**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra pastorální a spirituální teologie

*Teologické nauky*

Marcela Pavelková

**DOPROVÁZENÍ RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ OSOB**

**VE VIGILNÍM KÓMATU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Marta Cincialová, Th. D.

2020

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny zdroje informací jsem uvedla v seznamu.

Ve Slavičíně 20. 4. 2020 ……………………………………………

podpis

Zde bych ráda poděkovala své vedoucí, Mgr. Martě Lucii Cincialové, Th. D., za cenné připomínky a doporučení, za čas strávený se mnou při konzultacích a v neposlední řadě i za psychickou podporu. Děkuji také své mamince za vytváření klidného a útulného zázemí.

**OBSAH**

**ÚVOD** ……………………………………………………………………………………………………………….. 6

**I. MOZEK A JEHO ÚLOHA** …………………………………………………………………………………… 8

**1 Mozek z pohledu fyziologie** ……………………………………………………………………………. 9

1.1 Vědomí ……………………………………………………………………………………………………. 9

*1.1.1 Anatomie a fyziologie lidského mozku* ……………………………………………….10

*1.1.2 Růst a regenerace mozku* …………………………………………………………………. 11

1.2 Bezvědomí …………………………………………………………………………………………….. 12

*1.2.1 Vigilní kóma – definice* ……………………………………………………………………… 13

*1.2.2 Kritéria pro stanovení diagnózy* ……………………………………………………….. 14

*1.2.3 Příčiny* ……………………………………………………………………………………………… 15

*1.2.4 Diferenciální diagnózy* ……………………………………………………………………… 16

*1.2.5 Fáze vigilního kómatu* ………………………………………………………………………. 17

*1.2.6 Dopady sdělení diagnózy na rodiny pacientů* ……………………………………. 17

**2 Mozek z pohledu filosofie a teologie** …………………………………………………………… 20

2.1 Vymezení problému ...……………………………………………………………………………. 20

2.2 Podstata vzniku vědomí …………………………………………………………………………. 20

2.3 Společní předkové ………………………………………………………………………………….. 21

2.4 Pojem osoby ………………………………………………………………………………………….. 24

*2.4.1 Původ pojmu………………………………………………………………………………………*26

*2.4.2 Pojem osoby v křesťanské teologii* ……………………………………………………. 26

2.5 Vědomí ………………………………………………………………………………………………….. 28

*2.5.1 Předvědomí* ……………………………………………………………………………………… 31

*2.5.2 Nevědomí (podvědomí) ……………………………………………………………………* 32

2.6 Mozek jako sídlo duše ………………………………………………………………………………34

2.7 Umělé vědomí ………………………………………………………………………………………… 38

2.8 Shrnutí – člověk byl stvořen k Božímu obrazu ………………………………………… 39

**II. DUCHOVNÍ DOPROVÁZENÍ** …………………………………………………………………………. 41

**1 Osoba doprovázeného** …………………………………………………………………………………. 44

1.1 Vymezení pojmu „osoba blízká“ ……………………………………………………………… 44

1.2 Sdělení nepříznivé zprávy ………………………………………………………………………. 46

1.3 Zpracování nepříznivé zprávy příbuznými ………………………………………………. 47

*1.3.1 První fáze – negace, šok, popírání …………………………………………………….* 47

*1.3.2 Druhá fáze – agrese, hněv, vzpoura ………………………………………………….* 49

*1.3.3 Třetí fáze – smlouvání, vyjednávání ………………………………………………….* 51

*1.3.4 Čtvrtá fáze – deprese, smutek …………………………………………………………..* 53

*1.3.5 Pátá fáze – akceptace, smíření, souhlas …………………………………………….* 55

**2 Osoba doprovázejícího** ………………………………………………………………………………… 59

2.1 Sestra …………………………………………………………………………………………………….. 59

2.2 Pastorační pracovník, nemocniční kaplan, kněz ………………………………………. 60

2.3 Cíl doprovázení ………………………………………………………………………………………. 63

**ZÁVĚR** …………………………………………………………………………………………………………….. 64

**SEZNAM ZDROJŮ** ……………………………………………………………………………………………. 66

**SEZNAM PŘÍLOH** ……………………………………………………………………………………………… 71

**ÚVOD**

Doprovázení rodinných příslušníků osob ve vigilním kómatu jsem si za téma své bakalářské práce zvolila ze dvou důvodů. Jednak jsem povoláním zdravotní sestra a u těchto pacientů jsem 7 let pracovala. Protože to jsou pacienti zcela odkázaní na pomoc druhých a vyžadují nepřetržitou, čtyřiadvacetihodinovou péči, nejednalo se o klasické nemocniční oddělení o 30 lůžkách. Člověk trávil u každého takového pacienta mnohem více času, než je tomu u pacientů „běžných“. Měla jsem tak možnost více poznat i jejich příbuzné – mnohdy se jednalo o celé široké rodiny. Díky tomu jsem poznávala i hlubší kontexty jednotlivých případů, což se zase odráželo v tom, že jsem mohla hlouběji přemýšlet nejen o své práci, ale i o smyslu všeho kolem. Nejinak tomu bývalo i u příbuzných mých pacientů. Ať už se jednalo o lidi věřící či nevěřící, otázky po smyslu toho či onoho se u nich v různých obměnách vyskytovaly též, a jako červená nit se táhnou i textem této práce. A díky tomu všemu jsem si začala uvědomovat, jak velkou příležitost a dar jsem od Boha dostala, že můžu být všem těmto lidem nablízku. Především během nočních služeb, kdy bylo na oddělení přece jen o trochu více klidu, mně vyvstávaly v mysli různé myšlenky: co dělali moji pacienti předtím, jaké měli plány, proč se vše zhatilo a kam to nyní má vést? Uvědomovala jsem si naléhavou potřebu nejen fyzické péče, ale i modlitby a skutků lásky. A protože jsme jen služebníci neužiteční, je jasné, že ne vždy jsem všechno udělala tak, jak to ode mě dobrý Bůh požadoval. Kéž by všechny těžkosti, které jsem měla s psaním této práce, byly aspoň malou náhradou tam, kde jsem se k pacientům nechovala tak, jak bych měla, kde jsem neudělala, co jsem udělat měla, či kde jsem jakýmkoliv způsobem ublížila.

Druhým důvodem k napsání této práce bylo zjištění, že rodinám pacientů ve vigilním kómatu je po duchovní stránce věnována jen malá péče. Tím nechci snižovat úsilí takových zvučných jmen, jako je Marie Svatošová, Aleš Opatrný nebo nověji Jana Sieberová. Ovšem publikace, které tito odborníci vydávají, se věnují především umírajícím či příbuzným osob umírajících. A to u lidí ve vigilním kómatu neplatí. Jejich mozek je sice těžce a nevratně poškozen, ale i tak se nejedná o stav „ante finem“ či „ante portas“. A tím, jak se tento stav „mezi životem a smrtí“ neboli žití „v šeré zóně“, jak to nazývá jeden z citovaných autorů, prodlužuje, nabývá většího a delšího trápení i život jejich blízkých.

Podobně, i když zase z jiného důvodu, jsou na tom i práce studentů zdravotnických fakult. Ti se sice ve svých bakalářských a diplomových pracích potřebami rodin komatózních pacientů zabývají, ovšem spíše všeobecně. Pokud jsou spirituální potřeby zmíněny, je to jen okrajově. Proto jsem se rozhodla nastudovat a srovnat pokud možno nejnovější literaturu zabývající se duchovním doprovázením různých společenských skupin, v tomto případě lidí nemocných, starých, mentálně postižených, umírajících, jejich blízkých, pozůstalých apod., a z této hromady pak vyzdvihnout to, co by se dalo specificky použít u rodinných příslušníků pacientů nacházejících se ve stavu vigilního kómatu. Přidáním vlastních zkušeností by tak mohl vzniknout (více či méně zdařilý) ucelený návod, jak se takovým příbuzným duchovně věnovat. Jedná se tedy o metodu kompilace.

První část práce je věnována úloze lidského mozku. Všeobecně se má za to, že vědomí je lokalizováno právě tam, ale jak mně ukázalo studium příslušné literatury, věda nemá jasno nejen v tom, zda vědomí je generováno skutečně mozkem, ale ani v tom, co to vlastně vědomí je. Proto je na tento pojem nahlíženo nejen pohledem ryze medicínským, ale má zde co říci jak filosofie, tak i teologie.

Druhá část je poté věnována již samotnému doprovázení. Poznatky, mnohdy překvapivé, které přinesla první část, jsou využity v jednotlivých krocích, souběžně s fázemi, kterými příbuzní postupně procházejí.

V současné době je u pacientů s poruchou vědomí kladen velký důraz na tzv. techniky bazální stimulace. I když je přínos těchto technik nesporný, nechtěla jsem se jim ve své práci hlouběji věnovat. Jednak je na toto téma k dispozici hodně prací od již zmiňovaných studentů zdravotnických fakult, jednak by toto téma vydalo na samostatnou práci. Účel a cíl této práce byl ovšem jiný.

**I. MOZEK A JEHO ÚLOHA**

*„Mozek je aparát, pomocí kterého si myslíme, že myslíme.“*

(Julian Tuwim, polský básník)

Dnešní medicína se svými nejmodernějšími možnostmi a postupy dokáže zachraňovat stále více životů, než tomu bylo v minulosti, a to zejména v tzv. neodkladné přednemocniční péči. Ovšem kvantita, tj. množství takto zachráněných životů nerovná se jejich kvalitě. Proto se stále více setkáváme s pacienty, kteří vykazují různý stupeň neurologického deficitu. Následkem kraniocerebrálního poranění (tj. poranění lebky a mozku) nebo dlouhotrvající hypoxie (neokysličení) mozku při déletrvající resuscitaci velmi často dochází k rozvoji vigilního kómatu.[[1]](#footnote-1)

V této první části práce se budeme zabývat rolí lidského mozku, tzn. jeho fungováním za fyziologického stavu a následně za stavu patologického. Poraněný mozek v drtivé většině případů znamená kromě změn v jeho fungování na úrovni fyziologie i změny v oblasti vědomí či vnímání. A protože pojmy vědomí a vnímání nejsou už tak docela pojmy pouze medicínskými, bude následovat pojednání o úloze lidského mozku i pohledem jiných vědních oborů, zejména filosofie a teologie.

**1 Mozek z pohledu fyziologie**

**1.1 Vědomí**

Existují různé definice toho, co je to vědomí. Dr. Maxine Long ve své Rodinné encyklopedii medicíny a zdraví uvádí jednoduše: „Jako normální vědomí lze označit stav, v němž jsou lidé bdělí a schopní reagovat na změny ve svém okolí, které si uvědomují.“[[2]](#footnote-2) Jinými slovy, nyní již odbornými, předkládá vysvětlení Marcela Lippertová-Grünerová: „Jasnost vědomí se manifestuje na schopnosti adekvátní reakce na okolní podněty. K základním procesům vnímání totiž patří jak schopnost informace přijímat a zpracovávat, tak i schopnost na základě těchto podnětů reagovat. Nejdůležitějším projevem vědomí je chování. Pro klinickou praxi platí, že není-li aplikací bolestivých stimulů na intaktních částech těla možné s pacientem navázat kontakt, nezbývá než konstatovat jistý druh omezení vědomí. A jestliže pacient ani při nejsilnějších bolestivých podnětech neotevře oči nebo nereaguje motoricky ani verbálně, pak je v bezvědomí.[[3]](#footnote-3)

Dr. Maxine Long dále říká: „Co se přesně v mozku děje ve stavu vědomí a bezvědomí, dosud přesně nevíme. Je však známo to, že na udržování vědomí se významně podílejí některé oblasti mozku: mozková kůra, talamus, mozkový kmen a zejména skupina buněk v mozkovém kmeni, které říkáme retikulární formace.“[[4]](#footnote-4)

Vědomí má obvykle dvě stránky: bdělost a vnímavost. Pokud je člověku např. cíleně navozena celková anestezie, upadá do čehosi, co se podobá spánku. Ztrácí bdělost. Zároveň přestává vnímat, kde je a kdo je, včetně svých potíží. Ztrácí vnímavost.[[5]](#footnote-5) Ale fyziologický spánek není pokládán za poruchu vědomí.[[6]](#footnote-6)

Protože současná medicína, ale i další vědní obory mají za to, že „generátorem“ vědomí je právě mozek[[7]](#footnote-7), bude nezbytné jej alespoň v kostce popsat.

***1.1.1 Anatomie a fyziologie lidského mozku***

Lidský mozek je řídící a integrační orgán nervové soustavy člověka. Řídí a kontroluje veškeré tělesné funkce, jako je činnost srdce, trávení, pohyb, řeč, ale i samotné myšlení, paměť či vnímání emocí. Váží přibližně 1300-1400 g, spotřebuje asi pětinu veškeré energie, kterou tělo potřebuje, a obsahuje asi 50-100 miliard neuronů. Mezi nervovými buňkami existuje až biliarda synaptických spojení.[[8]](#footnote-8)

Anatomicky se mozek skládá z několika částí, které vznikly v embryogenezi z neurální trubice. Ty lze – zjednodušeně – rozdělit a popsat takto:

* mozkový kmen
  + prodloužená mícha
  + Varolův most
  + střední mozek
* mozeček
* mezimozek
  + thalamus
  + hypothalamus
* koncový mozek
  + mozkové laloky
  + šedá hmota (= mozková kůra)
  + bílá hmota (myelinizované axony nervových buněk)
  + bazální ganglia[[9]](#footnote-9)

U člověka tvoří největší část koncový mozek. Je tvořen dvěma hemisférami, které jsou pokryty mozkovými rýhami a závity. Větší rýhy oddělují 5 mozkových laloků:

* frontální (čelní)
* parietální (temenní)
* okcipitální (týlní)
* temporální (spánkový)
* insulární (pod spánkovým lalokem)

Koncový mozek je pokryt mozkovou kůrou. Zvrásnění umožňuje několikanásobné zvětšení plochy mozkové kůry. Zjednodušeně lze říci, že mozková kůra je spoluzodpovědná za vědomí, hraje podstatnou úlohu ve vnímání, myšlení, paměti, duševních schopnostech a v zahájení volních pohybů.[[10]](#footnote-10)

Obaly mozku (a celého centrálního nervového systému) tvoří tři vazivové vrstvy:

* pia mater (měkká plena, omozečnice) – je bezprostředně na mozku
* arachnoidea (pavučnice)
* dura mater (tvrdá plena) – naléhá těsně na periost lebky

Mezi měkkou plenou a pavučnicí je prostor vyplněný mozkomíšním mokem (likvorem).[[11]](#footnote-11)

***1.1.2 Růst a regenerace mozku***

Mezi 5. a 7. rokem života již dětský mozek dosáhne 90 % své dospělé hmotnosti. Přibližně v 6 letech dochází k poslednímu významnému kroku v přestavbě mozkové kůry. Ještě na konci 20. století někteří odborníci měli za to, že po dosažení dospělosti už lidský mozek nedokáže více produkovat nové neurony. Dnes však vědci obecně zastávají názor, že mozek prostřednictvím procesu neurogeneze (tj. vznik nových mozkových buněk) i nadále vytváří nové nervové buňky, a to dokonce i ve starším věku. Výzkumy ukázaly, že k tvorbě nových neuronů dochází nejvíce ve dvou částech mozku – v subventrikulární oblasti a v hipokampu. Hipokampus je zodpovědný za schopnost učení a paměti.[[12]](#footnote-12) V 60. letech 20. století si vědecký tým Josepha Altmana všiml buněčné proliferace (neuronové novotvorby) u potkanů. Nikdo mu ale nevěřil, že se něco podobného děje i v mozku člověka. V roce 1998 přišel švédský badatel Peter S. Eriksson s důkazy, že neurogeneze je skutečností. Ve 20. letech 21. století výzkumy hlásí vznik přibližně 700 nových mozkových buněk denně. Neurovědkyně Sandrine Thuret z londýnské King’s College uvádí, že padesátiletý člověk nemá v mozku již ani jeden neuron, který by měl stejné datum narození jako on sám. Všechny se už vyměnily. Nové nervové buňky hrají důležitou roli v učení dospělých. Doktorka Thuret se svým týmem v laboratoři zjistila, že pokud se zastaví tvorba nových mozkových buněk, vede to ke zhoršení paměti, ale taky ke vzniku deprese.[[13]](#footnote-13)

„Lidský mozek považujeme za nejsložitější objekt, který pracuje jako celek díky jeho oblastem, které jsou mnohonásobně a oboustranně propojeny.“[[14]](#footnote-14)

**1.2 Bezvědomí**

„Bezvědomí je stav podobný spánku, ale lidé v hlubším bezvědomí nevnímají své okolí vůbec a nereagují ani na jakékoliv podněty. Bezvědomí může mít různé stupně závažnosti, od krátkodobé mdloby až po dlouhé kóma. Ať je již vyvolávající příčina jakákoliv, samotné bezvědomí vyplývá vždy ze závažných změn v mozku.“[[15]](#footnote-15)

***1.2.1 Vigilní kóma – definice***

V odborné literatuře se lze setkat s různými definicemi toho, co je označováno jako vigilní kóma. Zde jsou některé z nich:

Vigilní kóma „je klinický stav kompletní poruchy uvědomování si sebe sama a svého okolí doprovázený cyklem spánek-bdění a zachovalou kompletní a nebo parciální autonomní funkcí hypotalamu a mozkového kmene.“[[16]](#footnote-16)

„Pod pojmem ‚vegetativní stav‘ nebo apalický syndrom rozumíme komplexní onemocnění způsobené těžkým mozkovým poškozením různé etiologie. Jde tedy o subakutní nebo chronický výpadek funkcí mozkové kůry (pallium), který vede při funkceschopném aktivačním systému formatio reticularis k disociaci mezi vědomím a bděním. […] Apalický syndrom se většinou popisuje jako oddělení mozkového kmene od mozkové kůry.“[[17]](#footnote-17)

„Apalický syndrom neboli vegetativní stav *(nově Syndrom areaktivní bdělosti)* (dalšími názvy jsou coma vigile nebo protrahované koma) je zvláštním typem poruchy vědomí. Jedná se o těžké postižení kůry či subkortikálních struktur při zachované funkci mozkového kmene. Tento stav bývá obvykle ireverzibilní (tzv. perzistentní vegetativní stav), ale může být i pouze přechodný.“[[18]](#footnote-18)

***1.2.2 Kritéria pro stanovení diagnózy***

Aby bylo možno diagnózu vigilního kómatu stanovit, je nutno, aby byly splněny následující podmínky, jinými slovy – aby pacient vykazoval tyto příznaky:

* pacient se nachází v hlubokém bezvědomí, ale působí dojmem, že je při vědomí, tj. má otevřené oči, které ale bezcílně bloudí po místnosti a nedokážou zacílit na konkrétní objekt
* leží, není schopen spontánně změnit svou polohu (např. z boku na bok), může se ale mírně necíleně pohnout
* nemluví, může pouze vydat náhodný zvuk či skřek
* je plně inkontinentní, tj. neudrží moč ani stolici
* jsou u něj zachovány primitivní reflexy, jako je pohyb čelistí (žvýkání) nebo chňapavý úchop (jako u novorozenců), spontánně zívá, kašle
* je narušen fyziologický rytmus cyklu spánek-bdění (tj. pacient spí či bdí ne v závislosti na denní či noční době, ale podle toho, jak je zrovna unavený)
* nelze u něj pozorovat žádný náznak toho, že mluvené řeči rozumí; na výzvu nevyhoví
* základní životní funkce, jako je oběhová činnost a dýchání, jsou zachovány[[19]](#footnote-19)

Mimo tyto podmínky zde ještě musí být i předpoklad pro vznik vigilního kómatu. Znamená to vyloučit všechny okolnosti, které by mohly tento stav zdánlivě navozovat. To proto, aby se předešlo možnosti chybné diagnózy. Ne každý výpadek vědomí totiž musí nutně znamenat diagnózu vigilního kómatu. Vědomí může být ovlivněno i z jiných, vcelku běžných příčin, při jejichž odstranění se stav vědomí upraví. Mezi ně patří např. působení různých léčiv (předávkování), drog, opilost, otravy, metabolické poruchy jako např. diabetes mellitus, lidově označovaný jako cukrovka – jistě je mezi veřejností dobře znám pojem diabetické „kóma“, aj.[[20]](#footnote-20) Teprve pokud jsou všechny tyto příčiny v rámci diferenciální diagnostiky vyloučeny, případně zvládnuty, lze přistoupit ke stanovení diagnózy konečné.

