Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra filosofie a religionistiky

Diplomová práce

Psychologicko-etické aspekty posledních věcí člověka

Vedoucí práce: doc. Jakub Sirovátka, Dr. phil.

Autor práce: Bc. Magda Kümmelová
Studijní obor: Etika v sociální práci
Forma studia: navazující magisterská – kombinovaná
Ročník: druhý

2019

Prohlašuji, že, v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

29. března 2019

Bc. Magda Kümmelová

Upřímně děkuji vedoucímu této diplomové práce doc. Jakubovi Sirovátkovi, Dr. phil., za cenné rady, zkušenosti, připomínky a metodické vedení po celou dobu mé práce. Děkuji také svému manželovi i celé mé rodině za podporu a pochopení nejen při psaní této diplomové práce, ale i po celou dobu mého studia.

Obsah

1 Úvod 6

2 Lidská důstojnost a bioetika 9

2.1 Definování pojmu „lidská důstojnost“ 9

2.2 Etické přístupy k nemocným v postmoderní době – bioetika 11

3 Péče o umírající 23

3.1 Paliativní a hospicová péče 23

3.1.1 Paliativní péče 24

3.1.2 Hospicová péče 25

3.2 Potřeby umírajících v církvích a náboženských společnostech 26

4 Poslední rozloučení, pohřeb 29

4.1 Psychologické aspekty posledního rozloučení 29

4.2 Současné formy posledního rozloučení v českém prostředí 30

4.3 Pohřbívání z pohledu české religionistiky 31

4.4 Pohřební zvyklosti některých etnik žijících v České republice 33

4.4.1 Romové 33

4.4.2 Vietnamci 33

5 Truchlení 36

5.1 Fáze truchlení 36

5.2 Komplikované truchlení 37

6 Jak předcházet komplikovanému truchlení péčí o umírajícího 39

6.1 Očekávané úmrtí 39

6.1.1 Než smrt opravdu přijde – fáze pre finem 40

6.1.2 Poslední chvíle života – fáze in finem 56

6.1.3 Po úmrtí – fáze post finem 58

6.2 Náhlé úmrtí 59

6.3 Také dětí se to týká 60
7 Principy pomoci pozůstalým 62
8 Současné etické systémy 65
8.1 Deontologie 66
8.2 Utilitarismus 68
8.3 Etika péče 69
8.4 Situační etika – etická dilemata 70
9 Diskuse 74
10 Závěr 79
11 Seznam použitých zdrojů 83
12 Seznam použitých zkratek 90
13 Abstrakt 91
14 Abstract 92

„Ze všech vyslovených i napsaných slov
je nejsmutnější „kdyby“.[1]

1 Úvod

Tato diplomová práce se zabývá posledními věcmi člověka z psychologicko-etického pohledu, neopomíjí však ani náhled sociální. S tématem zde pracuji také v souvislosti vybraných současných etických systémů, především deontologismu a utilitarismu, a vzhledem k tématu práce pojednávám také o bioetice. Z oblasti psychologie se podrobněji věnuji existenciální psychoterapii, respektive logoterapii rakouského psychologa Viktora E. Frankla. Zahrnula jsem také problematiku pohřbívání a možnosti posledního rozloučení, a to i v religionistickém a etnickém náhledu. Ve stěžejní části práce se zabývám především potřebnou psychosociální péčí o nevyléčitelně nemocné, umírající a jejich blízké v období pre finem, in finem a post finem u očekávaného úmrtí dospělých, a také vlivem této péče na prožívání finálního období života umírajících a následného truchlení pozůstalých. V krátkosti zmiňuji i téma paliativní a hospicové péče, a také zhodnocení vlivu posledního rozloučení na průběh truchlení pozůstalých. Inspirací pro psaní práce mi byly ve značné míře kromě odborné literatury a dalších odborných zdrojů i vlastní mnohaleté pracovní zkušenosti v tomto oboru.

Cílem této diplomové práce je **stanovit a popsat vhodné eticko-psychologické aspekty a doporučení** v rámci psychosociální pomoci dospělým umírajícím pacientům, jejich blízkým a pozůstalým při očekávaném úmrtí.

Dalším cílem práce je **porovnání v odborných zdrojích popisovaných doporučení** v oblasti psychosociální pomoci nevyléčitelně nemocným, umírajícím, jejich blízkým a pozůstalým **s praktickými konkrétními zkušenostmi** pracovníků jihočeského centra pomoci nevyléčitelně nemocným, jejich blízkým a pozůstalým Modrá pomněnka,[2] které jsem před pěti lety založila a působím v něm jako odborná psychosociální pracovnice a interventka pro tuto cílovou skupinu.

V práci se také ptám, **jaké psychologicko-etické aspekty jsou nejčastěji příčinou tzv. komplikovaného truchlení** u pozůstalých po očekávaném úmrtí někoho

[1] John Greenleaf Whittier (1807 – 1892), americký básník a abolicionista

[2] viz Modra pomněnka. [online]. [cit. 29. 03. 2019]. Dostupné na:<https://modrapomnenka.cz>.

blízkého a jaká je **možnost prevence komplikovaného truchlení.** Odpovědi hledám komparací poznatků uvedených v odborné literatuře a dat z databáze Modré pomněnky, vedené od počátku jejího vzniku v roce 2014.

Práce je rozdělena do deseti kapitol. Po úvodu se ve druhé kapitole věnuji lidské důstojnosti a bioetice, což jsou důležité fenomény pro následující třetí kapitolu nazvanou „Péče o umírající". Poté následuje kapitola čtvrtá, věnovaná poslednímu rozloučení a pohřebním rituálům, na což navazuje kapitola pátá s tématem truchlení. Vzhledem k tomu, že jedním z cílů této práce je odpověď na otázku související s prevencí komplikovaného truchlení, přichází šestá kapitola právě s tímto tématem. Zde se podrobněji věnuji existenciální psychoterapii, respektive logoterapii V. E. Frankla a především zde navrhuji některá doporučení pro pečující o pacienty v terminální fázi života. Ukazuje se totiž, a to i v mé praxi, že to, jestli a jakým způsobem pečujeme nejen o pacientovy potřeby a bolesti fyzické, ale i psychické, sociální či spirituální, má veliký význam nejen pro něho, ale neméně i pro nás jako pro budoucí pozůstalé. Neboť i to potom určuje, jak budeme své truchlení zvládat. Pokud víme, že jsme pro umírajícího udělali, co bylo v našich silách, a co mu umožnilo co nejkvalitněji prožít poslední etapu jeho života, máme velkou naději na to, že své truchlení dobře zvládneme. Tuto kapitolu považuji za nejpodstatnější část celé práce, neboť právě zde vidím její největší přínos pro případné čtenáře. V sedmé kapitole zpracovávám základní principy pomoci pozůstalým, zatímco v kapitole následující, tedy osmé, se věnuji současným etickým systémům, především Kantově deontologii a také jednomu z konsekvencialistických směrů, utilitarismu. Předposlední, devátou kapitolu věnuji diskusi, ve které provádím komparaci mých praktických zkušeností, respektive vlastních konkrétních doporučení pro ty, kteří doprovázejí umírající na konci jejich dní, s podobnými doporučeními známé a uznávané odbornice v oboru ošetřovatelská etika Jany Kutnohorské,[3] která se tomuto tématu ve své práci také věnuje. V této kapitole dále diskutuji jedno z vybraných rizik vzniku komplikovaného truchlení – pocitu viny a výčitek svědomí. V poslední, desáté kapitole především analyzuji naplnění cílů práce a také předkládám svoji nedávnou zkušenost s vlastní polemikou nad odborným textem předkládajícím názor na důvody volby jedné z forem rozptýlení popela zemřelých.

[3] doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc. přednáší na Institutu zdravotnických studií na UniverzitěTomáše Bati, je vědeckou pracovnicí a autorkou knih z oblasti ošetřovatelské etiky, praxea z oblasti dějin ošetřovatelství.

Uváděné četné kazuistiky, které v práci doplňují teoretické poznatky, pocházejí výhradně z mých vlastních zkušeností nejen z práce v Modré pomněnce, ale i z doby mého působení v lůžkovém Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích. Pomocí těchto kazuistik chci přispět k objasnění některých psychologicko-etických aspektů, souvisejících s danou problematikou.

Při psaní této diplomové práce využívám dostupné české i zahraniční odborné zdroje, uvedené v citacích, respektive v seznamu použité literatury a pracuji také s aktuálně platnými zákony – např. Zákon o sociálních službách[4], Zákon o zdravotních službách[5] a Zákon o pohřebnictví[6]. Ve velké míře vycházím též z mého dlouhodobého soustavného odborného vzdělávání v oboru a také z poznatků získaných z mnoha dalších odborných zdrojů, které jsem v textu přímo nepoužila.

[4] Zákon č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách*.

[5] Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*.

[6] Zákon č. 256/2001 Sb. *Zákon o pohřebnictví a o změně některých zákonů*.

2 Lidská důstojnost a bioetika

Zvěrstva spáchaná na lidech v průběhu obou světových válek byla podnětem k zakotvení práva člověka na lidskou důstojnost ve dvou základních poválečných dokumentech. Dne 26. června 1945, tedy hned po II. světové válce, byla podepsána Charta spojených národů, kde můžeme číst: „My, členové spojených národů jsme pevně rozhodli (...), obnovit a posílit naši víru (...) v lidskou důstojnost a hodnotu lidské osoby.“ [7] (preambule *Charty spojených národů* z 26. 6. 1945). O tři roky později byla lidská důstojnost zakotvena také v mezinárodním dokumentu o lidských právech, kterým byla Všeobecná deklarace lidských práv, kde je uvedeno: *„Uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv členů lidské rodiny je základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě.“* Článek 1 říká: *„Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv...“*[8] Tento dokument byl schválen Valným shromážděním Organizace spojených národů dne 10. prosince 1948, a proto je 10. prosinec vyhlášen Dnem lidských práv. Necelý rok předtím, v únoru 1948, byl u nás nastolen komunistický totalitní režim, který základní lidská práva, v souvislosti se svou ideologií, potlačoval. Do českého právního řádu byl pojem „lidská důstojnost“ zakotven až v roce 1993 Ústavou České republiky, a to hned v čl. 1 Listiny základních práv a svobod takto: *„Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti a právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné“.*[9]

2.1 Definování pojmu „lidská důstojnost“

Přestože většina z nás „nějak vnitřně“ ví nebo alespoň tuší, co pojem „lidská důstojnost“ znamená, ve skutečnosti jasná definice tohoto pojmu neexistuje. Žijeme v globálním světě, v pluralitě náboženství, světonázorů a rozdílných kultur s vlastními tradicemi a historií. To s sebou přináší i problém s protichůdností názorů na to, co lidská důstojnost opravdu je, jak ji máme chápat či jaká stanoviska v kontroverzních otázkách z pohledu lidské důstojnosti bychom měli zastávat. V jednotlivých částech světa existují

[7] *Charta Spojených národů: San Francisko 26. června 1945*. Praha: Orbis, 1946. ISBN neuvedeno.

[8] Všeobecná deklarace lidských práv. Dostupné [on-line]. [cit. 08. 01. 2019]. <https://childrenandarmedconflict.un.org/keydocuments/czech/universaldeclara1.html>.

[9] *Ústava České republiky: Listina základních práv a svobod: podle stavu k 1.4. 1996: úplné znění*. Ostrava: Sagit, 1996. ÚZ, č. 84. ISBN 80-85789-89-2.

také různé formy přístupu k lidské důstojnosti, které se navíc v průběhu dějin různě vyvíjejí. Máme zde namysli dvě zásadně odlišná pojetí lidské důstojnosti – kontingentní a inherentní.

Kontingentní pojetí bylo uplatňováno především v historii; velmi patrné bylo kupříkladu u antických filozofů. V takovém pojetí lidská důstojnost není vnímána jako mravní požadavek, není tedy přiznávána všem lidem, což je dnes pro nás zcela neakceptovatelné. Podle tohoto pojetí mají právo na lidskou důstojnost jen někteří – na základě zásluh, společenského postavení, vystupování, způsobu oblékání a podobně. Člověk tak může lidskou důstojnost v průběhu svého života získat, a to dokonce opakovaně, kdykoliv ji však může také ztratit – například ztrátou vyššího společenského statusu.[10]

Druhým, zcela opačným pojetím lidské důstojnosti je **pojetí inherentní** (ontologické), kde lidská důstojnost přísluší každému člověku, bez ohledu na jeho společenské postavení, zásluhy, vlastnosti, barvu pleti, náboženské přesvědčení, věku, výkonnosti a podobných specifik. Každý člověk má právo na svoji důstojnost právě proto, že je člověkem a nemůže ji tedy nevratně ztratit. Vždyť i Ježíš řekl: *„Milujte své nepřátele a modlete se za ty, kdo vás pronásledují, abyste byli syny nebeského Otce; protože on dává svému slunci svítit na zlé i dobré a déšť posílá na spravedlivé i nespravedlivé“.*[11] Tímto citátem však rozhodně nechci říci, že by snad byla lidská důstojnost vázána pouze na jedno náboženství, v tomto případě křesťanství. Lidská důstojnost totiž spočívá především v odpovědnosti, kterou člověk má, proto i zločinec, mající odpovědnost za své činy, má svoji lidskou důstojnost. I zrušení trestu smrti v celé Evropě ukazuje na to, že inherentní pojetí lidské důstojnosti je jedním ze základních hodnotových pilířů celé naší evropské kultury.[12]

Při definování pojmu lidská důstojnost vzniká problém i s tím, že takto (běžně) používaný pojem správně nevystihuje to, co je ve skutečnosti jeho obsahem. Proto bychom měli používat spíše pojmu „**důstojnost člověka**“, alespoň z pohledu inherentního pojetí lidské důstojnosti. Sousloví „lidská důstojnost“ odpovídá spíše

[10] Srov. ŠRAJER, Jindřich. ***Lidská důstojnost a sociální práce***. SOCIÁLNÍ PRÁCE / SOCIÁLNA PRÁCA, 2006, 2, s. 109-113. ISSN 1213-6204, s. 110.

[11] *Bible: písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih)*. 2. katolické vyd. Praha: Zvon, 1991. ISBN 80-7113-009-5, (Mt 5,44-45)

[12] Srov. ŠRAJER, Jindřich. ***Lidská důstojnost a sociální práce***. SOCIÁLNÍ PRÁCE / SOCIÁLNA PRÁCA, 2006, 2, s. 109-113. ISSN 1213-6204, s. 110-111.

pohledu kontingentnímu a dnes se používá pravděpodobně jen díky ustálené zvyklosti. Obě výše uvedená pojetí se v průběhu dějin postupně formovala – v naší západní křesťanské kultuře se obě pojetí vzájemně doplňují, i když novodobý inherentní postoj by měl převažovat (např. k prezidentovi máme mít úctu především proto, že je člověk, nikoliv proto, že je prezident).[13] Bohužel, vzhledem k tomu, že je naše společnost čím dál více zaměřená na výkon člověka, na kult radostného mládí, vynořují se i názory odpovídající pojetí spíše kontingentnímu (mají tu ještě vůbec být staří či nemocní lidé?).

2.2 Etické přístupy k nemocným v postmoderní době – bioetika

Dobu přibližně od konce dvacátého století nazýváme **postmodernou**. Ačkoli se někdy můžeme domnívat, že dokážeme ovládnout téměř vše, co nás obklopuje, při hlubším zamyšlení velmi brzy zjistíme, že se nedokážeme vypořádat se skutečnostmi, které jsou zdroji mnohých našich problémů. Mám zde na mysli například velmi citelnou absenci konsensuálních norem a obecně uznávaných autorit – těžko se domlouváme, těžko se shodujeme. (*„to záleží, jak kdo to má nastavený“*), mezi lidmi není shoda v hodnotách, chybí nám definice hodnotného života, často nám chybí schopnost dobré komunikace. A přitom nástrojem etiky by měl být právě dialog. Cílem etického dialogu však není koncensus za každou cenu – je nutné vnímat a respektovat názorová a hodnotová východiska autora tvrzení. Je ale nutné se i tázat, jak druzí rozumějí mému sdělení, proč si to tak myslím, z čeho vycházím (například informovaný souhlas pacienta – lékař musí být přesvědčený, že pacient rozumí tomu, co podepisuje – viz text dále).

Inspirována názvem knihy Hynka Jůna „Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví“[14] se zamýšlím nad pojmem, který často a naprosto automaticky používáme – a tím je slovo **pomoc**. Slovní základ tohoto pojmu je **moc**. Myslím, že český jazyk[15] tímto slovním základem velmi dobře vystihuje princip každé pomáhající profese. Vždyť právě „moc“ je důležitou součástí souboru toho, co máme

[13] Srov. KÜMMELOVÁ, Magda. Psychosociální pomoc rodičům při perinatální ztrátě. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. Veronika Zvánovcová, Ph.D.

