, při kterém trvale fyzicky nebo psychicky nesnesitelně trpí a stav vznikl po úraze, nebo je nevléčitelně nemocen.

V zájmu právní jistoty musí lékař pacienta řádně poučit o jeho zdravotním stavu, vždy se musí přesvědčit, zda se pacientův zdravotní stav nemůže zlepšit, a musí zdravotní stav konzultovat s nezávislým lékařem, který prohlédne pacienta. Od podání žádosti o eutanazii do vykonání eutanazie musí uplynout doba nejméně jeden měsíc.¹⁹¹

Eutanazie v Nizozemsku je již deset let legální. Od 1. 3. 2012 je tu smrtelně nemocným pacientům poskytována další služba. Pojízdna klinika, která vyhoví těm, kteří si myslí, že kritéria pro dobrovolný odchod ze života splňují, ale odmítl jim vyhovět jejich ošetřující lékař. Mobilní klinika objíždí osoby, které si myslí, že splňují kritéria pro eutanazii.¹⁹²

Lékaři i zdravotnice prošli speciálním školením a budou služby poskytovat po celém Nizozemsku.¹⁹³ Projekt schválilo ministerstvo zdravotnictví, avšak kritizují jej lékařské svazy. Poukazují na to, že lékaři mobilní kliniky nebudou schopni seznámit se s případy dostatečně detailně a budou se rozhodovat chybně.

¹⁸⁹ Srov. *Před 15 lety uzákonila část Austrálie mezi prvními eutanazii* (1. 7. 2011) [2012-10-06]. <<http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/ze-zahranici/pred-15-lety-uzakonila-cast-australie-mezi-prvnimi-eutanazii>>.

¹⁹⁰ za specifických podmínek.

¹⁹¹ ŠIPR, Květoslav. *Eutanázie a společnost* (24. 9. 2008) [2012-10-06]. <tisk.cirkev.cz/res/data/033/003833.doc?seek=3>.

¹⁹² *V Nizozemsku vznikla pojízdná eutanazie. Pro žadatele, které odmítl lékař* (1. 3. 2012) [2012-10-07]. <<http://zpravy.ihned.cz/c1-54890670-v-nizozemsku-vznikla-pojizdna-eutanazie-pro-zadatele-ktere-odmitl-lekar>>.

¹⁹³ Mluvčí Nizozemské společnosti pro dobrovolný odchod ze života (NVVE) Walburg de Jongová říká, že v té době projevilo zájem o eutanazii 70 osob.

V Nizozemsku je eutanazie legální, ale někteří lékaři ji odmítají z etických důvodů. Ročně se tam provádí 3 100 eutanazií. Poskytují se pacientům, jejichž nemoc lékař označil za nevléčitelnou a kteří trpí nesnesitelnými bolestmi.¹⁹⁴

Belgie

Jen o několik měsíců později než v Nizozemí byla eutanazie legalizována i v sousední Belgii.¹⁹⁵ Pro přijetí zákona eutanazii legalizujícího byla koalice socialistů, liberálů a strany zelených, zatímco proti stáli křesťanští demokraté. Ti přitom zejména poukazovali na zneužitelnost takového zákona, který dle nich neobsahoval žádné korespondující pojistky takovému zneužití zabraňující.

Smrt z rukou lékaře mohou v Belgii přijmout jen lidé nevléčitelně nemocní, kteří jsou vystaveni stálému nesnesitelnému a nepotlačitelnému psychickému nebo fyzickému utrpení. Žadatelé o smrt z rukou lékaře musí být plnoletí a přičetní. Musí být také informováni o svém zdravotním stavu a nadějích na vyléčení. Každý z těch, kteří si přejí podstoupit v Belgii eutanazii, musí dvakrát o eutanazii předem požádat a být si přitom hluboce vědom důsledků této žádosti. Každá provedená eutanazie musí být oznámena speciální komisi k tomu zřízené, která následně přezkoumá, zda lékař, který eutanazii provedl, postupoval v souladu s belgickým právem. Uvedená komise se skládá ze čtyř lékařů, čtyř profesorů medicíny, čtyř právníků a čtyř osob, které jsou v kontaktu s nevléčitelně nemocnými.¹⁹⁶

Švýcarsko

Ve Švýcarsku působí řadu let organizace s názvem Exit a Dignitas (od roku 1998), které poskytují asistovanou sebevraždu těm, kteří o ni požádají s poukazem na starý zákon z roku 1942. Podle švýcarské ústavy není pomoc k sebevraždě trestným činem, pokud za ni nestojí egoistické zájmy.¹⁹⁷ Za své existence „pomohla“ klinika na onen svět devíti stovkám lidí. Byli mezi nimi i dva Češi.¹⁹⁸

Švýcarský parlament 26. 9. 2012 odmítl zpřísnění kontrol eutanazie. Zamítl tak požadavek omezit provádění asistované sebevraždy u cizinců. Švýcarská ministryně

¹⁹⁴ *Nizozemsko zavedlo rozvoz eutanazie až do domu* (1. 3. 2012) [2012-10-07].

<<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/166466-nizozemsko-zavedlo-rozvoz-eutanazie-az-do-domu/>>.

¹⁹⁵ 20. září 2002 nabyl v Belgii účinnosti zákon o eutanázii.

¹⁹⁶ Srov. SUM Tomáš; BERKA Vít. *Eutanazie ve světě* (20. 5. 2005) [2012-10-07].

<<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

¹⁹⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 129.

¹⁹⁸ *Švýcarská klinika smrti namíchává pacientům poslední koktejl* (6. 10. 2009) [2012-10-08] <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/68866-svycarska-klinika-smrti-namicha-pacientum-posledni-koktejl/>>.

spravedlnosti Simonetta Sommarugaová uvedla, že úprava švýcarského zákona není nutná, neboť v posledních letech klesá počet cizinců přijíždějících do Švýcarska umřít. Ještě v roce 2006 jich prý bylo 199, v roce 2010 už jen 97. Naopak počet Švýcarů, kteří takovou pomoc vyhledali, stoupl mezi lety 1998 a 2009 zhruba sedmkrát ze 43 na téměř 300.¹⁹⁹

Lucembursko

Lucembursko uzákonilo za striktně definovaných podmínek eutanazii a asistovanou sebevraždu v březnu 2009. Zákon uvádí, že lékař, který vyhoví žádosti o eutanazii nebo se bude podílet na asistované sebevraždě, nebude trestně stihán ani nijak postihován.

Zmíněný zákon o eutanazii vyvolal v Lucembursku, zemi s půlmilionem obyvatel, ostré spory. Velkovévoda Jindřich, hluboce věřící katolík, ho totiž odmítl podepsat a vyvolal tak ústavní krizi. Lucemburský parlament mu v reakci na to omezil pravomoci a odhlasoval pro velkovévodu čistě reprezentativní funkci.

„Chápu, že velkovévoda má v tomto případě problémy se svým svědomím. Zákon, který schválí poslanci, však musí platit,“ prohlásil před časem premiér Jean-Claude Juncker.²⁰⁰

USA

Oregon, jeden ze států v USA, legalizoval asistovanou sebevraždu. K jejímu schválení došlo v listopadu 1994. Je povolena osobám nacházejícím se v posledních šesti měsících smrtelné nemoci, což musí potvrdit dva lékaři. Žádost o zákrok musí proběhnout dvakrát ústně a jednou písemně, a to pokaždé v intervalu dvou týdnů. Pacient musí být v takovém psychickém stavu, aby si byl plně vědom důsledků své žádosti. To, že je tak činěno dobrovolně a bez vnějšího nátlaku, jsou povinni potvrdit dva svědkové. Smrtelnou dávku předepíše lékař, ale je pouze na pacientovi, aby si ji aplikoval.²⁰¹

Kampaň za prosazení smrti z milosti vedl bývalý patolog Jack Kevorkian, přezdívaný „doktor Smrt“, jenž asistoval u 130 sebevražd a v roce 1999 byl odsouzen za zabití na 25 let do vězení.²⁰²

¹⁹⁹ Srov. Švýcarský parlament odmítl přísnější kontroly eutanazie (26. 9. 2012) [2012-10-08].

<<http://aktualne.centrum.cz/zahranici/evropa/clanek.phtml?id>>.

²⁰⁰ Eutanazie je již v Lucembursku legální (17. 3. 2009) [2012-10-08].

<<http://zahranicni.eurozpravy.cz/evropa/386-eutanazie-je-jiz-v-lucembursku-legalni/>>.

²⁰¹ Srov. SUM Tomáš; BERKA Vít. Eutanazie ve světě (20. 5. 2005) [2012-10-07].

<<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

²⁰² Jack Kevorkian (26. května 1928, Pontiac, Michigan, USA – 3. června 2011, Royal Oak, Michigan) byl americký lékař, patolog a propagátor eutanazie. Je autorem pojednání „Dying is not a crime“ („Umírání není zločin“). Propagoval uzákonění práva pacientů na asistovanou smrt z rukou lékaře. Pro své pacienty sestrojil přístroj na sebevraždu. Za svou činnost byl odsuzován i oslavován. Byl několikrát obžalován z vraždy,

Od chvíle, kdy zákon vstoupil v platnost, požádalo do konce loňského roku 292 lidí lékaře o předepsání léku k ukončení života; průměrně tedy něco málo přes 30 ročně. Téměř polovina lidí, kteří této možnosti využili, měla rakovinu a jejich průměrný věk byl 74 let, uvádějí oficiální údaje.²⁰³

Washington je druhým státem USA, který legalizoval asistovanou sebevraždu v roce 2008.²⁰⁴

Země umožňující pasivní eutanazii (přerušeni „léčby“ udržující pacienta naživu):

DÁNSKO – zákon o právech pacienta umožňuje od roku 1998 pasivní eutanazii, například zastavení léčby nevléčitelně nemocného. Aktivní eutanazie i asistovaná sebevražda jsou ilegální.

FINSKO – pasivní eutanazie je umožněna.

FRANCIE – zákon o pasivní eutanazii schválil parlament v listopadu 2004 (dolní komora) a v dubnu 2005 (Senát) - nevléčitelně nemocný pacient může požádat lékaře o zastavení léčby. Zákon o aktivní eutanazii již několikrát odmítl Senát.

IRSKO – není trestné zastavit léčbu člověku, který si to přeje – je zakotveno "právo na smrt".

ITÁLIE – ve výjimečných případech není trestána pasivní eutanazie, například odpojení přístrojů v případě mozkové smrti.

MEXIKO – v některých státech zákon umožňuje nevléčitelně nemocnému odmítnout léčbu prodlužující mu život; jde o federální distrikt Mexiko (od ledna 2008), stát Aguascalientes (od dubna 2009) a stát Michoacán (od září 2009).

NĚMECKO – Zákony připouštějí pasivní eutanazii, tedy zastavení péče zaměřené na umělé prodloužení života.²⁰⁵

2.5.4 Legalizace eutanazie v České republice

Historie

několikrát byl osvobozen. V posledním procesu byl však odsouzen a ve vězení strávil 8 let. Propuštěn byl ze zdravotních důvodů pod podmínkou zdržení se provozování asistované sebevraždy a eutanazie. (KEVORIAN, Jack. *Životopis* [2012-10-08]. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Jack_Kevorkian>.)

²⁰³Srov. *Eutanázie* (30. 5. 2007) [2012-10-09].

<<http://aktuanecentrum.cz/zahranici/amerika/clanek.phtml?id=435338>>.

²⁰⁴Srov. *Eutanázie*. op. cit.

²⁰⁵ *Eutanazii umožňuje jen málo zemí světa* [2012-10-08]. <<http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/ze-zahranici/eutanazii-umoznuje-jen-malo-zemi-sveta>>.

V České republice je eutanazie, stejně jako asistovaná sebevražda, zakázaná, a pokud by došlo k jejímu provedení, potom je považována za trestný čin. V době první republiky byla navržena dvě různá znění trestního zákona. První z nich z roku 1926, kde se hovořilo jednak o usmrcení ze soucitu, kdy je možné trest zmírnit, či od něj dokonce upustit v případě, pokud viník usmrtil někoho ze soucitu, aby ukončil jeho trápení a tím uspíšil jeho neodvratnou smrt. V roce 1937 se pak objevily návrhy, že by tzv. usmrcení na žádost mělo být trestáno pouze jako přečin, tyto návrhy ovšem neprošly.²⁰⁶

Současnost

Nové znění trestního zákona předložila vláda dne 21. 7. 2004 sněmovně. Reakce vzbudila úprava problematiky eutanazie, zejména tedy otázka trestněprávního postihu. Bezrestnost eutanazie byla odmítnuta i v tomto návrhu, zejména z důvodů etických, avšak eutanazie měla být upravena jako privilegovaná skutková podstata trestného činu usmrcení na žádost.²⁰⁷

V části Trestné činy proti životu byl nově zaveden § 115 *Usmrcení na žádost*.