***1.2.3 Příčiny***

Okolnosti, při nichž dochází k nevratnému poškození mozku, a tedy ke stavu popisovanému jako vigilní kóma, se dělí na traumatické (úrazové) a netraumatické – ty se jinak také nazývají neurotraumatické.[[21]](#footnote-21)

Mezi traumatické příčiny řadíme veškeré těžké úrazy hlavy. K těm dochází nejčastěji při autonehodách, pádech z motocyklů, pádech z velkých výšek, jako je třeba pád z lešení na staveništi a podobně. A v neposlední řadě sem patří úrazy nejsmutnější – to proto, že se nedají označit za neštěstí, ale za zbytečnost: ne-li rovnou hloupost. To jsou tzv. adrenalinové „sporty“ – např. skoky po hlavě do neznámých vod či bungee jumping.[[22]](#footnote-22)

Netraumatické či neurotraumatické příčiny jsou takové, při nichž je mozek postižen jiným mechanismem, než je úraz zvenčí. Sem patří infekce mozku, jako je např. meningokoková či klíšťová encefalitida, dále nádory mozku, kdy nádor začne utlačovat některé životně důležité místo, krvácení do mozku způsobené prasklou cévou (lidově se tento stav označuje jako mrtvice), déletrvající odkysličení mozku při tonutí, otravě, srdeční zástavě aj.

***1.2.4 Diferenciální diagnózy***

Jak již bylo řečeno, pro stav označovaný jako vigilní kóma existují i synonyma, jako apalický syndrom nebo vegetativní stav. Kromě toho je zapotřebí ještě odlišit tyto situace:

**Psychogenní kóma:** zde nejde o poruchu organickou, ale o psychogenní stav, spojený s chybnou psychogenní reakcí. Toto kóma není důsledkem poranění mozku, ale onemocněním psychiatrickým.[[23]](#footnote-23)

**Syndrom locked-in:** tento název v angličtině znamená „syndrom uzamčení“; ve francouzském překladu toto zní ještě děsivěji: „choroba zazdění zaživa“. Je to závažné neurologické onemocnění projevující se celkovým ochrnutím všech vůlí ovladatelných svalů, kromě svalů očních bulbů a víček, avšak při plně zachovaném vědomí. Pacient tedy nemůže hýbat končetinami, trupem, není schopen mluvit, ale ani dýchat (je odkázán na umělou plicní ventilaci), není schopen cítit (např. pohlazení, polohu končetin apod.). Jediné, čeho je schopen, jsou vertikální pohyby očí, tj. mrkání. Je však při plném vědomí, takže je schopen myslet, slyšet, vnímat, rozumět a pamatovat si. Jediným způsobem komunikace je v tomto případě mrkání, kdy např. jedno mrknutí znamená „ano“, dvojí mrknutí znamená „ne“ a tak podobně.[[24]](#footnote-24)

**Akinetický mutismus:** v tomto případě se pacient nepohybuje a na vyzvání nekomunikuje s okolím, působí však bděle a vykazuje orální automatismy (žvýká, zívá). Působí strnule a jen při velmi důrazném pobídnutí je eventuálně schopen slabé reakce. Ani tento stav však není spojen s poruchou vědomí.[[25]](#footnote-25)

Dále je zde možno zařadit i tzv. hypersomnii, kdy pacient spontánně usíná kdekoliv a kdykoliv; minimální stav vědomí apod.

***1.2.5 Fáze vigilního kómatu***

Co se fází vigilního kómatu týče, rozlišujeme zde perzistentní vegetativní stav a permanentní vegetativní stav.[[26]](#footnote-26) Toto rozlišení je velmi důležité – určuje totiž další osud pacienta. O perzistentním vegetativním stavu hovoříme, jestliže kóma trvá od jednoho do tří měsíců od příhody (úrazu). Zde je ještě naděje na uzdravení, a proto se „vyčkává“ – k pacientům je přistupováno jako k těm, u nichž je stále možná úprava stavu. Naproti tomu permanentní vegetativní stav je diagnostikován u těch pacientů, kde kóma trvá více než tři měsíce po netraumatickém postižení mozku či jeden rok a více po traumatickém poškození. Zde se uzdravení považuje za velmi nepravděpodobné až nemožné, proto se tento stav po uplynutí jednoho roku uzavírá jako nevratný.[[27]](#footnote-27)

***1.2.6 Dopady sdělení diagnózy na rodiny pacientů***

Sdělení nepříznivé diagnózy je vždy stresující událostí jak pro pacienta, tak i pro jeho blízké. Ať už pro jedny či druhé, oznámení toho, že dotyčný je nevyléčitelně nemocný a pravděpodobně v blízké budoucnosti zemře,[[28]](#footnote-28) je nesmírně zátěžovou situací. Zde se ale tato zátěž násobí ještě dalšími přitěžujícími okolnostmi.

Na prvém místě hraje roli už jen samotný fakt, že diagnózu nelze sdělit pacientovi: ve všech ostatních případech je to právě pacient, který se špatnou zprávu dozvídá jako první.[[29]](#footnote-29) Ale jak postupovat u takového pacienta, který nám není schopen dát žádnou zpětnou vazbu? V takovém případě tuto roli musí převzít nejbližší pacientovi příbuzní.

Rodina je nejen zdrojem informací, ale i důležitým článkem, který se spolupodílí na péči. Ovšem každá rodina reaguje naprosto jedinečným způsobem, který je třeba respektovat. To, jak se rodina dokáže se situací vyrovnat, záleží na mnohých faktorech. Na typu a rozsahu postižení, na hodnotové hierarchii rodiny, na její přizpůsobivosti a odolnosti. Často se setkáváme se smutkem, ale není to jediná emoce, kterou postižená rodina projevuje. Kromě vzteku a smutku je to také nejistota, ztráta očekávání a ztráta naděje.[[30]](#footnote-30) A o to více tehdy, pokud je prognóza pacienta tak značně nejistá, jako je tomu právě v případě vigilních kómat. Jak již bylo řečeno, díky dnešní vyspělé (přístrojové) medicíně je možno pacienta „udržovat při životě“ celá dlouhá léta. Z tohoto důvodu nelze k takovému pacientovi bezprostředně přistupovat jako k umírajícímu. A to je pro jejich příbuzné další zátěží. Nemají se tak o co opřít, nemají žádný záchytný bod. Začínají vyvstávat otázky, za kterými nenásleduje odpověď, ale jen pomyslné „tři tečky“: Jak dlouho bude tento stav trvat? Uzdraví se, či nikoliv? Jak dlouho asi bude žít, jakého věku se dožije? Jak dlouho to bude pojišťovna hradit? Co když nám lékaři lžou, co když ve skutečnosti léčba (v zahraničí) existuje, ale museli bychom sehnat miliony? Takové otázky je zapotřebí bezvýhradně chápat – nesmyslné se zdají zpravidla jen tomu, kdo takovou situaci nikdy neprožil.

Práce odborníků s rodinou má být vždy koordinována. Nikdy by nemělo docházet k tomu, že příbuzní budou od různých zdravotníků dostávat různé, mnohdy až protichůdné informace,[[31]](#footnote-31) které jim tak dovolí zapojit vlastní fantazii a vznikne rozporuplný, nejasný, zkreslený obraz, či rovnou dezinformace. Dostatek správných informací je nesmírně důležitý, protože řada rodin si i tak těžce postiženého pacienta bere do domácí péče. Bude nutno mu i v domácím prostředí zajistit stejnou ošetřovatelskou péči, jako kdyby byl na nemocničním lůžku. K tomu je nezbytné, aby rodina ovládala řadu ošetřovatelských úkonů, jako je podávání stravy žaludeční sondou, péči o močový katétr, o tracheostomii, odsávání z dýchacích cest, zajištění hygieny, polohování, péči o proleženiny, techniky tzv. bazální stimulace atd. Samozřejmostí je poskytnutí informací o sociálních službách, tzn. o možnosti požádat o pomoc Charitu či jiné instituce poskytující domácí péči.

Asi žádnou rodinu, která pečuje o takového nemocného, neminou úvahy a přemýšlení o tom, zda v jejich blízkém člověku zůstalo i za takové situace něco lidského: zda zůstává stále člověkem, nebo se díky nevratnému poškození mozku propadl na úroveň živočicha, či ještě hůře – stal se z něj pouhý organismus.[[32]](#footnote-32) Aby bylo možno na takovou otázku dát alespoň částečnou odpověď, je nutno nejprve pojednat o tom, co to vlastně znamená být člověkem.

**2 Mozek z pohledu filosofie a teologie**

**2.1 Vymezení problému**

„První Mojžíšova otázka ‚kdo jsem já‘ je paradoxně možná ještě mnohem obtížněji zodpověditelná než Mojžíšova druhá otázka po Bohu.“[[33]](#footnote-33)Jistě nelze zpochybnit, že otázka „co je člověk“ je jedna z nejobtížnějších ze všech. Během dějin se u tohoto problému vyskytovali různí myslitelé, kteří se snažili předkládat různé odpovědi.[[34]](#footnote-34)

**2.2 Podstata vzniku vědomí**

Problém mysli a mozku, a tedy problém vzniku vědomí je v procesu evoluce nerozřešenou záhadou a různé filosofie jej řeší různě. Je zřejmé, že jednotlivé atomy nemají ani barvu, ani chuť a ani vůni, a přesto, pokud je sestavíme do složité stavebnice lidského mozku, vzniklý konstrukt začne nečekaně o sobě přemýšlet, být si vědom sám sebe, samostatně se rozhodovat, milovat a klást nám otázky.[[35]](#footnote-35) Přitom, např. při anatomických pitvách, nic nenasvědčuje tomu, že buňky lidského mozku by se nějakým zásadním způsobem lišily od jakýchkoliv jiných buněk v tom smyslu, že by v nich mohlo vzniknout něco, co nazýváme vědomím. Už ve starověku lékaři řezali lidská těla ve snaze nalézt v nich lidskou duši, ale nenašli nic. Otázka, „jak to mozek dělá“, že člověk má vědomí,[[36]](#footnote-36) je tu tedy stále, a zůstává stále nezodpovězena.

Je ale vůbec možno na tuto otázku nalézt odpověď? Tážeme se tak proto, že se jí zabývaly různé filosofické systémy již dávno před Kristem, a do dnešních dob žádnou uspokojující odpověď nepředložily. Jeden – notně skeptický – filosofický postřeh zní: „Mozek se v evoluci vytvořil jako orgán, který člověku (a jeho zvířecím předkům) pomáhá, aby se orientovali ve světě a obstáli v boji o přežití a rozmnožování. Není vytvořen k tomu, aby odhalil a pochopil své fungování.“[[37]](#footnote-37)

Ačkoliv se dá předpokládat, že tento názor byl vysloven odborníky, kteří mají k danému problému jistě co říci, přece jen vyznívá nejen značně skepticky, ale především značně jednoduše. Proto s ním nelze souhlasit. Hans Joachim Störig sice připouští, že „skeptikové, to znamená pochybovači, kteří pravé poznání považují za zásadně nemožné, se vyskytovali za všech dob […] a vyskytovat se vždy budou“[[38]](#footnote-38), ale to neznamená přestat bádat. Tím spíše, že již středověcí učenci byli přesvědčeni, „že člověk nejen může poznávat celý vesmír, který se jako celek řídí stejnými zákony, protože má stejného Stvořitele, ale že člověk má dokonce povinnost svět a veškeré jeho zákonitosti poznávat! K tomu dostal od svého Stvořitele rozum…“[[39]](#footnote-39) Přesně to vymezil student středověké katedrální školy v Chartres Adelard z Bathu (asi 1080 – 1142): „Jsme lidmi díky rozumu. Obrátíme-li se zády k úžasné racionální kráse vesmíru, pak žijeme tam, odkud bychom si zasloužili být vyhnáni jako nevděční hosté domu, který nás přijal. […] Tím nechci Bohu nic ubírat, protože cokoli jest, je od Něho. Ale musíme naslouchat samotným hranicím lidského poznání, a teprve tehdy, když se zjevně zhroutí, můžeme odkázat věci Bohu.“[[40]](#footnote-40)

A pro doplnění ještě výzva ze současné doby: „Kdo se snaží pokorně a vytrvale zkoumat tajemství skutečnosti, ten je, třeba i nevědomky, jakoby veden Bohem, který udržuje všechny věci a působí, že jsou to, co jsou.“[[41]](#footnote-41)

**2.3 Společní předkové**

Marek Vácha ve své knize o vědě a víře uvádí: „Pro zkoumání otázky ‚kdo je člověk‘ je jistě užitečným začátkem prozkoumat nám nejpodobnější organismy a zkusit vymezit rozdílnosti mezi námi a našimi nejbližšími zvířecími příbuznými.“[[42]](#footnote-42) Jako nejvýznamnější rozdílností se již předem ale musí jevit fakt, že člověk je jediné zvíře, které se ptá, jak se odlišujeme od ostatních zvířat.[[43]](#footnote-43)

Mezi znaky, kterými disponuje člověk, a naopak je nemá zvíře, podle Marka Váchy patří:

* *svoboda* a s ní spojené vědomí *odpovědnosti* – zvíře jedná jen na základě instinktu
* *vůle* – „člověk je zvíře, které dokáže slíbit“
* *jazyk* ve smyslu *tvoření* slov
* *sebe-vědomí –* zvíře při pohledu do zrcadla pravděpodobně nepozná, že pozoruje samo sebe
* *umění, věda, náboženství*
* *schopnost empatie*
* *člověk je zvíře hledající smysl –* pouze člověk se ptá po smyslu své existence ve vesmíru, kdo je, odkud přišel a kam jde[[44]](#footnote-44)

Proč je nutné se zde zabývat těmito rozdílnostmi? Běžný názor zní, že člověk a zvíře jsou dvě rozdílné entity. Běžný názor ale většinou platí jen za běžné situace. Přestává mít platnost ve chvíli, kdy se něco vymkne z běžného standardu. V takové chvíli se názory či postoje radikálně mění. Aplikováno na náš problém: právníci v trestních řízeních nebo soudní znalci mají jistě bohaté zkušenosti s muži obžalovanými za znásilnění ženy, kteří se snaží obhájit tvrzením, že jednali pudově jako zvíře (protože prý přece pocházíme ze zvířat).[[45]](#footnote-45) Jiní zase uvádějí, že muži jsou od přírody „lovci“ atd. A podobnou mezní situaci představuje v našem pojednání člověk v kómatu. Jak bylo řečeno výše, mnozí z okolí takto postižených pacientů si začínají klást otázky o podstatě člověka. „Jak to tedy s ním je, když nemůže dát najevo vlastní vůli?“ „On už má jen reflexy, to už je jen zvířátko“. Je nutné je v tomto omylu v žádném případě nenechávat (např. tím, že bychom se při vyslovování takových závěrů systematicky tvářili, že jsme je přeslechli): současná věda přece vůbec netvrdí, že zvířata jsou jen čisté mechanismy.[[46]](#footnote-46) Také zvířata, stejně jako lidé, mají *mozek.*

To lze mimochodem demonstrovat na celé řadě příkladů: pokud třeba nabídneme svému domácímu mazlíčkovi pamlsek, hned si ho vezme (pokud zrovna nemá zdravotní potíže nebo není nacpán k prasknutí), a dá nějakým způsobem najevo svou vděčnost (kočka přitulením se, pes vrtěním ohonu apod.).[[47]](#footnote-47) Zatímco u člověka ve vigilním kómatu taková nabídka nevyvolá odezvu žádnou. Z uvedeného příkladu lze tedy vyvodit dva závěry:

1. Pokud člověk v důsledku vigilního kómatu ztratil svou vůli, neznamená to, že klesl na úroveň zvířete. Zvířata mají mozek, který adekvátně, dle míry, která jim byla dána, používají. Člověk ve vigilním kómatu by tak nebyl na stejné úrovni se zvířetem, ale ještě o stupeň níže.

2. Emerich Coreth říká, že „v užším, filozoficky přesnějším smyslu je podstata (esence) *to, skrze co* něco je tím, čím je. […] Ale nikdo nebude tvrdit, že podstata člověka je již plně uskutečněna a plně zjevná v embryu či v novorozeněti. Podstata je plně rozvinuta, teprve když člověk má plné vědomí, užívá vlastní svobody, realizuje lidské možnosti, rozvíjí se duchovně, vytváří duchovní kulturu. Teprve z toho je patrné, co vlastně znamená být člověkem. Teprve v tom se vyjevuje podstata člověka.“[[48]](#footnote-48) Z tohoto tvrzení lze tedy vyvodit, že autor citovaného textu považuje za „podstatu“ člověka jeho mozek, přesně řečeno, mozek psychicky zdravého dospělého člověka. A přesto si nikdo ze vzdělaných lidí netroufá říci, že embryo, novorozenec nebo člověk mentálně postižený není lidskou bytostí. Dokladem je i postoj katolické církve, která např. zabíjení nenarozených dětí nekompromisně odsuzuje. Z toho je tedy zřejmé, že podstata člověka není dána ani jeho mozkem samotným (již jsme řekli, že mozek mají i zvířata), ale ani aktuální fyziologickou „kondicí“ jeho mozku.

Emerich Coreth dále naznačuje, že „lidskou bytostnou jednotu těla a ducha jako individuální bytí sebou, jež se uskutečňuje vědomým vlastněním sebe a svobodným disponováním sebou, nazýváme ‚osoba‘“.[[49]](#footnote-49) Protože je to pojem, který v tomto pojednání dosud nezazněl, a dá se předpokládat, že by mohl mnohé osvětlit, bude nutné se s ním blíže seznámit.

**2.4 Pojem osoby**

První pokus o definici lidské osoby učinil Böethius, který popisuje osobu jako jednotlivou bytost rozumem obdařené přirozenosti. Podle této definice je lidská osoba bytost rozumové povahy, tedy nadaná základními vlastnostmi rozumnosti a duchovnosti, a zároveň jednotlivá a konkrétní bytost („podstata“), která existuje v sobě jako subjekt a nikoli jako výkon nějakého subjektu.

Tuto definici přejímá Tomáš Akvinský, ale zároveň ji rozšiřuje o kategorii vztahu. Osoba je tedy jsoucno, které existuje *in se,* samo o sobě, a *per se,* prostřednictvím sebe. Tento způsob bytí je nejvyšší možný způsob existence. Osobě tedy patří nejvyšší důstojnost, která vychází ze skutečnosti, že existuje sama o sobě.[[50]](#footnote-50)

Vladimír Boublík tento vztah upřesňuje: „Člověk je ‚osoba‘, protože je Božím ‚partnerem‘, je povolán Bohem ke společenství v lásce. […] Člověk je osoba, subjekt, ani ne tak proto, že může uskutečňovat svou samostatnost vůči světu a druhým, ale protože může a má uplatnit své ‚já‘ vůči Bohu.“[[51]](#footnote-51)

Podobně se vyjadřuje filosof Martin Buber v citaci Anselma Grüna: „Člověk se stává Já skrze Ty. Ke svému pravému já dospějeme setkáváním s lidmi a s osobou Boha.“[[52]](#footnote-52)

Max Scheller, který se pokusil vymezit podstatu člověka právě k poměru ke zvířeti,[[53]](#footnote-53) říká: „V člověku působí cosi, čím převyšuje každé zvíře, cosi, co stojí mimo ‚život‘ (i mimo ‚život‘ v člověku), co je všemu organickému životu dokonce protikladné: *duch* a centrum aktů, v němž se duch projevuje: *osoba*.“[[54]](#footnote-54)

Zdá se tedy, že zde máme nový pojem, který jsme u zvířete postrádali. Tím je duch a duchovnost:

„Jako duchovní bytost není člověk vázán pudy a okolím, nýbrž je ‚vyvázán z okolí‘, jinak řečeno: je ‚otevřen světu‘. Nežije v okolí, nýbrž má svět. […] A na druhé straně je člověk schopen jakoby ustoupit před světem daným jako ‚předmět‘ a přeměnit ‚předmět‘ i své vlastní duševní ustrojení, dokonce i každý jednotlivý psychický prožitek. To je sebevědomí, druhý podstatný znak člověka vedle ducha. Zvíře slyší a vidí, ale neví, že slyší a vidí. Sebevědomí dává člověku schopnost ‚vůle‘, která přesahuje okamžité vzruchy vyvolávané pudovými impulsy a podněty z okolí a jejíž zaměření přetrvává v proměně nejrůznějších afektivních stavů; v tomto smyslu je člověk (podle Nietzscheho) ‚zvíře, jež může slíbit‘“.[[55]](#footnote-55)

***2.4.1 Původ pojmu***

Zatímco slovanské jazyky pojem osoby vyjadřují zpodstatnělým „o-sobě“, většina evropských jazyků tento pojem přejímá z latiny či z řečtiny.[[56]](#footnote-56) Latinské „persona“ odpovídá řeckému „prosópon“ (tvář, obličej). To původně označovalo masku herce, který s maskou přejímá určitou roli – má tak představovat určitou osobu.[[57]](#footnote-57) „Bylo-li ve středověku slovo ‚persona‘ vykládáno jako ‚per se unum‘ nebo odvozováno od slovesa ‚personare‘ (pro-zvučet), není to sice jazykově správné, ale v odvozování od ‚personare‘ zůstává ještě přítomen obraz masky herce. Zdá se, že tento obraz je základem i slova ‚persona‘. Etruské označení ‚phersu‘ se vyskytuje jako přípisek u zobrazení nositele masky; odtud by mohl pocházet latinský výraz. Tento význam byl přenesen na ‚roli‘, již přejímá herec, tedy na ‚osobu‘, s níž se má ve vlastním výkonu ztotožnit – snad to byl už vzdálený odkaz na sebeuplatnění, svobodné sebeuskutečňování osoby.“[[58]](#footnote-58)

***2.4.2 Pojem osoby v křesťanské teologii***

V křesťanské teologii se pojem osoby vztahuje jednak na člověka, stvořenému k Božímu obrazu a podobě, který není jen souhrnem všech materiálních či jiných prvků a částí, nýbrž celkem, který sám sebe přesahuje a zůstává tak z principu tajemstvím. Analogicky se pak pojem přenáší na tři skutečnosti, které jsou v Bohu a které se liší svým původem a posláním, totiž osoby Nejsvětější Trojice – Otec, Syn a Duch svatý. Postupným vývojem prvních staletí se pojmu osoba používá ve významu celé lidské skutečnosti. V řeckém světě se pro vyjádření osoby začíná užívat pojmu *hypostasis* (podstata), který se do latiny překládá jako *substantia* (tedy to, co stojí *pod* něčím).