14 JŮN, Hynek. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví.

při práci s klienty či pacienty k dispozici. Záleží jen na každém z nás, pomáhajících pracovnících, jak tuto „moc“ využijeme (nebo zneužijeme?) – zda opravdu k po-moci, nebo díky naší moci nad ním pacienta či klienta poškodíme nebo mu dokonce ublížíme. K oběma těmto ambivalentním cestám ke klientovi nám totiž naše „moc“ nad ním otevírá cestu. A právě tady vidím podstatu odpovědnosti, kterou před každým klientem či pacientem každý pomáhající má. Toto nerovné postavení vystihuje i další české slovo – **nemoc**. Pacient je ne-mocný, zatímco člověk v roli pomáhajícího je mocný – má moc tuto moc využít, ale také zneužít. A právě v tom je síla, ale i velké nebezpečí pro pacienta i pro toho, kdo mu má v jeho utrpení pomoci. Tuto nerovnost mezi mocí obou stran se dnes snaží redukovat mj. **etické kodexy** všech pomáhajících profesí – například Etický kodex Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky[16], Stavovský předpis ČLK č. 10 Etický kodex České lékařské komory,[17]Etický kodex České asociace sester[18] a další.

Etický kodex České lékařské komory vyhází z Hippokratovy[19] přísahy, která již ve starověku tvořila jakýsi soubor etických pravidel pro lékaře. *„Lékař má dělat vše, co by pacientovi prospělo, ale vyhnout se všemu, co by ho poškodilo.“*[20] Hippokratova přísaha se pak rozšířila díky křesťanství, s nímž ji pojí podobné názory na život od početí do smrti (např. zákaz eutanázie, interrupce…). Hippokratova přísaha se později stala také podkladem k dnešním lékařským slibům, i když ty z Hippokratovy přísahy pouze vycházejí – přestože se, vlivem tradice, běžně používá tvrzení, že: „Lékaři skládají Hippokratovu přísahu.“

Ve výše uvedeném citátu z Hippokratovy přísahy můžeme číst zásadní princip lékařské péče, který by měl ctít každý lékař i dnes **– vše pro dobro pacienta, pomáhat a neškodit**. V různém období však byl však tento princip vnímán rozdílně. Po dlouhá

[16] Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. *Etický kodex Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky*. [online]. [cit. 24. 3. 2019]. Dostupné na: <http://www.apsscr.cz/files/files/Etick%C3%BD%20kodex%20APSS%20%C4%8CR.pdf>.

[17] Česká lékařská komora. *Stavovský předpis ČLK č. 10 Etický kodex*. [online]. [cit. 24. 3. 2019]. Dostupné na: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>.

[18] Česká asociace sester. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester.* [online]. [cit. 24. 3. 2019]. Dostupné na: <https://www.cnna.cz/icn-eticky-kodex/>.

[19] Hippokratés (5./4. stol. př. Kr.)- nejslavnější lékař starověku, bývá nazýván otcem medicíny.

[20] HIPPOKRATÉS. Vybrané spisy.

staletí byl v lékařské péči aplikován **paternalistický přístup**,[21] tedy takový, kdy rozhoduje pouze lékař, má vždy pravdu, s pacientem nediskutuje a pacient vše jen pasivně přijímá. Množství a způsob informací určuje lékař, který by měl pacienta pouze přiměřeně poučit. Tento přístup byl také východiskem k dříve platnému Zákonu o péči o zdraví lidu[22], jehož platnost byla ukončena ke dni 1. 4. 2012. I přesto však je, bohužel, tento nepartnerský přístup stále mnohde uplatňován. Akceptovat snad lze výjimka, kdy **tento přístup vyhovuje oběma stranám – lékaři, ale především i pacientovi.** Na tomto místě ještě považuji za důležité zmínit skutečnost, že dříve paternalistický přístup lékaře k pacientovi byl zcela na místě. Lékař totiž nebyl jen ten, kdo ošetřoval rány těla, k čemuž samozřejmě neměl k dispozici možnosti dnešní medicíny, ale o to více poskytoval svým pacientům pomoc nejen v aktuální nemoci, ale i v nejrůznějších životních krizích – jistě i proto, že byl, mnohdy jako jeden z mála, nositelem nejen své lékařské odbornosti, ale, díky svému vzdělání, také znalostem všeobecným. Už z této pozice bezesporu přirozeně vyplýval silně asymetrický vztah lékaře a pacienta, což jistě mělo vliv na ono paternalistické pojetí, které bylo natolik výrazné, že leckde, jak jsem již zmiňovala, přetrvává dodnes.[23]

Ke konci dvacátého století začal být paternalistický přístup postupně opouštěn a začíná se uplatňovat, nejprve ve Spojených státech amerických, přístup **partnerský** (demokratický) **- principialismus**. V té době se však také začíná objevovat čím dál více prohlubující se negativní fenomén, který nazýváme dehumanizací medicíny.

Dehumanizace medicíny, kterou zaznamenáváme od 70. let minulého století poukázala na hlubokou propast mezi odborným světem lékaře a přirozeným světem pacienta. Zde však mohou – a měli by – hrát velkou roli nelékařští pracovníci v multidisciplinárním pečujícím týmu – zdravotní sestra, psychosociální pracovníci, nemocniční kaplan a další. Mohou být někým jako tlumočníky (včetně odborných výrazů) mezi lékařem a pacientem či obhájci práv pacienta – už proto, že se jim většinou dostalo více vzdělání v humanitních oborech jako je psychologie, etika či komunikace než lékařům. Mnohdy se stává, že lékař může stejnému výrazu rozumět naprosto jinak než pacient, což pak přináší nemalé problémy na obou stranách. Kupříkladu výraz „benigní nádor“ – zatímco pro lékaře toto pojmenování znamená

[21] Pater [lat.] = otec.
[22] Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
[23] Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*, s. 62.

jednoznačné označení nezhoubného nádoru, pro neinformovaného pacienta může slovo nádor jasně znamenat maligní onkologické onemocnění.[24] Dehumanizace, tedy jakési „odlidštění“ medicíny bohužel přichází ruku v ruce také s čím dál více se rozvíjející medicínskou a výpočetní technikou – stále více a více úkonů na pacientovi vykonávají přístroje, pohled na lékaře neustále sedícího za počítačem a téměř po celou dobu pacientovy návštěvy ťukajícího do klávesnice, také rozhodně není ničím výjimečným. Vlastně celé 20. století mezi lékařem a pacientem stojí přístroj a tento trend bohužel pokračuje i dnes. **Z medicíny mizí blízkost, lidský dotek, osobní kontakt**. Mé povzdechnutí však rozhodně není míněno jako kritika moderní medicíny a jejího rozvoje – uvědomuji si, že i tady platí princip dvojího účinku a že právě tím „odlidštěním“ medicíny platíme daň za to, co nám dnes moderní medicína nabízí. Ale věřím, že tuto daň nebudeme platit navěky…

Jak je vidět, s dehumanizací medicíny bojují lidé na celém světě:
V kalifornské nemocnici byl hospitalizován 78letý pacient s chronickým onemocněním plic ve finální fázi života. To že jeho život končí, že umírá, mu sdělil lékař skrze video, ve kterém tuto skutečnost pacientovi stroze oznamuje. Pacientova rodina vyjádřila velké zděšení z toho, že se jejich blízký o fatální prognóze musel dozvědět přes „robota“, jak přístroj poté nazvala – vždyť tato video-návštěva lékaře nemohla pro pacienta ani pro jeho rodinu nahradit osobní rozhovor, který očekávali. Pacientova dcera k tomu řekla: *"Pokud byste nám takto chtěli sdělit běžnou zprávu, je to v pořádku, ale když nám chcete říct, že tatínek už nemá žádné plíce a chcete mu dávat morfium, dokud nezemře, měla by to udělat lidská bytost a ne stroj.“*[25]

Jako reakce na dehumanizovanou medicínu bylo na začátku 70. let minulého století založeno **Hnutí za práva pacientů** ve Spojených státech amerických. Známý je výrok jednoho z představitelů tohoto hnutí Davida Andersona: *„Já, pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se*

[24] Srov. ŠIMEK, Jiří. Lékařská etika, s. 106-108.

[25] Srov. SHANNON, J. USA TODAY: Doctor delivers end-of-life news via 'robot,' leaving family frustrated [online]. PM EDT Mar 10, 2019, [cit. 13. 03. 2019]. Dostupné na: < https://eu.usatoday.com/story/news/nation/2019/03/09/california-hospital-robot-delivers-end-life-news-family-outraged/3113760002/ >.

smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábranami. Neznám vás dobře (tj. lékaře – pozn. aut.) a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud mohu já a mně podobní pacienti očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.“[26] Měl tím na mysli právě svůj požadavek na respekt ke své **autonomii,** která je dnes základem etiky ve zdravotnictví, kde pacient je spolutvůrcem své terapie a dialogu o ní. Lékař je odborníkem na léčbu nemoci, ale tím, kdo je odborníkem na pacientův život je pacient sám – vždyť ne lékař, ale sám pacient bude se svou nemocí žít. **Lékařská a zdravotnická etika** jsou dnes moderní vědeckou filosofickou disciplínou, nazvanou **bioetika.** Daniel Cavhan (USA 80. léta) založil centrum The Hasting Center – první centrum lékařské etiky.

Díky tomuto novému etickému přístupu, má tedy každý pacient právo na:

- autonomii
- partnerský přístup
- holistický přístup
- přístup zaměřený na osobu pacienta (Pacient Centered Medicine), kdy jde o pacienta, nikoliv o nemoc, o výzkum, o čárku ve statistikách

Tento výčet můžeme dále upřesnit konkrétními právy pacientů v praktické rovině. Pacient má tedy právo na:

- zdravotní péči a nový přístup ke zdravotním službám
- informace
- důstojnost a respektování své lidské osobnosti
- sebeurčení (např. na možnost odmítnutí péče)
- kontrolu a stížnost

Již bylo řečeno, že v postmoderní době často vnímáme obtížnou shodu na konkrétních pravidlech. Tím, že deontologii nahradil **principialismus,** tedy více uvažování v obecnější rovině, míváme potíže i s jasným definováním, co je vlastně „dobrá“ medicína.

[26] HAŠKOVCOVÁ, Helena. Informovaný souhlas: proč a jak?, s. 16.

Dříve bylo jasné, že **dobrá medicína** znamená záchranu života a zdraví. Dnešní principy „dobré“ medicíny jsou však podstatně náročnější. Dnes hovoříme o těchto „dobrých“ principech moderní medicíny, které pokrývají všechna důležitá témata v medicíně, a které ve své knize „Principles of Biomedical Ethics zformulovali Tom L. Beauchamp a James F. Childress:

1. **Beneficence**[27] – konání dobra pro pacienta – vychází z Hippokratovy přísahy
2. **Nonmaleficence**[28] – neškození pacientovi
3. **Respekt k autonomii**[29] – vychází z ideje lidských práv
4. **Spravedlnost**[30] (= rovný přístup) – vychází z ideje lidských práv

Současně naplnit tyto principy však není vždy možné. V podstatě jde pokaždé o hledání určitého středu vždy v daném případě u konkrétního pacienta.

Dobré principy v konfliktu

Ačkoli každý z těchto principů moderní medicíny je sám principem dobrým, v důsledku jejich společného, paralelního působení může docházet mezi nimi ke konfliktům:

Beneficence x nonmaleficence

Velmi často se setkáváme se situací, kdy jednání vedle zamýšleného výsledku s sebou přináší ještě další nezamýšlené, ale připouštěné účinky. Tento jev nazýváme „**principem dvojího účinku**“. Z pohledu etiky můžeme k takovému jednání přistoupit pouze za určitých podmínek. Především dobrý zamýšlený účinek musí být větší, než ten nezamýšlený (například v případě transplantace od živého dárce[31]

[27] Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James Franklin CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, s. 165-214.

[28] Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James Franklin CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, s. 113-158.

[29] Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James Franklin CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, s. 57-104.

[30] Srov. BEAUCHAMP, Tom L. a James Franklin CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*, s. 225-272.

[31] V případě transplantace orgánů od zemřelých dárců se postupuje jednou ze dvou možných strategií:

1. Opting in – vyžaduje aktivní souhlas během života případného dárce, resp. předpokládáme nesouhlas (např. Velká Británie).

nebo v paliativní medicíně používané opiáty – o něco zkracují život, ale nemocný jej může prožít bez nesnesitelných bolestí, versus neakceptovatelné jednání typu: aby ho to nebolelo, tak ho zabijeme). Na tomto místě je, myslím, vhodné připomenout, že i když má lékař stát na straně pacientova života, mohou se i v tomto ohledu vyskytnut mnohé problémy – kupříkladu dystanázie.[32]

- **Beneficence x autonomie**

  Lékař i pacient se jistě shodují na tom, že **chtějí pro pacienta to nejlepší.** Konflikt dobrých principů zde může nastat, pokud nejsou v souladu jejich názory na to, co je pro pacienta nejlepší – dobro **z pohledu lékaře může být naprosto odlišné od toho, jak dobro pro sebe vnímá pacient.** Proto je zde potřeba skutečného dialogu mezi oběma stranami, který by vyústil ve společný konsensus. Příkladem může být možnost odmítnutí účinné léčby (někdo radši zemře za rok s oběma nohama než za 5 let bez nohou), či akceptace zákazu transfúze v případech členů náboženského společenství Svědci Jehovovi.

- **Beneficence x spravedlnost**

  V této souvislosti bývá užíván vcelku výstižný pojem „**ideální a dostupná medicína**“, která dbá na spravedlivé uspořádání péče, nečinění rozdílů mezi pacienty. Zhruba do 70. let minulého století byly zdroje zdravotní péče dostupné všem stejně. Bylo to možné paradoxně proto, že medicína ještě nedosahovala takové úrovně, jaká by tento přístup znemožňovala. S tím, jak se medicína, medicínské postupy i technika začaly velmi rychle rozvíjet, začala být lékařská péče samozřejmě podstatně finančně náročnější a vyvstal problém, jak docílit, aby byla tato lékařská péče opravdu „ideální a dostupná“ všem, kteří ji potřebují. A právě zde dochází ke konfliktu beneficence a spravedlnosti, respektive využití ideální (té možné nejlepší) lékařské péče, ale zároveň finanční zajištění její dostupnosti všem potřebným. Zdá se, že ideální řešení tohoto problému zatím neexistuje nikde na světě. V České republice, stejně jako v mnoha další zemích,

2. Opting out – předpokládáme automatický souhlas dárce (např. Česká republika) Jedná se o utilitaristický přístup který je zde jistě na místě, ale musí být o tom lidé spraveni (současná realita je spíše ve smyslu „radši o tom nebudeme moc mluvit, aby nám neubývali dárci“).

[32] ŠIMEK, Jiří. Lékařská etika, s. 161-163.

se o řešení snaží, formou distribuce zdrojů skrze zdravotní pojišťovny, státní zdravotní systém. Často diskutovanou otázkou, i z pohledu etiky, je poskytování zdravotní péče na principu pacientova výběru mezi **standardní a nadstandardní** úrovní poskytované péče, která se může jevit jako nespravedlivá vůči těm, kteří si nadstandardní, tedy lepší či kvalitnější péči nemohou z finančních důvodů dovolit. Takto nastavený systém umožňuje poskytování zdravotní péče v rozsahu potřebného základního minima každému, kdo ji potřebuje (aby pacient netrpěl proto, že je chudý), s tím, že nadstandardní péče je k dispozici jako pacientem hrazená, ale kvalitnější služba (chudší pacient dostane standardní zub, bohatější krásnější). Bohužel tento systém však mnohdy znemožňuje pacientům s nižšími příjmy finančně dosáhnout na takovou léčbu, jakou moderní medicína umožňuje. V případech velmi závažných onemocnění či úrazů představuje tato realita velmi vážné (a nejen etické) problémy.