Paragraf obsahuje dva odstavce:

- (1) „Kdo ze soucitu usmrtí nevléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let.“
- (2) „Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stížena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení.“²⁰⁸

Znění paragrafu vyčleňuje eutanazii z trestného činu vražda, do kterého je usmrcení ze soucitu až dosud zahrnováno. Jak je známo, návrh obsahující rekodifikace trestního zákoníku byl 30. 11. 2005 Sněmovnou schválen, při projednávání v Senátu však byl 8. 2. 2006 zamítnut

²⁰⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 132–133.

²⁰⁷ Srov. ŠÁMAL, Pavel. *Usmrcení na žádost v návrhu trestního zákoníku*. Praha: LexisNexis CZ, 2007, s. 135.

²⁰⁸ ŠIPR, Květoslav. *O bezrestnosti eutanazie v České republice* [2012-10-08].
<<http://www.volny.cz/bioetika/clanky/2005/3-4/eutanazie.htm>>.

a vrácen Sněmovně k novému jednání. Návrh trestního zákoníku byl pak zařazen na pořad 54. schůze Sněmovny Parlamentu ČR, která začala 7. 3. 2006.²⁰⁹

V České republice je eutanazie i asistovaná sebevražda zakázána, a pokud by byla provedena, bude kvalifikovaná jako trestný čin vraždy podle § 219 odst. 1 trestního zákoníku.

Roku 2008 předložila senátorka Václava Domšová návrh zákona „o důstojné smrti“²¹⁰, ovšem tento návrh zatím nebyl schválen, tudíž se nedostal ani do nového trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. Návrh zákona vycházel z návrhu úpravy eutanazie Liberální reformní strany. Vzorem pro úpravu eutanazie v tomto návrhu byla belgická úprava. Návrh zákona byl dle slov senátorky zákonem, který rozšíří práva občanů o jedno z nejzákladnějších práv, a to právo projevu vůle.²¹¹

Tento návrh v Senátu neprošel, proto se v novém trestním zákoníku neobjevil. Hlasování se účastnilo celkem čtyřicet devět senátorů, z nich devět se hlasování zdrželo a třicet osm jich bylo proti.

Názory na legalizaci eutanazie jsou různé, pro i proti. Uvedu aspoň některé z nich:

MUDr. David Rath, poslanec (ČSSD), exministr zdravotnictví

„Byl bych pro debatu s belgickými a holandskými kolegy o tom, jak se to u nich osvědčilo. Pokud ty zkušenosti budou dobré, já bych se klonil k zavedení podobné právní úpravy i u nás.“²¹²

MUDr. Boris Šťastný (ODS)

„Není možné, aby eutanazii vykonával někdo jiný než pacient sám. Je tu obava ze zneužití.“²¹³

Miroslav Kalousek, poslanec (TOP 09)

„Jde o přímý útok na lidský život.“²¹⁴

Milan Hamerský, předseda Liberální reformní strany

„Pro legalizaci eutanazie existuje mnoho dobrých důvodů jak morálních, tak praktických. Nastolení jasných pravidel umožňuje omezit excesy, zvyšuje důvěru mezi lékaři,

²⁰⁹ ŠIPR, Květoslav. *O beztrestnosti eutanazie v České republice* [2012-10-08].

<<http://www.volny.cz/bioetika/clanky/2005/3-4/eutanazie.htm>>.

²¹⁰ Viz příloha č. 4.

²¹¹ *Eutanazie v Česku zůstává nelegální, senát změny zamítl* [2012-10-09]. <http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-v-cesku-zustava-nelegalni-senat-zmeny-zamitl-pi8-/domaci.aspx?c=A080918_190510_domaci_lf>.

²¹² PETRAŠOVÁ, L.; DOLEJŠÍ, V., *Eutanazie se dá zneužít, varují odborníci* [2012-10-09]. <http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-seda-zneuzit-varuji-odbornici-fpl-domaci.asp?c=A070522_221014_domaci_ost>.

²¹³ MAŠEK Petr, *Bude eutanázie legální, politici váhají* [2012-10-10]. <http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-v-cesku-zustava-nelegalni-senat-zmeny-zamitl-pi8-/domaci.aspx?c=A080918_190510_domaci_lf>.

²¹⁴ MERTINOVÁ, M., *Kdo viděl umírání, je pro eutanazii* [2012-10-10]. <<http://www.mertinova.cz/view.php?mn=12&cisloaktuality=2007082001>>.

nemocnými, jejich příbuznými a v celé společnosti. Morální pohled je zřejmý, každý je pánem svého života, své cesty ke štěstí. Neuvážené ukončení života je stejně zavrženíhodné jako hazardování s ním či se zdravím. Máme-li se navzájem respektovat, musíme akceptovat rozhodování druhých o nich samotných, i když s ním nesouhlasíme. Nabízejme druhým pomocnou ruku a alternativy v krizových chvílích, aby neuvažovali o (asistované) sebevraždě. Pokud však druhý člověk učiní svobodně vážně míněné rozhodnutí, důstojně je respektujme a snažme se je pochopit.²¹⁵

Přes všechny tyto úvahy si myslím, že lékaři mají možnost pomoci trpícím pacientům. Existují způsoby, které se snad ani eutanázií nemohou nazývat. Místo aby se lékař snažil co nejvíce umírajícímu pomoci, může prostě nekonat a následně dochází ke smrti.

Nezbývá nám jen doufat, že naši zákonodárci neschválí aktivní eutanázii a vždycky zváží všechna pro i proti a pečlivě se seznámí s celou problematikou eutanazie. V sázce je přece jen mnoho, a tím je lidský život.

2.5.5 Argumenty pro a proti dobrovolné eutanázii

Podle mého názoru by povolení eutanazie znamenalo odklon od tradičních morálních a právních principů. Je to čin, který stejně jako trest smrti nelze vrátit zpět. Musíme si totiž přiznat, že naše společnost není ideální a vždy se zneužívalo a zneužívá toho, co zpočátku sloužilo dobru. Eutanazie je problém velmi složitý. Někde ve světě je legální, jinde o ní lidé nechtějí ani slyšet. Podobné emoce vyvolává i u nás.

Zastánci a kritici této politiky přednášejí tyto následující argumenty ohledně dobrovolné eutanazie.

Příznivci eutanazie argumentují především:

- *Autonomii pacienta* – první důvod se týká autonomie, tzn. každý člověk má právo rozhodovat sám o sobě, tudíž i o svém životě nebo případné smrti. Odpůrci eutanazie však vidí problém v tom, že pod právem zemřít si její zastánci představují něco jiného, než je zakotveno v lékařské etice. V ní se toto právo vztahuje k právu člověka na patřičnou péči, když umírá. Lidem by se mělo dovolit zemřít, když umírají a když je v jejich zájmu zemřít. Mělo by jim být poskytnuto veškeré pohodlí a jejich umírání by se nemělo zbytečně prodlužovat a zdržovat. Podle odpůrců si zastánci eutanazie právo

²¹⁵ HAMERSKÝ, M., *Povolme eutanázii* [2012-10-10].
<<http://www.liberalnistrana.cz/archiv.php?co=1133245732>>.

zemřít vykládají ve významu být usmrcen na požádání a ve významu práva druhé osoby usmrtit, je-li o to požádána. Taková práva však neexistují.²¹⁶

- *Kvalitou života* – druhým důvodem je bolest a utrpení nemocné osoby i přes tisíce prostředky. Pro osobu, která si tím sama neprošla, je to nepochopitelné. I když nebereme v potaz fyzickou bolest, pro pacienty je často nepřekonatelná bolest emoční, způsobená nemocí a omezeními, která nemoc způsobuje.
- *Ekonomickými náklady* – třetím důvodem bývá regulace nákladů na zdravotní péči. Haškovcová uvádí: „Hovořit o vztahu ekonomiky a finality života se zdá být neetické, ale zamlčovat existenci těchto vztahů je pokrytecké.“²¹⁷ Bohužel finanční náročnost léčby a péče je v závěru života vysoká a zatěžuje omezené zdroje. Všude se šetří a argumenty tohoto typu zastáncům eutanazie nahrávají.

Odpůrci eutanazie argumentují takto:

- *Možnost zneužití* – jak ze strany medicíny, tak ze strany příbuzných.
- *Teologický argument* – opírající se o nedotknutelnost a posvátnost lidského života. Život je darem od Boha a jen Bůh rozhoduje o tom, kdy a jakým způsobem člověk zemře.
- *Morální argument* – eutanazie je nemorální akt, ať je legální, či nikoli. Světová lékařská asociace vypracovala deklarace týkající se eutanazie a asistované sebevraždy, vyplývá z nich, že eutanazie je neetická, což však nebrání tomu, aby lékař respektoval přání pacienta, aby se ustoupilo přirozeným procesům vedoucím ke smrti.
- *Protiklad Hippokratovy přísahy* – „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou.*“²¹⁸ Lékař má léčit, chránit lidský život, a ne ho ukončovat.²¹⁹
- *Narušení důvěry k ošetřujícímu lékaři* – o momentu přistoupení k usmrcení pacienta rozhoduje lékař – on určuje, kdy je léčba zbytečná a kdy je pacientovo utrpení nesnesitelné, při tomto rozhodování je ovlivněn svým hodnotovým žebříčkem, předsudky, představou o hodnotném životě apod.

Z výše uvedeného vyplývá, že eutanazie není pouze soukromou záležitostí. I v této fázi má umírající člověk stále všechna svá práva a jeho důstojnost je stále nedotknutelná.

²¹⁶ Srov. POLLARD, Brian. *Eutanázie ano či ne?*, s. 88–89.

²¹⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Thanatologie*, s. 155.

²¹⁸ MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 19.

²¹⁹ Srov. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 60–61.

2.5.6 Křesťanský pohled na eutanazii

Již ve Starém zákoně je Hospodin Bohem života a živých. Život je darem a nejvyšším statkem, který je nikým nedotknutelný, s jedinou výjimkou sebeobranou, přičemž se ale dá konstatovat určitá tendence ke vždy větší ochraně života. Na rozdíl od okolních národů je tu vyloučeno jakékoli usmrcení dítěte (Sir 3,13). Sebevražda představuje výjimku (2 Mak 10,13) a neprovádí se za žádných okolností kvůli ukončení utrpení. V Novém zákoně se respekt k životu dále rozvíjí, a dokonce je na něj kladen ještě větší apel. Jako hřích proti životu se považuje nenávisť vůči druhému (Mt 5,44; Mt 10,28).²²⁰

Křesťanský pohled na eutanazii je neodmyslitelně spojen s hodnotou každé lidské osoby. V tomto směru 2. vatikánský koncil opět potvrzuje vznešenou důstojnost člověka, především jeho práva na život. Z tohoto důvodu také odsuzuje zločiny proti životu, tedy i potraty, eutanazii a dobrovolnou sebevraždu.²²¹

Jestliže se mnoho lidí domnívá, že život nemá posvátný charakter a že s ním mohou svévolně nakládat, pak věřící spatřují v životě dar Boží lásky. Z toho vyplývá, že:

1. „*Nikdo nesmí ukládat o život kteréhokoli nevinného člověka, aniž by se tím postavil proti Boží lásce k tomuto člověku, aniž by porušil jeho základní nezadatelné a nezczitelné právo a aniž by spáchal zločin krajní závažnosti.*“
2. „*Každý člověk má povinnost žít svůj život ve shodě s Božím plánem.*“
3. „*Dobrovolná smrt neboli sebevražda je tedy stejně nepřijatelná jako vražda.*“²²²

Dlouhotrvající nemoc, stáří, osamělost nebo zapomínání mnohdy naplňují člověka velkou úzkostí z blížící se smrti. Často je nemoc doprovázena utrpením a zvyšující se bolest může vést až k myšlence odstranění bolesti za každou cenu. Podle křesťanského učení je bolest, zvláště v konečných chvílích života, podílem na Kristově utrpení a spojením se s jeho vykupitelskou obětí (Mt 24,34). Neznamena to však, aby nemocní léky zmírňující nebo odstraňující bolest neužívali. Někteří křesťané nepoužívají prostředky zmírňující bolest jen proto, aby se alespoň z části mohli sjednotit s Kristovým utrpením. Lidská a křesťanská rozvážnost radí, aby nemocní léky tišící bolest užívali i přesto, že může dojít ke sníženému vědomí jako vedlejšímu účinku léčby.²²³

V prohlášení Pia XII. se ho skupina lékařů zeptala: „*Lze z náboženského a morálního hlediska dovolit lékaři a pacientovi potlačovat bolest a vědomí s použitím narkotik (i když se*

²²⁰ Srov. FURGER, Franz. *Etika seberealizace, osobních vztahů a politiky*, s. 94.