Prvním, kdo užívá slova persona pro označení Boha, je Tertullianus. Později pojmu osoba užívají i první ekumenické koncily 4. a 5. století. První konstantinopolský koncil (381) vyznává, že Boží Trojice Otec, Syn a Duch Svatý existuje ve třech dokonalých hypostazích, tedy ve třech dokonalých osobách.[[59]](#footnote-59) Chalcedonský koncil (451) se usnáší, že v Ježíši Kristu má jedna osoba či substance jak božskou, tak lidskou přirozenost.[[60]](#footnote-60)

Od tohoto pojetí Boha jako osobního postupně křesťanská teologie přechází ve filosofii a pokouší se popsat, co je člověk.[[61]](#footnote-61)

„Podstatnými vlastnostmi osoby, které pocházejí z křesťanského pojetí člověka jako stvořenému k Božímu obrazu, jsou rozum, svědomí, svoboda a odpovědnost, případně i schopnost sebepřesahování (autotranscendence). Člověk jako osoba existuje sám o sobě jako jedinečné a neopakovatelné jsoucno, existuje jako Já, schopné sebereflexe, sebepochopení, sebeovládání, sebenaplnění. Lidskou osobu nedefinují pouze inteligence, vědomí a svoboda, ale je to osoba, která jako svébytná existence stojí za inteligentními, vědomými a svobodnými úkony. Takové úkony mohou u člověka někdy chybět, okolnosti mu je mohou upřít (privace),[[62]](#footnote-62) avšak ani tak nepřestává být osobou.“[[63]](#footnote-63) A navíc, člověk je osobou již od původu a ze své podstaty, a to svou tělesně-duchovní přirozeností, a proto má osobní práva (na život a svobodné seberozvíjení). Osobou se nestává teprve vlastním svobodným sebeuskutečňováním. Před utvářením osoby v konkrétní a individuální osobnost ontologicky předchází bytí osobou.[[64]](#footnote-64) *„Dřív, než jsem tě utvořil v lůně matčině, znal jsem tě; dříve než jsi vyšel z mateřského života, posvětil jsem tě“* (Jer 1,5).

Toto pojetí osoby ale zpochybnila moderní filosofie počínaje René Descartem, který rozlišil člověka na dvě nezávislé podstaty: myslící (res cogitans) a rozlehlou (res extensa), z nichž je osobou pouze myslící složka, tedy res cogitans. John Locke chápe osobu jako trvalou totožnost bytosti se sebou samou a s vědomím, bez něhož osoba přestává být osobou. Zdůrazňuje tedy časovou souvislost osoby v průběhu života včetně její odpovědnosti. Pro Kanta je osoba ten subjekt, jemuž lze přičítat jeho jednání.[[65]](#footnote-65)

Podle těchto „moderních“ filosofických směrů by ale osobou nemohlo být např. nemluvně, dále člověk těžce mentálně retardovaný, který je soudním rozhodnutím zbaven svéprávnosti, a tedy odpovědnosti za své jednání, anebo člověk nacházející se ve stavu bezvědomí čili kómatu. A to, jak bylo řečeno výše, odporuje křesťanskému pojetí osoby, podle kterého je člověk osobou „od okamžiku početí až do své smrti“.[[66]](#footnote-66) Jelikož se tu objevuje pojem „vědomí“ – spolu s dalšími pojmy z něj vycházejícími (odpovědnost, svoboda, vůle, rozum), při jehož absenci je status osoby zpochybněn, bude nezbytné pojednat o tom, co tento pojem znamená po filosofické stránce.

**2.5 Vědomí**

Vědomí je ústředí integrované psychické činnosti člověka a v různé míře i dalších živočichů, zahrnující všechno, čemu právě věnují svou pozornost. Vědomí integruje rozmanité duševní činnosti - vnímání, myšlení, cítění, paměť, pozornost atd. a do jisté míry je řídí. U člověka umožňuje sebereflexi, v níž se samo stává předmětem pozornosti. Je zdrojem vůle a volních aktů, rozhodování, a tedy i jakýmsi středem či ohniskem lidské osoby. Vědomí můžeme ztratit ve spánku, v těžké nemoci a při úrazech mozku, je tedy patrně na mozku závislé.

Slovo vědomí lze použít také jako přechodné, ve spojení s předmětem: vědomí něčeho a „být si vědom“ něčeho, což znamená nejen vědět, ale toto vědění také aktualizovat, zpřítomnit, případně z něho vyvozovat praktické důsledky pro své jednání, tj. nést odpovědnost.[[67]](#footnote-67)

Pojem vědomí se postupně oddělil od starší představy svědomí jako vědomí mravního. V řadě jazyků se tyto dva pojmy vyjadřují tímtéž slovem (lat. *conscientia,* fr. *conscience*). Kromě toho je zde řada dalších pojmů s podobným významem, např. duch (lat. *spiritus,* fr. *esprit,* něm. *Geist****),*** duše (lat. *anima,* angl. *soul,* fr. *ame,* něm. *Seele*) nebo mysl (angl. *mind*).[[68]](#footnote-68)

V **lékařství** se jako vědomí označuje stav, kdy pacient vnímá, plně si uvědomuje sebe sama, a kdy na podněty reaguje ze své vůle. Z fyziologického hlediska je vědomí souhrnem funkcí, které umožňují přijímat podněty z vnitřního i vnějšího prostředí, vyhodnocovat je a zpracovávat, ukládat je jako paměťové stopy a odpovídat na ně přiměřeným způsobem.

Ve **filosofii** pojem vědomí znamená uvědomování si své vlastní existence a identity. Bytost, která dosáhla stavu plného vědomí, se ve filosofii nazývá osoba. C. G. Jung definoval vědomí jako funkci či aktivitu, která udržuje psychické obsahy ve vztahu k „Já“.[[69]](#footnote-69)

Dle Emericha Coretha „základním sebeuskutečněním, v němž se ze všeho nejdřív konstituuje každý vědomý vztah ke světu, je poznání.“[[70]](#footnote-70) Poznání je člověku dáno jeho smysly. Když něco vidíme, slyšíme, hmatáme atd., víme, že to děláme, uvědomujeme si to. Tím už pronikáme za čistě smyslové poznání a přesahujeme je jiným prvkem, tj. vědomím. Smyslové vjemy a pocity má i živočich, ale jen u člověka je smyslové poznání prožíváno ve vědomí, přijímáno a zpracováváno v myšlení.[[71]](#footnote-71) „Neexistuje žádné čisté zírání či poslouchání, aniž zároveň probíhá také myšlení. Smyslové vnímání je vždycky duchovně proniknuto, zformováno poznávajícím myšlením. Nemůžeme přestat myslet; myšlení vyvěrá z nutnosti naší podstaty.“[[72]](#footnote-72)

Jinými slovy, lidský mozek se nemůže vědomě a dobrovolně rozhodnout k tomu, že nebude myslet.[[73]](#footnote-73)

Problém mozek a vědomí se z velké části kryje s problémem duše a tělo. V současnosti se tímto problémem zabývá americký filosof Thomas Nagel. Hans Joachim Störig cituje Nagela takto: „Bez vědomí by problém duch – tělo byl mnohem méně zajímavý. S vědomím se zdá beznadějný“.[[74]](#footnote-74)

Dle Marka Váchy rozlišuje Tomas Nagel tři pojetí situace:

* *dualismus:* je to názor, že člověk sestává z těla a z duše a že se mentální život odehrává skrze duši. Mozek se tedy *nerovná* mysli. V těle člověka je nehmotná duše, která tělem člověka pohybuje (jako např. kormidelník lodí) a případně po smrti tělo opustí.
* *fyzikalismus:* je to názor, že mentální život spočívá ve fyzikálních procesech v mozku. Mysl *rovná se* mozek, a v principu jakýkoliv děj, emoce, chuť vína, žlutou barvu atd. můžeme převést na řeč chemických rovnic. „Mám radost z krásy hor“ tedy znamená „v mém mozku probíhá tato a tato chemická reakce“.
* *teorie duálního aspektu:* dle této teorie mozek sice je místem vědomí, ale vědomé stavy nejsou pouhými fyzikálními stavy. To ale nutně neznamená, že se musíme při vysvětlení vědomí a jeho stavů utíkat k představě duchové duše v tom smyslu, jak ji chápou náboženské systémy.[[75]](#footnote-75)

To, že „vědomé stavy nejsou pouhými fyzikálními stavy“, lze přetlumočit takto: všichni víme, jak chutná čokoládová zmrzlina, jak vypadá modrá barva, jaké to je cítit chlad či teplo, jak voní květina atd. Ale tyto vjemy nelze nijak změřit, a tedy identifikovat. Lze změřit pouze akční potenciály v mozku a to, které části mozku jsou daným podnětem aktivovány, ale tyto potenciály nemají ani chuť, ani vůni, ani barvu.[[76]](#footnote-76) Jinými slovy: jaké to je pro mne být „já“ a mít jako takový určitý vjem či zážitek? Jaké to je pro mne, že jsem „já“ a právě čichám ke sklence vína? Jiný člověk může dělat totéž, ale jeho vjem my osobně nikdy nezjistíme. Nezjistíme, jaké to je pro druhého, být „oním“.[[77]](#footnote-77)

V jakém vztahu je tedy mozek, vědomí a duch? Definice vědomí z čistě fyziologického hlediska je na první pohled jednoduchá: již jsme řekli, že vědomí je stav, který začíná, když se probudíme ze spánku, a končí, když usneme nebo upadneme do bezvědomí vlivem narkotik či jinak nebo když zemřeme. Ale při bližším pohledu se tento pojem rozplývá: když se např. ptáme na úlohu snu nebo na hranice oddělující vědomí od nevědomí či podvědomí. Patří to, co víme, ale v daném okamžiku nemáme ve vědomí, ještě k vědomí? Sigmund Freud zde mluví o „předvědomí“; obsahuje to, co můžeme vždy vyvolat do vědomí.[[78]](#footnote-78) A jak je to se sny? Jak je možné, že ve snu „prožíváme“ určité děje, když dle zde již několikrát vyslovené teze je spánek podobný stavu bezvědomí?

***2.5.1 Předvědomí***

Velkou část toho, co se děje v našem těle, skutečně nemůžeme ovládat. Friedrich Nietzsche upozornil na podstatnou omezenost lidského vědomí a na řadu dalších automatismů, které sami neovládáme. Sigmund Freud pak na základě svých zkušeností s pacienty vyslovil názor, že „Já není pánem ve svém domě“.[[79]](#footnote-79)

Prostřednictvím mnoha typů podnětů lze vyvolat automatické mozkové reakce, jakési ozvěny, jež indikují, že zpráva byla přijata, i když nemusela být nutně vědomě prožívána.[[80]](#footnote-80) V určitém čase můžeme zaměřit pozornost pouze na omezený počet podnětů, ale pokud např. v hlučné místnosti uslyšíme své jméno, ihned zpozorníme.[[81]](#footnote-81) Z toho, že jsme si svého jména vůbec všimli, nutně plyne, že navzdory tomu, že jsme si to neuvědomovali, náš mozek celý rozhovor monitoroval pro případ, že by se stalo něco důležitého – kdyby třeba právě zaznělo naše jméno. Totéž platí např. pro tváře. Když kráčíme ulicí plnou lidí – ať už v té chvíli myslíme na cokoli – známého si okamžitě všimneme. To je důkazem, že náš mozek během chůze po ulici neustále monitoruje všechny okolní tváře. A co více, je to právě náš mozek, který rozhoduje o tom, kterým tvářím stojí za to věnovat pozornost a které lze ignorovat. Této činnosti si nejsme vědomi. Je to automatismus, který naprosto neovládáme a ovládat nemůžeme, i kdybychom chtěli. Nemůžeme se *rozhodnout,* že na ulici nepoznáme známého. Nemůžeme se *rozhodnout,* že v hovoru nezaslechneme své jméno. Nemůžeme se rozhodnout ani to, že se nenaučíme, kudy vede cesta domů, že se nám nebude líbit píseň či literární dílo apod.[[82]](#footnote-82) Mnoho vzpomínek a myšlenek není v určité chvíli částí našeho vědomí, pokud je to však potřebné, mohou být do vědomí vyvolány. Takové vzpomínky se nazývají předvědomé vzpomínky. Zahrnují specifické osobní vzpomínky na soukromé události nashromážděné v průběhu života, a také zahrnují naučené dovednosti, např. hraní na hudební nástroj.[[83]](#footnote-83) „Kdo by si chtěl uvědomovat procesy, jež přitom probíhají, tomu by se patrně stalo něco jako oné stonožce: Zeptali se jí, jak koordinuje pohyb tolika párů nohou. Jakmile o tom začala přemýšlet, nebyla schopna chodit.“[[84]](#footnote-84)

***2.5.2 Nevědomí (podvědomí)***

Nevědomí je oblast lidské psychiky, ležící mimo sféru vědomí. Ve filosofii se mluví o nevědomí v souvislosti s přírodními procesy, které směřují k cílům nebo se projevují účelně, aniž by byla evidence o jejich motivech a důvodech. Descartovské pojetí přírody jako pouhého mechanismu narazilo právě na problém účelnosti mnoha přírodních procesů. Georg Wilhelm Friedrich Hegel přisoudil nevědomým procesům a jejich účelnosti vědoucnost. Tato vědoucnost má původ v duchu (logu), který přesahuje empirickou zkušenost. V nevědomí, podobně jako ve vědomí, probíhají psychické procesy, jejichž dynamika ovlivňuje celou osobnost.[[85]](#footnote-85) Nevědomí je v podstatě totéž co podvědomí, ale pojem nevědomí je přesnější, protože my o procesech, které se v něm odehrávají, skutečně nevíme.[[86]](#footnote-86)

O hlubších vrstvách osobnosti věděl již Sókratés, když používal pojem daimonion pro vnitřní hlas. Sigmund Freud zavedl pojem podvědomí, jež má původ v percepci, která je buď podprahová, nebo byla vytěsněna z vědomí. Typickými podprahovými zážitky jsou prožitky z dětství, které se v případném terapeutickém procesu berou za neuvědomované příčiny duševních poruch.[[87]](#footnote-87) Podle Sigmunda Freuda např. vzniká v našem podvědomí nevysvětlitelný odpor k někomu či k něčemu, který se v případě, že se jej pokoušíme překonat, přetransformuje do jiného pocitu, a nás pak např. bolí hlava, jsme unavení, máme celkově melancholickou náladu, anebo se chováme podivně a nevysvětlitelně.[[88]](#footnote-88) Carl Gustav Jung pojem podvědomí významně rozšířil na celou oblast, která není člověku dána v jeho vědomí, a s níž v případě kolektivního nevědomí nemohl mít jakoukoli vědomou zkušenost. V jádře nevědomých duševních procesů stojí libido – psychická energie. V nevědomí, podobně jako ve vědomí, probíhají psychické procesy, jejichž dynamika ovlivňuje celou osobnost. Naše poznání je z tohoto hlediska neúplné, a to do značné hloubky. Vzhledem ke skutečnosti, že není možné poznat obsahy nevědomí bezprostředně, používá analytická psychologie řadu metod, jak s nevědomými obsahy udělat zkušenost. Takovou metodou je např. výklad snů, ale také metoda projekce nevědomého obsahu na neživé předměty nebo osoby. Projevy takových nevědomých obsahů korelují s představami duševně nemocných pacientů, ale objevují se i v nepatologické podobě v představách a jednání normálních lidí. Proto Jung zavádí pojem kolektivní nevědomí. To můžeme považovat za již neuvědomovanou zkušenost dřívějších staletí, avšak není to pouze zkušenost. Duševno je podle Junga zároveň hluboce zakořeněné v nepsychické přírodě, a to již na úrovni percepce. Atribut prchavosti a nestálosti duševních procesů se spíše váže na vědomí, zatímco nevědomí v tomto kontextu představuje setrvalejší a stabilnější část lidské osobnosti. To ve výsledku znamená, že psychika člověka je trvale ovlivňována nevědomím, a to navzdory vědomému psychickému vývoji.[[89]](#footnote-89)

**2.6. Mozek jako sídlo duše**

Podle toho, co bylo až dosud řečeno, by se mohlo zdát, že sídlem vědomí (a potažmo duše) je tedy mozek. A přesto jsou k dispozici důkazy o tom, že tomu tak vůbec být nemusí. Jako odrazový můstek k dalšímu zkoumání si můžeme vzít událost, kterou v knize o lidech, jež měli zážitek blízkosti smrti, popisuje nizozemský kardiolog Pim van Lommel:

*„Jako kardiolog jsem požíval té výsady, že jsem se setkával s mnoha pacienty, kteří se mnou chtěli sdílet svůj zážitek blízkosti smrti (near-death experience, dále jen NDE). Poprvé k tomu došlo v roce 1969. Náhle se spustil alarm monitoru na koronární jednotce. Pacientovi začalo selhávat srdce, došlo k srdeční zástavě. Po dvou elektrických výbojích a čtyřminutovém bezvědomí se ošetřujícímu personálu a službu konajícímu lékaři ulevilo, neboť pacient nabyl vědomí. Onoho roku jsem začal své kardiologické studium a oním službu konajícím lékařem jsem byl právě já. Z úspěšné resuscitace se těšili všichni, s výjimkou pacienta. K překvapení všech přítomných byl pacient značně rozčarován. Mluvil o tunelu, barvách, světle, krásné krajině, hudbě. Popisoval to nesmírně emocionálně. V té době ještě termín ‚zážitek blízkosti smrti‘ neexistoval a já ještě nikdy neslyšel o tom, že by se lidé pamatovali na něco z časového intervalu, kdy měli srdeční zástavu. Během studia jsem se naučil, že taková věc je v podstatě nemožná: být v bezvědomí znamená nevnímat vůbec nic, a to platilo pro pacienty v kómatu i pro pacienty se srdeční zástavou. Skutečnost, že lidé hovoří o tom, že v době bezvědomí během srdeční zástavy měli živé zážitky, se jen stěží slučuje se současnými lékařskými názory, neboť NDE představuje zvláštní stav zostřeného, posíleného vědomí, který se u lidí vyskytuje ve chvílích ohrožení života či přímo během klinické smrti, případně se může objevit i bez zjevné příčiny. Paradoxní výskyt zostřeného, jasného vnímání a logických myšlenkových pochodů během doby, kdy je narušena cerebrální perfuze, vyvolává nesmírně svízelné otázky dotýkající se našeho chápání vědomí a jeho vztahu k mozkovým funkcím. Jasné vědomé a komplexní percepční procesy během období zjevné klinické smrti zpochybňují koncepci, podle níž je vědomí lokalizováno výhradně v mozku. Jakmile je mozek tak dysfunkční, že se pacient ponoří do hlubokého kómatu, pak by cerebrální struktury, jež jsou pilíři subjektivní zkušenosti a paměti, musely být těžce narušené, takže komplexní zážitky, k jakým patří NDE, by neměly vzniknout ani se uchovat v paměti. Mělo by se předpokládat, že takoví pacienti nebudou mít subjektivní zážitek vůbec žádný. Za takových okolností by neměly vznikat ani halucinace. Dokud budeme ‚věřit‘, že vědomí je pouhým vedlejším produktem fungujícího mozku, nemůže mainstreamová věda k žádnému vědeckému vysvětlení NDE dospět.“[[90]](#footnote-90)*

O něco dále stejný autor uvádí výsledky vědeckých studií s lidmi, kteří měli výše popisované zážitky blízkosti smrti, prováděné v letech 2001, 2003 a 2006: „Zážitek blízkosti smrti je autentická zkušenost, kterou nelze jednoduše redukovat na pouhou představivost, strach ze smrti, halucinaci, psychózu, vliv léčiv nebo nedostatek kyslíku. Navíc se zdá, že lidé jsou prožitkem NDE během srdeční zástavy, která trvala jen pár minut, navždy změněni. Z těchto studií vyplývá, že současný materialistický názor na vztah mezi mozkem a vědomím, zastávaný většinou lékařů, filosofů a psychologů, je příliš omezený, než aby mohl přispět k opravdovému pochopení tohoto fenoménu. Dnes máme dobrý důvod předpokládat, že naše vědomí nemusíme vždycky ztotožňovat s fungováním mozku: zostřené vědomí lze někdy prožívat nezávisle, mimo tělo.