Stejně nespravedlivá se ovšem zdá být i opačná varianta, kdy bychom odmítnutím možnosti připlatit si za nadstandardní péči neumožnili ani bohatším využití existujících možností moderní léčby, pokud taková léčba pro jejich onemocnění či úraz existuje. Takže se ptáme: je eticky přijatelnější neumožnit nadstandardní lékařskou péči nikomu (protože na to pro všechny ve zdravotnickém systému nejsou finance), nebo dát možnost nadstandardní péče alespoň těm, kteří si ji chtějí a mohou zaplatit? Zdá se, že najít odpověď na tuto otázku je a nadále bude velmi těžké.[33]

V této souvislosti mi vyvstal z paměti případ, kdy v začátcích budování neonatologického oddělení jedné nemocnice museli lékaři řešit situaci, která také vyvolala konflikt dvou dobrých principů – beneficence a spravedlnosti. Tehdy měli na nově vznikajícím oddělení k dispozici jen jeden plicní ventilátor, který byl právě využíván k zajištění základních životních funkcí velmi vážně nemocného dítěte, jehož prognóza byla velice nepříznivá – tedy jeho šance na přežití nebyly téměř žádné. V té době se dostalo do péče tohoto oddělení další děťátko, ovšem s podstatně lepší prognózou, které však ke svému přežití také onen plicní ventilátor nutně potřebovalo. V dané situaci měl sloužící lékař dvě možnosti s velikým etickým otazníkem: odpojit od přístroje dítě, které přístroj drží naživu, ale které s velkou pravděpodobností stejně zemře a poskytnout jej

[33] Srov. ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*, s. 116-117 a 122-127.

druhému dítěti, které by, právě díky přístroji, pravděpodobně přežilo? Myslím, že málokdo z nás by se chtěl dostat do situace, kdy se bude muset takto rozhodovat. Byl to tak těžký konflikt beneficence a spravedlnosti, že lékař na otázku, jak tuto situaci vyřešil odpověděl: „Neptejte se mě, jak jsem to vyřešil, protože každé řešení bylo špatné.“ Situace v tomto příběhu nám ukazuje, že ani etika nám na každou otázku jasnou odpověď dát neumí. Přesto je nutné, abychom se ke každému našemu rozhodování principy etiky pokoušeli přizvat.

Také **v České republice** byl – v roce 1992 – vydán **etický kodex „Práva pacientů“**, avšak jako každý etický kodex nebyl právně vymahatelný. V roce 2001 byla podstatná část z tohoto kodexu zahrnuta do Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Tím získal oporu v legislativě například institut Dříve vysloveného přání či Informovaný souhlas pacienta. Zákonně ošetřeno však vše je až od roku 2011, kdy práva pacientů byla zakomponována do zákona č. 372/2011, Sb. o zdravotních službách, který nahradil zákon č. 20/1966, o péči o zdraví lidu. Tento zákon z roku 1966 vycházel z dřívějšího paternalismu, kde lékař stojí v silně nadřazené pozici nad pacientem a byl součástí našeho právního řádu až do roku 2011!

Bioetická konvence – Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

V roce 1997 vytvořila Rada Evropy úmluvu na ochranu lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny a příznačným názvem: „*Bioetická konvence – Úmluva o lidských právech a biomedicíně“*. Česká republika ji ratifikovala, tedy zavázala se tuto úmluvu zařadit do všech patřičných zákonů, v roce 2001. Tento základní mezinárodní dokument k etice zdravotní péče je již dnes **součástí právního řádu České republiky**, je nadřazený zákonům a je právně vymahatelný.

Podívejme se nyní na některé, často využívané články této úmluvy podrobněji:

Článek číslo 10 vyjadřuje **právo pacienta na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví** (zajištění dokumentace atd.). Každý má právo znát veškeré informace shromažďované o svém zdravotním stavu. Pacient je oprávněn znát všechny informace, ale má také právo tyto informace odmítnout nebo sám určit jejich rozsah. K informování rodiny či jakékoli jiné osoby musí dát pacient souhlas (s výjimkou život ohrožujících stavů). Dokumentace je vlastnictvím příslušného

zdravotnického zařízení, ale majitelem informací je pacient. Dříve byla „medicínou mlčení“ (paternalistický přístup) s běžně aplikovanou milosrdnou lží (pia fraus). To příliš nevadilo dobách, kdy se pacient stejně nemohl k ničemu sám rozhodnout, veškeré rozhodování o pacientově léčbě bylo pouze v kompetenci lékaře. V současné moderní medicíně musí se všemi kroky souvisejícími s vyšetřeními či léčbou pacient souhlasit, a to formou tzv. „informovaného souhlasu“.

Informovaný souhlas by dnes měl být jakýmsi středobodem lékařské etiky. Je to v podstatě předání informací, které jsou pro rozhodování pacienta důležité a měl by vést k tzv. informovanému konsensu – tedy k oboustranné shodě lékaře i pacienta. Zde je namístě opět připomenout možný, již výše popsaný h**ermeneutický problém,** kdy lékař i pacient mají každý svůj „slovník“, a to i neverbální. Zdravotník si má být vědom, že tomu, co on říká, může pacient rozumět jinak. Proto je nutné si vzájemně vše jasně a srozumitelně vysvětlit, a co víc – také si ověřit, že všemu řečenému oba rozumějí. Lékař by se měl také naučit akceptovat, že každý pacient potřebuje jiný rozsah a způsob předání informací a každého může zajímat o jeho nemoci něco jiného – dialog o hodnotách.

Informovaný souhlas v Etickém kodexu ČLK

Informovaný souhlas je zde chápán jako nástroj ke spolurozhodování pacienta. Je důležité zde připomenout, že informovaný souhlas **vyjadřuje práva pacientů, nikoliv ochranu lékaře** (což je dnes běžné, ale nesprávně převrácené pojetí). Pokud souhlas nelze získat v situaci nouze, lze lékařský zákrok provést okamžitě, je-li ku prospěchu zdraví dotyčné osoby – tzv. **předpokládaný souhlas**. Pokud nelze do 24 hodin souhlas získat, je nutno tuto skutečnost nahlásit soudu a informovaný souhlas eventuelně získat hned jak je to možné.

Formy informovaného souhlasu

Informovaný souhlas může pacient vyjádřit několika způsoby:

- konkludentně (nonverbálně), např. natažením ruky, otevřením úst, kývnutím a podobně (např. u zubaře otevřu ústa a tím dávám souhlas k zákroku)
- ústně

- písemně – zejména u invazivních postupů (i v tomto případě však musí předcházet ústní vysvětlení, možnost dialogu a pokládání otázek (informovaný konsensus – dohoda!)

Informovaný souhlas = mluv se mnou = komunikace obou stran.

Osoby nezpůsobilé dát informovaný souhlas

Nezpůsobilými osobami k udělení informovaného souhlasu jsou nezletilí a nezpůsobilí lidé. Je potřeba ale mít na paměti, že i dítě má být patřičně informováno (přiletí včelička) a má právo na vyslovení svého názoru (toto právo s věkem roste), jak o tom hovoří **Úmluva o právech dítěte**. Vždy však musí být poučen zákonný zástupce takového pacienta. Výjimkou ze standardního postupu je interrupce. Tu je možno provést od 16 let ženy bez souhlasu rodičů, ale ti musejí být o tomto zákroku následně informováni.

Kdo poskytuje informace a kdo uděluje souhlas

Za kvalitu a rozsah informací je **odpovědný lékař**, ostatní pracovníci jsou povinni informovat jen v rozsahu svých kompetencí. Na rozdíl od často viděné praxe má písemný informovaný souhlas předávat vždy lékař. Jak bylo již zmíněno v předchozím textu, udělit souhlas je právně způsobilá každá dospělá osoba, není-li zbavená způsobilosti (častý problém například u starých lidí). Zde vyvstává otázka kompetentnosti pacientů s demencí – zde se souhlas sice předpokládá, ale zcela vyřešené to nikde na světě pravděpodobně není. Každopádně bezpodmínečně platí, že nikdy nelze přestoupit princip beneficence a autonomie (pokud v nouzi nelze souhlas získat, **jakýkoliv zákrok musí být, podle svědomí lékaře, vždy k dobru pacienta**).

Odvolání informovaného souhlasu – odmítnutí péče

Informovaný souhlas musí být **svobodný**, lze jej tedy **kdykoliv odvolat** (ex nunc [lat.] – od této chvíle – ne zpětně nebo při již rozpracovaném výkonu). Důvody k odvolání informovaného souhlasu není pacient povinen udávat, musí však být řádně seznámen s důsledky takového rozhodnutí. Jedná se o tzv. negativní reverz, musí být písemný a musí obsahovat údaj o zdravotním stavu a potřebném výkonu, možné následky odmítnutí a zápis o tom, že všemu **pacient porozuměl**.[34]

[34] Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*, s. 25-54.

Informace příbuzným

V nouzi se předpokládá souhlas pacienta o poskytnutí informací o jeho zdravotním stavu nejbližším příbuzným. Podle výše uvedené Bioetické konvence mohou být informováni pouze osoby určené pacientem, nemusí to však být jen jeho nejbližší příbuzní, ale kdokoliv, koho pacient určí. Pacient by měl také určit způsob předávání informací (telefonicky, osobně, písemně…) a musí to být důkladně zaneseno v jeho dokumentaci. Je také nutné, aby lékař pacienta v tomto směru poučil. [35]

Zdravotnická dokumentace

Každá zdravotnická dokumentace musí obsahovat mimo jiné i záznamy o udělených informovaných souhlasech a podléhá povinné mlčenlivosti. Bez souhlasu pacienta mohou do pacientovy dokumentace nahlížet jen lékař a ti, kteří se bezprostředně podílejí na léčbě (nelékařští pracovníci musí mít k nahlížení do dokumentace informovaný souhlas pacienta).[36]

[35] Srov. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 89.
[36] Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*, s. 57-60.

3 Péče o umírající

Jak píše Ira Byock, tělesná křehkost na konci života není známkou lidské nedostatečnosti ani osobní morální slabosti, nýbrž je známkou **našeho lidství, naší lidské přirozenosti**. Je to součást naší životní fáze, která by nám neměla ubírat na naší lidské důstojnosti – podobně jako novorozencům jejich absolutní závislost na péči druhých či naprostá inkontinence jejich lidskou důstojnost nijak neoslabuje. Takové stavy jsou přece naopak součástí našeho přirozeného lidství. Představa, že nesoběstačnost a závislost na pomoci druhého je nedůstojná, bývá často i dnes zdrojem nesmírného a zbytečného trápení. **Vzájemná závislost je pro lidské bytosti naprosto přirozená, normální a nutná**. Je součástí láskyplného vztahu mezi partnery, rodiči a dětmi, blízkými přáteli nebo i formálními pečujícími a jejich klientem či pacientem. A co víc, tato vzájemná závislost bývá pro všechny tyto lidi dokonce blahodárnou, je to vzájemné obdarovávání člověka člověku. Vzájemná odpovědnost mezi lidmi navzájem, ale i mezi celou společností a jejími členy má tedy i další, neméně důležitý aspekt – umožnit ostatním lidem péči o nás v době naší nesoběstačnosti či nemoci. Je to totiž nezbytné pro dobrý stav celého lidského společenství. Jak píše Ira Byock, **odmítnout takovou péči znamená narušit živé vztahy, které jsou podstatou lidského společenství.** Vždyť tím, že druhým nedovolíme o nás pečovat je vystavujeme tomu, že i oni jednou takovou pomoc budou odmítat. I proto je potřeba, abychom, v případě potřeby, nabízenou pomoc neodmítali, ale naopak abychom si o ni uměli říct. Byock dokonce nabádá: *Pokud se o své blízké, kteří tu po vás zůstanou, chcete dobře postarat, dovolte jim, aby se oni dobře postarali o vás!*[37] A i to může být tím Franklovým smyslem života nemocných a nemohoucích lidí v jejich mnohdy zdánlivě bezesmyslné situaci, se kterým pracuje existenciální psychoterapie, respektive Franklova logoterapie, o které bude pojednáno později.

3.1 Paliativní a hospicová péče

Protože se v tomto oboru pohybuji již řadu let, začínám porovnávat svoje zkušenosti s péčí o pacienty na konci jejich života před lety a nyní. Ačkoli stále slýchávám, že cokoliv, co se týká umírání a smrti nikoho nezajímá, že nikdo nechce o tomto tématu

[37] Srov. BYOCK, Ira. Čtyři klíče k životu, s. 106-112.

nic slyšet či se snad o takovou záležitost zajímat, chci s velkou radostí poukázat na velmi znatelný posun (k lepšímu) v přístupu k těmto tématům u velkého počtu lidí. A co víc, dokonce u lidí všech věkových skupin – od dětí až po nejstarší seniory. Co mne k takovému optimistickému konstatování vede? Často na toto téma přednáším odborné, ale i laické veřejnosti a pokaždé jsem velmi mile překvapena, kolik posluchačů v hledišti sedí a aktivně se zapojuje do diskuse. Zvláště velkou radost mám, když na tyto přednášky **přijdou rodiče i se svými dětmi**, které, k mému upřímnému údivu, po celou dobu napjatě poslouchají. Protože se snažím, spolu s českobudějovickým Červeným křížem, o vybudování **lůžkového hospice v jihočeském krajském městě**, aktivně se snažím spolupracovat i s krajskými zastupiteli a patřičnými odbory krajského úřadu a zapojila jsem se také do veřejné diskuse ohledně **plánování péče o umírající v našem kraji**. V září 2018 jsem měla možnost zúčastnit se jednání krajského zastupitelstva, na které byl schválen velmi důležitý dokument s názvem „**Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji do roku 2023**“, což pokládám za veliký posun v rozvoji péče o terminálně nemocné pacienty v celém našem kraji a těší mne, že se o tuto oblast začali velmi seriózně zajímat i **jihočeští zastupitelé**. Tím víc věřím, že se co nejdříve podaří vyřešit některé zásadní problémy tohoto oboru – například jeho financování, lepší spolupráce **se zdravotními pojišťovnami** a podobně.

Jelikož však téma paliativní a hospicové péče není hlavním tématem této diplomové práce, zmíním tuto problematiku jen v krátkosti, i když cítím, že i zde by měla mít podstatně větší prostor.

3.1.1 Paliativní péče

Pokud mám vybrat nějakou z mnoha definic, která by dobře charakterizovala význam pojmu „paliativní péče“, pak je to ta, která pochází „z pera“ Centra paliativní péče, což je první institucí v České republice, která systematicky buduje zázemí pro rozvoj paliativní péče pro nevyléčitelně nemocné a jejich blízké. Definice, která mne velmi oslovila, neboť podle mého názoru obsahuje vše, co paliativní péči charakterizuje, je k dispozici na webových stránkách této organizace:

„Paliativní péče je přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v situaci, kdy čelí život ohrožující nemoci. Jejím cílem je kompletní léčba / řešení / tišení

bolesti a dalších příznaků nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou pacienta a jeho blízké trápit.“[38]

Tento typ péče poskytují nejen hospicová zařízení, jak se mnozí mylně domnívají, ale také některé nemocnice, mnohé Charity a dokonce i některé agentury domácí péče (homecare) a v současné době začala přibývat i některá další zařízení, jako jsou domovy pro seniory či pobytová centra sociálních služeb, kde se také snaží paliativní péči poskytovat (většinou za pomoci mobilních hospiců z daného regionu).

3.1.2 Hospicová péče

V roce 1995 založila „matka českých hospiců“, jak se paní doktorce Marii Svatošové říká, první lůžkové zařízení, které v České republice dodnes poskytuje tolik důležitou službu umírajícím pacientům a jejich rodinám. Tím „průkopnickým“ zařízením byl Hospic Anežky České, zařízení Oblastní charity Červený Kostelec. Bylo to v době, kdy se o smrti a umírání opravdu téměř nikde nemluvilo, kdy většina umírajících byla odsouzena k prožití svých posledních okamžiků o samotě, bez možnosti prožít tyto chvíle mezi svými nejbližšími, bez ošetření jejich **psychosociálních či spirituálních** bolestí a potřeb, což je již dnes (nebo mělo by být) velmi důležitou součástí poslání všech, kteří o umírající pečují. Od doby založení prvního českého hospice v Červeném Kostelci uběhla již řada let, během kterých se hospicová péče rozšířila a velmi zkvalitnila po celé zemi. Dnes na území celé České republiky působí 17 lůžkových (kamenných) hospicových zařízení, několik desítek hospiců domácích (terénních, mobilních), jejichž pracovníci poskytují kvalitní hospicovou péči nevyléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám přímo v jejich domácnostech, a umožňují tak mnoha nemocným (při splnění několik základních podmínek) zůstat až do konce v jejich přirozeném sociálním prostředí – tedy doma. Tato zařízení, pokud splní některé požadované ukazatele, poskytují svým pacientům tzv. **specializovanou mobilní paliativní péči**, ostatní organizace pak **mobilní paliativní péči obecnou** (například nedisponují kompletním multidisciplinárním týmem dle příslušných standardů a podobně). Cílem a zároveň posláním hospicové péče je pomoc k naplnění všech tělesných, psychosociálních i spirituálních potřeb umírajících a jejich blízkých, odstranění bolestí ve všech těchto dimenzích (tedy nejen těch fyzických). Do tohoto

[38] Centrum paliativní péče. [online]. [cit. 27. 03. 2019]. Dostupné na: < https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>.

výčtu patří i snaha o to, aby žádný z pacientů nezůstal v posledních chvílích osamocen a aby, a to za každých okolností, **zůstala zachována jeho lidská důstojnost.**

3.2 Potřeby umírajících v církvích a náboženských společnostech

Na základě zákona č.3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností[39], ve znění pozdějších předpisů, působí v České republice mnohé církve a náboženské společnosti, které registrací podle tohoto zákona získávají svoji právní subjektivitu. Nejrozšířenější skupinou náboženských uskupení působících v naší zemi jsou křesťanské církve. Dále zde existují mnohé další registrované církve a náboženských společnosti, které se více či méně ke křesťanství hlásí, ale ke křesťanským církvím udržují jistou distanci (Církev adventistů sedmého dne, Obec křesťanů v České republice), či s křesťanstvím souvisí jen částečně (Církev Ježíše Krista Svatých posledních dnů (mormoni), Náboženská společnost českých unitářů) nebo se ke křesťanům nehlásí vůbec (Náboženská společnost Svědkové Jehovovi). V České republice jsou registrovány i společenství reprezentují tradice nekřesťanské (Federace židovských obcí v České republice, Ústředí muslimských obcí, Buddhismus Diamantové cesty linie Karma Kagjü, Česká hinduistická náboženská společnost a další). Vedle těchto registrovaných organizací u nás působí i různé náboženské skupiny nijak neregistrované, přesto legálně existující (Studenti pro Krista, Bratři v Kristu a jiní).[40] Vzhledem k tomu, že každý z nás, kdo doprovázíme umírající pacienty na konci jejich života může být požádán o pomoc s pacientovými spirituálními potřebami, ráda bych v následujícím textu připomněla některé „náboženské“ fenomény jednotlivých církví, se kterými se můžeme nejčastěji setkat.