²²¹ Srov. GS 27.

²²² KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY, *Deklarace o eutanazii : Bona et iura*. 2. vydání. Kostelní

Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009, s. 16.

²²³ Srov. op. cit., s. 19.

blíží smrt a lze předpokládat, že použití narkotik ukrátí život)?²²⁴ Papež odpověděl: „*Ano, pokud neexistují žádné jiné možnosti pomoci a jestliže to za daných okolností nebrání plnění dalších náboženských a mravních povinností.*“ V tomto případě je úmyslem ulevit od bolesti a smrt není zamýšlena. Ztráta vědomí nemocných, která bývá často následkem prostředků tisících bolest, si zaslouží zvážení.²²⁵ Proto Pius XII. varuje: „*Bez vážného důvodu není dovoleno umírajícího zbavit jeho vědomí.*“²²⁶

Deklarace o eutanázii, kterou vydala kongregace pro nauku víry, zdůrazňuje, že nikdo nemůže dovolit zabití nevinné lidské bytosti, ať je to plod, dítě nebo dospělý, člověk nevyлéčitelně nemocný či umírající. Prosby těžce nemocných lidí, kteří žádají smrt, nemůžou být chápané jako projev skutečného chtění eutanazie. Katolická nauka vychází z pojetí života jako daru, který nám byl dán od Boha. On jediný je tedy zase ten, kdo nám ho může vzít. Člověk nemá právo o něm sám rozhodovat, a proto aktivní eutanazie je pro katolíka nepřijatelná. V určitých případech se povoluje pasivní eutanazie, což znamená, že není použito všech prostředků k dalšímu prodlužování života umírajícího pacienta. Nejsou tedy použity všechny přístroje, které jsou technicky nebo ekonomicky velmi náročné. V takové situaci se nejedná o aktivní eutanazii, ale jde spíše o pasivní postoj „nechat umřít“.²²⁷

Otázka eutanazie a doprovázení umírajících se stává stále více předmětem celospolečenské diskuse. Proto se k této diskusi máme připojit i my. V centru naší pozornosti je člověk a jeho život, který chápeme jako dar od Boha. Tento dar nezpochybňujeme ani ve chvíli nemoci a umírání. Umírání přijímáme jako součást života, proto je všestranná pomoc umírajícímu pomocí životu. Hájíme právo na důstojné umírání. Lidská důstojnost je pro nás zakotvena ve víře v Boha a v božském aktu stvoření.²²⁸

Dále je nepřijatelné, aby byl u někoho vytvářen pocit, že je již jen břemenem, a on se musel sám před sebou či před druhými omlouvat za to, že ještě vůbec žije. Taková zákonná úprava by také podkopávala důvěru vůči zdravotnímu personálu v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech důchodců a dalších zařízeních. Eutanázii

²²⁴ Op. cit., s. 19.

²²⁵ Op. cit., s. 20.

²²⁶ Op. cit., s. 20.

²²⁷ Srov. ONDOK, Josef. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 172.

²²⁸ *Prohlášení církvi a náboženských společností v České republice k problematice eutanazie a doprovázení umírajících* [2012-10-10]. < <http://tisk.cirkev.cz/dokumenty/prohla-eni-cirkvi-a-nabo-enskych-spolocnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich/>>.

nepovažujeme za možnost volby ve výjimečných případech, ale za znevážení lidského života.²²⁹

Dnes je velmi těžké přesvědčit společnost, že eutanazie a sebevražda jsou zakázány, protože Bůh je pánem nad životem a smrtí. Proti tomu by se totiž dalo argumentovat, že Bůh přece stvořil člověka tak, že má možnost volby života a smrti. Jako může člověk v zásadě používat všechny své ostatní schopnosti, mohl by také využít této schopnosti k sebevraždě. Pravý důvod lidského bytí se vyjeví pouze tomu, kdo jej opravdu hledá. Příkladem nám mohou být dva lidé, kteří se milují a moc dobře vědí, že jejich existence pro druhého má velkou hodnotu. Kdyby však jeden odešel, ten druhý jako by přišel o součást sebe. To nám ukazuje, že bytí s druhým dává životu smysl. Podobně je to i ve vztahu k Bohu. Dokud je člověk zdravý, uskutečňuje ve svém životě lásku a víru, přijímá milost od Boha a je požehnáním pro druhé. Pokud se nemocný vydá na cestu trpělivosti s Bohem, má před ním a před svými bližními vysokou hodnotu.²³⁰

Pokud člověk naopak v tyto hodnoty nevěří, končí jeho život nesmyslně a umírá opuštěný a sám. V dnešní době musíme být opatrní a zdrženliví k morálnímu hodnocení lidí, kteří spáchali sebevraždu nebo žádají o eutanazii. Nevíme, co je k tomu vedlo, mohlo jít třeba o dočasný zkrat, kdy už jejich čin není dílem svobody, ale je něčím vynuceným. Místo odsuzování lidí se dejme spíš na cestu porozumění, pokusme se je vyslechnout a věnovat jim svoji péči. To je asi to nejvíce, co můžeme pro ně udělat.²³¹

2.6 Paliativní a hospicová péče

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

2.6.1 Paliativní péče

Paliativní neboli útěšná medicína představuje velmi ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Většinou je poskytována ve speciálních zařízeních, které se jmenují hospice. Je tedy nutné i možné ji včlenit do současného systému medicíny. Do péče

²²⁹ *Prohlášení církví a náboženských společností v České republice k problematice eutanazie a doprovázení umírajících* [2012-10-10]. < <http://tisk.cirkev.cz/dokumenty/prohla-eni-cirkvi-a-nabo-enskych-spolocnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich/>>.

²³⁰ Srov. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života*, s. 101.

²³¹ Srov. ROTTER, Hans, op. cit., s. 101.

o umírajícího je důležité předně zapojit celou rodinu, a proto se tedy hovoří o hospicovém hnutí.²³²

Obsah pojmu paliativní medicína není ustálen, a tak se můžeme v odborné literatuře setkat s celou řadou definic, jejichž obsah se více či méně překrývá. Slovo pallium je latinského původu, znamená „plášť“ nebo „obal“.²³³ Ze slova paliativní s kombinací slova péče vyplývá symbolický cíl, kterým je poskytnout nemocnému ochranu. Tím míníme pomyslný plášť v extrémně nepříznivé situaci, kdy hrozí vlastní zánik.²³⁴

Jednoznačná definice tedy neexistuje. Uvedme si pro příklad tři definice, které nejlépe vystihují paliativní a hospicovou péči.

Světová zdravotnická organizace (WHO):

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

National Hospice Organization, Arlington, Virginie, USA

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

Velká Británie

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progresivním, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“²³⁵

²³² Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 37.

²³³ Původně pontifikální symbol patriarchů a arcibiskupů, též svrchní roucho starých Římanů.

²³⁴ Srov. VORLÍČEK, Jirí a kol. *Paliativní medicína*, s. 511.

²³⁵ *Co je paliativní léčba, péče a medicína?* (27. 6. 2010) [2012-01-27]. <<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>>.

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

- poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení,
- chápe umírání jako přirozený proces,
- neusiluje ani o urychlení ani o nepřiměřené zdržování smrti,
- integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty,
- nabízí rovněž systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti,
- nabízí rovněž systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i s vlastním zármutkem,
- pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí,
- podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění,
- je použitelná i v časně fázi onemocnění současně s jinými způsoby léčení, které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje všechna vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobujících utrpení.²³⁶

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

Paliativní péči bychom neměli spojovat jen s ústavou určitého typu. Spíše se na ni pohlíží jako na určitou cestu, kterou je možno používat nejen v hospicích, ale i v domácím prostředí a různých nemocničních zařízeních. Dříve byla tato péče často spojována s terminálně nemocnými, dnes je čím dál více vidět, že má co nabídnout i v mnohem dřívějším vývoji chorob.²³⁷

Paliativní léčba zajišťuje komplexní péči, jejímž cílem je předcházení a zmírňování všech aspektů utrpení nemocného. Komplexní léčba a péče o všechny příčiny utrpení vyžaduje multidisciplinární přístup. Znamená to, že na pacientově léčbě se bude podílet tým, který je tvořen nejenom odbornými lékaři a zdravotními sestrami, ale také skupinou psychologů, sociálních pracovníků, pomocným zdravotním personálem a duchovním.²³⁸

Obor paliativní medicíny se tedy systematicky rozvíjí. Principy paliativní péče jsou mnohem více přednášeny na středních a vyšších zdravotnických školách a lékařských

²³⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 38.

²³⁷ Srov. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 61.

²³⁸ Srov. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*, s. 26.

fakultách. Přesto je mnohé formy potřeba neustále zlepšovat a rozšiřovat. Vzhledem ke skutečnosti, že v České republice paliativní medicína dostala potřebný prostor až po roce 1989, máme stále co dohánět.²³⁹

Paliativní péče má k otázce eutanazie jednoznačně vyhraněný postoj. Pomáhat v umírání ANO, pomáhat ke smrti NE.²⁴⁰ Paliativní medicína a péče je považována za jedinou rozumnou alternativu k otázce eutanazie. Ve zdravotnickém systému by mělo být garantováno, aby každý člověk měl bez ohledu na svou finanční situaci v rámci paliativní medicíny právo na optimální léčbu.²⁴¹

2.6.2 Historie paliativní péče

Dějiny moderní paliativní péče jsou poměrně krátké. Dnes, na začátku 21. století, sice žijeme v průměru výrazně déle a v mnohém ohledu pohodlněji, než tomu bylo dříve, platíme však za to nezanedbatelnou daň. Déle a vůbec ne lehčeji totiž také umíráme! Protože cílem paliativní péče je udržet co nejvyšší kvalitu života nemocného, v dřívějších dobách, například ve středověku, nebylo šíření této péče mezi prostým lidem v podstatě vůbec možné. Jednak lidé umírali mnohem častěji na neznámé nemoci, jednak život rolníka nebo zemědělce nebyl dostatečně ceněn.²⁴²

První moderním zařízením paliativní péče byl hospic sv. Kryštofa, který byl založen Cicely Saundersovou v Anglii v roce 1967. Od té doby jsme svědky rychlého rozvoje různých organizačních forem paliativní péče a nárůstu počtu osob využívajících paliativní péči. Odhaduje se, že dnes ve světě existuje přes 7000 zařízení hospicové a paliativní péče, která působí ve více než 90 zemích. Původní forma hospice, jako samostatně stojícího lůžkového zařízení, byla později s ohledem na potřeby nevléčitelně nemocných rozvinuta do dalších podob.²⁴³

Nicméně již v roce 1975 si kanadský lékař Balfour Mount uvědomil riziko určitého nedorozumění, když hledal označení pro svou novou nemocniční jednotku v Montrealu, neboť ve francouzsky hovořící části Kanady se výraz „hospic“ („hospice“) již používal v jiném kontextu. To jej vedlo k zavedení pojmu „paliativní péče“. V oblasti hospicové a

²³⁹Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 39.

²⁴⁰ *Co je paliativní léčba, péče a medicína?* (27. 6. 2010) [2012-01-27]. <<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>>.

²⁴¹VIRT, Günter. *Žít až do konce*, s. 40.

²⁴²KALOUSKOVÁ, Michaela a kol. *Paliativní péče a její historie* [2012-10-08]. <<http://konference.oao.cz/>>.