Vzhledem k tomu, že žádné jiné teorie NDE nejsou k dispozici, měla by se dosavadní uznávaná a ničím nepotvrzená koncepce, podle níž jsou vědomí a paměť produkovány velkými skupinami neuronů v mozku, znovu probrat a přehodnotit. Jak může jedinec prožívat jasné vědomí vně svého těla ve chvíli, kdy mozek během klinické smrti již nefunguje a křivka EEG se dokonce mění v plochou linii? Takový mozek je zhruba analogický počítači, který je odpojený od zdroje elektrické energie a jehož obvody jsou rozebrané. Takový mozek nemůže halucinovat; nemůže dělat vůbec nic. Navíc, ověřenou percepci během mimotělního zážitku vykazovali v rámci svého NDE i nevidomí. Vědecký výzkum NDE nás tudíž zavádí až za samotné hranice lékařských a neurofyziologických představ o rozsahu lidského vědomí a vztahu mezi myslí a mozkem.“[[91]](#footnote-91)

Na základě výsledků zmíněných studií dr. van Lommel vypracoval koncepci, podle níž mozek není oním „generátorem“, který „vyrábí“ vědomí, ale jen jakýmsi zprostředkujícím médiem, podobně jako televizor, který přijímá elektromagnetické vlny a převádí je na obrazy a zvuky, nebo jako počítač, který nám zprostředkovává webové stránky. Televizor ani počítač také nejsou generátory svého obsahu. Podle této koncepce má vědomí svůj původ v jakémsi nelokálním prostoru, a mozek ho jen zprostředkovává či tlumočí našemu „Já“.[[92]](#footnote-92)

Dr. van Lommel tak uzavírá celý problém konstatováním, že popisované zážitky u lidí, kteří byli klinicky mrtví, lze vysvětlit na základě koncepce nelokálního vědomí. Říká: „Docházím tedy k nevyhnutelnému závěru, že v souvislosti s prožíváním vědomí mozek nemůže mít funkci generující, ale zprostředkovatelskou. Tvrzením, že je vědomí nelokální, a tudíž všudypřítomné povahy, zpochybňuji ryze materialistické paradigma vědy.“[[93]](#footnote-93)

Jiní vědci to ovšem vidí jinak. Adrian Owen, který se zabývá právě studiem lidí v kómatu, je toho názoru, že (my sami) *jsme svým mozkem.* To vysvětluje na příkladu, kdy by bylo možné uskutečnit transplantaci lidského mozku. Ačkoliv nezpochybňuje, že transplantace mozku zatím není možná, zamýšlí se nad tím, jaký by byl výsledek, kdyby to možné bylo. Dle něj bychom se stali někým jiným, protože ve skutečnosti by příjemce nepřijal náš mozek jako v případě ledviny či srdce, ale právě naopak – my bychom, v případě, že „jsme svým mozkem“ – přijali dárcovo tělo. Jinými slovy, v tomto případě by dárce byl ve skutečnosti příjemcem a příjemce dárcem. V podstatě bychom zůstali touž osobou, ale v jiném těle. Zůstaly by nám zachovány myšlenky, vzpomínky i osobnost, jen bychom fyzicky – díky přebývání v jiném těle – vypadali úplně jinak. Žili bychom v dokonalém přestrojení, vzhledově bychom byli jiní, ale osobnost by zůstala nezměněna.[[94]](#footnote-94) Lze jen těžko určit, zda toto vyústění spadá do oblasti pohádek[[95]](#footnote-95) nebo sci-fi.

Ačkoliv úvaha Adriana Owena zní celkem logicky, nelze s ní tak jednoznačně souhlasit. Na základě výzkumů, který provedl se svými pacienty doktor van Lommel, není naopak velmi pravděpodobné, že během smrti pacienta, v okamžicích, kdy jeho mozek již není vyživován okysličenou krví a mozkové buňky tedy nevratně odumírají, by se jeho vědomí kamsi vytratilo a nová lebka by tak dostala jen jakousi beztvarou mrtvou hmotu? Pokud je vědomí nelokální, o čemž jsou díky van Lommelově studii důkazy, nemůžeme tvrdit, že přenesením mozku do jiného těla by se přenesla i příslušná osobnost. Dost možná, že výsledným produktem takové operace by byla právě bytost ve stavu, který nazýváme vigilním kómatem.[[96]](#footnote-96)

**2.7 Umělé vědomí**

Zbývá se tedy ještě zastavit u posledního problému, a to u otázky, jestli by bylo možno vědomí vytvořit uměle. Je to nutné proto, že současná medicína dovede řadu lidských orgánů nahradit, ať už jsou to ledviny dialýzou, srdce různými mechanickými pumpami, končetiny či zuby protézami atd. Navíc, některé lidské orgány se dají transplantovat. U mozku, jak jsme již uvedli, transplantace není možná, takže se nabízí právě otázka umělého vytvoření. A pro příbuzné pacientů nacházejících se v kómatu je to mnohdy, obrazně řečeno, otázka života a smrti. Vděčně přijímají cokoli, co by jejich blízkému jakkoliv pomohlo. Do problému umělého vědomí je zainteresována celá řada vědních oborů. Ale zásadní problém spočívá v tom, že dosud neexistuje žádná všeobecně přijímaná definice vědomí. Všechno, co se jako definice nabízí a případně i zaznělo v této práci, jsou jen opisy, ale žádná definice. To je zřejmě počátek těžkostí, protože pokud nepochopíme princip, na jakém určitá věc funguje, nebudeme schopni vyrobit její náhradu.[[97]](#footnote-97) Jeden z vědeckých názorů na to, jak vědomí funguje, je ten, že se jedná jen o chemický, biologický či fyzikální průběh. Kdyby tomu tak bylo, byl by to zřejmě ideální stav, protože by se tento proces dal replikovat v laboratorních podmínkách.[[98]](#footnote-98) Ale takto to zřejmě nefunguje, to již předložil výše zmíněný lékař van Lommel. Navíc by do hry vstupovaly i další faktory, jako otázky bioetiky, lékařské etiky a v neposlední řadě i náboženství.[[99]](#footnote-99)

**2.8 Shrnutí – člověk byl stvořen k Božímu obrazu**

Věda tedy tajemství lidského mozku dosud nerozluštila a odpověď zatím nepřináší. A lze se i oprávněně domnívat, že toto tajemství nebude rozřešeno nikdy. Ale byl by to skutečně neúspěch? Slyšeli jsme, že bylo řečeno: *„Učiňme člověka, aby byl naším obrazem“* (Gn 1,26). Být Božím obrazem ovšem vůbec neznamená být totéž co Bůh. Člověk může a má zkoumat tajemství světa a všeho stvořeného, to již řekl onen středověký student, ovšem vždy je nutno počítat s tím, že některá tajemství zůstanou člověku navždy zahalena. I když člověk již odhalil mnohé z toho, jak Bůh možná při stvoření světa pracoval, nelze počítat s tím, že Boha pozná dokonale. Bůh, který by byl dokonale poznatelný, by již nebyl Bohem.

Vladimír Boublík říká: „Člověk je ve svém bytí a jednání vždy a nutně subjektem duchovně-tělesným.“[[100]](#footnote-100) Totéž jinými slovy vyjadřuje Katechismus katolické církve: „Lidská osoba, stvořená k Božímu obrazu, je zároveň bytost tělesná i duchová.“[[101]](#footnote-101) A Emerich Coreth vysvětluje zásadní rozdíl mezi duší a vědomím: Duch je přítomný a činný ve světě jen skrze tělo. A naopak, tělesnost je přítomnost ducha ve světě.[[102]](#footnote-102) Duch či duchovní duše je formujícím principem těla, ale toto formující působení duše bezprostředně neprožíváme. Nejsme si vědomi toho, že své tělo sami svobodně utváříme a oživujeme. *Duše tedy znamená něco, co je zásadně dříve než vědomé sebeuskutečňování a co jako takové nikdy nevstupuje do vědomí.* Duše je předchozí podmínka, vnitřní základ celého našeho lidského bytí, je to čistě ontologická veličina, kterou nikdy jako takovou neprožíváme, ale kterou je nutné předpokládat jako podmínku prožívání sebe.[[103]](#footnote-103)

„Církev učí, že duchová duše je bezprostředně stvořena Bohem – není tedy ‚zplozena‘ rodiči – a že je nesmrtelná: nezaniká při smrti, ve chvíli svého oddělení od těla, a znovu se spojí s tělem ve chvíli konečného vzkříšení.“[[104]](#footnote-104) Na základě této skutečnosti můžeme s naprostou jistotou říci, že člověk je „osobou od okamžiku početí až do své smrti“.[[105]](#footnote-105) „Moderní teologie dosud nevypracovala své pojetí tělesně-duchovní jednoty člověka“[[106]](#footnote-106), ovšem církev se v žádném svém dokumentu či prohlášení nevyslovila, že lidská duše by v člověku zanikla jiným způsobem než smrtí. Pouze na základě této skutečnosti můžeme považovat za osobu se všemi lidskými právy embryo, novorozeně, člověka těžce mentálně postiženého, člověka ve vigilním kómatu nebo umírajícího. Ať už se člověk na tomto světě nachází v jakémkoliv tělesném či duševním stavu, bude vždy nedotknutelný. Člověk je Božím obrazem právě proto, že jeho tělo je oživováno duchovou duší[[107]](#footnote-107) a že celá lidská osoba je určena stát se v Kristově těle chrámem Ducha svatého.[[108]](#footnote-108) Od tohoto poznání se tedy musí dále ubírat veškerý postoj k člověku.

**II. DUCHOVNÍ DOPROVÁZENÍ**

Kvalitní duchovní doprovázení je v českých a moravských zdravotnických zařízeních disciplínou poměrně mladou – to za předpokladu, že nepovažujeme údobí třiceti let od pádu totalitního režimu za dobu už dlouhou. Před tímto datem se pastorace nemocných či umírajících nacházela na různých stupních úrovně, pokud se vůbec dalo o nějaké pastoraci hovořit. Z různých zdrojů jsou známy popisy tehdejšího stavu v nemocnicích: strohé neútulné pokoje s mnoha lůžky, umírající spolu s uzdravujícími se, jediné společné sociální zařízení na druhém konci chodby, omezené návštěvní hodiny apod. Pokud se tam umíralo, odehrávalo se to většinou za plentou, v osamělosti a opuštěnosti,[[109]](#footnote-109) přičemž v mnoha případech se musel sám nemocný svým vlastním rozumem dovtípit, že umírá.[[110]](#footnote-110) Na jakoukoli přípravu k odchodu z tohoto světa nebo aspoň na návštěvu kněze tak logicky už nezbyl čas. Bylo to jistě dáno jednak nepřátelským postojem tehdejšího režimu vůči náboženství, který se, ať už více či méně skrytě, snažil styk lidí s duchovními co nejvíce omezovat (a to na všech úrovních lidské existence),[[111]](#footnote-111) jednak i tím, že sami zdravotníci se mnohdy neuměli v takových situacích správně zachovat. Je to celkem pochopitelné, uvážíme-li, že v duchu rčení „poručíme větru, dešti“ padaly tehdy od komunisticky orientovaných odborníků i takové teze, že jednou se díky pokroku vědy podaří smrt ze světa úplně eliminovat.[[112]](#footnote-112) Když pak každý sám za sebe dospěl k poznání, že je to nesmysl, nastávala otázka, co a jak dál.

Jiným důvodem této neutěšené situace byl i tehdejší paternalistický postoj zdravotníků vůči pacientům. Na rozdíl od dnešních dob to byl právě lékař, kdo o všem rozhodoval: zcela v protikladu k dnešnímu paradigmatu, že „na prvním místě musí být vždy pacient“, díky kterému se paternalistický přístup změnil v přístup partnerský. Jistě si lze vzpomenout na filmy či seriály z nemocničního prostředí, kde se právě takové paternalistické postoje lékařů jasně odrážely. Nemluvě o daleko smutnějších, až tragických skutečnostech, jako např. rozhodování o tom, který pacient dostane dialýzu, komu se objednají drahá antibiotika ze zahraničí apod.

Po roce 1989 se politické i společenské poměry začaly měnit a ruku v ruce s tím se začaly objevovat a mnohdy i realizovat ušlechtilé myšlenky, ke kterým současně vznikala příslušná literatura. Řeč je právě o kvalitním duchovním doprovázení, o hospicích, domácí péči, charitním hnutí apod., to vše provoněné empatiemi, nefalšovaným zájmem pomoci bližnímu v těžké situaci, nadějí, vírou, Bohem.[[113]](#footnote-113) Současně s tím i lékařská věda doznala značného a možno říci bleskového pokroku, to vše neseném v duchu hesla „co je dnes nové, je již zítra zastaralé“. Na základě tohoto faktu se objevily nejen nové léčebné metody či nová léčiva, ale také řada dříve nevyléčitelných onemocnění se stala řešitelnými. Výsledkem toho bylo, že se dramaticky prodloužila tzv. střední délka života.[[114]](#footnote-114)

Tento pokrok má dnes ovšem i své stinné stránky. Jednou takovou je otázka lidí v tzv. vegetativním stavu, laicky řečeno v kómatu. Zatímco dříve takový člověk zemřel v mezích týdnů, nejvýše měsíců na nejrůznější komplikace, dnes právě díky vyspělé a špičkové lékařské péči může žít celá dlouhá léta.[[115]](#footnote-115) Objevují se tak otázky, jak doprovázet pacienty, kteří dle lékařských závěrů vnímají omezeně, málo nebo vůbec ne. Pacienty, kteří sice žijí, ale současně jako by byli mrtví; kteří tu jsou, ale jakýmsi záhadným způsobem jako by tu vůbec nebyli.[[116]](#footnote-116) A koho vlastně v takových situacích doprovázet? Pacienty samotné, i když u nich není vnímání zaručeno, nebo snad spíše jejich blízké, kteří daným stavem trpí stejně, možná i víc než sám nemocný?[[117]](#footnote-117)

V první části této práce jsme se v jednotlivých kapitolách pokoušeli nahlédnout na problém vigilního kómatu z pozice medicíny, filosofie i teologie. Nyní se pokusíme tyto tři pohledy spojit i v problému doprovázení všech zúčastněných. Z mnoha zdrojů je známo, že každý člověk má své bio-psycho-sociální a v současnosti již neopomíjené i spirituální potřeby. Dá se říci, že uspokojení těchto potřeb se zrcadlí právě v kompetencích medicíny, filosofie (příp. psychologie) i teologie.

**1 Osoba doprovázeného**

Jelikož jsme v našem pojednání dospěli k důkazům, že u osob nacházejících se ve vigilním kómatu není jakýsi stupeň vnímání vyloučen, bylo by nespravedlivé je z pozornosti či duchovního doprovázení úplně vynechat. Řada autorů nemá pochybnosti o tom, že k těmto pacientům je nutno přistupovat tak, jako by žádnou poruchu vědomí neměli, právě pro možnost vnímání či pozdějšího úplného nabytí vědomí. U křesťansky založených osob je to samozřejmé i z toho důvodu, že člověk je osobou se stejnou důstojností od začátku až do konce, jak již bylo řečeno. Ovšem nemožnost zpětné vazby ze strany samotného pacienta činí duchovní doprovázení značně nesnadným.

Jiné je to u jeho příbuzných. Snad právě skutečnost, že stav jejich blízkého se dlouhé měsíce nemění a hlavně nelepší, je tím důvodem, že všechny pocity a stavy, kterými obvykle procházejí nemocní (zvláště ti se závažným onemocněním), se v tomto případě přenášejí na příbuzné. Je proto zapotřebí jim věnovat minimálně stejnou péči, jako nemocným, a to ve všech jmenovaných oblastech, tj. v oblasti biologických, psychologických, sociálních i spirituálních potřeb.

**1.1 Vymezení pojmu „osoba blízká“**

Rodina sehrává při péči o pacienta ve vigilním kómatu nezastupitelnou roli. V tomto případě ale velmi záleží na tom, co je pod pojmem rodina myšleno. Radka Bužgová ve své publikaci o paliativní péči ve zdravotnických zařízeních uvádí různé definice pojmu rodina, tak jak se objevovaly u různých autorů:

* za rodinu lze považovat osoby, které pojí biologická, sociální či právní pouta
* rodina je forma dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnujícím přinejmenším rodiče a děti
* rodina je biologická entita – je to sociální jednotka, ze které vycházíme a čerpáme svou identitu
* v paliativní péči lze rodinu vymezit jako ty osoby, které jsou pro umírajícího významné bez ohledu na příbuzenský vztah a které za rodinu sám pacient považuje[[118]](#footnote-118)

A co říká Katechismus katolické církve?

„Muž a žena spojeni v manželství tvoří spolu se svými dětmi rodinu. Tato instituce předchází jakémukoliv uznání ze strany veřejné moci; nadto ji převyšuje svým významem. Rodina se bude považovat za normální vztah, podle něhož se mají hodnotit různé způsoby příbuzenství.“[[119]](#footnote-119)

A dále:

„Rodina je základní buňkou života společnosti.“[[120]](#footnote-120)

Jak je z definic dle Radky Bužgové patrné, pod pojmem rodina se nemusí automaticky rozumět nejbližší biologičtí příbuzní, tak jak rodinu definuje Katechismus. Aleš Opatrný upozorňuje ovšem na skutečnost, že nelze své náboženské přesvědčení vnucovat svému okolí.[[121]](#footnote-121) V tomto případě to znamená, že pod pojmy „rodina“, „příbuzní“ nebo „osoby blízké“ musíme myslet nikoliv to, co říká Katechismus, ale to, co těmito pojmy vymezuje Občanský zákoník. Konkrétně tak nemůžeme odepřít návštěvu či informaci o zdravotním stavu partnerovi homosexuálního pacienta, současné družce rozvedeného pacienta, blízkému kamarádovi, spolupracovníkovi nebo sousedovi svobodného bezdětného pacienta atd.[[122]](#footnote-122) Všechny tyto osoby mají v konkrétních případech na informace stejné právo.

**1.2 Sdělení nepříznivé zprávy**

O tom, jakým způsobem nepříznivou zprávu oznámit, již bylo napsáno hodně. Řada autorů se ve svých pracích věnuje pastorační péči o nemocné, umírající i pozůstalé. Ačkoliv je hodně lidí, kteří by chtěli zemřít pokud možno bez zbytečných útrap nejraději ve spánku[[123]](#footnote-123), je jen málo těch, jimž milosrdný Bůh takovou smrt dopřeje. O takto zesnuvších se pak (více či méně úsměvně) mluví jako o „Božích vyvolených“, či jako o „těch, které měl Pánbůh obzvláště rád“. Většina lidí si naopak musí projít různým stupněm utrpení, které je i různě dlouhé. Nepochybně hodně dlouhé bývá i vigilní kóma. A u příbuzných těchto pacientů lze při jejich doprovázení použít téměř veškeré postupy, které bychom jinak použili u pacientů samotných. Pokusíme se tedy některá doporučení a rady porovnat.

Monika Marková popisuje své zkušenosti ze zahraničí, kde zdravotníci uspořádají něco jako rodinnou konferenci. Po dohodě s pacientem přizvou vybrané členy rodiny, primární sestru pacienta a dle potřeby další odborníky. Všichni vše spolu vyslechnou a dále navzájem spolupracují.[[124]](#footnote-124) Martin Gřiva popisuje praxi, která je uplatňována na některých amerických pracovištích v případě informovaného souhlasu: po úvodním vysvětlení je prostor pro dotazy a jejich odpovědi, a zásadní v celé věci je to, že celý rozhovor je nahráván a archivován. V případě soudního sporu je tak dohledatelné, co bylo řečeno, zda byly adekvátně podány všechny informace a zda druhá strana souhlasila.[[125]](#footnote-125) Jistě by tento postup byl velkým přínosem i při rozhovoru s rodinou pacienta v kómatu. Často se totiž stává, že poskytovatelé informací jsou obviňování ze zadržení informací či rovnou ze lži. Ve skutečnosti se jen na rozporovanou záležitost nikdo neptal.

Zmiňovaní autoři se shodují i na prostředí, ve kterém by měl rozhovor probíhat, a na dalších záležitostech. Místnost by měla být útulně zařízena, ne ordinace či vyšetřovna plná kovových přístrojů a výukových plakátů.[[126]](#footnote-126) Rovněž je nepřípustná chodba nebo pokoj, kde jsou přítomni ostatní pacienti[[127]](#footnote-127), nejen ten „jejich“. Stejně tak je nevhodné a traumatizující, když v místnosti stále někdo klepe na dveře, či v ní neustále zvoní telefony.[[128]](#footnote-128) Ovlivnitelné je jistě i to, aby informujícímu lékaři neustále nezvonil mobilní telefon v kapse.