Křesťané různých denominací

Římskokatolická církev vyznává sedm svátostí, z nichž většinu lze umírajícímu umožnit či nabídnout (pro úplnost zmiňuji všechny). Jsou jimi: křest, biřmování, svaté přijímání (Eucharistie), svátost nemocných, svátost pokání (zpověď), svátost manželství

[39] § 6 zákona č. 3/2002 Sb. o církvích a náboženských společnostech - znění od 01.01.2018.
[40] Srov. OPATRNÝ, A. *Religionistika obecně a katolický pohřeb*. In STEJSKAL, D., ŠEJVL, J. a kol. *Pohřbívání a hřbitovy*, s. 235-237.

a svátost kněžství. **Pokřtěn** může být i dospělý člověk, a to i neprodleně, octne-li se v nebezpečí smrti. Není-li dosažitelný žádný katolický duchovní, může svátost křtu udělit kdokoliv, kdo od křtěného přijal yyznání víry. Je zapotřebí, aby umírající dal najevo svou víru v Krista a touhu po křtu. Poté je nutné křest ohlásit na farním úřadu katolické církve. **Biřmování** je svátost uvádějící biřmovance do plnosti křesťanského života, které však musí předcházet svátost smíření. V případě nebezpečí smrti ji může udělit kromě biskupa také katolický kněz. **Svaté přijímání (Eucharistie)** ve formě hostie může přinést kněz, popřípadě i pověřený křesťan, až k lůžku nemocného. Svaté přijímání může být poskytnuto těm, kteří jsou pokřtěni, setrvávají v katolické církvi a žijí smířeni s Bohem i s lidmi. Další podmínkou je jejich odpovídající právní stav (například že nežijí v církevně neplatném manželství). **Svátost (neboli pomazání) nemocných** může udělit pouze řádně vysvěcený kněz (tedy ne nemocniční kaplan, pokud není vysvěcen na kněze) či biskup. Tato svátost je posilou víry pro těžce nemocné. Mnoho lidí tuto svátost nazývá „posledním pomazáním“ – tomuto názvu je potřeba se důsledně vyhýbat – o tomto problému se zmiňuji v textu na jiném místě. **Svátost pokání (svátost smíření, zpověď)**, tedy vyznání viny a přijetí plného odpuštění přináší nemocnému zpravidla velkou úlevu a radost. Pokud zdravotní stav pacienta tuto svátost neumožňuje přijmout (např. nemůže mluvit ani gestikulovat apod.), je možné mu nabídnout „alespoň“ svátost pomazání nemocných. O **svátost manželství** mají často zájem nejen dosud svobodní, ale také páry, které jsou oddáni pouze při civilním obřadu a pocítí potřebu či touhu před úmrtí jednoho z partnerů uzavřít též sňatek církevní (tzv. před Bohem). Církevní sňatek lze uzavřít i na pacientově lůžku. **Svátost kněžství** se uděluje při obřadu, který v místě lůžka nemocného prakticky nepřichází v úvahu. Proto jej zde uvádím jen pro úplnost.

Řeckokatolická církev je částí církve katolické, proto zde mohou tuto svátost udělovat i duchovní římskokatoličtí a naopak. Obřad udílení svátostí má však poněkud jiný tvar než u církve římskokatolické. **Pravoslavní** mají v podstatě stejné svátosti jako římskokatolíci (nazývají je svaté tajiny). V případě nedosažitelnosti pravoslavného duchovního lze přijmout svátosti i od duchovního římskokatolického. Křest v nouzi může udělit i každý pravoslavný křesťan. **Protestantské církve** neuznávají svátostnou zpověď (možná je však tzv. „bratrská zpověď“ kterémukoli členu této církve), ani svátost pomazání nemocných. Účast na „Večeři Páně“ je možná pouze tak, že ji duchovní u pacienta tzv. vysluhuje. Donesení „Večeře Páně“ k lůžku nemocného, jako

je to u donesení svatého přijímání u katolíků, není možná. **Církev československá husitská** má ve své věrouce podobné svátosti jako církev římskokatolická, pouze svátost pomazání nemocných se zde nazývá svátostí útěchy nemocným. Svátosti podává ordinovaný služebník (farář či farářka) nebo oficiálně pověřená osoba. Ze strany katolických duchovních zde podávat svátosti není možné, mohou se však s nemocným modlit, číst Písmo, vzbuzovat s ním lítost nad hříchy i naději na Boží pomoc. Členové **Křesťanského společenství** a **Apoštolské církve, p**řípadně i dalších církví letničního typu, ze svátostí praktikují pouze křest (na ten kladou velký důraz) a Večeři Páně. Při společných modlitbách je třeba počítat se silnějšími hlasovými projevy.

Nekřesťanská náboženství vyznávají u nás především židé (judaismus), muslimové (islám), buddhisté a svědci Jehovovi. Nabízet věřícímu **židovi** křesťanské svátosti by bylo hrubou netaktností, měli bychom mu však umožnit v klidu se modlit a také zkontaktovat se se členy náboženské obce. Měli bychom také mít na zřeteli, že ortodoxní žid bude odmítat jíst vepřové maso, ale měl by mít jídlo připravené podle židovských rituálních pravidel (tzv. košer). Důležité je také vědět, že židé nesvětí neděli, ale sobotu. Židé mají i poměrně specifické rituály navazující na úmrtí a s tím je potřeba též počítat. Pro **muslimy** je velmi důležitá akceptace základních prvků jejich zbožnosti, jakými jsou očista a denní modlitby směrem k Mekce (zhruba jihovýchodně od České republiky), zákaz konzumace vepřového masa či předpisy postního měsíce Ramadánu, kdy se muslim denně od úsvitu do západu slunce postí (od jídla i od pití). Je však dobré vědět také to, že všechny tyto povinnosti se naprosto podřizují muslimově zdravotnímu stavu – je-li půst ze zdravotních důvodů nevhodný, muslim se postit dokonce nesmí. Také při lékařském vyšetření je vhodné myslet na potřeby muslimů, především na jejich stud – neměli být přítomni jiní lidé než vyšetřující lékař. **Buddhisté** rozhodně nebudou vyžadovat kontakt s duchovním – jejich náboženství není náboženstvím ve smyslu křesťanství nebo islámu. Pro vyznavače buddhismu bude důležitý, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, klidný prostor pro meditaci a také možnost vegetariánské stravy. **Svědkové Jehovovi** se nehlásí k žádnému křesťanskému směru (katolíkům, evangelíkům atd. – považují je za „nepravé“ křesťany), proto se s nimi nebudou ani modlit. Neznají ani žádné křesťanské svátosti. Pro ošetřování Svědků Jehovových je potřeba také vědět, že odmítají transfuzi i užití krevních derivátů.[41]

[41] Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?, s. 80-85.

4 Poslední rozloučení, pohřeb

„Smrt a pohřeb bývaly i jakýmsi představením. Bylo-li splněno, co bylo stanoveno, pozůstalí mohli mít pocit, že se tím vyrovnali s odkazem nebožtíka, že dostáli své povinnosti a v této těžké zkoušce obstáli. Dnes to nevíme, většina rozhodnutí je ponechána na nás samých a to nás, zvláště v takových vypjatých momentech, znejišťuje. Jednáme správně? Mohlo se toho udělat více a lépe?“[42]

4.1 Psychologické aspekty posledního rozloučení

Švýcarská psycholožka Verena Kast ve své knize Truchlení zmiňuje, že se velmi často setkává s pacienty, u kterých došlo po ztrátě jejich blízkého k depresím, signalizujícím **komplikované truchlení**. Tyto jejich deprese často mívají základ **v neukončeném procesu truchlení**, například díky vytěsněnému či potlačovanému zármutku, **pocitu viny** v souvislosti s úmrtím někoho blízkého, **absenci rituálu rozloučení** či **pocitu vlastní nedostatečné péče o zemřelého** v době jeho umírání. Jako spouštěče takových depresí obvykle bývá smrt dalšího člověka (a nemusí to být ani někdo blízký), nebo třeba jen dosažení věku, ve kterém blízký zemřel, výročí jeho úmrtí – zkrátka situace, které úzce se zemřelým souvisejí.[43] Stejné zkušenosti jsem získala i já od pozůstalých, kteří navštěvují poradnu Modré pomněnky v probíhajícím stavu komplikovaného truchlení, případně u nich nacházíme na tento stav vážnou suspekci. Nejvíce těchto klientů (**více než 50 %** ze všech klientů s komplikovaným truchlením) přišlo do poradny Modré pomněnky právě **z důvodu absence rituálu posledního rozloučení** s jejich blízkým zesnulým. Často to bylo, jak jsme později při rozhovorech s těmito klienty zjistili, po úmrtí, kterému došlo před mnoha lety, respektive dokonce desetiletími. Jsou to případy, a to velice četné, kdy klient, dnes třeba již v seniorském věku nezvládá své truchlení po nedávné ztrátě někoho blízkého a posléze vyjde najevo, že ve skutečnosti ještě nemá odtruchlené nějaké úmrtí ze svého dětství. Typickým příkladem je **dávné úmrtí** někoho z rodiny klienta, které je **neodtruchlené**, neboť se klient neměl možnost jako dítě truchlení zúčastnit – rodiče jej, jako malého od rodinného truchlení „izolovali“ a v dobrém úmyslu ušetřit ho bolesti, mu neumožnili ani prožít tak důležitý rituál jakým je pohřeb, rozloučení se zemřelým. A nyní, po mnoha

[42] ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*, s. 114-115.

[43] Srov. KAST, Verena. Truchlení: fáze a šance psychického procesu, s. 67.

letech, při dalším úmrtí někoho blízkého se jeho „dluh z neuskutečněného truchlení“ objevil v plné síle a mohutnosti. V tu nejméně vhodnou dobu, kdy on se má vyrovnávat se současnou ztrátou a místo toho si musí odtruchlit dávné úmrtí z dětství. Tyto zkušenosti s následky absence rozloučení se se zemřelým v dětském věku mne přiměly k napsání krátké kapitoly o nutnosti truchlení dětí a jejich účasti na posledním rozloučení se zemřelými v kapitole „Také dětí se to týká.“ Svoji psychologickou úlohu má poslední rozloučení i v tom, že umožňuje pozůstalým sdílet svoji bolest s ostatními, uvědomit si, že i když tu už jeho blízký není, on nezůstává sám. Pohřeb, respektive účast na jakémkoli posledním rozloučení není však potřebné „jen“ pro zdravé truchlení pozůstalých, kterým tato účast pomáhá i usnadnit akceptaci smrti blízkého člověka; je to také vyjádření úcty a lásky k zemřelému a vděku za náš život v jeho blízkosti.

4.2 Současné formy posledního rozloučení v českém prostředí

Pozůstalí mají dnes možnost vybrat si z téměř nepřeberného množství forem rozloučení a sami rozhodnout o celém průběhu. Mohou si zvolit, zda se chtějí se svým zemřelým rozloučit při tradičně vedeném pohřbu – civilním nebo církevním, a mohou si také vybrat i místo, kde rozloučení bude probíhat. Jsou však i jiné, méně tradiční formy posledního rozloučení – čím dál častěji se pozůstalí rozhodují pro rozloučení více či méně neformální, které si sami zcela přizpůsobí tomu, co chtějí a potřebují. Takové rozloučení často bývá například na zahradě u domu, kde zemřelý bydlel, na chatě či u řeky, kam rád jezdil, nebo v restauraci či kavárně, kam si rád chodil odpočinout. V posledních letech narůstá také zájem o tzv. zelené či přírodní hřbitovy, existující v mnoha podobách. I tam mohou pozůstalí uspořádat pěkné rozloučení se svými zemřelými, jejichž popel tam mohou následně také uložit, většinou formou rozptylu, popřípadě vsypem. Častým způsobem posledního rozloučení se stává také rozloučení s následným rozptylem popela na místě, ke kterému měl zemřelý nějaký vztah. I to v zásadě možné, zde bych jen upozornila na zákon o pohřebnictví,[44] který tento způsob uložení popela nezakazuje, nicméně z tomu určuje několik pravidel. Každopádně mé zkušenosti s pozůstalými v Modré pomněnce mě vedou k poznání, (ovšem zatím bez seriózního výzkumu), že **forma rozloučení, kterou pozůstalí cítí jako tu nejlepší** a

[44] Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů – znění od 1. 9. 2017. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 29. 12. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-256/zneni-20170901#f2217114>.

také jej tak zrealizují, má **velmi příznivý vliv** na zvládání jejich následného truchlení. Proto může být mnohým z nás blízký citát B. Weinerta:

„Pohřeb nekonáme proto, abychom oslavili zemřelého, ale abychom utěšili pozůstalé.“[45]

4.3 Pohřbívání z pohledu české religionistiky

Pohřební praxe jednotlivých církví a náboženských skupin je poměrně různorodá, většinou se odvíjí od jejich tradic či teologického přístupu k pohřbívání ev. k víře nějakého života po smrti. Podívejme se tedy na pohřební praxe některých největších registrovaných církví v České republice, protože i s touto problematikou se mohou pečující o umírající nejednou setkat a je tedy vhodné alespoň základní zvyklosti a postupy znát.

Církev římskokatolická dříve akceptovala, vzhledem k židovské tradici a také vzhledem ke způsobu pohřbení Ježíše Krista, jen pohřbívání zemřelého do země. To se však změnilo na Druhém vatikánském koncilu a od roku 1963 je možné i zpopelnění (kremace) pozůstatků zemřelého. Pohřeb je chápán jako rozloučení církve s jejím členem a hlavním úkolem těch, kteří se se zesnulým loučí je modlitba za zemřelého, za odpuštění jeho hříchů a za pokoj jeho duše. V **církvi řeckokatolické** je pohřební praxe velmi blízká praxi římskokatolické, řeckokatolíci se též modlí za zesnulé, za odpuštění jejich hříchů. Liší se obřadní texty, které jsou odvislé od toho, zda zemřelý byl muž, žena, řeholník či řeholnice, kněz apod. Pohřeb žehem je naprostou vzácností. Pohřební obřady a zvyklosti se v **církvi starokatolické** v podstatě neliší od těch římskokatolických, obřad však musí vést duchovní starokatolický. Pohřeb žehem je možný. **Církev československá husitská** vnímá pohřeb jako akt pozornosti a lásky k pozůstalým a úcty k zemřelému. Je zdůrazněna naděje a smíření se zesnulým. Součástí pohřebního obřadu **v církvi pravoslavné** jsou kající prvky, tedy prosby za odpuštění hříchů zemřelého a modlitby za pokoj jeho duše. Rozloučení bývají oproti římskokatolickým mnohem obřadnější. Součástí pohřbu je také bohoslužba (panychida), která je vykonávána třetí, devátý a čtyřicátý den po úmrtí. **U církví protestantských** modlitby za zemřelé tak, jak je chápou církve výše uvedené, reformace odmítla, takže je protestanté nekonají, stejně jako neužívají symboly jako je svěcená voda, kadidlo, svíce,

[45] WEINERT, B. In PERA, Heinrich a Bernd WEINERT. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích,* s. 175.

obrazy apod. Pohřební obřad (shromáždění) sestává z modlitby, čtení z Bible, kázání a zpěvu, případně je pronášena řeč o zemřelém.