²⁴³KALVACH, Zdeněk. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004, s. 11.

paliativní péče na celém světě svědky snahy o nalezení společného jazyka, neboť nejednotnost představuje brzdu ve vývoji mezinárodních standardů a norem.²⁴⁴

Původně byly ale hospice zamýšleny jako místa k odpočinku pro cestovatele či poutníky a teprve až v 19. století je ustanovil náboženský řád v Irsku a Londýně jako místa pro umírající. Moderní hospic a s tím i paliativní péče je poměrně nedávný koncept, jenž se začal rozvíjet ve Spojeném království po roce 1967. A právě Velká Británie má doposud nejrozvinutější síť hospiců. Moderní medicína tedy začala na toto odvětví lékařské péče reagovat až se značným zpožděním. Potřeba a význam paliativní péče byly totiž do značné míry zastíněny zaměřením medicíny na léčbu a uzdravení. Velké úspěchy, jež toto zaměření přinášelo, způsobily, že pak nebyly dostatečně vidět i problémy, které tento vývoj přinesl. Rozvoj moderní paliativní péče se opírá o významný pokrok, jaký medicína především v léčbě bolesti a zvládnání dalších symptomů dosáhla.²⁴⁵

V **České republice** se začíná hospicové hnutí vyvíjet až po tzv. Sametové revoluci v roce 1989, kdy začíná být kladen důraz na akceptaci lidských práv a společnost získává možnost zlepšovat postupy v péči o umírající. Za hlavní iniciátorku hospicového hnutí a paliativní péče v České republice je považována lékařka **Marie Svatošová**, která v roce 1990 začala uceleně organizovat péči o smrtelně nemocné pomocí mobilního hospice. Idea mobilního hospice se rychle rozšířila a brzy vzniklo v České republice podobných zařízení kolem padesáti. V roce 1993 začala Marie Svatošová za finanční podpory státu budovat první lůžkový hospic, a to Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Další lůžkové hospice byly otevřeny do dnešního dne v těchto městech: Praha, Plzeň, Rajhrad u Brna, Litoměřice, Brno, Svätý Kopeček u Olomouce, Havlíčkův Brod, Jablonec nad Nisou, Valašské Meziříčí, Most, Prachatice, Ostrava, Čerčany u Prahy a Chrudim.²⁴⁶

2.6.3 Hospicová péče

K rozšíření paliativní péče a jejímu uplatňování v praxi velmi přispělo hospicové hnutí. Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku. Za základní myšlenku hospicového hnutí můžeme pokládat koncept „celkové bolesti“. Podle tohoto pojetí je fyzická bolest nerozlučně spojena s utrpením v oblasti psychické, sociální a duchovní. Důležité,

²⁴⁴ RADBRUCH, Lukáš a PAYNE, Sheila. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesty domů, 2009, s. 7.

²⁴⁵ KALOUSKOVÁ, Michaela a kol. *Paliativní péče a její historie* [2012-10-08]. < <http://konference.oao.cz/>>.

²⁴⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 42.

obzvláště v období umírání, je vnímat tuto vzájemnou provázanost a neoddělitelnost všech složek.²⁴⁷

V hospici je pacientovi poskytována léčba a péče, zároveň je zde snaha uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální. Idea hospice je založena na úctě k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Důraz se klade na kvalitu života umírajícího, nejde tedy o zbytečné prodloužení jeho utrpení a života.

Hospic nemocnému garantuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen.²⁴⁸

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

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

Chtít odstranit ze života utrpení by bylo velice krásné, ale utíkali bychom mimo realitu. Skutečností je, že k životu nevyhnutelně patří smrt. Hospic respektuje tuto myšlenku a jeho úkolem je pomáhat a sloužit. Rozhodně se ji nesnaží uspěchat, to už by byla eutanazie. Jde tu především o pochopení bolesti a poskytnutí té nejtěžší služby nemocnému a jeho rodině. To vyžaduje hluboký lidský a současně profesionální přístup a týmovou práci všech zúčastněných i dobrovolníků, bez kterých se žádný hospic neobejde.²⁴⁹

Zastavme se ještě u otázky „KDE?“ To, co již bylo řečeno o myšlence hospice, je možno aplikovat i v podmínkách nemocnice, ale přece jen je to trochu jiné. Čím máme specializovanější pracoviště, tím dražší je jeho technické vybavení a tím dražší je i každá minuta. Do popředí se tedy nedostává pacient, ale nemoc, a tak člověk ustupuje do anonymity. Nechci obvinít lékaře, že by se snad o svoje pacienty nestarali, určitě to s nimi myslí dobře, ale pro ně to nemusí být vždy dobře. Takže hospic, nebo nemocnice? Odpověď může být prostá. Je potřeba obojí, může to být hlavně ku prospěchu pacienta, protože se obě zařízení navzájem doplňují. Pokud se zamyslíme, tak zjistíme, že mnoho z myšlenky hospice

²⁴⁷ Srov. VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*, s. 20.

²⁴⁸ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 115.

²⁴⁹ SVATOŠOVÁ, Marie. op. cit., s. 115–116.

lze uplatnit i v nemocnicích. V určitém okamžiku pobyt v nemocnici ztrácí smysl. Je to i tehdy, kdy se dá paliativní péče aplikovat i doma. Domácí prostředí je jistě optimální pro nemocného, ale i ta má určité hranice. A tím se dostáváme k formám hospicové péče.²⁵⁰

Svatošová rozděluje tři formy hospicové péče, které jsou v odborné literatuře uváděny i jinými autory:

1. **Domácí hospicová péče** – je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždycky dostačující. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá nebo je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky.²⁵¹
2. **Stacionární hospicová péče (denní pobyty)** – pacient je v tomto případě přijat ráno nebo odpoledne a večer se vrací domů. Tenhle způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče. V určité fázi onemocnění může být pro některé nemocné tím nejvhodnějším řešením. Důvod může být různý, např.:
 - diagnostický – kontrola bolesti, kterou se nepodařilo zvládnout doma,
 - léčebný – aplikace chemoterapie a nejrůznější paliativní léčby,
 - psychologický – ti, co jsou osamělí, rodina není schopna nebo nechce o problémech hovořit,
 - odlehčovací důvod – bývá častý, rodina nebo i nemocný si potřebuje odpočinout „od všeho“.
3. **Lůžková hospicová péče** - je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí nebo nejsou vůbec k dispozici. V případě, že je i možnost výše uvedených dvou forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného nebo zotavení jeho rodiny, se může vrátit do domácí péče.²⁵²

Každý hospic se snaží, aby prostředí, ve kterém se nachází pacient, mu více připomínalo domov než nemocnici. Navíc jsou zde nejrůznější pomůcky,²⁵³ které usnadňují život nejenom nemocnému, ale i ošetřujícímu personálu. Může nastat situace, že hospic je plně obsazen. V takovém případě je dána přednost těm, u kterých je již jasné, že jim zbývá jen

²⁵⁰ SVATOŠOVÁ, Marie. op. cit., s. 117–118.

²⁵¹ KALOUSKOVÁ, Michaela a kol. *Paliativní péče a její historie* [2012-10-08]. < <http://konference.oao.cz/>>.

²⁵² *Otázky a odpovědi co je hospic?* (17. 6. 2010) [2012-01-31]. < <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi-co-je-hospic/>>.

²⁵³ Např.: polohovací lehátka, zvedáky, pojízdné koupací vany.

málo času²⁵⁴ a jejich nemoc povede k brzké smrti. Pro tyto pacienty je hospic určen především. Jakákoliv protekce by v tomto případě byla vysoce neetická.²⁵⁵

2.6.4 Práva pacientů

Každý nemocný člověk má právo na smysluplnou a komplexní péči až do posledního okamžiku svého života. Pokrok v medicíně umožňuje téměř všechno, co je technicky uskutečnitelné. Je však na místě otázka aktivního léčení v době terminálního stadia. Podle našich zkušeností často poznáváme, že intenzivní léčba nemocné zatěžuje a jistě by byla vhodnější pro kvalitu života léčba paliativní, nasazená včas. Tyto okolnosti však musí vhodně posoudit ošetřující lékař společně s nemocným po zvážení všech okolností.²⁵⁶

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

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

V České republice se začal zpracovávat etický kodex práv pacientů v roce 1990 Centrální etickou komisí při vědecké radě Ministerstva zdravotnictví. Kodex pacientů tedy začali zpracovávat odborníci s vědomím, že se však nejedná o práva lékařů, ale nemocných. Česká verze byla vypracována na základě vzorových práv pacientů, která byla uveřejněna Americkým svazem občanských svobod v roce 1985. Současně však byla akceptována některá stanoviska z diskuze veřejnosti a byla respektována i naše specifická situace.²⁵⁷ Definitivní verze byla vyhlášena komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 25. února 1992.²⁵⁸

Ačkoli je lékařská péče v České republice široce dostupná a je poskytována často na vysoké úrovni, ve zdravotnických zařízeních stále existuje problém se zachováváním

²⁵⁴ Viz příloha č. 5.

²⁵⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 121–122.

²⁵⁶ Srov. *Práva nemocných* [2012-01-31]. <<http://www.hospic-horice.cz/prava-nemocnych/>>.

²⁵⁷ Srov. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. Praha: Triton 2002, s. 76.

²⁵⁸ Viz příloha č. 5.

důstojnosti hospitalizovaných osob či jejich příbuzných. Zejména jsou podceňovány psychologické rozměry léčby, což se nejvíce projevuje u těch nejzranitelnějších skupin hospitalizovaných.²⁵⁹ Pokud lékař poruší své povinnosti, jen malý počet pacientů se domáhá spravedlnosti u soudu, ať už z obavy z finančních nákladů sporu, nebo veřejné stigmatizace.²⁶⁰

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

Je opravdu nezbytné, aby se práva pacientů stala v naší společnosti obecně známá. Měla by se vytvořit smysluplná rovnováha mezi pacientem a lékařem. Když pacient bude znát svá práva, nestane se tak jen objektem lékařské vědy, ale dochází k vytvoření vztahu nemocný a lékař, kdy je pacient v tomto vztahu plnohodnotným člověkem. S tímto vědomím může nemocný snadněji přijímat a snášet obtíže a těžkosti své nemoci a snažení lékařů a ostatního zdravotnického personálu.²⁶¹

²⁵⁹ Např.: nezletilí pacienti, rodičky, umírající pacienti.

²⁶⁰ *Práva pacientů* [2012-02-05]. <<http://www.llp.cz/cz/temata/lidska-prava-ve-zdravotnictvi/prava-pacientu>>.

²⁶¹ Srov. KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. s. 79.

3. Smrt a pohřeb

Strach ze smrti občas pocítuje skoro každý, nejvíce se ale bojí právě ti, kterých se umírání aktuálně týká ať už z důvodu nevyléčitelné nemoci, nebo nadešlého stáří. Umírající bývá provázen velmi úzkostlivými stavy. Strach z neznáma, obavy o naše blízké nebo i náš majetek nabytý v životě – od toho všeho se umírající musí odpoutat a smířit se s tím, že jeho pobyt na této planetě je u konce. Ale jsou i lidé, kteří se vyloženě těší, až se konečně odpoutají od fyzického těla a pozemských záležitostí – těší se „domů“. Není čeho se bát, procesem umírání si projde úplně každý a je to naprosto v pořádku.²⁶²

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

Umírající se otevřeně, nebo naopak ve skrytu zabývá otázkou: „Kolik času mi ještě zbývá?“ Pokud pacient takovou otázku vysloví, je většinou zahrán do kouta, že na to nemá vůbec ani myslet. On na ni ale musí myslet, proto je tedy vhodné připravit si na ni odpověď a ujistit našeho umírajícího, že ať se stane cokoliv, my ho neopustíme. Pro každého příbuzného je zajisté velmi nesnadné vyrovnat se s nejasným očekáváním: kdy smrt přijde, jak vypadá její začátek, jakou bude mít konkrétní formu atd. Všechny tyto obavy pramení z neznalosti a nezkušenosti. Situace je velmi obtížná zejména pro ty příbuzné, kteří se se smrtí někoho blízkého ještě nesetkali, anebo dokonce nikdy neviděli někoho umírat.²⁶³

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

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

²⁶² Srov. *Smrt* [2012-02-06]. <<http://www.umiram.cz/>>.

²⁶³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 79–80.

Lidé se smrti leckdy vyhýbají. Pokud se však lidé ocitnou před skolem, jsou nakonec rádi a vděční za každou pomoc a vlídné slovo. Stejně tak, jako se na školách vyučuje vývoj člověka od jeho narození, měla by být vyučována i problematika týkající se života před smrtí. Děti by měly být účelně vedeny k úctě ke starým a umírajícím lidem a měly by se učit, jak se o umírajícího člověka postarat. Budeme to jednou potřebovat. Většina z nás má přece rodiče a prarodiče a před smrtí má každý respekt!