Po sdělení informací musí týmová péče o rodinu komatózního pacienta pokračovat. Často se v průběhu následujících dnů vynořují další a další otázky, v souvislostí se sdělenou pravdou a také s tím, jak se stav pacienta může i nemusí vyvíjet a měnit.[[129]](#footnote-129)

**1.3 Zpracování nepříznivé zprávy příbuznými**

Marie Svatošová je toho názoru, že „i když jsou reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace různé a závisí na spoustě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jednotlivce, určité zákonitosti zde jsou.“[[130]](#footnote-130) Tyto zákonitosti uspořádala na základě svých celoživotních zkušeností u lůžek těžce nemocných a umírajících dr. Elisabeth Kübler-Rossová, a vytvořila tak sled „pěti fází“ nebo „stádií“.[[131]](#footnote-131) Uvedené fáze se netýkají jen těžce nemocných či umírajících, ale i jejich rodin, a to tím více, pokud jde o pacienta ve vigilním kómatu. V takovém případě lze říci, že tyto fáze prožívá především rodina.

***1.3.1 První fáze – negace, šok, popírání***

Není jistě příjemné pro rodinu pacienta slyšet, že stav, ve kterém se jejich příbuzný nachází, je nevratný, a pokud by se probral, byl by to medicínský zázrak. Snad proto, že většina laické veřejnosti nemá s komatózními stavy vůbec žádné zkušenosti, tuto informaci nepřijmou a jsou přesvědčeni, že jim lékaři lžou či že se zmýlili. Protože svého příbuzného dobře znají (vždyť s ním žijí léta), jsou přesvědčeni, že lékaři „tomu nerozumí“. Nejsou nijak výjimečné reakce typu: „Podívejte se, vždyť on přece tu ruku sám zvedne, musí přece vnímat, jinak by to neudělal!“ „Teď se přece usmál, jakmile vysvitlo sluníčko, viděla jsem to!“ „Jí ta šťáva chutná, to je přece vidět!“ Vědci tento postoj nazývají *konfirmační zkreslení,* a podrobně a velmi názorně tento jev popisuje Adrian Owen ve své knize V šeré zóně: jde o to, že lékaři, kteří se nyní o pacienta starají, ho v drtivé většině případů nikdy předtím neviděli. Veškeré znalosti o pacientovi tak čerpají teprve až z doby po jeho úrazu. Naopak rodinní příslušníci mají oproti lékařům výhodu v podobě letitých zkušeností. A nyní, když je jejich nejbližší v bezvědomí, chytají se i nejslabších stébel naděje a všímají si i nejnepatrnějších náznaků přítomnosti vědomí. Pokud osoba, kterou milují, leží před nimi v kómatu, zoufale se snaží jí nějak pomoci. Je to zcela přirozené a nezáleží na tom, zda je k tomu vede láska, bolest, strach, výčitky svědomí apod. Požádají svého milého, ať jim stiskne ruku – a ono se to stane (protože zrovna v tu chvíli dostal křeč do prstů pravé ruky). Zrovna tak se na požádání „usmál“ (protože mu zrovna zasvítilo slunce do očí). Šťáva podávaná po lžičkách „chutná“ (protože polykání je reflex nezávislý na vědomí). Příbuzný tak prohlásí, že „poslechl mě, vyhověl mé výzvě, takže vnímá.“ Pro vědecké důkazy je ale taková událost naprosto nedostačující. Takový jev by se musel mnohonásobně opakovat. V drtivé většině případů se tak ale nestává. V takových chvílích je však zcela pochopitelné, že rodina si vymýšlí nejrůznější důvody, proč se tak nestalo: Nestiskl nám ruku, protože dnes je unavený. Nechce se usmát, protože dnes nemá náladu. Nechce na mě mrknout, protože je ospalá. A tak podobně.[[132]](#footnote-132)

Daleko vážnější situace z hlediska náboženské víry nastává, pokud i na tomto území sehraje svou roli konfirmační zkreslení. Někdo je v kómatu a společenství se usilovně modlí za jeho uzdravení. Pokud ubíhají měsíce, léta a stále se tak neděje, jsou zúčastnění obviňováni pro malou víru. Jsou jim jako ukázka podsouvány případy, kdy se někdo během modliteb uzdravil ze závažné nemoci, která jej ohrožovala na životě. Že se tak nestalo i v případě jejich příbuzného, je jasným důkazem, že málo věří v Boha. Zde je nepochybně pácháno velké zlo, protože je zcela jisté, že víra v Boha takto fungovat nemůže. O tom, že Bůh není automat, který za měnu v podobě modliteb poskytne zboží v podobě fyzického uzdravení, již bylo napsáno hodně.[[133]](#footnote-133)

**Co dělat?**

V prvé řadě je nejpřínosnější nechat příbuzné při jejich mínění a nesnažit se za každou cenu je přesvědčovat o naší pravdě. Zpravidla hledají i možnost vyšetření jiným lékařem, překlad na jiné, „vyšší“ pracoviště – i na to mají dle zákona o zdravotních službách nárok.[[134]](#footnote-134) Asi nejdůležitější je ale podpořit je v jejich modlitbách, pokud jsou nábožensky založení a modlit se chtějí. Pouze je zapotřebí jejich víru nasměrovat tím správným směrem a citlivě a taktně je upozornit na skutečnost, že jejich modlitby nemusí být vyslyšeny tak, jak chtějí oni, ale třeba úplně jinak. *„Mé úmysly nejsou úmysly vaše a vaše cesty nejsou cesty moje“* (Iz 55, 8), vzkazuje nám všem Bůh. Jako křesťané se máme modlit a předkládat Bohu své nejrůznější prosby, ale pouze Bůh je svrchovaným Pánem a tou nejvyšší instancí.[[135]](#footnote-135) Je pravděpodobné, že tímto přístupem se nám podaří získat jejich důvěru.

***1.3.2 Druhá fáze – agrese, hněv, vzpoura***

V této druhé fázi již příbuzní většinou poznali, že lékaři se nezmýlili a to, co oni nejprve zcela vytěsnili, je nyní nezbytné přijmout. To ovšem neznamená, že jsou  se situací smíření. Nastává fáze obviňování, hledání toho, co kdo udělal špatně, co se zanedbalo či mohlo být provedeno důkladněji a lépe. „Doktoři zpackali operaci“, „Záchranka přijela pozdě“, On už předtím míval potíže a nikdo to neřešil“, „Doktoři si ji přehazovali jako horký brambor“ či „Všem vždy pomáhal a jemu teď nepomůže nikdo“ jsou zcela běžné výroky. Nejproblémovější bývá situace, kdy příbuzní jsou přesvědčeni, že léčba zajisté musí existovat („vždyť máme medicínu 21. století“), ale k tomu, aby ji jejich pacient dostal, by museli sehnat značnou částku peněz a léčbu tak zaplatit, jak již zaznělo v první části této práce. Zde zpravidla nabírá velké intenzity nejen fantazie a představivost příbuzných, ale i jejich aktivita při vyhledávání zaručených informací na internetu či v jiných médiích o tom, kde se kdo a po jaké době probral z kómatu a co pro to bylo uděláno, aby se tak stalo. Zpravidla se tyto události staly v zahraničí a poté, co rodina postiženého léčbu hradila. Bývá poukazováno na fakt, že vše je jen o penězích, a jako příklad jsou uváděna jména známých osobností.[[136]](#footnote-136)

**Co dělat?**

Mnozí autoři uvádějí, že postižení vedle otázek „Proč zrovna náš blízký?“, „Kdo za to může?“ atd. dávají nepokrytě najevo i svoji agresi. Ta se nejvíce projevuje vůči osobám, které jsou v tu chvíli zrovna nejblíže, tedy zpravidla vůči ošetřujícímu personálu. Ačkoliv je nutno i takové reakce chápat, nelze zcela souhlasit s častým tvrzením, že zdravotníci musí vše ustát. O tom, že příbuzným komatózního pacienta je nutno odreagování, vybití emocí a uvolnění zlosti umožnit, není pochyb, ovšem nemůže se to dít způsobem, který by jednu či druhou stranu zneuctil. Zdravotník či jiný doprovázející se nemůže nadmíru pohoršovat či dokonce uplatnit podobnou agresivní protireakci, ale může taktně upozornit příbuzné, že ačkoliv je jejich chování pochopitelné, musí být zachovány určité hranice. Zde může dobře posloužit právě poukázání na fakt, že ani ona známá osobnost, o které mluvili, se dosud neuzdravila, či že jiná známá osobnost nebo státník v tom stavu zemřeli, takže to rozhodně není otázka peněz. Příbuzní jistě ocení, když jim dáme poznat, že v takovém neštěstí nejsou sami, že nemoci se nevyhýbají ani bohatým, a že jsme vlastně všichni „na jedné lodi“. Najednou vidí, že je tomu skutečně tak, a že jsme na jejich straně. Pokud jsou aspoň trochu nábožensky založení, je možné v této fázi začít mluvit o Bohu. Jistě nám nebudou vyvracet poznámku, že na základě Boží spravedlnosti můžeme být zítra v jejich  roli či v roli jejich pacienta my.

***1.3.3 Třetí fáze – smlouvání, vyjednávání***

Tato fáze se zpočátku neliší od fáze druhé, kdy bylo nutno sdělenou pravdu přijmout. Liší se ovšem reakce na ni. Fáze agrese již ochladla, protože rodina došla k poznání, že tento způsob nikam nepovede a takhle se problém nevyřeší. Pozornost se tedy obrací k nalezení jiného způsobu. Těch může být v případě vigilního kómatu několik. Zpočátku se příbuzní snaží zajistit pro svého blízkého „kvalitní“ rehabilitaci a vyhlášeného fyzioterapeuta. Nelze jistě pochybovat o přínosu jednotlivých rehabilitačních metod[[137]](#footnote-137), jakož i o tom, že někteří rehabilitační pracovníci nebo centra mají úspěchy uznávané a oceňované mnohými odborníky. V duchu postoje „udělám pro svého milovaného cokoliv“ jsou ochotni takové pracovníky či rehabilitační centra náležitě zaplatit. Zúčastňují se (opět za nemalé peníze) různých kurzů, např. bazální stimulace, hledají informace o nejnovějších výzkumech, nových poznatcích, lécích apod. Tyto aktivity samozřejmě nelze zpochybňovat. „Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetřovatelský koncept, který podporuje lidské vnímání, komunikaci a pohyb. Koncept je strukturován tak, aby byly podporovány zachované pohybové nebo komunikační schopnosti pacienta.“[[138]](#footnote-138) Jde o to stimulovat pacienta, aby vnímal vlastní tělo. Koncept bazální stimulace má svou ochrannou známku[[139]](#footnote-139), v ČR webové stránky, kde jsou nabízeny mj. kurzy i odborná literatura.[[140]](#footnote-140) Pro pacienta je nepochybně přínosem, když tyto aktivity u něj provádí někdo, kdo je mu blízký. Ale pozor na to, aby se bazální stimulace ve skutečnosti nestala pro pacienta mučením. Co to znamená? Nepouštět mu dokola stále stejnou hudbu, i když ji měl rád. Nepouštět motocyklové závody pacientovi, který měl těžkou nehodu na motorce. Ale také nedávat cucat gázu smočenou v alkoholu pacientovi, který v opilosti upadl a narazil hlavou o schody. Víme jistě, že by o to stál i nyní?[[141]](#footnote-141) Naopak zvýšená aktivita příbuzných ve víře, zapojování přátel či sousedů do modliteb za uzdravení, častější návštěva bohoslužeb, posilování naděje – to vše je nutno hodnotit kladně, příbuzné v tomto podpořit a brát vážně. Nevhodné je tyto postoje zesměšňovat, zlehčovat nebo dokonce vymlouvat, i kdyby se jednalo o personál nevěřící.

Co naopak pro pacienta přínosné není, jsou různé pochybné metody, ať už léčebné (léčitelé, šarlatáni), nebo spiritistické (okultismus, esoterika). I když je nutno respektovat spiritualitu každého člověka a pomoci mu právě v takové formě, která odpovídá jeho životním postojům a nevnucovat mu postoje a názory své[[142]](#footnote-142), v konečném důsledku takové jednání pacientům neprospívá. Je to o to těžší, že pacient sám se nemůže nijak vyjádřit, zda by si tyto praktiky přál. Nevěřící personál to zpravidla přejde bez vyjádření, případně si myslí své, zato u věřících často nastává dilema, zda to nechat být, nebo přece jen zkusit nějak zasáhnout.[[143]](#footnote-143)

Další tíživou kapitolou je hledání mnohdy až absurdních způsobů léčby. V době ohromného rozmachu internetu a především tzv. „fake news“ se dá najít opravdu cokoliv, včetně „zaručených“ zpráv o tom, že v zahraničí s úspěchem vyzkoušeli tu a tu metodu, po které se pacient uzdravil. V případě pacientů ve vigilním kómatu to mohou být v extrémních případech výše zmiňované transplantace mozku či vytvoření umělého vědomí, ale taky postupy o něco střízlivější, např. léčba kmenovými buňkami. I když některé postupy mohou být seriózní[[144]](#footnote-144), je třeba citlivě upozorňovat na fakt, že vše je ve fázích experimentu. Zároveň je ale nutno nikdy nebrat naději[[145]](#footnote-145) – třeba poznámkou, že medicína jde rychle kupředu a co nelze dnes, již za nějakou dobu to možné bude.

***1.3.4 Čtvrtá fáze – deprese, smutek***

V této fázi příbuzní již začínají pozorovat, že stav se nelepší a nejspíše už zůstane nevratný. Dopadají na ně o to více nejrůznější obavy a strachy. Je jasné, že jejich blízký již nenastoupí do zaměstnání, nebude provozovat své záliby a žít jako předtím. Pokud jde o živitele rodiny, podnikatele nebo otce či matku nezletilých dětí, přidává se kromě strachu o něj i strach z budoucnosti. Rodina kolem nemocného se zužuje, zůstávají při něm už jen ti nejbližší. Fakt, že kvůli těžkému stavu svého blízkého se širší rodina vzdaluje, jako by ztrácela zájem, je pro takové příbuzné další zátěží. Uvědomují si, že v budoucnu by mohli na vše zůstat sami, bez zájmu okolí (aby náhodou nemuselo pomáhat), připoutáni pouze ke svému nemocnému. K tomu se přidává fyzické i psychické vyčerpání. Snad právě v takových chvílích se poprvé objeví myšlenka na eutanazii. Argumenty pro to bývají různé. Nejčastěji se poukazuje na „kvalitu života“, která je nezřídka dle jejich úsudku nulová. Ohledně kvality života nemocných i jejich příbuzných již proběhla řada studií[[146]](#footnote-146), a další jistě probíhat budou. Ovšem vždy tu bude otázka: Kdo spolehlivě určí kvalitu života člověka v kómatu, když platí, že kvalitu svého života musí určit každý sám za sebe?

**Co dělat?**

Aleš Opatrný uvádí, že „za značné riziko lze považovat přijetí myšlenky, že eutanazie je řešením situace člověka. Zní to sice tvrdě, ale ‚řešení problému likvidací jeho nositele‘ je opravdu dost zvláštní postoj.“[[147]](#footnote-147) Katolická církev zastává k přímé eutanazii, tj. k usmrcení na žádost pacienta, případně jeho blízkých[[148]](#footnote-148) zcela jasný postoj – je nepřijatelná. Něco jiného je ale nepokračování v léčbě:

„Přerušení nákladných, nebezpečných, mimořádných nebo neúměrných léčebných procedur vzhledem k očekávaným výsledkům může být oprávněné. V takovém případě je to odmítnutí léčby ‚za každou cenu‘. Nechce se tím přivodit smrt: uzná se, že jí nelze zabránit. Rozhodnutí musí udělat pacient, jestliže je k tomu ještě způsobilý a schopný, neboti, kteří na to mají podle zákona právo, respektujíce vždy rozumnou vůli a oprávněné zájmy pacienta.“[[149]](#footnote-149)

Co v praxi znamená „odmítnutí léčby za každou cenu“ v případě pacientů ve vigilním kómatu, k tomu se před časem vyjádřila lékařka Marta Munzarová: „Nejde totiž o umírající nemocné v pravém slova smyslu; díky ne příliš složité léčbě a řádné péči mohou být tito pacienti udržováni při životě i dlouhá léta (co vše je léčba a co ‚jen péče‘ je předmětem neustálých sporů). […] Diskuse se týkají i případné možnosti ukončit umělé podávání výživy a tekutin (asistované nutrice a hydratace – ANH), které jsou nejtíživější…“[[150]](#footnote-150) Znamená to tedy jednoznačně rozhodnout, zda umělé podávání výživy a tekutin je „nákladná, nebezpečná, mimořádná nebo neúměrná léčebná procedura“, jak o tom mluví Katechismus. Dle Marty Munzarové ani na takovou otázku není jednoznačná odpověď. Člověk potřebuje jíst a pít, jinak zemře. Vysazení umělé výživy tedy nevyhnutelně povede ke smrti. A dopustit smrt člověka hladem a žízní je čin nelidský a hrůzný.[[151]](#footnote-151) Ale tato otázka má i opačný úhel pohledu. Konkrétně takový, že někteří považují umělé podávání stravy a tekutin za léčbu a nikoliv za péči. Jde přece o umělý, lékařem navozený postup, kdy je k tomu potřebný i umělý přístup, tj. nasogastrická sonda, gastrostomie apod. A jelikož neužitečná, zbytečná a k ničemu nevedoucí léčba může být ukončena, je takové rozhodnutí mravně opodstatněné.[[152]](#footnote-152)

Mnozí lidé se vyjadřují, že by v případě kómatu nechtěli být uměle živeni a raději by chtěli zemřít. Mohou sepsat i tzv. „dříve vyslovené přání“. Ale odkud víme, že pacient, který už v kómatu je a nemůže se sám vyjádřit, by si to rovněž přál? Co víme o jeho vědomí? O tom, jak prožívá kvalitu svého života? Připusťme situaci, že se pacient z kómatu probral a popisuje nám, jak se cítil. Asi by bylo pro nás děsivé, kdybychom slyšeli, že mu bylo teplo, byl v suchu, v čistotě, neměl hlad, neměl starosti v práci, s penězi, s rodinou, žil si ve svém vlastním světě. I když je toto naprostá fikce[[153]](#footnote-153), jistě bychom nenašli odvahu mu pak říci, že jsme ho chtěli nechat usmrtit. Pokud jde o kvalitu života, nikdy a nikde by se nemělo argumentovat tak, že život určitých lidí nemá kvalitu a tedy ani hodnotu[[154]](#footnote-154), říká Marta Munzarová. O tom, že „člověk je osobou od okamžiku početí až do své smrti“, již byla řeč.

***1.3.5 Pátá fáze – akceptace, smíření, souhlas***

O tom, že blízcí příbuzní pacientů to nemají jednoduché, nelze pochybovat. „Na jedné straně se od nich očekává plné nasazení v doprovázení umírajícího, na druhé straně i oni potřebují být doprovázeni. I jim je třeba pomoci propracovat se až ke smíření, k akceptaci […] Jen tak je možno zmírnit jejich utrpení a naznačit, kudy vede cesta dál.“[[155]](#footnote-155)

Marie Svatošová připomíná, že ještě v nedávné době byly spirituální potřeby pacientů i jejich blízkých tabu. Proto se ještě i dnes mnoho lidí domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Ve skutečnosti je tomu naopak. Ne že by věřící člověk tyto potřeby neměl – má je, ale zpravidla ví, co s nimi. Horší je to s lidmi, kteří z víry nežili. Přijde-li najednou u někoho takového nečekaná, zvláštní a neobvyklá situace v podobě dlouhodobého vigilního kómatu, jejich blízcí se začínají otázkami po smyslu života, a tedy otázkami duchovními či náboženskými, zabývat.[[156]](#footnote-156)

**Co dělat?**

Základem je, jak již bylo řečeno, nikdy nebrat naději. To platí jak u každého nemocného všeobecně, tak i v případě jeho blízkých. U příbuzných pacienta v kómatu o to více, protože se budou muset připravit na skutečnost, že neutěšený stav jejich milovaného bude trvat delší dobu a nemusí vést ke smrti v bezprostředním časovém horizontu. V čem může spočívat ten hlavní zdroj naděje? Především v tom, že ačkoliv jejich pacient nekomunikuje, nemůže se hýbat a nereaguje na žádný podnět, neznamená to, že nemůže vnímat. Jsou známy a popsány případy reakce komatózního pacienta na hlas blízkých, na poslech oblíbené hudby, držení za ruku, objímání a hlazení, nemluvě o modlitbách či udělování svátosti nemocných. Mnozí kněží vypovídají, že i v případě umírajícího pacienta, kdy už byla na monitoru „rovná čára“, v okamžicích udělování svátosti nemocných byla na straně pacienta zřetelná reakce. A oč více tato možnost připadá v úvahu, pokud pacient neumírá, ale žije, byť třeba „v šeré zóně“. O tom, že i v takovém případě může pacient plně vnímat, již současná věda důkazy přinesla.[[157]](#footnote-157) Znamená to tedy přesvědčit příbuzné, že díky těmto vědeckým poznatkům mohou se svým milým komunikovat stejně, jako kdyby byl při vědomí; tj. mluvit s ním o všem, o čem by mluvili, i kdyby v kómatu nebyl.