V judaismu jsou při úmrtí židů důležitým a charakteristickým prvkem tzv. pohřební bratrstva. Ty doprovázejí umírajícího a poté se starají také o pohřeb. Po úmrtí položí zemřelého na zem přikryjí jej plachtou a zapálí svíci, kterou umístí u jeho hlavy. Úkolem členů pohřebního bratrstva je poté oznámit úmrtí ostatním, vykopat hrob a vyrobit z nehoblovaných prken rakev. Bratrstvo také umývá tělo zemřelého teplou vodou, což je doprovázeno modlitbou seskládanou z veršů Bible. Poté je mrtvý oblečen do speciálních kalhot, košile, ponožek čepice, rubáše (kilt) a pásku – vše je vyrobeno z bílého plátna, aby nebyl patrný rozdíl mezi chudými a bohatými. Ze stejného důvodu nesmí být zemřelému vkládány do rakve šperky ani květiny a rakev je z neohoblovaného dřeva. Pohřeb má být co nejdříve, nejlépe hned v den úmrtí. Zajímavým je židovský zvyk, pocházející ze starého Orientu, kdy si blízcí zemřelého ještě před obřadem natrhnou své oblečení jako výraz svého smutku. Obřad se sestává ze zpívané modlitby, smuteční řeči, kterou pronáší rabín, průvodu a dalších rituálů. Poslední fáze obřadu se odehrává v synagoze – tam se přítomní modlí Žalm 49 a další modlitby. Na konci obřadu si všichni omyjí ruce a – na rozdíl od našeho běžného zvyku, zvou přátelé na „hostinu útěchy“ pozůstalé. V naší „nežidovské“ kultuře je tomu právě naopak – hostinu pro přátele pořádají pozůstalí (smuteční hostina, tzv. kar). **V islámu jsou m**uslimové po úmrtí svého blízkého vázáni mnohými předpisy, zejména povinností náboženského obřadu omytí mrtvého těla a modlitby nad ním. Také úprava zemřelého se řídí detailními předpisy, jeho oblékání a výbava do hrobu jsou přesně stanoveny. Poté má být muslimský nebožtík co nejdříve pohřben, a to ještě v den úmrtí, bez rakve, oblečen do plátěného rubáše, který je možno naparfémovat. Hrob musí být podle islámské tradice orientován směrem k Mekce a měl by do něj být uložen jen jeden zemřelý, neboť hřbitov je chápán jako místo budoucího vzkříšení a zemřelí mají právo na věčný klid.[46] Muslimská nauka Al-Kaysi také říká, že muslimský zesnulý nesmí být pohřben na nemuslimském hřbitově, stejně tak, jako na islámském pohřebišti nesmí být pohřben nemuslim.[47] V České republice existují zatím tři funkční muslimská oddělení

[46] Srov. OPATRNÝ, A. *Religionistika obecně a katolický pohřeb*. In STEJSKAL, D., ŠEJVL, J. a kol. *Pohřbívání a hřbitovy*, s. 239-246.

[47] Srov. Al-Kaysi: Morals and Manners in Islam. A Guide to Islamic Adab, Leicester 1986, s. 178.

na veřejných pohřebištích.[48] Samostatné neveřejné pohřebiště v České republice muslimové dosud nezřídili (vhodný pozemek, přislíbený muslimské obci pro zřízení pohřebiště byl Magistrátem hl. m. Prahy zamítnut).[49]

4.4 Pohřební zvyklosti některých etnik žijících v České republice

Tuto problematiku zpracovává například ThLic. Tomáš Kotrlý, Th.D. na svém webu www.pohrebiste.cz. Vzhledem k tomu, že k nejpočetnějším minoritám žijícím v České republice patří Romové a Vietnamci, kteří zde pochopitelně také umírají, je potřeba znát pohřební zvyklosti i těchto etnických skupin.

4.4.1 Romové

Průběh pohřebního rituálu nám může objasnit jeden z Romů ve svém vyprávění:
„Na vesnici se už nevartuje, ale já chodil vartovat do osady. Sedí se u mrtvého tři dny, ty tři poslední dny už se tomu mrtvému jako věnují, všichni mu je rádi věnují. Deset, patnáct mužů u něho sedí, povídá se o všem možném, pohádky, ale také, jak člověk žil, jak se trápil na tom světě, o práci, a jak těch pár let, co tu člověk ještě bude, jak ten čas asi uplyne a jak by měl asi uplynout. Také se zpívá a tancuje a hodně se pije. Kolikrát přijdou i gádžové na vartování.“[50]

4.4.2 Vietnamci

Ve Vietnamu je velmi silně zastoupené východní náboženství – buddhismus. Proto je zde smrt chápána jako nový začátek a pohřeb jako začátek nové cesty. Běžně se slaví i výročí úmrtí rodičů, kdy rodiny při návštěvě hřbitova projevují svoji vděčnost a věrnost zesnulým. Slavnost dále pokračuje společnou hostinou. V každé rodině je udržován „oltář předků“, kde lze vidět fotografie zemřelých předků, nádoby s obětinami, svícny a

[48] V Třebíči (zal. 1994), na Olšanských hřbitovech v Praze (zal. 2004) a na ústředním hřbitově v Brně (zal. po r. 2000).
[49] Srov. KOTRLÝ, T. Pohřebnictví: právní zajištění piety a důstojnosti lidských pozůstatků a ostatků, s. 88.

[50] Vyprávění: Koloman Holub v Brně, 59 let, negramotný, otec dvanácti dětí, původem z Vítkovic, okr. Spišská Nová Ves. Magnetofonový záznam z dubna 1967, AaTh-, srov. 502 V. Převzato z Romských pohádek, které sebrala, z romštiny přeložila, předmluvu napsala a vydavatelskými poznámkami opatřila M. Hübschmannová, nakladatelství učebnic Fortuna, 2. vydání, ve Fortuně první, Praha 1999, s. 63. [online]. [cit. 16. 3. 2019]. Dostupné na http://www.pohrebiste.cz/stranky/archiv/pohreb/rom.htm.

další artefakty. Pohřební barva je ve Vietnamu bílá, což může být, zvláště v naší západní kultuře, předmětem různých nedorozumění. Proto je potřeba o této zvyklosti vědět a například při úmrtí Vietnamce u nás na ni brát zřetel. Pohřeb probíhá podle přesně daných pravidel a pro všechny rodiny je velmi důležitou společenskou událostí. Pohřeb se nikomu neoznamuje, je povinností každého zjistit si čas a místo jeho konání – lidé tak dávají najevo svůj zájem o zemřelého. Pokud je to možné, i ti, kteří ve Vietnamu již nežijí, se vracejí zemřít domů.[51]

O pohřebních rituálech Vietnamců pohřbívaných v České republice toho moc nevíme. Jak píše také na svém webu Tomáš Kotrlý, vzhledem k tomu, že se jedná o skupinu, která je relativně uzavřená, a ne příliš ochotna poskytovat o sobě informace majoritnímu obyvatelstvu (mj. i z jazykových důvodů), téma pohřbívání tohoto etnika v České republice není ještě příliš zpracované. Centrum pro studium migrace při Katolické teologické fakultě Univerzity Karlovy však Tomáši Kotrlému poskytlo několik desítek zaznamenaných rozhovorů studentů fakulty s Vietnamci v roce 2006 (např. Landa Ondřej s českolipským Vietnamcem Robinem nebo rozhovor s knězem, který měl příležitost věnovat se pastoraci vietnamské komunity).[52] Díky několika ukázkám přepisů těchto rozhovorů, uvedených na webu pohrebiste.cz, můžeme, pro účely této diplomové práce, získat představu o tom, jak na pohřbívání nahlížejí Vietnamci žijící v České republice:

„Jak to tady máte třeba s pohřby? Normálně se nechá člověk pohřbít na klasickým hřbitově?

Robin: Nee, to je drahý. A stejně. Myslím si, že tady ty ostatky pohřbí. No jiným způsobem než tady. Když třeba umřel, tak normálně jsme dělali jako pohřeb, tak někdo měl jako smuteční projev že jo. Jak byl, jak se narodil, jak udělal a měl nehodu a to musí říct no ale pak ho nějaká příbuzná odveze do Vietnamu a tam oni ho uloží no do chrámu.

Takže to se vozí zpátky.

[51] Meta, o.p.s., *Informace pro učitele.* [online]. [cit. 16. 3. 2019]. Dostupné na https://www.inkluzivniskola.cz/sites/default/files/uploaded/Vietnam.pdf.

[52] Srov. KOTRLÝ, Tomáš. [online]. [cit. 16. 3. 2019].Dostupné na: <http://www.pohrebiste.cz/stranky/archiv/pohreb/vietnam.htm>.

Robin: Zpátky no. Bud do hrobky nebo uloží do chrámu no, aby ty mniši oni tam jak se to říká oni byli povolaný že jo. Aby se starali o duchy že jo.

Probíhá teda klasická kremace?

Robin: Tady. Tam předtím oni dávali do země že jo, ale teď není tam půda, že jo. Tak je tam (?).

Kněz, který se věnoval pastoraci Vietnamců:

"Teď jsem zažíval na vlastní kůži přípravu pohřbu. Oni seděli všichni na zemi, měli tam nějaké pohoštění a vyjednávaly se všechny náležitosti ohledně pohřbu. Tam bylo jasné, i když jsem já původně úplně nevěděl, kdo ke komu patří, kdo je čí bratr starší a kdo je zeť atd ... tak tam bylo jasně vidět, bylo předem jasné, kdo bude mít hlavní slovo, i když do toho zasahovaly občas i ženy. Já jsem tomu nerozuměl. Oni mi to vždycky přeložili, jen tak, abych se orientoval, co se děje. Spíše to okomentovali, než aby to konkrétně překládali. Byl cítit respekt vůči tomu, kdo mluvil, mluvili s vážností, pak mluvil další ..., bylo to velmi zajímavé, je vidět, že je to jiná kultura. Připomínalo to rokování indiánů, jak jsme to byli zvyklí vídat ve filmech..."[53]

[53] KOTRLÝ, Tomáš. [online]. [cit. 16. 3. 2019]. Dostupné na: <http://www.pohrebiste.cz/stranky/archiv/pohreb/vietnam.htm.>

5 Truchlení

Při setkávání s pozůstalými si čím dál více uvědomuji, jak moc ztrácíme (nebo možná potlačujeme) naši přirozenou schopnost truchlit. **Vládne nám kult mládí a nekonečné radosti,** denně vidíme téměř v každé reklamě svět bezstarostných, (uměle) rozesmátých lidí. A tak když nás potká bolest ze ztráty někoho blízkého, místo abychom si dovolili být smutní a přirozeně truchlit, svůj žal často **potlačujeme a zastíráme**, neboť máme pocit, že náš smutek do toho „rozradostněného" světa vůbec nepatří, že je to něco, za co bychom se vlastně měli stydět. Stydíme se za emoce, které prožíváme, někdy dokonce i za ty pozitivní. A často tak potlačujeme co přirozeně cítíme jenom proto, abychom před ostatními nevypadali „divně".

„Vzpomínám si, když bylo po pohřbu mého tatínka, jak jsme se sešli s příbuznými z Chocně a při povídání se moje maminka najednou zasmála. Málem se chytla za pusu, omluvně se rozhlédla kolem, zda si toho někdo nevšiml, a hned na vysvětlenou dodávala: „Já mám radost, že jste přišli mému muži na pohřeb, že vás zase vidím." Vlastně se bála smát."[54]

5.1 Fáze truchlení

Jako umírání má své fáze, popsané známým způsobem americkou psycholožkou Elisabeth Kübler-Rossovou, má své fáze také truchlení. Fáze truchlení nalézáme v odborné literatuře v několika pojetích, zde je uvádím tak, jak je popsala česká psycholožka Naděžda Špatenková. Bezprostředně po informaci o úmrtí prožívá většina pozůstalých fázi nazvanou „kontuze". Truchlící člověk může být silně otřesen, může prožívat šok doprovázený citovou otupělostí. Po krátké době nastupují silné emoce – pláč, pocity viny, nastává intenzivní období ventilace zármutku a žalu. Tuto fázi příznačně nazýváme „expresí". V řádu měsíců pak pozůstalí postupně přecházejí do fáze „adaptace", kdy se postupně vracejí k normálnímu životu, který prožívali před tím. Zhruba po půl roce, respektive po roce přichází fáze „akceptace", kdy se pozůstalý již naučil žít bez zemřelého, s jehož smrtí se již smířil a přijal jeho ztrátu.[55]

[54] ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*, s. 114.

[55] Srov. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*, s. 84.

Jiné pojetí fází truchlení nabízí švýcarská analytička V. Kastová (takto pojaté fáze popisuje rovněž u pacientů po zjištění život ohrožující nemoci). Kastová, stejně jako Špatenková, popisuje čtyři fáze, které nazvala velmi výstižně: popření, propukání chaotických emocí, hledání, nalézání a odpoutávání, a vytváření nového vztah k sobě a ke světu.[56]

Stejně jako fáze umírání, nejsou ani fáze truchlení žádné dogma, které by přikazovalo truchlícímu, jak se má kdy chovat či co má cítit. Každý z nás prožívá své truchlení jinak, podle svého, v závislosti na mnoha faktorech, na osobnosti nás samých. Nedávno jsem zaslechla příměr, který tuto individualitu našeho truchlení skvěle vystihuje: ***„Naše truchlení je jedinečné stejně, jako je jedinečný otisk našeho prstu.“*** V tom vidím i já velikou pravdu truchlení. Pravdou však je, což potvrzuje jak odborná literatura, tak moje osobní i pracovní zkušenost, že nejčastěji bývá proces truchlení ukončen kolem jednoho roku po úmrtí, respektive často, dle mých dlouhodobých pozorování, bývá tím pomyslným milníkem první výročí od pohřbu. Jistě to není nic překvapujícího – během roku proběhnou všechna rodinná a osobní výročí, první dovolená a především první Vánoce, které pozůstalý prožívá poprvé bez zemřelého. My starší si jistě ještě vzpomínáme na dobu, kdy pozůstalé vdovy chodily po celý rok od úmrtí svého manžela černě oblečeny – a jako mnoho jiných moudrých zvyklostí našich předků, mělo i toto svůj důvod, své opodstatnění. Pozůstalá vdova svým oblečením vyjadřovala svoji úctu k zemřelému, ale také tím dávala najevo svému okolí, že právě prožívá své truchlení, svou velkou bolest ze ztráty manžela a také to, že se změnila její dlouholetá **sociální role** – z manželky se stala vdovou. Černá barva jejího oblečení také upozorňovala okolí na to, že jako **truchlící má „právo“ na bolest,** na svůj pláč, smutek a další emoce, které ji obdobím truchlení doprovázely.

5.2 Komplikované truchlení

Smrt milovaného člověka je jednou z nejbolestivějších a psychicky nejnáročnějších životních situací**.** Intenzita smutku však u většiny lidí během času (týdnů, měsíců) klesá. U některých pozůstalých (studie uvádějí okolo 10 % při ztrátě životního partnera a ještě více při ztrátě dítěte) však zármutek neodeznívá, naopak u nich dochází k rozvoji komplikovaného truchlení (complicated grief). Základní charakteristikou

[56] Srov. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*, s. 312.

komplikovaného zármutku je stesk a přetrvávající zaujetí zesnulou osobou, které jsou spojeny s intenzivní emocionální bolestí a neschopností „normálně“ fungovat. Doba těchto příznaků je delší než 12 měsíců (v USA 6 měsíců) nebo prostě déle, než je v dané společnosti běžné. Komplikované truchlení se klinicky projevuje symptomy, jako jsou separační distres (intenzivní stesk, nutkavé myšlenky na zemřelého, vystupňovaný pocit osamění), kognitivní, emocionální a behaviorální symptomy (poruchy paměti, poruchy soustředění, otupělost, odtržení od vlastních pocitů, ztráta smyslu života, ztráta pocitu bezpečí a důvěry v okolí, hněv ve vztahu k úmrtí). Na rozdíl od depresivní poruchy jsou tyto obtíže vázány výhradně na zemřelého a na okolnosti jeho úmrtí.[57]

U komplikovaného truchlení a komplikované klientely je velmi důležité rozpoznat hranice, kde **končí kompetence laika**, poskytující pomoc pozůstalým a je potřeba klienta předat do péče kvalifikovaného poradce pro pozůstalé, popř. psychiatra či psychologa (nejlépe psychoterapeuta s odpovídajícím zaměřením).

[57] Srov. Centrum paliativní péče. [online]. [cit. 29. 03. 2019]. Dostupné na: <https://paliativnicentrum.cz/aktuality/komplikovane-truchleni>.

6 Jak předcházet komplikovanému truchlení péčí o umírajícího

Velkou měrou se na průběhu truchlení pozůstalých podílí mimo jiné i to, jak vypadal celý **proces umírání jejich blízkých** a také to, jak tento proces pozůstalí, ještě v roli doprovázejících, ovlivnili (tím v žádném případě však nechci říci, že bychom měli umírajícím pomáhat především kvůli našemu truchlení).