Lidé by měli chápat, že lpění na majetku a blahobytu je třeba omezovat, měli by se učit odpoutávat se od hmotných starostí. K čemu nám bude bohatství po smrti? Mnozí lidé, kteří v životě utrpěli rány v podobě ať už citových nebo jiných, kteří stáli na hranici smrti kvůli nemoci či úrazu, a spousta dalších vědí, že užívání si hmotného majetku je pomíjivé a dočasné. Právě ono odpoutání se od hmotných starostí je třeba ke klidnému odchodu z tohoto světa. Čím klidnější bude náš život a vztah ke všemu hmotnému, tím klidnější bude i naše smrt.²⁶⁴

3.1 Smrt

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

Každý člověk, tedy i v beznadějně situaci doufá a věří, že „*bude lépe*“. Někteří i navzdory všem skutečnostem věří v zázrak a v překvapivý zvrát svého zdravotního stavu, nebo dokonce vyléčení. Jestliže však nastalo finále a smrt nelze odvrátit, musíme pak odložit falešnou naději.

Říká se, že věřící lidé umírají snadněji, protože jim víra poskytuje naději a umožňuje myšlenky na další, i když jiný život. Víra v posmrtný život nebývá jednoznačně útěšná, protože i věřící člověk přichází o všechny a všechno, co v tomto životě poznal a prožil. Méně je však známo, že i nevěřící může zemřít v klidu a v pokoji, smířen se stavem věci i se svým životem. Nejedná se tedy o víru, ale o plnost života, který má člověk za sebou, a to mu umožní odevzdat do náruče smrti. Víra v Boha je vhodným předpokladem pro zvládnutí extrémní zátěže, ale sama o sobě nemůže být zárukou, že se tak stane.²⁶⁵

²⁶⁴ Srov. *Smrt jako tabu* [2012-02-06]. <<http://www.umiram.cz/smrt-jako-tabu/>>.

²⁶⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 89.

3.2 Definice smrti

Smrt je tradičně definovaná třemi biologickými parametry: srdce nebije, není přítomný dech a mozek nevykazuje žádnou aktivitu (pokud zornice zůstávají takzvaně dilatované i po dopadu světla, mluví se o absenci aktivity mozkového kmenu). Smrt přichází velmi rychle poté, co srdce přestane bít, ustává přísun krve k životně důležitým orgánům včetně mozku. Když se srdce zastaví, dostaví se během několika sekund všechny příznaky toho, že člověk zemřel. Okamžik, kdy jsou přítomny všechny tři parametry, je definován jako čas smrti.

Pokud se lékařům podaří přimět srdce znovu k činnosti, člověk může obžít. Na smrt nenazírají odborníci jako na jeden konkrétní okamžik, ale jako na proces. Ten začíná, když srdce přestane bít, a pokračuje poškozením buněk celého těla v důsledku jejich nedostatečného zásobení kyslíkem. Pokud tento proces pokračuje, po několika minutách dochází v buňkách k nevratným změnám a začnou umírat.²⁶⁶

Neodvolatelným a totálním selháním mozkové kůry končí pozemská historie lidské existence. To znamená, že zbytek organismu už není živým člověkem.

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

Druhou možností je, že se smrti postavíme tváří v tvář, tedy celou naší bytostí. Vědomá akceptace smrti bývá především u lidí, kteří se se s mrtví už setkali v bezprostřední blízkosti. Přestávají se tak smrti bát a hledí jí přímo do očí. Proměna vztahu ke smrti pak dává možnost smysluplně naplňovat a rozvíjet své možnosti s ohledem na druhé a společně s nimi.²⁶⁷

Helena Haškovcová definuje, že: „*Smrt je tedy individuální zánik organismu, tedy také člověka.*“²⁶⁸ V jistém slova smyslu se dá říci, že člověk umírá od svého narození. Biologové mluví o programu života, který je vystřídán programem smrti, k jehož spuštění dochází poté, co byl vyčerpán program života.

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

²⁶⁶ *Co se děje s tělem a myslí v okamžiku smrti?* [2012-02-06]. < <http://funferr.blog.cz/0910/co-se-deje-s-telem-a-mysli-v-okamziku-smrti>>.

²⁶⁷ Srov. VYMĚTAL, Jiří. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003, s. 325.

²⁶⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 31.

Scholastická filozofie popisovala smrt velice abstraktně jako oddělení duše a těla. Tato definice však čelí dvěma obtížím. Tomáš Akvinský zastával názor, že vztah duše a těla není skutečným dualismem. Smrt nelze tedy chápat tak, jako by duše unikla z těla a byla pak na jiném místě. Jednota duše a těla je zvláště zdůrazněná v Bibli. Důležitější je však druhá obtíž, kdy definice smrti jako oddělení duše a těla je neuspokojivé pro řešení etických problémů. Nám jde o to, vědět, jestli ještě pacient žije, nebo jestli už je pouze mrtvým tělem.²⁶⁹

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

Mně se nejvíce zdá výstižná definice H. Rottera, založená též na filozofické úvaze, kde se smrtí rozumí „konec osobního životního příběhu“. Životní příběh osoby je více než pouhé biologické fungování jednotlivých orgánů. K životnímu příběhu osoby patří schopnost určitého minimálního uvědomění a personální svobody, a tím interpersonální komunikace. Samozřejmě nelze všechny tyto možnosti realizovat kdykoliv. Existuje spánek a bezvědomí, během kterých výkon svobody a komunikace není možný. Existuje období vývoje člověka od zplazení až daleko za porod, kdy se ještě nemůže mluvit o osobní svobodě ve vlastním smyslu, ale je zde vždy skryta schopnost, díky které příběh svobody člověka jednou začne, resp. bude pokračovat. Kde naopak schopnost vědomého a svobodného jednání zanikla, tam zmizely tak podstatné složky lidství, že již nelze mluvit o lidském životě.²⁷⁰

Zřetelněji to můžeme vidět na teologické úvaze, kdy lidským životem se rozumí setkání s Bohem a zaujetí určitého postoje k němu. Člověk se před ním zodpovídá za svůj život jen tak dlouho, dokud trvá jeho vědomí a svoboda. Když zmizí příslušná schopnost z lidského života, skončilo to, co má před Bohem význam. Pro spásu člověka nemá význam, co zbývá z organických funkcí.²⁷¹

3.3 Rozdělení smrti

V minulosti umírali lidé přirozenou smrtí, někdy označovanou jako sešlost věkem. Dnes je většinou smrt konečným stadiem nějakého patologického procesu, máme tím na mysli nějakou nemoc. Někdy bývá označována jako lékařská smrt, která nastává v důsledku nemoci. Rychlost skonu je různá, proto rozlišujeme *smrt náhlou, rychlou a pomalou*.²⁷²

²⁶⁹ ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života*, s. 86.

²⁷⁰ ROTTER, Hans. op. cit., s. 87.

²⁷¹ ROTTER, Hans. op. cit., s. 87.

²⁷² Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 90.

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

V literatuře se setkáme také s výrazy **avizovaná a neavizovaná smrt**. Pomalá smrt se v určitém čase, relativně dlouhém ohlašuje, a tedy avizuje. Toto ohlášení se většinou projevuje nejrůznějšími obtížemi. Umírající většinou trpí bolestmi, ale smrt je ještě poměrně vzdálená, a tak příbuzní mají dost času se na blížící ztrátu připravit. Ani avizovaná smrt však neznamená připravenost na situaci, která má nastat. Pro příbuzné je to i tak okamžik velkého překvapení, jako skutečnost, které nechtějí uvěřit. Neavizovaná smrt je náhlá nebo rychlá, která právě není spojena s dlouhým strádáním. V současné době si takovou smrt přeje většina lidí. Podle toho, v jakém věku nás smrt zastihne, rozlišujeme také smrt **předčasnou**, nebo naopak **přiměřenou**. Přiměřená smrt je častěji označována za úmrtí v „*požehnaném věku*“.²⁷³

Samostatnou kapitolu představuje smrt, kterou si člověk přivodí sám, a to neúmyslně – **sebezabitím**,²⁷⁴ nebo úmyslně – **sebevraždou**.²⁷⁵ Sebevražda je tedy akt úmyslného ukončení vlastního života. Většina lidí se však na sebevrahy dívá jako na „blázny“ a způsob odchodu z tohoto života stále nechápe, ba ho dokonce odmítá.

V minulosti byla sebevražda odmítána křesťanstvím a označena jako „akt pýchy“. Sebevrazi byli pohřbíváni u hřbitovních zdí v nevysvěcení zemi. Vrcholem byl zákaz pohřbívání vůbec, a vyhlášení exkomunikace na každého, kdo by se o to jen pokusil. V církvi

²⁷³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. op. cit., s. 90.

²⁷⁴ Jedná se o ukončení života, bez vědomého úmyslu dobrovolně zemřít nebo si uškodit.

²⁷⁵ Důvody k sebevraždě jsou mnohé. Proto bych ráda uvedla aspoň základní *druhy sebevražd*.

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

tedy po dlouhou dobu platilo, že sebevrahové nemohli mít katolický pohřeb, protože spáchali těžký hřích, po kterém nemohlo dojít ke smíření s církví.²⁷⁶

Dodnes sice přetrvává názor v katolické církvi, že člověku má být sice pomoci při zmírnění bolesti, nemoci a smrti pomocí medicíny, ale nemá se pokoušet vzít si život. Život pochází od Boha a člověku nepřísluší rozhodovat o jeho konci. Sebevraždu je tedy možné také interpretovat jako takové selhání, když člověk zvolí tuto variantu, kde jde spíše o zoufalý výkřik o pomoc.²⁷⁷

Současná teologie se ale čím dál více přiklání k názoru, že při onom setkání s milosrdným Ježíšem „ve smrti“ dá Bůh člověku ještě poslední šanci. A proto odmítnutí pohřbu pak na prvním místě nezasáhne sebevraha, ale ty, které tu po sobě zanechal. Bylo by necitelné a zbytečné zasahovat další ránu těm, pro které již byla velkou ránou ona tragédie.²⁷⁸

3.4 Morálně teologické problémy smrti

Tyto otázky především souvisejí s tematikou mozkové smrti, že nelze jednoznačně určit okamžik smrti. Zde se nejprve objevuje problém resuscitace, zda má být dál pacient ožívován, nebo již resuscitace není nutná, pokud můžeme definitivně říct, že došlo k mozkové smrti.²⁷⁹

Úmrtí konstatuje vždy lékař, a to bezpečně a podle platných odborných kritérií. V běžné praxi je nejčastěji konstatována smrt jako nevratná zástava srdeční činnosti. Tam, kde se zvažuje odběr orgánů pro potřeby transplantace, se používá kritéria smrti mozku.²⁸⁰

Definice nám jasně ukazuje, za jakých podmínek nastává úmrtí. Pokusí-li se medicína vytrhnout člověka z procesu umírání, bylo by záslužné, aby si uvědomila, za jakých okolností se jedná ještě o život. Pokud je to člověk, který byl dlouhodobě nemocný a trpěl nesnesitelnými bolestmi a na život již rezignoval, pak by snad bylo nejlepší neprodulžovat a znovu obnovovat tento proces od začátku. Samozřejmě je velice těžké toto hodnotit globálně a odhadnout, jak se bude vyvíjet znovuzískaný život, je nemožné.

Proto je zřejmé, že se musí provést resuscitační opatření, ale mohou nastat i případy, kdy se od této možnosti vědomě upouští. Vyskytly se i případy, kdy díky resuscitaci mohl pacient dál smysluplně žít. Nelze proto stanovit jednoznačná kritéria, kdy resuscitace má, nebo nemá smysl. V mnoha případech se poukazuje na pacientovu vůli. Lékař si musí dát

²⁷⁶ Srov. *Postoj církve ke smrti* [2012-02-07]. <<http://www.katolik.cz/otazky/ot.asp?ot=4010>>.

²⁷⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 92.

²⁷⁸ Srov. *Postoj církve ke smrti* [2012-02-07]. <<http://www.katolik.cz/otazky/ot.asp?ot=4010>>.

²⁷⁹ Srov. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života*, s. 89.

²⁸⁰ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 96.

pozor a nemělo by pro něj být rozhodující, v jakém stavu se nachází právě pacient, ale jeho celková vůle do budoucna.