Marie Svatošová, Aleš Opatrný a jistě i mnozí jiní autoři poznamenávají, že každou nemoc je možno brát také jako příležitost. „Delší nemoc totiž často mívá i svoji velice významnou pozitivní stránku. Bývá velikou příležitostí, a to nejen pro nemocného, ale i pro celé jeho okolí. Vážná nemoc zpravidla vede člověka k přehodnocení jeho dosavadního žebříčku hodnot. Je-li tato příležitost správně uchopena a zúročena, může být nemoc tím nejplodnějším a nejcennějším úsekem života.“[[158]](#footnote-158)

Monika Marková říká, že náš život není tápáním beze smyslu. Objevit smysl žitého může jen člověk sám, protože často těžká nemoc nějakým způsobem změní pohled na celý prožitý čas před ní.[[159]](#footnote-159) A to se netýká jen nemocného. I pro rodinného příslušníka, zvláště pokud je jeho blízký v kómatu a nemůže mu odpovědět, je taková situace vrcholným bodem v životě. I rodinný příslušník při pohledu na trpícího blízkého má potřebu lásky, vděčnosti, smíření, odpuštění, ale i transcendence. „Dnes se náboženský svět člověka často chápe velmi široce. Vychází se z předpokladu, že náboženská dimenze je vlastní každému člověku, ať už je rozvinutá, zakrnělá nebo vytěsněná. *‚Dispozice k náboženské víře je nejsložitější a nejmocnější síla v lidské psychice a pravděpodobně nevykořenitelná součást lidské přirozenosti.‘* Za náboženství se potom považuje všechno to, k čemu se člověk váže jako k největší hodnotě či nejhlubší jistotě.“[[160]](#footnote-160) Zde má velkou důležitost vyvolávání vzpomínek, a to nejen z důvodu bazální stimulace. Vyprávěním svému blízkému o minulosti se rodina i nemocný znovu vrátí do období před nemocí, a tedy ke zdravému člověku. Je možné, že pohled do minulosti oživí ty dobré chvíle, ve kterých se měli navzájem rádi. To krásné a milé, co v těch chvílích bylo skutečností, nelze nechat zapadnout. Ale možná je také zapotřebí naopak leccos zapomenout, odpustit, přijmout. Často se stává, že rodinné vztahy byly před osudným úrazem narušené, ne-li rovnou rozvrácené, a je toho hodně, co je potřeba napravit. Staří lidé v minulosti rádi říkávali, že „cesty Páně jsou nevyzpytatelné.“ Jsou známa různá svědectví lidí o tom, že nebýt těžké nemoci, nějakého neštěstí či úmrtí, nikdy by nenašli cestu ke smíření a odpuštění. Není rovněž ničím výjimečným, že k lůžkám pacientů v kómatu přicházejí bývalé manželky, bývalí manželé, vyhnané děti, rozkmotření sourozenci a podobně. Snad není příliš troufalé říci, že právě tohle může být tím vrcholným bodem, který dá utrpení všech zúčastněných zpětně ten pravý smysl.[[161]](#footnote-161)

**2 Osoba doprovázejícího**

Nyní, když jsme se věnovali osobě či osobám doprovázeným, zbývá se ještě zmínit o těch, kdo je na jejich cestě doprovázejí.

Pacienti ve vigilním kómatu zůstávají po značnou dobu své nemoci v nemocnici, případně jsou přeloženi do jiných zdravotnických zařízení, kde o ně pečuje zdravotnický personál. V některých případech si je jejich blízcí vezmou domů, ovšem i tam se to zpravidla neobejde bez sester domácí péče. Tým paliativní péče musí být vždy multidisciplinární – jsou v něm lékaři, sestry, sociální pracovník, fyzioterapeut, duchovní.[[162]](#footnote-162) Přesto platí, že osobou v tomto týmu, se kterou je rodina pacienta ve styku nejvíce a nejčastěji, je sestra.

**2.1 Sestra**

Marie Svatošová zdůrazňuje, že velmi záleží na tom, kdo u dlouhodobě či smrtelně nemocných pracuje. Je důležité, aby sestra pracující s takovými lidmi byla sama vyrovnaná nejen s vlastní smrtelností[[163]](#footnote-163), ale i s možnými neúspěchy medicíny. Neobstojí zde sestra „záchranářka“, která vyznává krédo, že každého člověka je nutno především zachránit a uzdravit. Pokud sama považuje pacientův stav za naprostý neúspěch a selhání moderní medicíny, jistě nebude mít co říci ani pacientovým příbuzným. V Bibli stojí: *„Radujte se s radujícími, plačte s plačícími“* (Řím 12,15).Pokud jsou s nevratným stavem pacienta smířeni jeho blízcí, ale ne sestra, která o pacienta pečuje, může to napáchat velké škody. Stále ještě ne všichni zdravotníci dovedou zaujmout partnerský postoj namísto postoje paternalistického. Pokud chtějí příbuzní sedět u pacientova lůžka, držet ho za ruku, nakrmit pacienta stravou, kterou měl rád, dopřát mu klid a odpočinek, a místo toho musejí jít na chodbu, protože je „nutné“ zavézt pacienta do koupelny, otočit ho zrovna teď na opačný bok, dát mu do sondy předepsanou výživu, protože z té „jejich“ by určitě zvracel, pak je jisté, že na konflikt je zaděláno již v počátcích. Příbuzné je naopak nutno brát za plnohodnotné členy pečujícího týmu. Sestra pracující s pacienty v kómatu si musí uvědomovat, že pacient je nedílnou součástí své rodiny a že celá rodina je zdravotním stavem svého člena zasažena a trpí spolu s ním. Nemůže je brát jako druhořadé osoby, navíc jako ty, kteří „tomu přece nemohou rozumět“.

Jiný problém vzniká, pokud sestra sama nepřipouští možnost, že by pacient mohl vnímat a slyšet. Může to dojít až tak daleko, že pacient je degradován z postu člověka či osoby na pouhou věc. Není mu vysvětleno, co se s ním bude dít, je nálepkován, zesměšňován, oslovován žoviálními tituly „dědo“, „babi“, „strejdo“, či dokonce ponižován („paní profesorka se nám zase pokakala“). Snad není třeba zdůrazňovat, že takové chování je nejen hrubě neetické, ale navíc kromě pacienta hluboce zraňuje i jeho blízké, kteří pak zbytečně podávají stížnosti. Nelze to omlouvat ani tím, že personál je již „vyhořelý“, protože „tady se nedá už nic dělat.“ Příbuzní pacienta to vidí jinak. V ošetřovatelské péči je nutné brát ohled na důstojnost lidského života, který musí platit za všech okolností.

Sestra by také měla být schopna předvést příbuzným pacienta techniky bazální stimulace. Podíl rodinných příslušníků na ošetřovatelské péči o nemocného u nich totiž vyvolává pocit užitečnosti, který je pro ně nezbytnou motivací k tomu, aby danou situaci nevzdali. Někdy jsou ale rodinní příslušníci naopak odtažití – pohled na devastující poranění nebo změněný vzhled pacienta u nich může vyvolávat nepříjemné pocity, zvláště pokud nemají žádnou zkušenost s podobnou situací ani s umíráním v rodině. I zde by sestra měla mít pochopení – mnohdy stačí, když si vzpomene na své vlastní začátky, jak prožívala chvíli, kdy jí poprvé na službě zemřel pacient.

**2.2 Pastorační pracovník, nemocniční kaplan, kněz**

Spirituální péči lze rozdělit na dvě oblasti:

* *část obecná –* ta zahrnuje naslouchání, pomoc při hledání smyslu života, pomoc při urovnání vztahů, povídání, modlitbu apod. Tyto služby může poskytnout prakticky kdokoliv, tedy i sestra, psycholog, sociální pracovník apod.
* *část speciální –* sem patří ty úkony, k jejichž provedení je nutné teologické vzdělání, církevní pověření nebo rovnou svěcení. Jedná se tedy o udělování svátostí (v tomto případě např. svátost nemocných, svátost smíření, eucharistie).

Aleš Opatrný uvádí, že duchovní, který doprovází nemocné, případně jejich rodinné příslušníky, nemá být v žádném případě chápán jako ‚specialista pro osoby se speciálními potřebami‘.[[164]](#footnote-164) Jak již bylo vícekrát řečeno, každý člověk má nějakou spiritualitu. Každý člověk potřebuje něčemu věřit – nemusí to být přímo Bůh, ale např. láska, spravedlnost, harmonie, vlastní rodina atd.[[165]](#footnote-165) Ale i když spirituální potřeby má úplně každý, ne každý je dovede kvalitně uspokojit. Zdravotnický personál není na doprovázení kohokoliv vyškolen, ani není v jeho možnostech se této službě věnovat. Řečeno syrově, ale přece jen nazváno pravým jménem: „Není to v náplni práce zdravotnického personálu a pojišťovna to neproplácí.“[[166]](#footnote-166)

Mnoho zdravotnických zařízení má dnes již svého nemocničního kaplana, případně pastoračního pracovníka, který na jednotlivá oddělení pravidelně dochází. Jinde je to tak, že duchovní (a to kterékoliv církve) je zavolán na konkrétní žádost, ke konkrétnímu člověku. Jsou i zařízení, kde je duchovní či pastorační asistent členem ošetřujícího týmu (toto převážně v hospicích). Spirituální služby pro příbuzné zahrnují péči o jejich psychiku při obtížné adaptaci na zdravotní stav blízkého, emocionální a duchovní podporu. Záleží také na tom, co rodinný příslušník od duchovního potřebuje: zda jen lidskou blízkost, nebo specifickou pomoc církve (myslí se tím pomoc svátostná).[[167]](#footnote-167)

Problém ale může nastat i v případě osoby duchovního. Zatímco pacientovi příbuzní by mnohdy potřebovali či měli zájem „pouze“ o duchovní rozhovor, kněz může mít pocit, že je potřeba je především „za každou cenu přivést ke spáse“. Jinými slovy – může se stát, že bude mít tendenci využít svého postavení k prosazení vlastních cílů, byť by byly sebeušlechtilejší. Aleš Opatrný uvádí, že zde velmi záleží na antropologii a teologii, která je v pozadí myšlení a chápání víry samotným duchovním: „zda duchovní, který je křesťanem, se opírá především o stanovisko, že jediným spasitelem je Ježíš Kristus, a on, duchovní, se ptá, jaká je v dané situaci jeho úloha, nebo zda je přesvědčen, že on nejen ví, co je ke spáse nemocného potřeba, ale myslí si, že ji musí svou činností zajistit, ať už se to nemocnému líbí, nebo ne, ať už nemocný jeho záměr chápe, nebo nechápe.“[[168]](#footnote-168)

Co to konkrétně znamená v případě příbuzných našich pacientů? Jak bylo v první části této práce řečeno, člověk upadne do kómatu náhle, z minuty na minutu. Je to stejné jako v případě smrti – i ta v převážné většině zastihne člověka nepřipraveného. Nemocný tak zanechá za sebou spoustu nevyřešených věcí, nedokončených úkolů, ale taky např. neuspořádaných vztahů. Rozvedl se a žije v novém, církevně neplatném manželství, rozkmotřil se s rodinou kvůli dědictví, vyhnal děti, které nesplnily jeho očekávání. Bylo by ze strany duchovního hrubou chybou nutit jeho příbuzné, aby tyto záležitosti bezpodmínečně napravovali. Nelze např. nutit současnou manželku nemocného, aby ho opustila a umožnila návrat jeho první ženě, s odůvodněním, že je to požadavek církevního práva. Příbuzní by tak s nejvyšší pravděpodobností ztratili důvěru, která se naopak mohla po krůčcích začít budovat, a místo toho by mohli hledat duchovní posilu jinde. Zpravidla v takovém náboženství, které na své ovce neklade žádné podobné požadavky – vždyť přece „každá víra je stejně dobrá“.[[169]](#footnote-169) Naopak je nutno mít neustále na zřeteli slova, která pronesla Matka Tereza z Kalkaty: „Dříve jsem si myslela, že musím lidi obracet. Dnes vím, že je musím milovat, a obracet si je bude Pán.“[[170]](#footnote-170)

**2.3 Cíl doprovázení**

Doprovázení není jen nějaká jednorázová služba v podobě dvou či tří návštěv. „Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně.“[[171]](#footnote-171) A protože se jedná za prvé o cestu, za druhé o určitý časový úsek, je nutné mít na zřeteli i cíl této cesty. Tím je v případě rodinných příslušníků komatózních pacientů smíření nejen se stavem jejich blízkého, ale i sami se sebou, s druhými a v neposlední řadě i s Bohem. Pokud se tohoto cíle má dosáhnout, je třeba situaci přijmout nejen jako spiknutí osudu, ale jako prostý fakt. Ke spirituálním potřebám patří i pochopení toho, že nastalá událost má nějaký duchovní smysl, že nejsme jen hříčkou v rukách osudu či slepé náhody. I k tomuto cíli by doprovázející měl být schopen napomoci.

**ZÁVĚR**

Došli jsme k pomyslnému cíli naší cesty, která měla název „Doprovázení rodinných příslušníků osob ve vigilním kómatu“. Mnozí lidé přiznávají, že když po velkém úsilí a mnoha odříkáních konečně dosáhnou svého vytouženého cíle, zjišťují, že jim to vlastně žádné štěstí nepřineslo. Čtenář, který šel tuto cestu se mnou, možná měl taky svá očekávání. Mohl třeba doufat, že tato práce mu přinese odpovědi na otázky, které ho už dlouho zajímají, a na které dosud odpovědi nikde nenalezl. Zda se u něj toto očekávání naplnilo, či zda zažívá stejné zklamání, již musí posoudit sám.

V první části práce jsem se věnovala tajemstvím lidského mozku čistě praktickým, tj. medicínským pohledem – člověk, který utrpí jakékoliv poškození mozku, se nejprve dostává do nemocnice. Zde se rozhoduje o tom, jakého rozsahu poškození bylo, zda se dá očekávat návrat vědomí, a od toho se zpravidla odvíjejí i další prognózy. Na základě toho se určuje, jaká bude další péče a osud pacienta.

V případě, že je diagnostikován permanentní vegetativní stav, který je dle současných kritérií považován za nevratný, přicházejí ke slovu další otázky, které již nejsou v kompetenci medicíny. Odpovědi na ně se snaží hledat filosofie či teologie, a za pomoci těchto věd jsem se je v další kapitole snažila předložit i já.

Ještě předtím, než bude možno posoudit, zda bylo dosaženo cíle, je nezbytné přesně specifikovat, na které otázky zde byly hledány odpovědi. Jinými slovy – co bylo vlastně cílem této práce? Tím cílem nebylo přinést jasnou, přesvědčivou a nezvratnou odpověď na bolestnou a hlavní otázku všech příbuzných takto postižených pacientů, a sice – jestli jejich milovaný vnímá nebo ne. To neví tohoto času ani současná medicína. Spíše jsem jim chtěla přinést aspoň jiskřičku naděje v tom, že i když to medicína neví, zároveň si netroufá to jednoznačně vyloučit. Studie a zkušenosti zmiňovaného nizozemského kardiologa mluví za vše. A i když jejich milovaný nemluví, nehýbe se, nehladí je, nepolíbí je, protože je limitován svým postižením, neznamená to, že to nemůže vnímat. Tyto pozornosti mohou naopak bez omezení prokazovat oni jemu. Nemělo by vadit, že nemají zpětnou vazbu. Mají naopak ohromnou výhodu v tom, že svého nemocného znají z dob, kdy byl ještě zdráv. Jsou u nich jako v pevném trezoru uchovány všechny vzpomínky, které jim nikdo nemůže vzít. Někteří lidé říkají, že když člověk miluje, stačí mu to na celý život. Jak velmi se to liší od lidí, kterým se narodí těžce postižené dítě, a toto dítě nikdy nepromluví, ani své rodiče nikdy neobejme, možná ani neuvidí či neuslyší …

Je tu ještě i jiný rozměr. I když si naše životy žijeme každý po svém, nakonec stejně „všechny cesty vedou do Říma“ a všichni se jednou sejdeme v jednom domově. I když mnohým na tom vůbec nezáleží, protože v to ani nevěří, záleží na tom, a to velmi, Bohu. Pro Něj je to otázka života a smrti, jak nám sám na sobě dokázal. Jak v druhé části práce, v části o duchovním doprovázení zaznělo, mnozí lidé tváří v tvář nečekanému životnímu zvratu mění i své životní postoje, chování a celou životní filosofii. Neváhají přiznat, že nebýt neštěstí v podobě neřešitelné nemoci jejich blízkého, nikdy by si nezačali klást otázky o Bohu. Kdoví, třeba právě i takový způsob si Bůh volí, aby své milované lidstvo přivedl k sobě. Vždyť jsme přece slyšeli, že bylo řečeno:

*„Bůh chce, aby se všichni lidé zachránili a došli k poznání pravdy.“* (1 Tim 2,4)

**SEZNAM ZDROJŮ**

**1. Tištěné zdroje (knihy):**

*Bible. Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih): český ekumenický překlad.* 4. přepracované vydání (2. vydání v ČBS). Praha: Česká biblická společnost, 1993, počet stran neuveden, ISBN 80-900881-7-1.

BOUBLÍK, Vladimír: *Teologická antropologie. Člověk v Kristu Ježíši.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, 188 s., ISBN 80-7192-490-3.

BUŽGOVÁ, Radka: *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních – potřeby, hodnocení, kvalita života.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2015, 168 s., ISBN 978-80-247-5402-4.

CORETH, Emerich: *Co je člověk? Základy filozofické antropologie.* Praha: ZVON, české katolické nakladatelství a vydavatelství, spol. s r. o., 1994, 212 s., ISBN 80-7113-098-2.

GRÜN, Anselm: *Doprovázení na duchovní cestě.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2014, 108 s., ISBN 978-80-7195-705-8.

GŘIVA, Martin (ed.): *Paliativní péče v kardiologii. Racionální přístup u pacientů v pokročilé fázi kardiologických onemocnění.* Praha: Stanislav Juhaňák – TRITON, 2018, 272 s., ISBN 978-80-7553-481-1.

*Katechismus katolické církve.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001, 2. vydání (v KNA 1.), 793 s., ISBN 80-7192-488-1.

LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela: *Rehabilitace pacientů v kómatu.* Praha: Galén, 2013, 116 s., ISBN 978-80-7262-761-5.

LONG, Maxine, Dr.: *Rodinná encyklopedie medicíny a zdraví.* Čestlice: Rebo Productions s. r. o., 1999, 999 s., ISBN 80-7234-074-3.

MARKOVÁ, Marie (ed.): *Role sestry specialistky.* 2. vydání – dotisk, Brno: NCO NZO, 2011, 102 s., ISBN 978-80-7013-488-7.

MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči.*  Praha: Grada Publishing, a. s., 2010, 128 s., ISBN 978-80-247-3171-1.

MUNZAROVÁ, Marta: *Zdravotnická etika od A do Z.* Praha: Grada Publishing, a. s., 156 s., ISBN 80-247-1024-2.

OPATRNÝ, Aleš: *Spirituální péče o nemocné a umírající.* Červený Kostelec, Nakladatelství Pavel Mervart, 2017, 190 s., ISBN 978-80-7465-269-1.

OWEN, Adrian: *V šeré zóně: mezi životem a smrtí.* Praha: Stanislav Juhaňák – TRITON, 2018, 296 s., ISBN 978-80-7553-550-4.

PERERA, Mahendra; JAGADHEESAN, Karuppiah; PEAKE, Anthony (eds): *Hledání smyslu v zážitcích blízkosti smrti.* Praha: Stanislav Juhaňák – TRITON, 2012, 264 s., ISBN 978-80-7387-597-8.

PINKAVOVÁ-DVOŘÁČKOVÁ, Marie (ed.): *Důstojný pán si na důstojnost nepotrpěl.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2014, 136 s., ISBN: 978-80-7195-761-4.

STÖRIG, Hans Joachim: *Malé dějiny filosofie.* 8. vydání (v KNA 2.), Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007, 656 s., ISBN 978-80-7195-206-0.

SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet.* 7. doplněné vydání (v KNA 2.), Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s., ISBN 978-80-7195-580-1.

VÁCHA, Marek: *Věda, víra, Darwinova teorie a stvoření podle knihy Genesis.* Brno: Cesta, 2014, 215 s., ISBN 978-80-7295-184-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela: *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2006, 144 s., ISBN 80-247-1262-8.

WOODS, Thomas E., Jr.: *Jak katolická církev budovala západní civilizaci.* Vranov nad Dyjí – Přímětice – Bítov: A.M.I.M.S. z.s., 2018, 208 s., ISBN 978-80-904143-3-4.