6.1 Očekávané úmrtí

Vše začíná často dlouho před vlastním úmrtím, někdy i několik měsíců nebo dokonce let – v okamžiku, kdy lékař poprvé seznámí nevyléčitelně nemocného pacienta s jeho prognózou – tedy s předpokládanou dobou, kterou má pacient ještě ve svém životě před sebou. Bývá to první okamžik, kdy se „oficiálně“ potvrdí obava nemocného i jeho nejbližších z toho, že jeho nemoc je již neléčitelná a v nějaké dohledné době způsobí jeho smrt. Od této chvíle prochází takto nemocný pacient mnohými krizemi, jejichž zvládnutí ovlivňuje posléze i to, jak později budou jeho poslední chvíle probíhat, což samozřejmě zcela zásadně ovlivní i následné truchlení jeho blízkých. Pravděpodobně všichni si přejeme, abychom jsme my sami, ale také naši blízcí, odcházeli (rozuměj umírali) co nejklidněji – bez bolesti a bez dalších těžkostí, v klidu a pokoji, v co nejlepším a důstojném prostředí, s péčí, plně zachovající lidskou důstojnost umírajícího. A pokud můžeme a dokážeme v tomto směru našemu umírajícímu blízkému pomoci, ovlivní to zásadním způsobem nejen kvalitu zbývajícího života nemocného, ale také to, jak se nám, jako pozůstalým, bude v budoucnu dařit zvládat náš smutek – tedy jak bude naše truchlení probíhat.

Jak ale takový, pro mnohé možná vůbec nejtěžší úkol v jejich životě, zvládnout? Jak připravit umírajícího na jeho umírání? Jak mu ulehčit poslední měsíce, dny, hodiny jeho života? A jak se s takovou situací mají doprovázející sami vyrovnat (vyhnout se pozdějšímu komplikovanému truchlení)?

Na tyto a podobné velmi těžké otázky mnoha těch, kteří doprovázejí v posledním úseku života někoho blízkého se pokusím alespoň částečně odpovědět a nabídnout některé možnosti (doporučení) tak, jak je sama vypozorovala ve své dlouholeté praxi psychosociálního poradce při doprovázení umírajících, jejich blízkých a pozůstalých.

6.1.1 Než smrt opravdu přijde – fáze pre finem

Jedno z nejnáročnějších období v této fázi je pro nemocného i jeho blízké to, kdy jsou od lékaře informováni o infaustní prognóze pacientovy nemoci – tedy o reálně blížící se smrti. Často se propadnou do pocitů beznaděje, frustrace, smutku, strachu, úzkosti, obav.

I když se v posledních dvaceti letech postoje lékařů ke sdělování „špatných zpráv" pacientům znatelně změnila k lepšímu, stále máme v tomto ohledu velké rezervy. Je třeba připomenout, že sdělovat pacientovi jakoukoli diagnózu i prognózu smí dle zákona o zdravotních službách[58] pouze lékař. Pacient má právo na pravdivé informace o svém zdravotním stavu, má však také právo sdělení těchto informací odmítnout, popřípadě určit rozsah informací, které mu mají být poskytnuty, což lékař musí akceptovat.

Okamžik sdělení infaustní prognózy a faktické smrti, může dělit různě dlouhá doba – od řádu dní, týdnů, měsíců, někdy i let. Tuto – každopádně omezenou – dobu mají blízcí nemocného k dispozici k tomu, aby se sami mohli co nejlépe připravit na blížící se ztrátu svého blízkého, ale také na to, aby pomohli ulehčit toto období i samotnému pacientovi a pokusili se ho co nejlépe doprovodit až do jeho posledního okamžiku – tedy tak, aby jeho odchod ze života mohl být co nejklidnější, nejpříjemnější a pokud možno nezatížený něčím, co by umírajícího mohlo i v závěru jeho života trápit. Předpoklad k takovému pokojnému umírání je samozřejmě správné zaléčení obtěžujících symptomů pacientovy nemoci, jakými bývají nejčastěji bolest, dušení či zvracení. To je však úkolem zdravotníků, aby uměli správně aplikovat možnosti současné paliativní medicíny, která, pokud je správně nastavená, již umí všechny tyto „tělesné" potíže ve většině případů velmi účinně odstranit. V této diplomové práci se však zaměřuji na jinou, neméně důležitou oblast paliativní medicíny, a tou je pomoc umírajícímu z pohledu jeho psychologických, sociálních a spirituálních potřeb, které každý z nás v různých podobách má. Zde mohou pacientovi velmi pomoci zkušení profesionálové – lékaři, zdravotní sestry a ošetřovatelé, psychologové, psychiatři, duchovní či sociální pracovníci, ale často ještě více laici – lidé ze sociálního okolí umírajícího – členové rodiny, kamarádi, sousedé, kolegové. Pro všechny tyto

[58] Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*.

pomáhající jsem se pokusila na základě mnohaletého studia odborné literatury, ale především vlastních pracovních zkušeností s doprovázením umírajících, jejich blízkých a pozůstalých, sestavit soubor několika následujících poznatků a doporučení, jako inspiraci a pomoc při doprovázení umírajících.

Pomozme umírajícím i jejich blízkým uvědomit si, že se smrt už opravdu blíží; mluvme s nimi citlivě, empaticky, ale vždy pravdivě. Pro umírající bývá velmi důležité, aby mohli se svými blízkými mluvit o tom, co je tíží a o čem přemýšlejí.

Velmi často lze při rozhovorech lidí s umírajícími slyšet věty, přesněji řečeno fráze, které se používají k takzvané „**milosrdné lži**“ (*„Vždyť ty se přece vyléčíš.“, „Ale ty přece neumřeš.“).* Bývá to jakousi „berličkou“ pro ty, kteří s nemocným komunikují, ale neumějí si s tím poradit – nevědí, co říct, aby pacientovi ještě více nepřitížili, aby je neranili, bojí se jeho, ale i svých vlastních reakcí. Nemocní, kteří jsou o blížící se smrti lékařem pravdivě informováni, však velmi často potřebují s někým mluvit právě o tom, že zemřou, sdělovat někomu své obavy, strachy, svěřovat se s tím, co je tíží, ale také třeba říci to, na co vzpomínají nebo co by si ještě přáli. A je pro ně velmi těžké, když s nimi nikdo z jejich okolí o takto mluvit nechce, či se dokonce snaží skutečný stav nemocného různě bagatelizovat (*„Takhle nemluv, ještě si spolu za deset let zatancujem.“, „O tom nechci vůbec slyšet, že bys umřel.“, „Prosím Tě, co bys umíral?“, „Sousedka měla taky rakovinu a koukej, jak ji vyléčili.“).* Takový přístup je pro nemocného velmi tíživý, on potřebuje někoho, s kým by si mohl pravdivě promluvit, místo toho ale zjišťuje, že je na to vlastně sám. A tak velmi rychle dochází k tomu, co celou situaci ještě zhoršuje – obě strany, nemocný i jeho blízcí vědí, že se pacientův život chýlí ke konci, cítí, že jim utíká čas, potřebují spolu mluvit „narovinu“, ale žádný z nich o tom před tím druhým začít mluvit prostě nedokáže. V mysli jim vyvstávají otázky, na které si neumějí odpovědět („*Co to s ním udělá, když budeme mluvit o tom, že umřu/umře?“ „A co to udělá se mnou?“, „Přece mě nesmí vidět plakat, vždyť mu tím ještě přitížím.“*), a tím více vše odsouvají, čímž se problém stále víc a víc u všech prohlubuje. Umírající pacient velmi často „vysílá“ svému okolí různé signály a je velmi důležité si jich všimnout *(„Na podzim bude třeba sklidit zahradu, já už tu nebudu, abych to udělal.“, „Chtěl bych ještě mluvit s …“, Rád bych se vyzpovídal.“, „Ty moje nové halenky dejte sousedce.“*…) a nebát se na ně okamžitě, ale co nejcitlivěji zareagovat. To je přesně příležitost, kterou nám umírající dává k tomu, abychom

„prolomili ledy“ a začali s ním o smrti hovořit. Říká nám tím, že ví o tom, že opravdu brzy zemře a že by chtěl s námi o tom mluvit. V takovém případě je velmi důležité dát takovému rozhovoru naprostou prioritu před vším ostatním a využít přirozenou možnost k tomu, jak toto téma konečně otevřít. Pokud však takovou příležitost nevyužijeme, často se pak stává, že nám nemocný zcela přestane důvěřovat a žádnou další možnost k upřímnému a také úlevnému rozhovoru nám (ale ani sobě) už nikdy nedá. Upřímná komunikace bez „milosrdných lží“ **umožní nevyléčitelně nemocným si včas také zařídit i všechny potřebné praktické záležitosti.** I to bývá velmi často tím, co pacienti na konci života potřebují vyřešit. A nejde přitom jen o „velké věci“, jakými bývá dědictví, starosti o dům či jiný majetek, ale i některé pro ně také velmi důležité starosti (i přesto, že se nám z vnějšího pohledu mohou zdát malicherné) – rozdání věcí, které má umírající rád a potřebuje vědět, že budou v dobrých rukách, nebo kdo se postará o jejich případného domácího mazlíčka, o sklizeň toho, co on sám ještě na jaře zasel nebo třeba o pravidelný úklid ve společném domě.

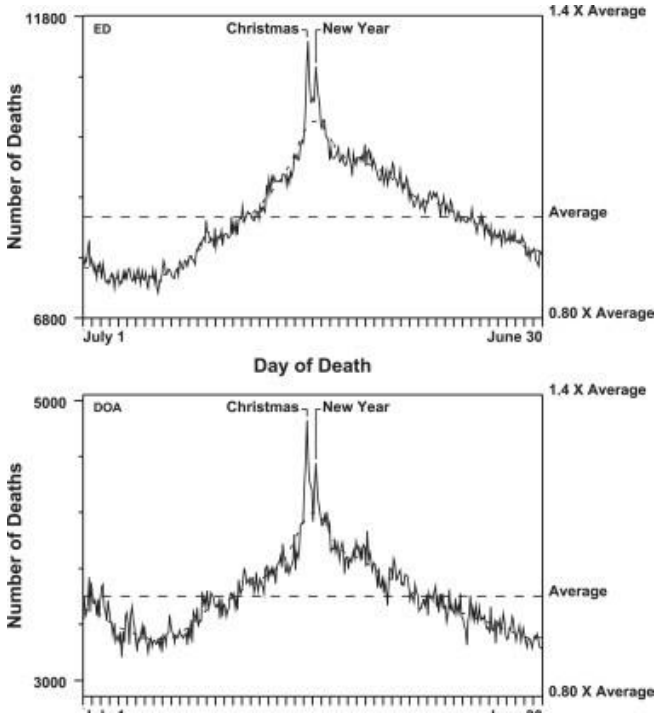
Kazuistika

Onkologický pacient (62 let) s metastázemi prograduj́ícími do mozku.

Pacient byl hospitalizován v lůžkovém zařízení. Vzhledem ke svému onemocnění nebyl schopen mluvit, ale při návštěvě psychosociální pracovnice jí napsal na papír, že bydlí na statku se svými dvěma dospělými dcerami a že má velkou starost o to, aby si uměly v zimě doma zatopit, když on už tady nebude (měl po celém domě nainstalovány speciální rozvody pro ohřev vody a pro topení). Bylo vidět, že jej tento problém opravdu trápí a potřebuje jej vyřešit. Proto se psychosociální pracovnice domluvila s dcerami, že ony doma vyfotografují v kotelně zapojení teplovodních trubek, vytisknou a při příští návštěvě otci přinesou. Dcery vše tedy vyfotografovaly, vytiskly a otec jim pak do fotografií zakreslil a popsal, jak mají který kohout v rozvodech otevřít či uzavřít tak, aby mohly v zimě zatopit. Dcery mu podle fotografií vše zopakovaly, aby otce ujistily, že to v zimě zvládnou. Pacientovi se viditelně ulevilo – podařilo se mu totiž vyřešit to, co jej nejvíce trápilo.

Dávejme umírajícím naději

Vědecká studie Davida Phillipse, PH.D. a jeho kolegů z Kalifornské univerzity ukázala, že **dny vánočních svátků a Nový rok** jsou vysoce rizikové vzhledem k úmrtnosti nevyléčitelně nemocných pacientů. Statistické grafy počtu úmrtí v jednotlivých dnech roku vykazují velmi zřetelné vrcholy právě v těchto dnech.



Jako jeden z hypotetických důvodů je psychology uváděno, že takto nemocní lidé mají **velkou motivaci** se těchto dnů dožít proto, že chtějí ještě jednou tyto svátky prožít – často i právě proto, že ještě uvidí většinu svých blízkých. Bylo testováno devět možných vysvětlení těchto rizikových faktorů, ale je zapotřebí dalšího výzkumu.[59] (Podobný výzkum v rámci České republiky jsem nenašla – zjišťováno například u Českého statistického ústavu, ve statistikách Ústavu zdravotnických informací, v pražském mobilním hospici Cesta domů atd.).

[59] Srov. David Phillips, Gwendolyn E. Barker, Kimberly M. Brewer,**Christmas and New Year as risk factors for death**, Social Science & Medicine, s. 1463-1471.

Pomozme umírajícím, pokud je to ještě možné, najít nějaké uplatnění, odpovídající jejich zdravotnímu stavu – i teď potřebují vědět, že mohou být ještě někomu nějak prospěšní, potřebují nalézt a uvědomit si smysl svého života, přesto že jsou na jeho konci.

Definice: Sociálním umíráním lze označit stavy, kdy člověk sice žije, ale je vyvázán z důležitých sociálních, interpersonálních vztahů, kdy je odtržen od všeho lidského a nelze jej vrátit do kontextu společnosti. [60] Na tomto místě je jistě vhodné zmínit onu známou Franklovu **logoterapii** a její myšlenku – hledání a nalezení smyslu života v každé situaci. Tento rakouský neurolog a psychiatr, zakladatel existenciální analýzy a logoterapie **Viktor E. Frankl** (1905-1997) během několika válečných let, strávených v nacistických koncentračních táborech vypozoroval, že na hlad, vysílení či nemoci paradoxně umírali ve velkém počtu ti, kteří fyzicky vypadali relativně zdatně, zatímco vězni, kteří byli vyhublí a fyzicky slabí, dokázali útrapy nelidského zacházení v koncentračních táborech přežít. Ukázalo se, že přežili většinou ti, kteří – ač fyzicky slabí, měli nějakou motivaci přežít (například věřili v poválečné setkání se svými blízkými nebo chtěli dokončit dílo, které započali před svou deportací do koncentračního tábora, jiní dávali ostatním vězňům povzbuzení či duchovní útěchu v nelidském utrpení a podobně). Tento, na první pohled zvláštní jev Frankl připisoval právě tomu, čím se on sám již před válkou intenzivně zabýval v rámci jím založené logoterapie – svobod a možnosti nalezení smyslu života, ale i snášeného utrpení v každé, i zdánlivě té nejbezvýchodnější situaci. Frankl vypozoroval, že během několika dnů po nástupu do koncentračního tábora se u většiny vězňů začne projevovat čím dál hlubší propad do apatie, což nazýval „sebezáchovným mechanismem duše". Psychoanalytikové tento propad chápou jako regres k primitivitě. Veškeré snažení se zdá koncentrováno na jeden jediný cíl – přežít právě tento den. Lidé, kteří umírali na následky nelidského utrpení, se, jak Frankl píše, *„…zhroutili už před tím v duchovním směru – vězeň neztratil svobodu zaujmout postoj ke konkrétní situaci, pouze se jí vzdal. Ať už cokoli mu mohli v první hodině v táboře vzít, až do posledního dechu mu nikdo nemůže vzít svobodu postavit se ke svému osudu tak nebo onak. A existuje „tak nebo onak".* Snad v každém koncentračním táboře byli lidé, kteří dokázali překonat svoji apatii – byli to ti, kteří putovali přes „apelplacy", procházeli „baráky" tábora a poskytovali ostatním vězňům dobré slovo či podávali poslední sousto chleba. Frankl

[60] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*, s. 206.

dále uvádí, že charakterové změny člověka vězněného v koncentračním táboře jsou následkem nejen fyziologických změn stavu (hlad, nedostatek spánku atd.) a psychologických daností (např. pocit méněcennosti), ale především jsou dány „duchovním zaujetím postoje“[61].