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

U etických otázek si musíme dát pozor a brát vždy na vědomí celkovou situaci. Pokud mluvíme o lékařské problematice, je důležité si uvědomit, kdo disponuje bezprostřední zkušeností a znalostí daného tématu. Většina lékařů se spíše přiklání udělat všechno pro zachování života a zvláště v těžkých situacích si velmi dobře uvědomují svoji odpovědnost, aby udělali správné rozhodnutí.²⁸¹

3.5 Pohřeb

Poslední rozloučení je jednou z posledních služeb, kterou můžeme zesnulému prokázat, a každý, i ten nejobyčejnější a ve svém životě osamocený člověk, si zaslouží naši úctu a pokoru při jeho důstojném vyprovázení na poslední cestě.²⁸²

Potřeba praktických informací o pohřbu není moc vysoká, protože člověk dnešní doby se o tyto věci samozřejmě nezajímá, dokud nemusí. V době, kdy ho opustí osoba blízká, mu pomalu dochází, že situaci ignoroval a do značné míry podcenil informace týkající se pohřbu. Je proto vhodné nabídnou příbuzným základní informace o pohřbu při předávání pozůstalosti.²⁸³

Pohřeb je možné zadat u jakékoliv pohřební služby. Podmínkou je předložení občanského průkazu zemřelého a občanského průkazu toho, kdo pohřeb zajišťuje. Také je důležité předložit doklad o úmrtí.²⁸⁴ Platba pohřbu se zpravidla provádí při objednávce.

Někteří lidé se již za svého života vyjádří k tomu, jak by si představovali svůj pohřeb a kde chtějí být pochováni. Většina lidí však na tyto věci nespěchá, protože je přesvědčena, že má času dost, a příbuzní tak ani neznají přání zesnulého. Pozůstalí se pak zpravidla rozhodují podle stávajícího a společensky uznávaného rituálu.²⁸⁵

²⁸¹ Srov. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života*, s. 89-92.

²⁸² *Pohřební služby v Praze* [2012-02-07]. < <http://www.pohrebpegas.cz/>, staženo >.

²⁸³ Ministerstvo pro místní rozvoj vydalo příručku pro pozůstalé – Pohřeb a jeho organizace, viz příloha č. 6.

²⁸⁴ Úmrtí list se vystavuje obvykle týden po pohřbu, a to na příslušné matrice zemřelých.

²⁸⁵ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 109.

Pohřby a jejich varianty

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

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

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

Pohřeb do země – samozřejmostí pro každý pohřební ústav je i zajištění pohřbu do země. Tento způsob používali lidé od dávnověku, i když současná uspěchaná moderní doba dává přednost finančně méně náročnému rituálu pohřbení, tzn. kremaci.²⁸⁶

Význam smrti souvisí se způsobem života a naopak. Dnešní smrt je pojata lékařsky a pohřeb technicky. Ke škodě věci stojí tzv. kultura posledních věcí člověka mimo pozornost lidí dnešního světa. Způsoby pohřbů nám mohou mnohé naznačit o vztahu mezi jednotlivcem a společností. Měly by být určitým zdrojem poučení, jak přistupovat k umírajícím a pozůstalým. V současné době však svědčí o ztrátě zájmu o poslední věci člověka.²⁸⁷

²⁸⁶ Pohřební služby v Praze [2012-02-07]. < <http://www.pohrebpegas.cz/>, staženo >.

²⁸⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie*, s. 115.

Závěr

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

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

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

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

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

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

Téma nemoci, umírání a smrti považuji v dnešní době za velmi aktuální, o kterém by se mělo neustále diskutovat. Určitou naději vidím v hospicové péči, která nám ukazuje, jak je možné pomoci nejen nemocnému, ale i jeho rodině. Na závěr bych umístila několik století starý, leč stále aktuální úryvek z pera Johna Donnea:

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

Seznam zkratek

KKC – Katechismus katolické církve

GS – Pastorální konstituce o církvi v dnešním světě *Gaudium et spes*

SD – *Apoštolský list Salvifici doloris*

Jb – Job, kniha Starého zákona

Kor – List Korintským, Nový zákon

Jan – Nový zákon

Zj – Zjevení, Nový zákon

Seznam literatury

ARIES, Philippe. *Dějiny smrti Díl 1 : Doba ležících*. Praha: Argo, 2000.

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

BEAUCHAMP, T. L; WALTERS, L. *Contemporary issues in Bioethics*. USA: Wadsworth Publishing Company, 1999.

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

BLUMENTHAL-BARBY, Kay a kol. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum, 1987.

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

BYOCK, Ira. *Dobré umírání*, Praha: Vyšehrad, 2005.

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

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

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

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

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

FIRTHOVÁ, Pam a kol. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.

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

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

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život : kapitoly z psychoonkologie*. Praha: Univerzita Karlova, 1991.

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

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

J. M. S. *Moudrost nemocných*. Svitavy: Trinitas, 2001.

KALVACH, Zdeněk. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004.

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

KINGSHORN, S., GAMLIN, R. *Palliative nursing : bringing comfort and hope*. 1st ed. Edinburg: Bailiere Tindall, 2001.

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

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

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

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

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *On death and dying*, New York: Routledge, 1973.

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

LUKASOVÁ, Elisabeth. *I tvoje utrpení má smysl : logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998.

MACHEK, Václav. *Etymologický slovník jazyka českého*. 3. vydání. Praha: Academia, 1971.

MCKAYOVÁ, Judith; HIRANOOVÁ, Nancee. *Jak přežít chemoterapii a ozařování : průvodce onkologického pacienta po vlastním osudu*. Praha: Portál, 2004.

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

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

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

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

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

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

PARKES, Colin a kol. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.

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

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

PLÜGGE, Herbert. *O naději*. Praha: Vyšehrad, 1971.

POLLARD, Brian. *Eutanazie ano či ne?* Praha: Dita 1996.

POSPÍŠIL, C. V. *Ježíš z Nazareta, Pán a Spasitel*. 2. vydání. Praha: Krystal, 2002.

POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002.

RADBRUCH, Lukáš; PAYNE, Sheila. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesty domů, 2009.

RUCKI, Štěpán. *Je někdo z vás nemocen? : křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*. Praha: Návrat domů 2007.

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

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

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

SVATOŠOVÁ, Marie; JIRMANOVÁ, Marie. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998.

SOFAER, Beatrice. *Bolest : Příručka pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 1997.

ŠÁMAL, Pavel. *Usmrcení na žádost v návrhu trestního zákoníku*. Praha: LexisNexis CZ, 2007.

ŠPINKOVÁ, Martina. *Euthanasie. Víme, o čem mluvíme?* Praha: Cesta domů, 2006.

THEOVÁ, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.

VÁCHA, Marek. *Místo, na němž stojíš, je země posvátná : o kruhu úcty k člověku, přírodě a celému vesmíru*. Brno: Cesta, 2008.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999.

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

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

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

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

Internetové zdroje

ANDRT, Miroslav. *Úvahy nad úlohou člověka v dnešním světě a nadcházející době* [2012-09-14].

<<http://www.szs.ecn.cz/clanky/Andrt.pdf>>.

AQUINAS, Thomas. *Summa Theologica* [2012-10-05].

<<http://www.ccel.org/ccel/aquinas/summa>>.

Bolest obecně. (18. 4. 2008) [2012-09-10]. <<http://www.ulekare.cz/clanek/bolest-obecne-1129>>.

Bolesti – obecně [2012-09-11]. <<http://www.beznenemoci.cz/bolesti/bolest-obecne/popis>>.

Co je paliativní léčba, péče a medicína? (27. 6. 2010) [2012-01-27]. <<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>>.

Co se děje s tělem a myslí v okamžiku smrti? [2012-02-06]. <<http://funferr.blog.cz/0910/co-se-deje-s-telem-a-mysli-v-okamziku-smrti>>.

Eutanázie (30. 5. 2007) [2012-10-09].

<<http://aktuanecentrum.cz/zahranici/amerika/clanek.phtml?id=435338>>.

Eutanázie – dobrá smrt? [2012-03-01]. <<http://www.osud.biz/01-12-2011/178/>>.

Eutanázie je již v Lucembursku legální (17. 3. 2009) [2012-10-08].

<<http://zahranicni.eurozpravy.cz/evropa/386-eutanazie-je-jiz-v-lucembursku-legalni/>>.

Eutanazii umožňuje jen málo zemí světa [2012-10-08].

<<http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/ze-zahranici/eutanazii-umoznuje-jen-malo-zemi-sveta>>.

Eutanázie v Česku zůstává nelegální, senát změny zamítl [2012-10-09]. <http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-v-cesku-zustava-nelegalni-senat-zmeny-zamitl-pi8-/domaci.aspx?c=A080918_190510_domaci_lf>.

FELGR, Pavel. *Starověký Egypt* [2012-09-23].

<<http://www.starovekyegypt.net/architektura/udolikralu/hrobka-tutanchamon.php>>.

HAMERSKÝ, M., *Povolme eutanázii* [2012-10-10].

<<http://www.liberalnistrana.cz/archiv.php?co=1133245732>>.

KAČARAS, Dimitris. *Eutanázie : Co bychom měli vědět o eutanázii* (27. 2.2007) [2012-10-06]. <<http://kacaras.blog.cz/rubriky/eutanazie>>.

KALOUSKOVÁ, Michaela a kol. *Paliativní péče a její historie* [2012-10-08]. <<http://konference.oao.cz/>>.

KISVETROVÁ, Helena; KUTNOHORSKÁ, Jana. *Umírání a smrt v historickém vývoji* [2012-09-22].

<<http://casopis-sfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423120621813827.pdf>>.

KEVORIAN, Jack. *Životopis* [2012-10-08]. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Jack_Kevorkian>.

MAŠEK Petr, *Bude eutanazie legálně, politici váhají* [2012-10-10].

<http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-v-cesku-zustava-nelegalni-senat-zmeny-zamitl-pi8-domaci.aspx?c=A080918_190510_domaci_if>.

MERTINOVÁ, M., *Kdo viděl umírání, je pro eutanázii* [2012-10-10].

<<http://www.mertinova.cz/view.php?mn=12&cisloaktuality=2007082001>>.

Naděje. [2012-09-24]. <<http://citáty.kukulich.cz/temata/naděje>>.

Nizozemsko zavedlo rozvoz eutanazie až do domu (1. 3. 2012) [2012-10-07].

<<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/166466-nizozemsko-zavedlo-rozvoz-eutanazie-az-do-domu/>>.

PETRÁŠOVÁ, L.; DOLEJŠÍ, V., *Eutanazie se dá zneužít, varují odborníci* [2012-10-09].

<http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-seda-zneužit-varují-odborníci-fpl-domaci.asp?c=A070522_221014_domaci_ost>.

PITRMUCOVÁ, Petra. *Eutanázie* [2012-10-06]

<<http://www.gymfry.cz/zmp0304/pitrmuco/nemecko.html>>.

Pohřební služby v Praze [2012-02-07]. <<http://www.pohrebpegas.cz/>>.

Postoj církve ke smrti [2012-02-07]. <<http://www.katolik.cz/otazky/ot.asp?ot=4010>>.

Práva nemocných [2012-01-31]. <<http://www.hospic-horice.cz/prava-nemocnych/>>.

Prohlášení církví a náboženských společností v České republice k problematice eutanazie a doprovázení umírajících [2012-10-10]. <<http://tisk.cirkev.cz/dokumenty/prohla-eni-cirkvi-a-nabo-enskych-spolecnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich/>>.

Srov. *Před 15 lety uzákonila část Austrálie mezi prvními eutanazii* (1. 7. 2011) [2012-10-06].

<<http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/ze-zahranici/pred-15-lety-uzakonila-cast-australie-mez-prvnimi-eutanazii>>.

SLÁMA, Ondřej. *Utrpení terminálně nemocných a paliativní medicína* [2012-09-13].

<http://www.skzcr.cz/files/05_Utrpeni_terminalne_nemocnych_a_paliativni%20medicina.pdf>.

Smrt jako tabu [2012-02-06]. <<http://www.umiram.cz/smrt-jako-tabu/>>.

Sociální darwinismus [2012-10-06].

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Sociáln%C3%AD_darwinismus>.)

SUM Tomáš; BERKA Vít. *Eutanazie ve světě* (20. 5. 2005) [2012-10-06].
<<http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>>.

ŠIPR, Květoslav. *Eutanázie a společnost* (24. 9. 2008) [2012-10-06].
<tisk.cirkev.cz/res/data/033/003833.doc?seek=3>.

ŠIPR, Květoslav. *O beztrestnosti eutanazie v České republice* [2012-10-08].
<<http://www.volny.cz/bioetika/clanky/2005/3-4/eutanazie.htm>>.

V Nizozemsku vznikla pojízdná eutanazie. Pro žadatele, které odmítl lékař (1. 3. 2012) [2012-10-07]. <<http://zpravy.ihned.cz/c1-54890670-v-nizozemsku-vznikla-pojizdna-eutanazie-pro-zadatele-ktere-odmitl-lekar>>.

Švýcarská klinika smrti namíchává pacientům poslední koktejl (6. 10. 2009) [2012-10-08]
<<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/68866-svycarska-klinika-smrti-namicha-pacientum-posledni-koktejl/>>.