ZAHRADNÍČEK, Pavel: *Dějiny, jak je možná neznáte. 10 mýtů o křesťanství ve světle historických faktů.* Vranov nad Dyjí – Přímětice – Bítov: A.M.I.M.S. z.s., 2016, 128 s., ISBN 978-80-7266-422-1.

**2. Elektronické zdroje:**

***a) webové stránky:***

Přispěvatelé WikiSkript, *Apalický syndrom* [online], , c2018, Datum poslední revize 3. 06. 2018, 05:50 UTC, [citováno 30. 03. 2020] <<https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Apalick%C3%BD_syndrom&oldid=406351>>

DOLEŽIL, David, CARBOLOVÁ, Kamila. *Vegetativní stav (apalický syndrom).* Neurologie pro praxi [online]. 2007, č. 1, [citováno 15-10-2019]. Dostupné z: http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/01/07.pdf

Přispěvatelé Wikipedie, *Lidský mozek* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2020, Datum poslední revize 7. 02. 2020, 07:18 UTC, [citováno 30. 03. 2020] <<https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Lidsk%C3%BD_mozek&oldid=18127364>>

MLČOCH, Zbyněk: *Vigilní kóma, coma vigile – příznaky, projevy, symptomy.* Zveřejněno: 18. říjen 2015[online] [citováno 15-10-2019], dostupné z https://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirugie/1099-vigilni-koma-coma-vigile-priznaky-projevy-symptomy

MLČOCH, Zbyněk: *Syndrom uzamčení, locked-in syndrom – příznaky, projevy, symptomy.* Zveřejněno: 18. říjen 2015[online] [citováno 15-10-2019], dostupné z https://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirugie/379-syndrom-uzamceni-locked-in-syndrom-priznaky-projevy-symptomy

Přispěvatelé WikiSkript, *Mozek* [online], , c2020, Datum poslední revize 22. 03. 2020, 08:49 UTC, [citováno 30. 03. 2020] <<https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Mozek&oldid=436013>>

Přispěvatelé Wikipedie, *Nevědomí* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2018, Datum poslední revize 23. 08. 2018, 07:28 UTC, [citováno 29-11-2019] <<https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Nev%C4%9Bdom%C3%AD&oldid=16336571>>

Přispěvatelé WikiSkript, *Obaly mozku* [online], , c2017, Datum poslední revize 18. 10. 2017, 23:22 UTC, [citováno 30. 03. 2020] <<https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Obaly_mozku&oldid=389102>>

Přispěvatelé Wikipedie, *Osoba* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2019, Datum poslední revize 16. 11. 2019, 03:32 UTC, [citováno 29-11-2019] <<https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Osoba&oldid=17855270>>

Přispěvatelé Wikipedie, *Podvědomí* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2019, Datum poslední revize 2. 08. 2019, 11:08 UTC, [citováno 29-11-2019] <<https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Podv%C4%9Bdom%C3%AD&oldid=17532437>>

SZOTKOWSKA, CIEŚLAR, Jana: *Difúzní axonální poranění mozku – příznaky, projevy, symptomy, obrázek, fotografie.* Zveřejněno: 11. únor 2016[online] [citováno 15-10-2019], dostupné z https://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirugie/1160-difuzni-axonalni-poraneni-mozku-priznaky-projevy-symptomy-obrazek-fotografie

Přispěvatelé Wikipedie, *Umělé vědomí* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2020, Datum poslední revize 21. 01. 2020, 11:39 UTC, [citováno 25-1-2020] <<https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Um%C4%9Bl%C3%A9_v%C4%9Bdom%C3%AD&oldid=18069394>>

Přispěvatelé Wikipedie, *Vědomí* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2019, Datum poslední revize 23. 11. 2019, 11:18 UTC, [citováno 29-11-2019] <<https://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=V%C4%9Bdom%C3%AD&oldid=17877445>>

***b) bakalářské a diplomové práce:***

MICHALČÍKOVÁ, Simona: *Ošetřovatelská péče u pacienta v coma vigile s využitím konceptu bazální stimulace.* (diplomová práce, MU Brno) [online], 2014, 170 s., dostupné z https://docplayer.cz/43964736-Osetrovatelska-pece-u-pacienta-v-coma-vigile-s-vyuzitim-konceptu-bazalni-stimulace.html

RICHTEROVÁ, Lucie: *Co je to vlastně vegetativní stav?* (diplomová práce, UP Olomouc) [online], 2010, 142 s., dostupné z https://docplayer.cz/85620-Univerzita-palackeho-v-olomouci-fakulta-zdravotnickych-ved-ustav-fyzioterapie-diplomova-prace-autor-bc-lucie-richterova-fyzioterapie.html

RUBÁŠOVÁ, Pavla: *Vliv rehabilitace u pacientů ve vigilním komatu.* (bakalářská práce, ZČU Plzeň) [online], 2012, 127 s., dostupné z https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/2545/1/Bakalarska%20prace%20-%20Pavla%20Rubasova.pdf

ZÁMEČNÍKOVÁ, Anna: *Aplikace bazální stimulace na klienty ve vigilním kómatu.* (bakalářská práce, ZČU Plzeň) [online], 2015, 131 s., dostupné z https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/11025/20540/1/Bakalarska%20prace....pdf

**SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: *Lze vyměnit lidský mozek?*

Příloha č. 2: Vybrané a citované zákony

**Příloha č. 1 [citováno 10-1-2020]**

**LZE VYMĚNIT LIDSKÝ MOZEK?**

VĚDECKÝ DIÁŘ

Je možná transplantace mozku?, ptám se s oblibou mediků. Nezabývejme se kostmi, svaly, cévami, to vše rekonstruovat umíme. Při výrazném podchlazení vydrží mozek bez kyslíku až tři hodiny, času na transplantaci je tedy dost.

Zbývá problém s hlavovými nervy a s přechodem mozku v míchu. Většina hlavových nervů je schopná regenerace. Výjimkou je první a druhý hlavový nerv, které jsou výchlipkami centrálního nervového systému, a mícha, která je také centrální nervový systém. Ten nemá schopnost regenerace a zatím tuto překážku překonat neumíme. Ale tento problém je jedním z nejstudovanějších témat neurověd a některé experimentální práce jsou velmi slibné. Zatím nemáme žádné klinické úspěchy a stále platí, že jednou přerušená mícha již nikdy svoji funkci neobnoví, ale teoreticky si lze již představit, že jednou snad i tuto překážku odstraníme. Předpokládejme tedy, že problém je vyřešen a technicky jsme schopni mozek transplantovat.

Přitom je ale transplantace mozku hloupost a zcela chybný termín. Člověk je mozek. Ruce dělají, co si mozek usmyslí, nohy pak mozek donesou tam, kam chce. Oči, uši a nos dodávají mozku informace, které si zpracovává. Srdce pumpuje krev proto, aby dopravilo mozku kyslík a glukózu. Takže by nešlo o transplantaci mozku někam, ale o transplantaci těla k mozku. Dárcem by byl ten, kdo dává tělo, příjemcem mozek. Ale v celém problému, který se zdá jasný a jednoduchý, máme ještě jednu rovinu.

Mozek je hmota, hardware. Funkce je podobná funkci počítače. Existuje něco, co bychom mohli nazvat operačním systémem, tou by v našem případě byla vigilita – bdělost a vědomí. A dále to, co funguje bez našeho uvědomění. Od srdce, přes dýchání a zažívání až po třeba činnosti, které vykonáváme zcela automaticky, například chůze, řízení automobilu. A teprve pak přichází vlastní funkce, uživatelské programy. Invence, sebeuvědomění, fantazie, schopnost abstrakce a generalizace. Individualita, touhy, zvědavost, logika. V podstatě vše lidské.

Vymazat programy jednoho mozku a nahradit je jinými je také určitá možnost transplantace. Na mnohem vyšší úrovni a také na úrovni sci-fi. Mozek je zcela nepochybně nejsložitější entita, kterou známe. Zcela ji poznat neumíme, ke studiu mozku používáme to nejlepší, co máme – mozek. A ten sám sebe beze zbytku poznat nedokáže. Mozek se skládá zhruba z 15 až 30 miliard nervových buněk, které jsou propojeny nesčetným množstvím vláken a spojují prakticky všechno se vším. Každá nervová buňka se skládá z milionů součástí. Přenos vzruchu mezi jednotlivými buňkami zajišťují tzv. neurotransmitery, kterých je dnes popsáno kolem stovky. Aby to bylo složitější, tak na některých spojích tentýž transmiter působí excitačně, na jiných inhibičně. Mozek je svojí podstatou tak složitý a unikátní, že srovnání třeba s internetem je podobné, jako bychom poměřovali kolo s letadlem či s něčím ještě složitějším a vzácnějším, co si nedovedeme ani představit. A také nás to donutí k pokoře a skromnosti. Je správné, že transplantace mozku je nemožná.

Člověk je mozek. Ruce dělají, co si mozek usmyslí, nohy ho donesou, kam chce. Oči, uši a nos dodávají informace. Takže by nešlo o transplantaci mozku někam, ale o transplantaci těla k mozku.

**VLADIMÍR BENEŠ**

*O autorovi: Vladimír Beneš je přednostou Neurochirurgické kliniky Ústřední vojenské nemocnice Praha*

ZDROJ: Internet 23. 1. 2010

<https://www.lidovky.cz/noviny/lze-vymenit-lidsky-mozek.A100123_000096_ln_noviny_sko>

**Příloha č. 2: Vybrané a citované zákony**

**Zákon č. 89/2012 Sb., Zákon občanský zákoník, verze 6**

*§ 22 Osoby, všeobecná ustanoven*í

**(1)** Osoba blízká je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství (dále jen „partner“); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí.

ZDROJ:

https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89?text=Ob%C4%8Dansk%C3%BD+z%C3%A1kon%C3%ADk

**Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, verze 23**

*§ 33 Informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách*

**(1)** Pacient může při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů a zda mohou v případech podle § 34 odst. 7 vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Pacient může určit osoby nebo vyslovit zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu kterékoliv osobě kdykoliv po přijetí do péče, rovněž může určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu kdykoliv odvolat. Záznam o vyjádření pacienta je součástí zdravotnické dokumentace o něm vedené; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. Součástí záznamu je rovněž sdělení pacienta, jakým způsobem mohou být informace o jeho zdravotním stavu sdělovány.

**(3)** Jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby podle odstavce 1, mají právo na informace o jeho aktuálním zdravotním stavu a na pořízení výpisů a kopií zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi osoby blízké. Pokud pacient dříve vyslovil zákaz sdělovat informace o svém zdravotním stavu určitým osobám blízkým, lze informaci těmto osobám podat pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví další osoby, a to pouze v nezbytném rozsahu.

*§ 41 Povinnosti pacienta a jiných osob*

**(3)** Pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, osoba určená pacientem, osoba blízká pacientovi nebo osoba ze společné domácnosti jsou povinni prokázat svou totožnost občanským průkazem, jestliže o to poskytovatel nebo zdravotnický pracovník, jehož prostřednictvím poskytovatel poskytuje pacientovi zdravotní služby, požádá. Povinnost prokázat se občanským průkazem má rovněž osoba, která uplatňuje podle tohoto zákona nebo jiného právního předpisu právo na informace o zdravotním stavu pacienta, a osoba, která hodlá hospitalizovaného pacienta navštívit a není osobou podle věty první. Jde-li o cizince, totožnost se prokazuje cestovním dokladem nebo jiným průkazem totožnosti. Má-li zdravotnický pracovník pochybnost, zda jde o osobu blízkou, osvědčí osoba blízká tuto skutečnost čestným prohlášením, ve kterém uvede své kontaktní údaje a číslo průkazu totožnosti; čestné prohlášení je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

*§ 55 Omezení svéprávnosti*

**(1)** K omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, jehož se to týká, po jeho zhlédnutí a s plným uznáváním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti. Přitom musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti.

*§59*

**(1)** Soud může svéprávnost omezit v souvislosti s určitou záležitostí na dobu nutnou pro její vyřízení, nebo na jinak určenou určitou dobu, nejdéle však na tři roky. Je-li zjevné, že se stav člověka v této době nezlepší, může soud svéprávnost omezit na dobu delší, nejdéle však na pět let.

*§ 62*

V rozhodnutí o omezení svéprávnosti jmenuje soud člověku opatrovníka. Při výběru opatrovníka přihlédne soud k přáním opatrovance, k jeho potřebě i k podnětům osob opatrovanci blízkých, sledují-li jeho prospěch, a dbá, aby výběrem opatrovníka nezaložil nedůvěru opatrovance k opatrovníkovi.

ZDROJ:

https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=Z%C3%A1kon+o+zdravotn%C3%ADch+slu%C5%BEb%C3%A1ch