Viktor E. Frankl vidí možnost **najít smysl života**:

1. vykonáním činu, především takového, který koná s ohledem na druhé
2. prožitím zážitku
3. v utrpení

Ve všech těchto možnostech lze totiž nalézat a uskutečňovat nějaké **hodnoty**, které přinášejí do života jeho smysl. Frankl tyto hodnoty označuje jako hodnoty:

1. **tvůrčí** (člověk něco vytváří, buduje, něco vykonává);
2. **zážitkové** (člověk něco prožívá)
3. **postojové** (například člověk hledá, nalézá a uplatňuje smysl svého života v každé situaci – kupříkladu i v utrpení)

Všechny tyto hodnoty tedy znamenají pro Frankla cesty, kterými můžeme dojít ke smyslu našeho života. Frankl k tomu píše: „*Může se projevit případ, že existenciální analýza musí nějakého člověka učinit schopným trpět – zatímco ho psychoanalýza chce udělat pouze schopným prožitků nebo výkonů. Existují totiž situace, v nichž se člověk může naplnit pouze v opravdovém utrpení a jenom v něm. A „příležitost k něčemu“, kterou znamená život nesmí být zmeškána ani v případě příležitosti k opravdovému utrpení, tedy v případě možnosti k realizaci postojových hodnot.*[62]

Logoterapie je odvozena od slova *logos* (=smysl) – obrací člověka k úkolu. Jedinec si pokládá otázku „Pro co nebo pro koho chci žít? Jaký to všechno má smysl?“ Právě pomocí logoterapie vidíme, že i v tom nejhorším utrpení může člověk nalézt důvod

[61] Srov. FRANKL, Viktor Emil. Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy, s. 100-103.

[62] FRANKL, Viktor Emil. Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy, s. 112.

k žití. A tímto důvodem je právě smysl života i v té nejtěžší situaci. Logoterapie nás tedy učí, že ačkoli při uskutečňování smyslu je potřeba akceptovat reálné podmínky, má život za všech okolností až do posledního dechu možnost být smysluplným. Smysl je totiž zcela konkrétní cesta odpovídající daným okolnostem. Ulrichová se zde snaží v několika bodech zkonkretizovat, co vlastně znamená „smysluplně žít“:

1. **Plnit konkrétní úkol, který je před námi** – tedy to, co se má naším prostřednictvím stát. Podstatou této velice osobní záležitosti je umět rozpoznat nejvyšší možnou hodnotu dané situace a uskutečnit ji.
2. **Smysl nelze dát.** Nikdo, ani rodiče, ani nadřízený či kdokoli jiný nemůže druhému člověku „předepsat“, co má být smyslem jeho života – ten musí být každým z nás rozpoznán a nalezen – nelze jej dát ani nařídit. Smysl života každého člověka velmi úzce souvisí s tím, jaké on sám vyznává hodnoty, čemu dává v životě přednost či co naopak za hodnoty nepovažuje. Ano, na náš postoj k hodnotám mají velký vliv rodiče už při formování osobnosti dítěte, přesto je podstatným znakem smyslu to, že smysl nenutí, neříká „musíš“ – je dítětem svobody.
3. **Nabídky smyslu jsou ve světě.** Svět nám dává v průběhu života mnoho příležitostí k hledání a naplňování hodnot, především tvůrčích a prožitkových, nabídka však platí i v hodnotách postojových, a to i v těžkých chvílích, kdy se člověk musí vrovnávat se ztrátou či bolestí. V těchto mezních životních situacích, které jsou spojeny s utrpením, si většinou musíme smysl svého života tzv. „vydobýt“ – zde totiž smysl života souvisí s tím, jak se se s těmito těžkými situacemi vyrovnáváme. A čím tíživější životní okolnosti jsou, tím hlouběji je mezi nimi smysl skrytý. Ale nalézt jej lze v každé situaci.
4. **Smysl znamená uchopit celek.** Skutečnosti, které k nám přicházejí je třeba vidět v souvislostech, v celku a také jejich vzájemnou vazbu, neboť všechny mají úzký vliv na to, v čem smysl svého života skutečně zakotvíme.
5. **Smysluplný život spočívá v jiné rovin, než je pohodlí, kariéra nebo blahobyt.** Smysl přesahuje všechny možnosti, které samy o sobě nejsou konečným cílem (luxusní auto, dům či jakýkoli jiný majetek, ale například i politická moc apod.) – smysluplný život vykazuje i nepříjemné či dokonce velmi

těžké okamžiky. Avšak setrvání v něčem, co již dávno nedává smysl ukazuje na nepochopení výzev života a nedostatečné procítění vlastních hodnot.

Smysl může nalézt každý člověk, a to bez ohledu na svůj intelekt či věk (pokud je ovšem schopen činit rozhodnutí). Zde vidíme velkou důležitost ve svědomí každého člověka.[63] Ulrichová charakterizuje svědomí jako intimní – nikdo jiný nemůže lépe říci, co je a není správné v dané konkrétní situaci – je nepřenositelné z jedné situace na druhou, z jednoho času na jiný. Svědomí nenutí k rozhodnutí, nabízí volbu, ponechává svobodu, rozvíjí nás, eviduje naše pocity. Potřebuje čas a prostor. **Své svědomí kultivujeme celý život** – jak říká Frankl, je potřeba naučit se svědomí poslouchat a také dělat to, co říká (známe však také svědomí mylné[64]). Stává se, že člověk tyto dvě veličiny – svědomí a smysl ve svém životě nespojuje a utíká do světa představ, falše a není schopen žít to reálné. Přicházejí pocit neuspokojení, zklamání, zklamání, což může přivést člověka, marně hledajícího smysl ve svém životě až k tzv. pseudosmyslu – absence smyslu jej totiž nutí k tomu, najít si alespoň jakousi náhražku. Někdy se dokonce může stát, že člověk, který smysl dobře neuchopí, začne trpět frustrací – logoterapie pro tento typ frustrace používá termín existenční frustrace, která, pokud není touha po smyslu naplněna, může vést až k tzv. existenciálnímu vakuu, kdy člověk začne o smyslu svého života (a o smyslu života vůbec) pochybovat. Logoterapie také poukazuje na to, že člověk, pro kterého je smyslem života jeho vlastní štěstí, jej často nedosahuje – pocit štěstí se většinou dostaví jako jakýsi „vedlejší produkt“ ve chvíli, kdy děláme šťastným někoho druhého.[65]

Německý filosof Friedrich Wilhelm Nietzsche píše:
„Je-li člověk vyrovnán s „proč“ svého života, pak snadno najde jeho „jak“. “[66]

[63] Svědomí je spontánní úsudek praktického rozumu, který s přihlédnutím k obecnému zákonu říká, co je mravně dobré a co ne v konkrétní situaci.

[64] doplňující poznámka autorky této diplomové práce

[65] Srov. ULRICHOVÁ, Monika. Etické aspekty v psychoterapii: k problematice etické výchovy a sebevýchovy terapeuta : se zaměřením na logoterapii a existenciální analýzu, s. 47-51.

[66] Nietzsche, F. Der Wille zur Macht. 3. kn., Musarionausgabe, München 1926, Gesammelte Werke XIX, s. 205.

Frankl tuto Nietzschovu větu ještě hlouběji rozvíjí a říká, že čím více vystupuje do popředí „proč“, tím více ustupuje do pozadí ono „jak“ v jakékoli nepříznivé situaci, okamžiku či míře. Z toho Frankl vyvozuje důsledek, že oč byl život těžší, o to více se stává smysluplnějším.[67]

Kazuistika:
Pacient (78 let) v terminální fázi onkologického onemocnění
Pacient byl přijat do hospicové péče na poslední dva týdny svého života. Na základě provedené anamnézy sociální pracovnicí bylo zjištěno, že je se svou prognózou smířen, velmi však stál o to, aby ještě mohl sepsat a zanechat tu pro své dva dospělé syny své vzpomínky na celý jeho život. Bylo to pro něj velmi důležité, sám to označoval za smysl toho, proč ještě žije. Protože však byl pacient svým onemocněním již velmi oslaben a zcela upoután na lůžko, nabídla mu dobrovolnice hospicového týmu, že mu jeho paměti pomůže sepsat. Při každé další návštěvě zapisovala pacientovy vzpomínky – autenticky, přesně tak, jak jí je on diktoval. Vždy se velmi těšil na další návštěvu dobrovolnice, pokaždé měl již rozmyšleno, co ten den sepíší. Zemřel tři dny poté, co své diktované vzpomínky, pro své syny uzavřel.

Kazuistika:
Pacientka (47let) po onkologické operaci, v domácím léčení.
Syn s rodinou zakoupil domek ve stejné vesnici, kde bydlela i pacientka. Před nastěhováním plánoval byt v domku vymalovat, s čímž mu chtěla pomoci i pacientka se svým manželem. Protože byla, vinou své nemoci však ještě hodně slabá, brzy po začátku práce se jí udělalo špatně a musela ulehnout. Okamžitě se u ní objevily silné pocity bezmoci a velké lítosti z pocitu, že už „je k ničemu“, že už ani nemůže synovi pomoci; trpěla myšlenkou, že už je na světě vlastně zbytečně, když nemůže už nic pro nikoho udělat. Od tohoto stavu ji však během chvíle ale pomohla snacha slovy: *„Vždyť je nás na tu práci dost, to zvládneme, ale ty dobře fotíš a moc by nám pomohlo, kdybys nám ten domeček přišla nafotit, abychom měli památku na to, jak to tam vypadalo, než jsme se nastěhovali.“* Těmito několika málo slovy se jí podařilo nemocné pacientce velmi rychle vrátit chuť do života a radost z toho, že i když je nemocná, není na světě

[67] Srov. FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*, s. 68.

zbytečně. A stačilo k tomu jen tak málo – pomoci nemocné paní najít nějaké uplatnění, odpovídající její zdravotnímu stavu, aby i teď věděla, že může být, i přes své onemocnění, někomu prospěšná.

Frankl tyto stavy „bezesmyslu“ pojmenoval jako **noogenní neurózy**, které se vyskytují vedle neuróz psychogenních. U noogenních neuróz nejde ani tak o duševní onemocnění, ale spíše o „**duchovní bídu**“, často vznikající jako důsledek pocitu **absence smyslu života** nemocného.[68]

Po druhé světové válce se tázání po smyslu života stalo hlavním tématem i tzv. kontinentální filozofie, především s myšlenkovým hnutím francouzského existencialismu (např. Jean-Paul Sartr, Albert Camus, Simone de Beauvoir, Mauric Merleau-Ponty a další). Tento směr, přestože je pesimistický v odpovědi na otázky po smyslu života, dává, stejně jako Franklova logoterapie naději, že žít je možné i přes nesmyslnost světa. Zásadním rozdílem mezi existencionalismem a logoterapií je zde však vlastní pohled na smysl života – zatímco podle Sartra se musíme nesmyslnosti světa naučit čelit, Camus dokonce říká, že život se žije lépe, pokud žádný smysl nemá, neboť naši pozornost tak nic neodpoutává od života samého, Frankl nás učí, že ve světě je spirituální smysl přítomný.[69]

Viktor Frankl také říká, že *„každý z nás má v sobě svůj koncentrační tábor“*. Má tím na mysli skutečnost, že utrpení, vina a smrt jsou součástí života každého člověka. Co tedy v té naší „nejhorší situaci“ dělat? Logoterapie nás učí tyto těžké, ale nezměnitelné situace přijímat, vidět v nich naději na smysl naší oběti, která s odstupem času může přinést novou cennou hodnotu.[70]

„V posledku však klíče k mé nesmrtelnosti, k ujištění o tom, že na mém životě záleželo a že jsem nežil nadarmo, nejsou v ničem jiné, než klíče vaše a kohokoli jiného. Vidím je v práci, kterou jsem vykonal, v činech dobroty, kterou jsem prokázal, v lásce, kterou jsem dostal, v lidech, kteří se při vzpomínce na mne usmějí, a v dětech a vnucích,

[68] Srov. FRANKL, Viktor Emil. *Utrpenie z nezmyselného života*, obálka.

[69] Srov. KOSOVÁ, Martina. Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest, s. 31-32,36.

[70] Srov. KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*, s. 86.

v nichž bude trvat mé jméno i památka. V srdci jsem si nosíval slova Ralpha Waldo Emersona, jež doporučuji i vám: „Uspět znamená nechat po sobě svět o trochu lepší, ať už o zdravé dítě, zahradní pěšinu nebo příznivější sociální podmínky; vědět, že třebas jednomu životu s dýchalo snadněji, protože jste žili.““[71]

Pokud je to jen trochu reálné, umožněme jim splnit si jejich přání – je možné využít i moderních technologií.

V každé době, lhostejno zda máme na mysli třeba dobu Augustinovu nebo naši současnou, mívají lidé i na konci svého života svá velká či menší přání a je na nás, abychom se jim je snažili, pokud je to jen trochu možné, splnit. Jak ukazují následující řádky, může jít o přání nejrůznějšího charakteru – třeba přání být pohřben na nějakém konkrétním místě, jako to vidíme na příkladu Augustinovy umírající matky, nebo přání ještě naposledy vidět svého vnuka, jak to popisuje další kazuistika.

„Když se přiblížil den Izraelovy smrti, zavolal svého syna Josefa a řekl mu: „Jestliže jsem získal tvoji přízeň, vlož prosím ruku na můj klín a prokaž mi milosrdenství a věrnost: Nepohřbívej mě prosím v Egyptě! Až ulehnu ke svým otcům, vynes mě z Egypta a pochovej mě v jejich hrobě.“ Odpověděl: „Zachovám se podle tvých slov.“ Izrael řekl: „Přísahej mi.“ Tedy mu přísahal...“[72]

„Jednoho dne v nemoci upadla do mdloby a ztratila na nějakou chvíli vědomí. Přiběhli jsme; brzy přišla k sobě, pohlížena na mne a na mého bratra, kteří jsme stáli u jejího lůžka, a jako by se tázala, řekla: “Kde jsem byla?“ A vidouc nás zármutkem sklíčené, dodala: „Zde pochováte svou matku.“ Mlčel jsem, zadržuje slzy. Můj bratr však cosi řekl, že by si raději přál, aby nezemřela v cizině, nýbrž ve vlasti. Když to zaslechla, pohlédla k němu s tichou výčitkou, že myslí na něco takového, a dívajíc se na mne, řekla: „Slyš, co to povídá.“ Brzy pravila nám oběma: „Pochovejte toto tělo kdekoliv a nestarejte se příliš o ně. Jen o to vás prosím: vzpomeňte na mne u oltáře Páně, kdekoliv budete.“[73]

[71] KUSHNER, Harold S. *Aby měl život smysl*, zadní obálka.

[72] Bible: český ekumenický překlad : Písmo svaté Starého i Nového zákona. Gn 47,29-31.

[73] Augustinus, Aurelius. *Vyznání*, s. 289-290.

Kazuistika

Pacientka (75 let) v terminální fázi onkologického onemocnění, s prognózou smířená. Paní měla velmi hezký vztah se svým dospělým vnukem, který se před rokem odstěhoval na Nový Zéland a založil tam rodinu.

Přes svůj optimistický pohled na svět byla však pacientka s postupujícím časem stále víc a víc smutnější. Při rozhovoru s psychosociální pracovnicí se svěřila, že je jí velmi líto, že už nikdy svého vnuka neuvidí, stejně tak ani jeho několikaměsíční dcerku Jessicu, protože žijí velmi daleko. Psychosociální pracovnice jí tedy navrhla, že by se paní mohla se svým vnukem vidět alespoň virtuálně, s čímž ona s velkou radostí a nadějí v hlase souhlasila. Toto setkání bylo realizováno prostřednictvím komunikačního nástroje Skype a připojením velkoplošného televizoru k počítači tak, aby na něj pacientka dobře viděla i ze svého lůžka, na které již byla upoutána. Po úspěšném skypovém spojení pacientky s vnukem odešla psychosociální pracovnice z místnosti, aby oběma dopřála k jejich poslednímu setkání dostatek soukromí. Když se asi po třiceti minutách do pokoje vrátila, byla velmi překvapena změnou, kterou uviděla v pacientčině tváři, ze které vyzařovala velká úleva, radost a spokojenost. Tento nepřehlédnutelný jev paní ještě podtrhla větou: *„To bylo tak krásný, já jsem teď opravdu ještě viděla toho svýho Ondru a mluvila jsem s ním, on mi řekl, že na mne pořád moc myslí…a představte si, viděla jsem i tu jeho holčičku, tu malou Jessicu, ta je tak krásná, on ji choval a pak jí taky přebalil…ona má takovej maličkej nosánek, jako měl Ondra, když se narodil… A pak mi taky řekl, že i když je tak daleko, tak že na mně pořád myslí a že mě má moc rád. Já jsem teď tak šťastná.“* Pacientka pak prožila své poslední dva dny života s krásnými vzpomínkami na toto setkání se svým milovaným vnukem a jeho dcerkou Jessikou. Několik týdnů po smrti pacientky se psychosociální pracovnici ozval vnuk té paní, s velkým poděkováním za to, že mohl s babičkou ještě „být“, ukázat jí dceru, a hlavně jí říct, že ji má rád a rozloučit se s ní. Věděl, že bez toho by smutek ze ztráty své milované babičky zvládal mnohem, mnohem hůř.

Pomozme umírajícím, pokud chtějí, s praktickým „plánováním smrti“. Nebraňme se hovorům na toto téma, pokud o to umírající projeví zájem.