Švýcarský parlament odmítl přísnější kontroly eutanazie (26. 9. 2012) [2012-10-08].
<<http://aktualne.centrum.cz/zahranici/evropa/clanek.phtml?id>>.

Přílohy

Příloha č. 1

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 28.

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

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

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

Příloha č. 2

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 25.

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

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

Příloha č. 3

Návrh senátorky Václavy Domšové senátního návrhu zákona o důstojné smrti
[2012-10-05]. < <http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/prubeh?schuze=3951>>.

N á v r h

ZÁKON

ze dne 2008,

o důstojné smrti

§ 1

(1) Důstojnou smrtí se pro účely tohoto zákona rozumí ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost s vědomou, odbornou pomocí jiné osoby za podmínek stanovených tímto zákonem.

(2) Důstojnou smrtí se pro účely tohoto zákona rozumí rovněž úmyslné ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost jinou osobou, pokud není možné použít postup dle odst. 1.

§ 2

(1) Důstojné smrti může být dle tohoto zákona nápomocen, případně ji vyvolat pouze lékař, a to za podmínek stanovených tímto zákonem a prováděcími předpisy.

(2) Lékař, který je nápomocen důstojné smrti nebo ji vyvolá, není odpovědný za tento skutek podle předpisů trestního práva, pokud splní podmínky tohoto zákona a prováděcích předpisů a postupuje v souladu s postupy v nich stanovenými.

(3) Žádný lékař však nemůže být k nápomoci důstojné smrti či k jejímu vyvolání nucen.

(4) Pokud to stav pacienta dovoluje, použije se přednostně před vyvoláním důstojné smrti pomoc k ní.

§ 3

O důstojnou smrt může pacient žádat předem pro případ, že by v budoucnu nebyl schopen vyjádřit svoji vůli.

Žádost pacienta

§ 4

(1) V době vyhotovení žádosti o důstojnou smrt musí být pacient plně způsobilý k právním úkonům a musí být plně při vědomí. Žádost musí být vyhotovena písemně a musí z ní být nadevší pochybnost zřejmé, že pacient dobrovolně a po náležitém zvážení žádá o důstojnou smrt. Pacient musí žádost vlastnoručně sepsat, datovat a podepsat; podpis pacienta musí být úředně ověřen.

(2) Pokud pacient nemůže číst nebo psát, nebo je nevidomý, může svoji žádost o důstojnou smrt učinit před třemi současně přítomnými svědky v listině, která musí být hlasitě přečtena a přítomnými svědky podepsána. Přitom pacient musí před svědky potvrdit, že listina

obsahuje jeho žádost o důstojnou smrt. Pisatelem a předčítatelem může být i svědek; pisatel však nesmí být zároveň předčítatelem.

(3) V listině podle odst. 2 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o důstojnou smrt. Listinu musí svědci podepsat.

(4) Osoby neslyšící, které nemohou číst nebo psát, mohou projevit žádost o důstojnou smrt před třemi současně přítomnými svědky, ovládajícími znakovou řeč, a to v listině, která musí být tlumočena do znakové řeči.

(5) V listině podle odst. 4 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o důstojnou smrt. Obsah listiny podle odst. 4 musí být po jejím sepsání přetlumočen do znakové řeči; i toto musí být v listině uvedeno. Listinu musí svědci podepsat.

(6) Svědky žádostí o důstojnou smrt uvedených v tomto paragrafu mohou být pouze osoby, které jsou plně způsobilé k právním úkonům. Svědky nemohou být osoby nevidomé, neslyšící, němé, ty, které neznají jazyk, ve kterém se projev vůle činí, a osoby, které by mohly mít na smrti pacienta jakýkoli materiální zájem.

§ 5

Žádost o důstojnou smrt může pacient vzít kdykoliv zpět.

§ 6

Žádost o důstojnou smrt se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta. V případě jejího zpětvzetí je žádost ze zdravotnické dokumentace okamžitě vyňata a zničena.

§ 7

(1) K důstojné smrti lze na základě jeho žádosti dopomoci nebo ji vyvolat pouze u pacienta, který je v situaci, kdy jeho zdravotní stav je beznadějný, a kdy se nachází ve stavu trvalého utrpení fyzického nebo psychického, které je výsledkem nahodilé nebo dlouhodobé závažné a nevléčitelné nemoci.

(2) K důstojné smrti nelze dopomoci nebo ji vyvolat u osoby pouze na základě stáří nebo bezmocnosti.

(3) K důstojné smrti nelze dopomoci nebo ji vyvolat dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti pacientem.

Postup lékaře

§ 8

Pokud pacient požádá o pomoc k důstojné smrti či o její vyvolání, musí být před samotnou pomocí nebo vyvoláním důstojné smrti současně splněny následující podmínky:

a) ošetřující lékař musí podrobně seznámit pacienta s jeho zdravotním stavem, předpokládanou délkou jeho života, možnými léčebnými postupy a utišující léčbou včetně jejích účinků,

b) ošetřující lékař musí prodiskutovat s pacientem jeho žádost o důstojnou smrt a musí nabýt přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistuje žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta je zcela dobrovolná,

c) ošetřující lékař musí s pacientem vést o jeho žádosti o důstojnou smrt nejméně tři časově přiměřeně oddělené rozhovory, aby se ujistil o trvání fyzického nebo psychického utrpení pacienta a o jeho opakované vůli.

§ 9

(1) Před pomocí k důstojné smrti nebo jejím vyvoláním musí ošetřující lékař konzultovat jiného lékaře, kterého zevrubně informuje o zdravotním stavu pacienta. Tento lékař musí být nezávislý ve vztahu k pacientovi i ošetřujícímu lékaři a musí splňovat další podmínky stanovené prováděcím předpisem. Konzultovaný lékař přezkoumá lékařské záznamy a vyšetří pacienta. Konzultovaný lékař vypracuje o svých zjištěních zprávu, se kterou musí ošetřující lékař seznámit pacienta.

(2) Pokud pacienta pravidelně ošetřuje lékařský tým, ošetřující lékař musí pacientovu žádost o důstojnou smrt konzultovat i se členy tohoto lékařského týmu. Výsledky těchto konzultací je nutno zachytit v písemné formě. Členové ošetřujícího lékařského týmu musejí tento dokument podepsat.

(3) Pokud některý z konzultovaných lékařů vyjádří pochybnost o odůvodněnosti vyvolání důstojné smrti, je ošetřující lékař povinen konzultovat postupem dle odst. 1 dalšího lékaře.

(4) Při splnění podmínek tohoto ustanovení ošetřující lékař postupuje dále podle § 12.

Postup lékaře v případě žádosti učiněné předem

§ 10

Důstojnou smrt lze za podmínek tohoto zákona vyvolat i u pacienta, který o důstojnou smrt požádal způsobem stanoveným tímto zákonem předem.

§ 11

(1) Pokud pacient požádal o vyvolání důstojné smrti předem, musí být před samotným vyvoláním důstojné smrti současně splněny následující podmínky:

a) pacient trpí vážnou a nevléčitelnou nemocí;

b) pacient se nachází ve stavu nezměnitelného bezvědomí;

c) zdravotní stav pacienta je s ohledem na stav lékařské vědy v té době nevratný;

d) ošetřující lékař musí kontaktovat jiného lékaře, kterého zevrubně informuje o zdravotním stavu pacienta. Tento lékař musí být nezávislý ve vztahu k pacientovi i ošetřujícímu lékaři a musí splňovat další podmínky stanovené prováděcím předpisem. Konzultovaný lékař přezkoumá lékařské záznamy, vyšetří pacienta a sdělí, zda podle jeho názoru jsou splněny podmínky písm. a) až c).

(2) Pokud pacienta pravidelně ošetřuje lékařský tým, ošetřující lékař musí pacientovu žádost o důstojnou smrt konzultovat i se členy tohoto lékařského týmu. Výsledky těchto konzultací je nutno zachytit v písemné formě. Členové ošetřujícího lékařského týmu musejí tento dokument podepsat.

(3) Pokud některý z konzultovaných lékařů vyjádří pochybnost o odůvodněnosti vyvolání důstojné smrti, je ošetřující lékař povinen konzultovat postupem dle písm. d) dalšího lékaře.

(4) Při splnění podmínek tohoto ustanovení ošetřující lékař postupuje dále podle § 12.

§ 12

Lékařské postupy pro pomoc k důstojné smrti a pro její vyvolání stanoví ministerstvo vyhláškou.

§ 13

Lékař, který byl nápomocen k důstojné smrti nebo ji vyvolal, musí vyplnit formulář sestavený ministerstvem a doručit jej ministerstvu do pěti pracovních dnů od vyvolání nebo pomoci k důstojné smrti. Ve formuláři musí být uvedeno pohlaví, místo a datum narození pacienta; datum, místo a hodina úmrtí; povaha utrpení, které bylo trvalé; zda byl pacient v nezměnitelném bezvědomí; důvody, které vedly k přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistovalo žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta byla zcela dobrovolná; datum sepsání žádosti o důstojnou smrt; data a výsledky konzultací s jinými lékaři, případně se členy ošetřujícího lékařského týmu.

§ 14

Ministerstvo formulář uvedený v § 13 nejpozději do 3 pracovních dnů postoupí komisi zřízené při úřadu veřejného ochránce práv a složené lékařů, právníků a expertů na oblast důstojné smrti, která na základě údajů ve formuláři přezkoumá, zda byly v daném případě splněny podmínky tohoto zákona. V případě pochybností si komise může vyžádat od ošetřujícího lékaře údaje ze zdravotní dokumentace pacienta vztahující se k vyvolání důstojné smrti, zejména zprávy z veškerých konzultací, které byly učiněny v rámci postupu stanoveného tímto zákonem. Ošetřující lékař má povinnost vyžádanou dokumentaci komisi poskytnout.

§ 15

Komise vydává ke každému případu do dvou měsíců od doručení formuláře rozhodnutí o tom, zda byly splněny podmínky tohoto zákona. Na rozhodování komise se přiměřeně použijí ustanovení správního řádu.

§ 16

Pokud komise dospěje v rozhodnutí k názoru, že při pomoci k důstojné smrti nebo při jejím vyvolání nebyly splněny podmínky stanovené tímto zákonem, postoupí případ místně příslušnému státnímu zástupci.

§ 17

Komise je usnášeníschopná, pokud jsou přítomny nejméně dvě třetiny jejích členů.

§ 18

Členové komise jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvědí v souvislosti s činností v komisi. Tím není dotčena povinnost uvedená v § 16. Rovněž ustanovení zvláštních zákonů o zproštění mlčenlivosti touto zásadou nejsou dotčena. Členové komise rovněž důsledně dbají ochrany osobních údajů.

Ministerstvo stanoví prováděcím předpisem bližší podmínky, které musí splňovat lékař konzultovaný v souvislosti se žádostí o důstojnou smrt, sestaví formulář uvedený v § 13 tohoto zákona a určí početní zastoupení odborníků v komisi podle § 14 tohoto zákona.

DŮVODOVÁ ZPRÁVA K NÁVRHU ZÁKONA O DŮSTOJNÉ SMRTI

Obecná část

Návrh zákona o důstojné smrti se snaží vyřešit mnohdy neúnosnou situaci pacienta, který trpí vážnou chorobou, případně se rovněž nachází ve stavu nezměnitelného bezvědomí, a jeho zdravotní stav vyvolává trvalé fyzické nebo psychické utrpení. I když český právní řád nijak nepostihuje spáchání sebevraždy, zdá se, že důstojnější pro řešení shora zmíněných situací by bylo zakotvení podrobně upravené a kontrolovatelné možnosti ukončit život člověka (nacházejícího se ve vážném a neřešitelném zdravotním stavu) na základě jeho dobrovolného rozhodnutí.

K této možnosti již přikročilo nemálo států, za všechny jmenujme například Nizozemí, Belgie či Oregon. Další státy důstojnou smrt neřeší jako takovou zvláštní právní úpravou, její vyvolání však za určitých podmínek nepostihují podle předpisů trestního práva, které by se jinak v dané situaci uplatnily.