1. Srov. RUBÁŠOVÁ, Pavla: *Vliv rehabilitace u pacientů ve vigilním komatu* [online], bakalářská práce, Plzeň, 2012 [citováno 30-3-2020], str. 16, dostupné z https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/2545/1/Bakalarska%20prace%20-%20Pavla%20Rubasova.pdf [↑](#footnote-ref-1)
2. LONG, Maxine, Dr.: *Rodinná encyklopedie medicíny a zdraví*, str. 73. [↑](#footnote-ref-2)
3. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela: *Rehabilitace pacientů v kómatu*, str. 5. [↑](#footnote-ref-3)
4. LONG, Maxine, Dr.: *Rodinná encyklopedie medicíny a zdraví,* str. 73. Retikulární formace je fylogeneticky stará síť vzájemně propojených neuronů. Srov. https://www.wikiskripta.eu/w/Retikulární-formace [citováno 30-3-2020]. [↑](#footnote-ref-4)
5. Srov. OWEN, Adrian: *V šeré zóně: mezi životem a smrtí*, str. 37. [↑](#footnote-ref-5)
6. Srov. MICHALČÍKOVÁ, Simona: *Ošetřovatelská péče u pacienta v coma vigile s využitím konceptu bazální stimulace.* (diplomová práce, MU Brno) [online], 2014, 170 s., [citováno 15-10-1019], str. 12, dostupné z https://docplayer.cz/43964736-Osetrovatelska-pece-u-pacienta-v-coma-vigile-s-vyuzitim-konceptu-bazalni-stimulace.html [↑](#footnote-ref-6)
7. O tom, že tomu tak být nemusí, bude řeč v další části práce. [↑](#footnote-ref-7)
8. Srov. *Lidský mozek* [online] [citováno 30-3-2020], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Lidský\_mozek. [↑](#footnote-ref-8)
9. Srov. *Mozek* [online] [citováno 30-3-2020], dostupné z https://www.wikiskripta.eu/w/Mozek; srov. též *Lidský mozek* [online] [citováno 30-3-2020], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Lidský\_mozek [↑](#footnote-ref-9)
10. Srov. tamtéž. [↑](#footnote-ref-10)
11. Srov. *Obaly mozku* [online] [citováno 30-3-2020], dostupné z https://www.wikiskripta.eu/w/Obaly\_mozku [↑](#footnote-ref-11)
12. S tímto tvrzením by jistě mohla korelovat úsměvná poznámka Marie Svatošové, že „co se nepoužívá, to zakrní.“ SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet,* str. 19. [↑](#footnote-ref-12)
13. Srov. *Lidský mozek* [online] [citováno 30-3-2020], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Lidský\_mozek [↑](#footnote-ref-13)
14. ZÁMEČNÍKOVÁ, Anna: *Aplikace bazální stimulace na klienty ve vigilním kómatu* [online], bakalářská práce, Plzeň 2015, [citováno 30-3-2020], str. 12, dostupné z https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/11025/20540/1/Bakalarska%20prace....pdf [↑](#footnote-ref-14)
15. LONG, Maxine, Dr.: *Rodinná encyklopedie medicíny a zdraví*, str. 73. [↑](#footnote-ref-15)
16. DOLEŽIL, David; CARBOLOVÁ, Kamila: *Vegetativní stav (apalický syndrom)* [online], 2007, [citováno 15-10-2019], str. 28, dostupné z www.neurologiepropraxi.cz. [↑](#footnote-ref-16)
17. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela: *Rehabilitace pacientů v kómatu,* str. 77. [↑](#footnote-ref-17)
18. *Apalický syndrom* [online] [citováno 30-3-2020], dostupné z https://www.wikiskripta.eu/w/Apalický\_syndrom [↑](#footnote-ref-18)
19. Srov. DOLEŽIL, David; CARBOLOVÁ, Kamila: *Vegetativní stav (apalický syndrom)* [online], 2007, [citováno 15-10-2019], str. 28, dostupné z www.neurologiepropraxi.cz; srov. též MLČOCH, Zbyněk: *Vigilní kóma, coma vigile – příznaky, projevy, symptomy* [online], zveřejněno: 18. říjen 2015, [citováno 15-10-2019], dostupné z www.priznaky-projevy.cz. [↑](#footnote-ref-19)
20. Srov. DOLEŽIL, David; CARBOLOVÁ, Kamila: *Vegetativní stav (apalický syndrom)* [online], 2007, [citováno 15-10-2019], str. 28, dostupné z www.neurologiepropraxi.cz. [↑](#footnote-ref-20)
21. Srov. MLČOCH, Zbyněk: *Vigilní kóma, coma vigile – příznaky, projevy, symptomy* [online], zveřejněno: 18. říjen 2015, [citováno 15-10-2019], dostupné na www.priznaky-projevy.cz. [↑](#footnote-ref-21)
22. Při tomto druhu úrazu dochází k potrhání vláken (axonů) v bílé hmotě mozkové. K tomuto poranění často dochází tzv. deceleračně-akceleračním mechanismem, tj. při velkém zrychlení následovaném prudkým zastavením pohybu, při němž se mozek může poranit o vnitřní lebeční kosti. Tento stav nelze řešit neurochirurgicky. Srov. SZOTKOWSKA, CIEŚLAR, Jana: *Difúzní axonální poranění mozku – příznaky, projevy, symptomy, obrázek, fotografie* [online], zveřejněno: 11. únor 2016, [citováno 15-10-2019], dostupné na www.priznaky-projevy.cz. [↑](#footnote-ref-22)
23. Srov. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela: *Rehabilitace pacientů v kómatu*, str. 6. [↑](#footnote-ref-23)
24. Srov. MLČOCH, Zbyněk: *Syndrom uzamčení, locked-in syndrom – příznaky, projevy, symptomy* [online], zveřejněno: 3. srpen 2012, [citováno 15-10-2019], dostupné na www.priznaky-projevy.cz; srov. též LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela: *Rehabilitace pacientů v kómatu*, str. 6; srov. též OWEN, Adrian: *V šeré zóně: mezi životem a smrtí*, str. 14. [↑](#footnote-ref-24)
25. Srov. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, Marcela: *Rehabilitace pacientů v kómatu,* str. 6. [↑](#footnote-ref-25)
26. Srov. MLČOCH, Zbyněk: *Vigilní kóma, coma vigile – příznaky, projevy, symptomy* [online], zveřejněno: 18. říjen 2015, [citováno 15-10-2019], dostupné na www.priznaky-projevy.cz. [↑](#footnote-ref-26)
27. Srov. DOLEŽIL, David; CARBOLOVÁ, Kamila: *Vegetativní stav (apalický syndrom)* [online], 2007, [citováno 17-10-2019], str. 27-28, dostupné na www.neurologiepropraxi.cz. [↑](#footnote-ref-27)
28. Přežití pacientů s diagnózou permanentní vegetativní stav je obvykle mezi 2-5 lety od stanovení diagnózy, přežívání nad 10 let je neobvyklé a šance na přežití 15 let od stanovení diagnózy je vypočítána na 1/15 000 až 1/75 000. Srov. DOLEŽIL, David; CARBOLOVÁ, Kamila: *Vegetativní stav (apalický syndrom)* [online], 2007, [citováno 17-10-2019], str. 28, dostupné na www.neurologiepropraxi.cz. [↑](#footnote-ref-28)
29. Alespoň by tomu tak mělo být – můžeme jen doufat, že dnes už se snad nevyskytují pracoviště, kde by se vůči pacientovi uplatňoval institut tzv. „milosrdné lži“ – tj. všichni v okolí „vědí“ nebo tuší, jen sám pacient neví nic. Srov. např. MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči*, str. 70-71. [↑](#footnote-ref-29)
30. Srov. DOLEŽIL, David; CARBOLOVÁ, Kamila: *Vegetativní stav (apalický syndrom)* [online], 2007, [citováno 17-10-2019], str. 31, dostupné na www.neurologiepropraxi.cz. [↑](#footnote-ref-30)
31. Srov. tamtéž; srov. též GŘIVA, Martin: Komunikace. In GŘIVA, Martin (ed.): *Paliativní péče v kardiologii*, str. 73. [↑](#footnote-ref-31)
32. Je to samozřejmě myšleno ve vší úctě k těmto nemocným. [↑](#footnote-ref-32)
33. VÁCHA, Marek: *Věda, víra, Darwinova teorie a stvoření podle knihy Genesis*, str. 95. [↑](#footnote-ref-33)
34. Srov. tamtéž. [↑](#footnote-ref-34)
35. Srov. tamtéž. [↑](#footnote-ref-35)
36. Srov. STÖRIG, Hans Joachim: *Malé dějiny filosofie*, str. 556. [↑](#footnote-ref-36)
37. Tamtéž. [↑](#footnote-ref-37)
38. Tamtéž, str. 152. [↑](#footnote-ref-38)
39. ZAHRADNÍČEK, Pavel: *Dějiny, jak je možná neznáte,* str. 81. [↑](#footnote-ref-39)
40. WOODS, Thomas E., Jr.: *Jak katolická církev budovala západní civilizaci,* str. 73. [↑](#footnote-ref-40)
41. *Katechismus katolické církve,* čl. 159 (dále jen *KKC*). [↑](#footnote-ref-41)
42. VÁCHA, Marek: *Věda, víra, Darwinova teorie a stvoření podle knihy Genesis*, str. 100. [↑](#footnote-ref-42)
43. Srov. tamtéž. [↑](#footnote-ref-43)
44. Srov. tamtéž, str. 101-111. [↑](#footnote-ref-44)
45. Tady zaznívá freudovské „libido“ – nejnižší stupeň psychična. Srov. STÖRIG, Hans Joachim: *Malé dějiny filosofie*, str. 482. [↑](#footnote-ref-45)
46. Doby, kdy toto tvrdil francouzský filosof Descartes, jsou už dávno překonány, a v současné době nikdo tento názor nezastává. Srov. VÁCHA, Marek: *Věda, víra, Darwinova teorie a stvoření podle knihy Genesis*, str. 116. [↑](#footnote-ref-46)
47. Hans Joachim Störig v této souvislosti uvádí, že „od doby, kdy evoluce vytvořila různé druhy – a u člověka a mnohých vyšších zvířat: kdy se vytvořila individua, jedinečné bytosti, lišící se dědičným základem a životním osudem od ostatních příslušníků druhu – od té doby existuje na každém stupni evoluce a pro každé individuum ‚vnitřní pohled‘ na svět, který je vlastní a přístupný jen jemu. […] Nikdo, kdo je ve styku s vyššími zvířaty, je nemůže pokládat za automaty, které jednoduše reagují podle určitých pravidel na určité podněty. Když vidím, jak se můj pes pohybuje ve spánku, tiše kňučí, cení zuby, hýbá nohama, pak sice nemohu vědět, o čem sní, ale zdá se mi zcela nepochybné, že ve svém snu právě ‚prožívá‘ určité věci“. STÖRIG, Hans Joachim: *Malé dějiny filosofie,* str. 559. [↑](#footnote-ref-47)
48. CORETH, Emerich: *Co je člověk?,* str. 128. [↑](#footnote-ref-48)
49. Tamtéž, str. 151. [↑](#footnote-ref-49)
50. Srov. *Osoba* [online] [citováno 10-11-2019], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Osoba. [↑](#footnote-ref-50)
51. BOUBLÍK, Vladimír: *Teologická antropologie,* str. 66. [↑](#footnote-ref-51)
52. GRÜN, Anselm: *Doprovázení na duchovní cestě,* str. 74. [↑](#footnote-ref-52)
53. Srov.: STÖRIG, Hans Joachim: *Malé dějiny filosofie*, str. 482. [↑](#footnote-ref-53)
54. Tamtéž. [↑](#footnote-ref-54)
55. Tamtéž, str. 482-483. [↑](#footnote-ref-55)
56. Srov. *Osoba* [online] [citováno 10-11-2019], dostupné z https:// cs.wikipedia.org/wiki/Osoba. [↑](#footnote-ref-56)
57. Srov. CORETH, Emerich: *Co je člověk?*, str. 152. [↑](#footnote-ref-57)
58. Tamtéž, str. 152-153. [↑](#footnote-ref-58)
59. Srov. *Osoba* [online] [citováno 10-11-2019], dostupné z https:// cs.wikipedia.org/wiki/Osoba. [↑](#footnote-ref-59)
60. Srov. CORETH, Emerich: *Co je člověk?*, str. 152. [↑](#footnote-ref-60)
61. Srov. *Osoba* [online] [citováno 10-11-2019], dostupné z https:// cs.wikipedia.org/wiki/Osoba. [↑](#footnote-ref-61)
62. Jako např. v případě vigilního kómatu, ale i těžkého mentálního postižení apod. [↑](#footnote-ref-62)
63. *Osoba* [online] [citováno 10-11-2019], dostupné z https:// cs.wikipedia.org/wiki/Osoba. [↑](#footnote-ref-63)
64. Srov. CORETH, Emerich: *Co je člověk?*, str. 154. [↑](#footnote-ref-64)
65. Srov. *Osoba* [online] [citováno 10-11-2019], dostupné z https:// cs.wikipedia.org/wiki/Osoba. [↑](#footnote-ref-65)
66. Srov. *KKC,* čl. 2319. [↑](#footnote-ref-66)
67. Srov. *Vědomí* [online] [citováno 29-11-2019], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Vědomí. [↑](#footnote-ref-67)
68. Srov. tamtéž; srov. též STÖRIG, Hans Joachim: *Malé dějiny filosofie,* str. 556. [↑](#footnote-ref-68)
69. Srov. *Vědomí* [online] [citováno 29-11-2019], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Vědomí. [↑](#footnote-ref-69)
70. CORETH, Emerich: *Co je člověk?,* str. 77. [↑](#footnote-ref-70)
71. Srov. tamtéž. [↑](#footnote-ref-71)
72. Tamtéž, str. 78. [↑](#footnote-ref-72)
73. Srov. OWEN, Adrian: *V šeré zóně: mezi životem a smrtí,* str. 39. [↑](#footnote-ref-73)
74. Srov. STÖRIG, Hans Joachim: *Malé dějiny filosofie,* str. 557. [↑](#footnote-ref-74)
75. Srov. VÁCHA, Marek: *Věda, víra, Darwinova teorie a stvoření podle knihy Genesis,* str. 95-96. [↑](#footnote-ref-75)
76. Srov. tamtéž, str. 96-97. [↑](#footnote-ref-76)
77. Srov. STÖRIG, Hans Joachim: *Malé dějiny filosofie,* str. 559. [↑](#footnote-ref-77)
78. Srov. tamtéž*,* str. 555. [↑](#footnote-ref-78)
79. Srov. *Vědomí* [online] [citováno 29-11-2019], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Vědomí. [↑](#footnote-ref-79)
80. Srov. OWEN, Adrian: *V šeré zóně: mezi životem a smrtí,* str. 38. [↑](#footnote-ref-80)
81. Srov. *Vědomí* [online] [citováno 29-11-2019], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Vědomí. [↑](#footnote-ref-81)
82. Srov. OWEN, Adrian: *V šeré zóně: mezi životem a smrtí,* str. 38-40. [↑](#footnote-ref-82)
83. Srov. *Vědomí* [online] [citováno 29-11-2019], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Vědomí. [↑](#footnote-ref-83)
84. STÖRIG, Hans Joachim: *Malé dějiny filosofie,* str. 505. Podobných vtipů existují jistě desítky; snad je možno si pro větší názornost dovolit zde uvést ještě jeden: *Jede užovka na kole a potká budík: „Ahoj užovko, copak děláš?“ „Jedu na kole.“ „A kde máš nohy?“ „Aha…“ … bum (spadla z kola).*  [↑](#footnote-ref-84)
85. Srov. *Nevědomí* [online] [citováno 29-11-2019], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Nevědomí. [↑](#footnote-ref-85)
86. Srov. *Podvědomí* [online] [citováno 29-11-2019], dostupné z https://cs.wikipedie.org/wiki/Podvědomí. [↑](#footnote-ref-86)
87. Srov. *Nevědomí* [online] [citováno 29-11-2019], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Nevědomí. [↑](#footnote-ref-87)
88. Srov. *Podvědomí* [online] [citováno 29-11-2019], dostupné z https://cs.wikipedie.org/wiki/Podvědomí; srov. též GRÜN, Anselm: *Doprovázení na duchovní cestě,* str. 65. [↑](#footnote-ref-88)
89. Srov. *Nevědomí* [online] [citováno 29-11-2019], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Nevědomí. [↑](#footnote-ref-89)
90. van LOMMEL, Pim: Patofyziologické aspekty zážitků blízkosti smrti. In PERERA, Mahendra; JAGADHEESAN, Karuppiah; PEAKE, Anthony (eds): *Hledání smyslu v zážitcích blízkosti smrti,* str. 102-103. [↑](#footnote-ref-90)
91. Tamtéž, str. 116-117. [↑](#footnote-ref-91)
92. Srov. tamtéž, str. 118-119. [↑](#footnote-ref-92)
93. Tamtéž, str. 119. [↑](#footnote-ref-93)
94. Srov. OWEN, Adrian: *V šeré zóně: mezi životem a smrtí,* str. 201; srov. též přílohu *Lze vyměnit lidský mozek?*  [↑](#footnote-ref-94)
95. Např. když se černokněžník nebo čarodějnice promění v prince či princeznu. [↑](#footnote-ref-95)
96. Toto samozřejmě za předpokladu, že transplantace mozku by byla technicky proveditelná, což v tomto případě znamená, že by se musela transplantovat celá hlava, nikoli pouze mozek. Srov. přílohu *Lze vyměnit lidský mozek?*  [↑](#footnote-ref-96)
97. Srov. *Umělé vědomí* [online] [citováno 25-1-2020], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Umělé\_vědomí; srov. též VÁCHA, Marek: *Věda, víra, Darwinova teorie a stvoření podle knihy Genesis,* str. 97. [↑](#footnote-ref-97)
98. Srov. *Umělé vědomí* [online] [citováno 25-1-2020], dostupné z https://cs.wikipedia.org/wiki/Umělé\_vědomí. [↑](#footnote-ref-98)
99. Další rozbor tématu umělého vědomí by překračoval rámec této práce. Pro srovnání a bližší informace viz např. tyto články: *Filosofie umělé inteligence* (online), dostupné z https:// cs.wikipedia.org/wiki/Filosofie\_umělé\_inteligence, nebo článek ing. Aleše Jurmana *Metodologie a umělé vědomí* (online), dostupné z https://docplayer.cz/16568272-Fyzika-vedomi-4-metodologie-a-umele-vedomi-a-jurman.html. [↑](#footnote-ref-99)
100. BOUBLÍK, Vladimír: *Teologická antropologie,* str. 64. [↑](#footnote-ref-100)
101. *KKC,* čl. 362. [↑](#footnote-ref-101)
102. Srov. CORETH, Emerich: *Co je člověk?,* str. 147. [↑](#footnote-ref-102)
103. Srov. tamtéž, str. 150. [↑](#footnote-ref-103)
104. *KKC,* čl. 366. [↑](#footnote-ref-104)
105. Srov. tamtéž,čl. 2319. [↑](#footnote-ref-105)
106. BOUBLÍK, Vladimír, *Teologická antropologie,* str. 63. [↑](#footnote-ref-106)
107. Nezávisle na tom, zda člověk „vnímá“ či nikoliv. [↑](#footnote-ref-107)
108. Srov. *KKC,* čl. 364. [↑](#footnote-ref-108)
109. Srov. MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči,* str. 14; srov. též OPATRNÝ, Aleš: *Spirituální péče o nemocné a umírající,* str. 35. [↑](#footnote-ref-109)
110. Zde je narážka na institut tzv. „milosrdné lži“. [↑](#footnote-ref-110)
111. Srov. PINKAVOVÁ-DVOŘÁČKOVÁ, Marie (ed.): *Důstojný pán si na důstojnost nepotrpěl,* str. 41; srov. též SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet,* str. 36. [↑](#footnote-ref-111)
112. Srov. MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči,* str. 14; srov. též PINKAVOVÁ-DVOŘÁČKOVÁ, Marie (ed.): *Důstojný pán si na důstojnost nepotrpěl,* str. 44. [↑](#footnote-ref-112)
113. Srov. OPATRNÝ, Aleš: *Spirituální péče o nemocné a umírající,* str. 20. [↑](#footnote-ref-113)
114. Srov. MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči,* str. 16. [↑](#footnote-ref-114)
115. V zahraničí jsou popsány ojedinělé případy i velmi dlouhého dožití – srov. RICHTEROVÁ, Lucie: *Co je to vlastně vegetativní stav?* (diplomová práce, UP Olomouc) [online], 2010, 142 s., [citováno 2-11-2019], str. 52-54, dostupné z https://docplayer.cz/85620-Univerzita-palackeho-v-olomouci-fakulta-zdravotnickych-ved-ustav-fyzioterapie-diplomova-prace-autor-bc-lucie-richterova-fyzioterapie.html. [↑](#footnote-ref-115)
116. Srov. OWEN, Adrian: *V šeré zóně: mezi životem a smrtí,* str. 30. [↑](#footnote-ref-116)
117. „Zvláště u závažných onemocnění platí tvrzení, že s nemocným je nemocná i jeho rodina.“ VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela: *Komunikace pro zdravotní sestry,* str. 107. [↑](#footnote-ref-117)
118. Srov. BUŽGOVÁ, Radka: *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních,* 113. [↑](#footnote-ref-118)
119. *KKC,* čl. 2202. [↑](#footnote-ref-119)
120. *Tamtéž,* čl. 2207. [↑](#footnote-ref-120)
121. Srov. OPATRNÝ, Aleš: *Spirituální péče o nemocné a umírající,* str. 94. [↑](#footnote-ref-121)
122. Tyto záležitosti upravuje např. Zákon č. 89/2012 Sb. – Občanský zákoník, § 22 čl. 1, dále Zákon č. 372/2011 Sb. – Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 33 čl. 1 a 3; § 41 čl. 3; § 55 čl. 1; § 59 čl. 1; § 62. Viz Příloha č. 2. [↑](#footnote-ref-122)
123. Srov. SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet,* str. 33. [↑](#footnote-ref-123)
124. Srov. MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči,* str. 72. [↑](#footnote-ref-124)
125. Srov. GŘIVA, Martin: Komunikace. In GŘIVA, Martin (ed.): *Paliativní péče v kardiologii,* str. 70. [↑](#footnote-ref-125)
126. Srov. MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči,* str. 72-73. [↑](#footnote-ref-126)
127. Srov. GŘIVA, Martin: Komunikace. In GŘIVA, Martin (ed.): *Paliativní péče v kardiologii,* str. 79. [↑](#footnote-ref-127)
128. Srov. MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči,* str. 73. [↑](#footnote-ref-128)
129. Srov. tamtéž. [↑](#footnote-ref-129)
130. SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet,* str. 23. [↑](#footnote-ref-130)
131. Z mnoha zdrojů, srov. např. tamtéž,str. 23-25. [↑](#footnote-ref-131)
132. Srov. OWEN, Adrian: *V šeré zóně: mezi životem a smrtí,* str. 144-151. [↑](#footnote-ref-132)
133. Srov. tamtéž, str. 149; srov. též OPATRNÝ, Aleš: *Spirituální péče o nemocné a umírající,* str. 73-74; srov. též VÁCHA, Marek: Spirituální potřeby pacienta v léčebném procesu. In: GŘIVA, Martin (ed.): *Paliativní péče v kardiologii,* str. 223-227. [↑](#footnote-ref-133)
134. Jde o tzv. „druhý lékařský názor“ („second opinion“). [↑](#footnote-ref-134)
135. „Bůh na naše prosby odpovídá jen třemi způsoby: 1) Ano, dám ti to, o co žádáš. 2) Chvíli počkej, ještě na to není pravý čas. 3) Dám ti něco mnohem lepšího. – Bůh nikdy neříká NE!“ *Milujte se!* č. 48, str.1, www.milujte.se. [↑](#footnote-ref-135)
136. V současnosti např. situace automobilového závodníka Michaela Schumachera, který v roce 2013 utrpěl úraz hlavy při lyžování a od té doby je údajně v kómatu. Z mnoha online zdrojů např. https://sport.aktualne.cz/motorismus/formule-1/michael-schumacher-komentar/r~530c5afcd88f11e9b1410cc47ab5f122/ [citováno 10-2-2020]. [↑](#footnote-ref-136)
137. Různé rehabilitační metody u pacientů ve vegetativním stavu popisuje Lucie Richterová ve své diplomové práci *Co je to vlastně vegetativní stav?,* str. 77-92. [↑](#footnote-ref-137)
138. MICHALČÍKOVÁ, Simona: *Ošetřovatelská péče u pacienta v coma vigile s využitím konceptu bazální stimulace* (diplomová práce, MU Brno) [online], 2014, 170 s., [citováno 2-2-2020], str. 28, dostupné z https://docplayer.cz/43964736-Osetrovatelska-pece-u-pacienta-v-coma-vigile-s-vyuzitim-konceptu-bazalni-stimulace.html [↑](#footnote-ref-138)
139. Srov. tamtéž, str. 29. [↑](#footnote-ref-139)
140. Viz https://www.bazalni-stimulace.cz/ [citováno 2-2-2020]. [↑](#footnote-ref-140)
141. Srov. OWEN, Adrian: *V šeré zóně: mezi životem a smrtí,* str. 157. [↑](#footnote-ref-141)
142. Srov. OPATRNÝ, Aleš: *Spirituální péče o nemocné a umírající,* str. 166-167. [↑](#footnote-ref-142)
143. Zde je lépe nepodnikat nic bez předchozí porady s knězem. Více informací na téma esoterika a okultismus lze nalézt na www.vojtechkodet.cz [navštíveno 10-2-2020]. [↑](#footnote-ref-143)
144. https://magazin.aktualne.cz/lecba-kmenovymi-bunkami-je-nakladna-musime-lidi-odmitat/r~3205b84add2f11e496f2002590604f2e/ [citováno 10-2-2020]. [↑](#footnote-ref-144)
145. Srov. SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet,* str. 29-30. [↑](#footnote-ref-145)
146. Srov. KOMÍNKOVÁ, Helena: Kvalita života*.* In: MARKOVÁ, Marie (ed.): *Role sestry specialistky,* str. 15-27; srov. též BUŽGOVÁ, Radka: *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních,* str. 132-135. [↑](#footnote-ref-146)
147. OPATRNÝ, Aleš: *Spirituální péče o nemocné a umírající,* str. 151. [↑](#footnote-ref-147)
148. Srov. tamtéž, str. 146. [↑](#footnote-ref-148)
149. *KKC,* čl. 2278. [↑](#footnote-ref-149)
150. MUNZAROVÁ, Marta: *Zdravotnická etika od A do Z,* str. 127. [↑](#footnote-ref-150)
151. Srov. tamtéž, str. 128. [↑](#footnote-ref-151)
152. Srov. tamtéž. [↑](#footnote-ref-152)
153. Jsou spíše důkazy o tom, že pacienti tento stav vnímali jako značně nepříjemný – srov. OWEN, Adrian: *V šeré zóně: mezi životem a smrtí,* str. 41-42. [↑](#footnote-ref-153)
154. Srov. MUNZAROVÁ, Marta: *Zdravotnická etika od A do Z,* str. 129. [↑](#footnote-ref-154)
155. SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet,* str. 130. [↑](#footnote-ref-155)
156. Srov. tamtéž, str. 21. [↑](#footnote-ref-156)
157. Srov. str. 25-26, ale i výsledky vyšetření komatózních pacientů pomocí fMRI skeneru, které publikuje Adrian Owen ve své knize *V šeré zóně: mezi životem a smrtí.* [↑](#footnote-ref-157)
158. SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet,* str. 33. [↑](#footnote-ref-158)
159. Srov. MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči,* str. 86. [↑](#footnote-ref-159)
160. OPATRNÝ, Aleš: *Spirituální péče o nemocné a umírající,* str. 29. [↑](#footnote-ref-160)
161. Srov. SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet,* str. 33. [↑](#footnote-ref-161)
162. Srov. MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči,* str. 35. [↑](#footnote-ref-162)
163. Srov. SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet,* 137. [↑](#footnote-ref-163)
164. Srov. OPATRNÝ, Aleš: *Spirituální péče o nemocné a umírající,* str. 125. [↑](#footnote-ref-164)
165. Srov. KOMÍNKOVÁ, Helena: Kvalita života. In MARKOVÁ, Marie (ed.): *Role sestry specialistky,* str. 22. [↑](#footnote-ref-165)
166. Srov. OPATRNÝ, Aleš: *Spirituální péče o nemocné a umírající,* str. 126. [↑](#footnote-ref-166)
167. Srov. tamtéž, str. 128. [↑](#footnote-ref-167)
168. tamtéž, str. 129. [↑](#footnote-ref-168)
169. Srov. tamtéž, str. 133. [↑](#footnote-ref-169)
170. SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet,* str. 136; srov. též OPATRNÝ, Aleš: *Spirituální péče o nemocné a umírající,* str. 114. [↑](#footnote-ref-170)
171. SVATOŠOVÁ, Marie: *Hospice a umění doprovázet,* str. 17. [↑](#footnote-ref-171)