Pro účely české právní úpravy byl zvolen koncept, který na první místo klade možnost, aby pacientovi, který se nachází ve zmíněném stavu trvalého fyzického nebo psychického utrpení, byla poskytnuta součinnost, resp. pomoc k tomu, aby si mohl důstojnou smrt vyvolat za odborné asistence sám. Teprve na druhém místě pro osoby, které se nacházejí kromě jiného ve stavu nezměnitelného bezvědomí a o důstojnou smrt požádaly předem, stanoví návrh zákona eventualitu vyvolání důstojné smrti lékařem samotným. Tento koncept neklade dle názoru autorů takovou zátěž na lékaře, neboť ti se v rámci prvně zmiňované varianty nebudou přímo podílet na usmrcení pacienta, nýbrž mu k důstojné smrti poskytnou pouze svoji odbornou součinnost. Pouze u pacienta, který neučinil svoji žádost předem, resp. není ve stavu nezměnitelného bezvědomí a zároveň není schopen si důstojnou smrt vyvolat sám, zákon ponechává možnost vyvolat důstojnou smrt i tehdy, kdy by v úvahu jinak přicházela pouze pomoc k důstojné smrti.

Závěrem je třeba konstatovat, že návrh zákona o důstojné smrti je v souladu s ústavním pořádkem České republiky i s předpisy mezinárodního práva. Návrh rovněž není v rozporu s legislativou Evropských společenství a nejsou v něm obsažena žádná diskriminační ustanovení. Dopad na státní rozpočet je možné označit za minimální, neboť výdaje se dotknou pouze zřízení komise pro posuzování případů, kdy byla vyvolána důstojná smrt. K tomu je však nutno dodat, že odměny členů komise nebudou mít na státní rozpočet žádný zásadní dopad.

Zvláštní část

K § 1

Návrh zákona v § 1 obsahuje definici důstojné smrti, resp. odděluje pomoc k důstojné smrti (asistovaná eutanázie) a její vyvolání (aktivní eutanázie). Základní variantou je přitom pomoc k důstojné smrti, teprve pokud není možné využít tento postup, přichází na řadu vyvolání důstojné smrti jako takové.

K § 2

Zákon zde vyjímá lékaře, který dopomůže k důstojné smrti nebo ji vyvolá, z působnosti trestních předpisů, a to pouze za předpokladu, že jsou dodrženy podmínky zákona. Zákon rovněž svěřuje pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání pouze lékařům, zároveň však stanoví, že k pomoci k důstojné smrti nebo jejímu vyvolání nemůže být žádný lékař nucen. Je tak ponecháno vždy na konkrétní osobě, zda svoji součinnost v daném případě poskytne či nikoliv.

Toto ustanovení zdůrazňuje pravidlo, že základním způsobem, jímž nastane důstojná smrt, je pouze pomoc k ní. Teprve v případech, kdy to není objektivně možné, zákon umožňuje přímo důstojnou smrt vyvolat.

K § 3

Toto ustanovení zákona obsahuje možnost, aby pacient o důstojnou smrt požádal předem, tj. v době, kdy důvod k vyvolání důstojné smrti zatím neexistuje. Situaci, kdy by však důvod k důstojné smrti v budoucnu nastal, pacient může řešit předem, sestavením příslušné žádosti.

K § 4

Tento paragraf návrhu zákona o důstojné smrti obsahuje podrobnou úpravu žádosti pacienta. V této souvislosti bylo využito úpravy občanského zákoníku vztahující se na vyhotovení žádosti. Vzhledem k tomu, že zmíněná úprava občanského zákoníku poměrně zevrubně řeší nejrůznější případy, kdy je fyzická osoba při vyhotovování příslušného právního úkonu určitým způsobem znevýhodněná, tj. je například nevidomá, nemůže číst nebo psát, byla ustanovení občanského zákoníku použita i na žádost o důstojnou smrt, neboť je v souvislosti s ní do značné míry pravděpodobné, že žádost bude vyhotovovat právě fyzická osoba zdravotně určitým způsobem postižená.

K § 5

V tomto případě se jedná o poměrně běžné ustanovení, výslovně stanovující možnost pacienta se svojí žádostí o důstojnou smrt libovolně nakládat, což zahrnuje i případné zpětvzetí žádosti.

K § 6

K tomu, aby bylo možné prokázat, že pacient žádost o důstojnou smrt skutečně sestavil, návrh zákona stanoví, že žádost se vždy zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta, případně je z ní po jejím zpětvzetí okamžitě vyňata a zničena.

K § 7

Toto ustanovení návrhu zákona poněkud omezuje pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání. Předně z možnosti takto ukončit lidský život vyjímá osoby staré nebo bezmocné, které jinak nespĺňují podmínky předpokládané tímto zákonem. Dále potom přesně definuje stav pacienta, u něhož je možné důstojnou smrt vyvolat či k ní dopomoci. Konečně zákon pamatuje i na to,

že vzhledem ke stanoveným procedurám je nutný určitý čas, a proto určuje, že k důstojné smrti nelze dopomoci nebo ji vyvolat dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti.

K § 8

Zákon zde stanoví podmínky, jejichž současné splnění je nutnou podmínkou pro pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání.

K § 9

Aby bylo zabezpečeno co možná nejobektivnější posouzení konkrétní situace, je třeba dle tohoto ustanovení zákona konzultovat dalšího lékaře, který splňuje podmínky stanovené prováděcím předpisem (konkrétně nezávislost je v tomto kontextu chápána i jako nutnost nepracovat na témže pracovišti jako ošetřující lékař pacienta) a který ke každému konkrétnímu pacientovi poskytne svoje stanovisko. Pokud pacienta pravidelně ošetřuje lékařský tým, musejí být v souvislosti s důstojnou smrtí konzultováni i členové tohoto lékařského týmu. Pro případ, že by některý z konzultovaných lékařů vyjádřil o důstojné smrti pacienta pochyby, zákon stanoví, že musí být konzultován další lékař.

K § 10

Toto ustanovení vzhledem ke svému systematickému zařazení znovu opakuje zásadu, podle níž lze důstojnou smrt u pacienta vyvolat i na základě žádosti učiněné předem. Jelikož další úprava operuje již výhradně s podmínkou nezměnitelného bezvědomí, není již v této části návrhu zákona obsažena možnost k důstojné smrti pouze pomoci.

K § 11

Paragraf 11, podobně jako paragraf 8 a 9, upravuje postup lékařů, který musí předcházet vyvolání důstojné smrti u pacienta, který žádost o důstojnou smrt učinil dopředu a který se tudíž v dané situaci nachází ve stavu, kdy již není schopen o sobě rozhodovat.

K § 12

Vzhledem k vysoké odbornosti lékařských postupů byla konkrétní procedura vyvolání a pomoci k důstojné smrti ponechána na odborně zpracovaném prováděcím předpise.

K § 13

K tomu, aby bylo možné tuto citlivou záležitost podrobit patřičné kontrole, je stanoveno, že po pomoci k důstojné smrti nebo jejím vyvolání je lékař, který k důstojné smrti dopomohl nebo ji vyvolal, povinen vyplnit formulář a zároveň se určuje, jaké údaje musí formulář obsahovat.

K § 14

K přezkoumání postupu při pomoci k důstojné smrti nebo jejím vyvolání, resp. dodržení podmínek navrhovaného zákona zřídí ministerstvo komisi, která na základě údajů uvedených ve formuláři rozhodne, zda při pomoci k důstojné smrti nebo jejím vyvolání v konkrétním případě byly či nebyly splněny podmínky tohoto zákona. Tato komise by měla být složena z lékařů, právníků a odborníků na oblast důstojné smrti, tj. například psychologů aj. a měla by fungovat v rámci úřadu veřejného ochránce práv.

K § 15

Výsledkem rozhodování komise je rozhodnutí, jež je komise povinna vydat do dvou měsíců od doručení formuláře. Je tak zajištěna jistota lékaře, že při vyvolávání nebo pomoci k důstojné smrti dodržel veškeré podmínky stanovené tímto zákonem.

K § 16

Zde se jedná o odlišení pomoci (vyvolání) důstojné smrti za podmínek stanovených návrhem zákona, které je vyjmuta z působnosti trestních předpisů, od potenciálního spáchání trestného činu při nedodržení podmínek zákona.

K § 17

Technicko-organizační ustanovení, které pouze klade důraz na důležitost přijímání rozhodnutí komise, tudíž pro její usnášenišchopnost stanovuje podmínku účasti alespoň dvou třetin jejích členů.

K § 18

Vzhledem k citlivosti záležitosti, jakou důstojná smrt jistě je, a k ochraně osobních údajů zde zákon výslovně na členy komise klade povinnost mlčenlivosti a ochrany osobních údajů.

K § 19

Jde o zmocňovací ustanovení, které se vztahuje na případy, u nichž návrh zákona počítá s prováděcím předpisem.

Přemysl Sobotka
předseda Senátu Parlamentu České republiky

V Praze 14. 7. 2008

Vážený pane předsedo,
předkládám Vám, v souladu s ustanovením § 127 zákona č. 107/1999 Sb., o jednacím řádu Senátu, senátní návrh zákona „o důstojné smrti“ a žádám Vás o jeho postoupení Organizačnímu výboru.

S úctou

Václava Domšová, v. r.
senátorka Parlamentu České republiky

Příloha č. 4

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 122.

Hospicová péče z hlediska časového

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

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

Příloha č. 5

Práva pacientů [2012-02-05]. < <http://www.mpsv.cz/cs/840>, staženo 5. 2. 2012 >.

Práva pacientů (úplný text etického kodexu)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám vybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

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

Příloha č. 6

MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ

Příručka pro pozůstalé – Pohřeb a jeho organizace [2012-02-07]. <www.mmr.cz>.

POHŘEB A JEHO ORGANIZACE

PŘÍRUČKA PRO POZŮSTALÉ

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

PRAKTICKÉ KROKY

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

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

Krok 1: úmrtí

Při úmrtí mimo zdravotnické zařízení:

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

Poznámka: Naše oznamovací povinnost je právně vymahatelná.

Rada: Rození i umírání je možné doma.

Při úmrtí ve zdravotnickém zařízení nebo ústavu sociální péče:

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

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

Krok 2: kontaktování pohřební služby

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

Krok 3: objednání pohřbu

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

K objednání pohřbu vezmeme do provozovny pohřební služby s sebou:

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

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

Krok 4: objednání hrobového místa

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

Co musí smlouva o nájmu obsahovat především?

- výši nájemného
- výši úhrady za služby spojené s nájmem

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

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

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

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

Krok 5: oznámení pohřbu - parte

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

Formy kondolence:

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

Krok 6: pohřbení

Zaopatření mrtvého lidského těla spočívá:

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

Rakev s lidskými pozůstatky je poté:

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

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

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

Pohřební obřady nám umožní:

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

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

- společného uložení urny*
- zádušního obřadu*

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

Krok 7: vyřizování na úřadech

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

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

a další informace,

- notář: vyřízení pozůstalosti a dědictví.

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

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

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

Financování pohřbu

Pohřebné

Pohřebné je sociální dávkou ve výši 5 000 Kč.

Náleží osobě, která vypravila pohřeb:

- nezaopatřenému dítěti,
- osobě, která byla rodičem nezaopatřeného dítěte

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

Pojištění pohřbu

Pojištění pohřbu si můžeme zajistit u některých českých pojišťoven.

Účel pojištění:

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

Pohřeb na splátky

Někteří provozovatelé pohřební služby poskytují pohřeb na splátky bez navýšení ceny. Splátky lze zpravidla rozložit od 12 do 24 měsíců dle individuální dohody.

Případne-li dědictví státu

Stejně jako dědic odpovídá i stát v případě úmrtí za přiměřené náklady pohřbu zůstavitele. Náhradu přiměřených nákladů spojených s pohřbem tvoří:

- výdaje účtované za pohřeb,
- hřbitovní poplatky,
- výdaje na zřízení pomníku nebo desky do výše 20 000 Kč,

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

Nechce-li nikdo vypravit pohřeb

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

Darování těla pro vědu, výzkum a výuku

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

Podmínky darování:

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

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

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

Pohřeb bez obřadu

Jde za prvé o zpopelnění lidských pozůstatků v žárovišti krematoria:

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

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

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

Za třetí dochází ke kombinaci výše uvedených bodů, při které

- chybí jakékoli rozloučení,
- pozůstalí se nedozví ani číslo hrobového místa svého zemřelého předka, ani adresu pohřebiště, kde se žárový hrob nachází.

Svépomoc ve smutku a žalu

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

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

Poradenství pro pozůstalé

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

Kvalifikované poradenství ohledně organizace pohřbu a nájmu hrobu nabízí:

- pracovníci pohřební služby,
- pracovníci veřejného pohřebiště.

Kvalifikované poradenství ohledně vyrovnání se smutkem a žalem nabízí:

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

Existuje státem uznaný standard Poradce v poradenství pro pozůstalé respektující:

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