Pro mnohé pacienty toto bývá jedno z důležitých témat při přemýšlení o budoucnosti, avšak ani v tomto nebývají často vyslyšeni. Je pochopitelné, že pro blízké takto nemocných pacientů bývá rozhovor na toto téma velmi těžké, může je přepadnout

smutek, pláč, strach, navíc si mnohdy nevědí rady s tím, jak by měli reagovat. Takový rozhovor pak bývá velmi rychle ukončen slovy: *„Takový věci vůbec neříkej, nebo něco přivoláš.“, „To já vůbec nechci poslouchat.“, „Na takový řeči je ještě hodně času.“* (oba dobře vědí, že není). Mnoho lidí, zvláště těch starších, potřebuje vědět, jak se jeho blízcí po jeho smrti zachovají, často si velmi přejí, aby vše proběhlo podle jejich představ (*„Zahrajte mi na pohřbu tuhle písničku.“, „Chtěla bych pak ležet v hrobě vedle svého bratra.“, „Hlavně mě nedávejte do země, ať tam po mně nelezou červi.“, „Rozprašte mě do řeky“*). Ačkoliv se to může zdát pro blízké jakkoli zbytečné či dokonce banální, pokud o něčem podobném umírající začne hovořit, je to známka toho, že je to pro něj důležité téma, kterým se hodně zabývá. Je velmi dobře, když s ním jeho blízcí o tom hovoří a domluví se společně na nějakém řešení, které je akceptovatelné pro obě strany. Častým problémem těchto rozhovorů bývá to, zda po smrti nemocného mají blízcí uspořádat smuteční obřad, respektive pohřeb s obřadem či nikoliv. Pokud mají obě strany na toto téma rozdílný názor, je také velmi důležitá vzájemná diskuse o tom, proč například umírající takový pohřeb nechce (většinou tím nechce své blízké finančně zatěžovat) či proč jeho blízcí o rozloučení s ním tolik stojí a mnohdy si to ani jinak neumí představit (o důležitosti obřadu se zmiňuji v jiné kapitole). Někdy bývá diskuse ale zcela opačná – pacient si pohřeb přeje, rodina ale ne. Umírající si často svůj vlastní pohřeb už dlouho dopředu představuje, někdy si předem zvolí hudbu nebo dokonce sám napíše smuteční řeč (či pořídí audionahrávku), kterou chce, aby na jeho pohřbu zazněla. Je však také důležité mluvit s nemocným na toto téma nanejvýš citlivě a empaticky; někdy – pokud je k tomu nemocný přístupný, je možné zde využít i humoru, ačkoli se to na první pohled může zdát nepředstavitelné. Takovéto rozhovory je však třeba otevřít včas, v posledních chvílích života pacienta už obvykle bývá pozdě.

Pomozme umírajícím vyřešit si jejich rodinné nesrovnalosti, smířit se s těmi, s kterými se nepohodli, narovnat dříve „pošramocené“ vztahy, vzájemně si poděkovat.

Velmi dobře na toto téma píše americký lékař, paliatr Ira Byock[74] (*1951) ve své knize Čtyři klíče k životu:

[74] Dr. Ira Byock je významný odborník v oboru paliativní péče, spisovatel a propagátor lepší péče o umírající. Svým výzkumem i knihami pomohl definovat kvalitu života a kvalitu péče o pacienty v pokročilých fázích závažných chorob. Paliativní a hospicovou péčí se zabývá od roku 1978, je

*„**Prosím, odpusť mi. Odpouštím Ti. Děkuji Ti. Mám tě rád.***

…Čtyři krátké věty obsahují jen deset slov. Obsahují základní moudrost, kterou mě umírající lidé naučili o tom, co je v životě nejdůležitější. (…) Jejich odpověď bude vždy souviset s lidmi, které mají rádi. Vždy. V blízkosti smrti si uvědomíme, že vztahy jsou naším nejcennějším majetkem. Už dávno jsem přestal počítat, kolik lidí v mé ordinaci, na pokoji intenzivní péče, v nemocnici nebo v hospici vyjádřilo hlubokou lítost na tím, co už nestihli říci rodičům, prarodičům, sourozencům nebo přátelům, než zemřeli. Minulost už nelze změnit, ale jejich lítost je bez výjimky, přivedla k rozhodnutí vyslovit to, co má být vysloveno, dříve, než bude pozdě – urovnat zraněné city a upřímně se sblížit s lidmi, kteří jsou pro ně nejdůležitější.“[75]

Toto doporučení vnímám jako jedno z nejdůležitějších, a to pro obě strany – umírajícího i všechny jeho bližní. Mé přesvědčení opět vychází nejen z odborné literatury[76], ale především z vlastního zamyšlení nad tím, co sama slýchávám od umírajících pacientů, kteří sami mluví o tom, co je pro ně tím nejpodstatnějším. Umírající na konci života nemluvívají o svém nahromaděném majetku, o tom, jak drahé auto mají před svým honosným domem nebo kde nejdále byli na dovolené. Naopak, téměř vždy se rozhovoří o tom, že to nejdůležitější v jejich životě byly a jsou **vztahy s jejich blízkým**i, s rodinou, přáteli, kolegy. A ukazuje se, že právě to je to nejpodstatnější, co určuje způsob, jakým ze světa odcházejí – u pacientů, kteří nemají své vztahové problémy vyřešeny, můžeme pozorovat jakousi tíhu, která jejich umírání provází. Naopak pokoj a klid bývá velmi dobře patrný ve tvářích těch, kteří zemřeli bez této tíhy nenarovnaných vztahů se svými blízkými – tedy těch, kteří si ještě všechny případné vztahové problémy stačili vyřešit. Zdaleka však nemusí jít jen o blízké členy

---

zakládajícím členem a bývalým prezidentem Americké akademie hospicové a paliativní péče. V letech 1996 až 2006 působil jako ředitel pro rozvoj a podporu kvality služeb v národním grantovém programu End-of-Life Care nadace Roberta Wooda Johnsona. Od roku 2003 až do července 2013 řídil program paliativní péče v lékařském středisku Dartmouth-Hitchcock v Lebanonu v New Hampshire. Dr. Byock je profesorem komunitní a rodinné medicíny na Geisel School of Medicine v Dartmouthu. V češtině vyšla také jeho kniha Dobré umírání.

(zdroj: [online]. Dostupné na: https://obchod.portal.cz/spiritualita/ctyri-klice-k-zivotu/, [cit. 25. 02. 2019].

[75] BYOCK, Ira. Čtyři klíče k životu, s. 29.

[76] Srov. např. WARE, Bronnie. Čeho před smrtí nejvíce litujeme: [jak nám život změní naši drazí, když umírají].

rodiny, mnohdy pacienty na konci života trápí i nevyřešené vztahy s jejich sousedy, kolegy či přáteli, často vniklé před mnoha lety či dokonce desetiletími, třeba i v pacientově dětství. Narušené vztahy s blízkými však netíží však jen umírajícího, ale také ty, kteří po pacientově úmrtí zůstávají. A to nejen pozůstalé, ale i další lidi z celého sociálního okolí zemřelého.

„Nalézal jsem útěchu ve svědectví jejím, jež mně vydala v poslední své nemoci, děkujíc ně něžně za mou pozornou péči, nazývajíc mne zbožným synem a připomínajíc mně s laskavou srdečností, že z mých úst nezaslechla nikdy tvrdého neb urážlivého slova. Čímž však jest to, můj Bože, který jsi nás stvořil a kterak mohla se srovnati úcta, kterou jsem jí prokázal, se službou, již ona prokázala mně?“[77]

Zjistěme si jejich případné náboženské vyznání,
pokud chtějí, pomodleme se s nimi, nabídněme jim možnost návštěvy kněze, jáhna či řádové sestry.[78] I lidé, kteří dosud o Boha nejevili zájem, mají často na konci svého života potřebu jej nalézt, poprosit o odpuštění a poděkovat, mnozí dokonce velmi touží po tom, aby mohli být ještě **pokřtěni**. Často také chtějí, i když jsou třeba dlouhá desetiletí sezdáni při civilním obřadu, **vdát se či oženit** „před Bohem“ – tedy obřadem církevním. Opravdu **nepodceňujme tuto jejich potřebu**, i když se třeba neshoduje s naším vlastním názorem – pro umírajícího člověka bývá smíření s Bohem velmi důležité, i kdybyste to do něj dříve vůbec neřekli. S trochou nadsázky bychom mohli říci: *„Pokud chce umírající mít na stěně pokoje obraz V. I. Lenina, má ho mít, ...pokud tam chce mít kříž, pověsíme mu na zeď kříž.“* A nám pomáhajícím nepřísluší pacientovo přání jakkoliv hodnotit – je to přece **jeho umírání, ne naše.**

Hlavně nic neodkládejme, už zítra by mohlo být pozdě.
„...potlačil jsem každý svůj úmysl, dokud se nepozdraví a nenabude síly, bych s ním pojednal o tom, co jsem zamýšlel. Tu však byl odňat mému nerozumu, aby k mé útěše byl zachován pro Tebe; za několik dní v mé nepřítomnosti upadl opět do horečky a

[77] Augustinus, Aurelius. *Vyznání*, s. 292-293.

[78] Pozor na psychologicky i eticky nevhodně používaný název svátosti Pomazání nemocných, kterou mnozí nazývají jako „poslední pomazání“.

zemřel! Jak strašlivou bolestí bylo zarmouceno mé srdce! Mé oko vidělo všude jen smrt. Pobyt v rodném městě byl mně pravou mukou a otcovský dům nevýslovným utrpením, neboť všechny předměty jich jsem s ním společně užíval, působily mně bez něho bezměrná muka. Všude ho hledaly mé oči a neobjevoval se jim."[79]

Pomozme rodině umírajícího s výběrem jeho oblečení do rakve.

Z dřívějších dob máme mnohdy v sobě „zakořeněnou" představu, že zemřelý musí být oblečen do černého formálního oblečení (*„Přece se to tak dělá"*). K tomu však není naprosto žádný důvod či dokonce nějaká zákonná povinnost, jak se někdy pozůstalí domnívají. **Černá barva** v našem pohřebnictví velmi **ustupuje do pozadí**, dle zkušeností pohřebních služeb se již téměř nepoužívají ani obřadní rakve v černé barvě. Můžeme rodině nabídnout, že oblečení pro svého zemřelého může vybrat opravdu podle toho, jak to sami chtějí – vhodné je například to, co umírající rád nosil, v čem se cítil dobře – není vůbec nutné zemřelého oblékat do přísně společenských šatů, pokud si to rodina nepřeje. Na druhou stranu by jistě nebylo vhodné oblečení špinavé či potrhané, které by mohlo snižovat důstojnost zemřelého, ale i celého smutečního obřadu. Je ale vždy skutečně jen a jen na blízkých, jaké oblečení pro zesnulého zvolí. I to se totiž později může promítnout do zvládání truchlení pozůstalých, nevhodný výběr oblečení, třeba jen z pohledu pozůstalého, může navodit například jakýsi pocit viny (*„Měl jsem mu dát radši bílou košili, tu černou neměl rád…"*). Proto jistě není namístě odsuzovat pozůstalé za to, že nechali maminku obléct třeba do růžové halenky (*„Přece má být v černém."),* stejně tak ale ani za to, že je maminka celá v černém. Mnohdy i výběr spodního prádla pro zemřelého může být pro pozůstalé velmi důležité, jakkoli se to může, z vnějšího pohledu, zdát jako naprostá banalita. Na tomto místě je vhodné zmínit také to, že obouvat boty zemřelému se z ekologických důvodů nedoporučuje[80], a to bez ohledu na způsob pohřbení (zpopelnění, pohřbení do země).

Kazuistika

Žena (55 let) velmi hezky doprovázela svého stejně starého manžela po celou dobu jeho nevyléčitelné nemoci. Několik dní před jeho smrtí se při jednom z rozhovorů

[79] Augustinus, Aurelius. *Vyznání*, s. 96-97.

[80] Např. v českobudějovickém krematoriu je v současné době provedeno v průměru 10 žehů za den (tj. cca 2500 žehů / rok), to by znamenalo spálení cca 20 bot denně (5000 bot / rok). Přestože jsou zde velmi přísně hlídané ekologické limity, jednalo by se o velmi zatěžující prvek pro čistotu ovzduší. U pohřbu do země je důvod obdobný.

s psychosociální pracovnicí svěřila, že jí začaly trápit myšlenky na to, co svému manželovi „potom“ oblékne. Kamarádka jí řekla, že to musí být černý oblek s černou kravatou, protože to viděla v nějakém filmu. Doprovázející manželka měla tedy již ve skříni připravené manželovo černé sako, kalhoty, košili a kravatu, několikrát denně se ale chodila do skříně dívat a, jak sama říkala, „*měla vždycky husí kůži*“, když si svého manžela takto oblečeného představila. Byl totiž celý svůj život nadšeným motorkářem a rockerem a pro jeho manželku bylo naprosto nepřijatelné, že by měl být na poslední cestě „*upnutej do kvádra s kravatou kolem krku“*. Po ubezpečení psychosociální pracovnice, že může pro manžela vybrat oblečení podle toho, jak to sama cítí (někdy se k tomu i sám umírající vysloví), viditelně se jí ulevilo, což i sama potvrdila. Ještě nyní, několik let po manželově úmrtí vděčně mluví o tom, jak moc bylo pro ni důležité, že mohl odejít tak, jak se celý život cítil nejlépe – v kožených kalhotách, černém tričku, se svým oblíbeným rockerským šátkem uvázaným kolem hlavy.

Dbejme i na potřeby doprovázejících,

zvláště těch, kteří se o nemocného starají celodenně, (doma, ale i například v lůžkovém hospici) – **je nutné, aby odpočívali** – zasportovali si, prošli se na sluníčku – nezapomínejme, že pro ně je umírání jejich blízkého velikou zátěží, a to jak psychickou, tak i fyzickou – zvláště, když doba pre finem je příliš dlouhá (prolongovaná). Můžeme jim velmi pomoci například tím, že jim **nabídneme naši přítomnost u nemocného** po dobu, kdy se oni budou věnovat odpočinku. Vítanou pomocí také bývá uvaření jídla, pohlídání dětí nebo třeba pozvání na procházku nebo na kolo a podobně. Vždy je však potřeba zajistit, aby u pacienta v tu dobu někdo byl – nejen kvůli němu, ale také proto, aby doprovázející mohl svůj odpočinek prožít co nejvíce v klidu, s vědomím, že je o jeho blízkého i teď postaráno.

Nezapomínejme, že toto období prožívají i děti,

kterým umírá někdo blízký. Tomuto tématu bude věnována jedna z následujících kapitol.

6.1.2 Poslední chvíle života – fáze in finem

Pro doprovázející, pokud jsou při úmrtí přítomni, bývá tato chvíle daleko **těžší než pro umírajícího**. Doprovázející v této fázi většinou potřebují mnohem

více péče než sám umírající. Uvědomme si, že právě prožívají jednu z nejtěžších chvil svého života a snažme se jim to jakkoliv, avšak velmi citlivě ulehčit. Nadešel okamžik, kterého se tak dlouho obávali …

S doprovázejícím mluvíme citlivě, co nejméně, potichu a klidně. Můžeme pustit vhodnou relaxační hudbu, zapálit aromalampu či vonnou svíčku, snažíme se navodit co nejpříjemnější a klidnou atmosféru. Ačkoli se to může zdát jakkoli neuvěřitelné, pro mnohé doprovázející jsou právě tyto chvíle, těmi, na které později velmi rádi vzpomínají a které mají zásadní vliv na průběh jejich truchlení.

Ve chvíli, kdy umírající zemřel, necháme doprovázejícího v klidu a snažíme se co nejcitlivěji reagovat na jeho potřeby. Není potřeba urychleně cokoliv řešit – pro první chvíle je vhodné u zemřelého jen zapálit svíčku a otevřít okno, případně se za zemřelého krátce pomodlit.

Kazuistiku jsem popsala v **českobudějovickém Deníku** v článku **„Aby se Jihočechům dobře žilo ale i umíralo“**, který vyšel ke Dni hospiců 13. října 2018:

„Nedávno jsem měla noční výjezd k umírajícímu pacientovi v konečné fázi onkologického onemocnění, o kterého se, za pomoci českobudějovického domácího hospice Ledax, již několik týdnů doma vzorně starala jeho manželka. Když jsem přišla k pacientovu lůžku, bylo mi jasné, že právě nastávají poslední chvíle jeho života. Ještě několik málo okamžiků se mnou dokázal komunikovat, usmíval se a pokyvoval hlavou, když mi jeho paní s láskou vyprávěla o jejich krásném manželství, o tom, jak se před sedmi lety seznámili a prožili spolu tolik krásných okamžiků. Tiše, s pokojným úsměvem vyprávěla o tom, jak moc rádi spolu chodili po horách a po každém výstupu se rádi vyhřívali na vrcholcích hor, na kamenech, které nádherně hřály od dopadajících slunečních paprsků… Seděly jsme spolu u lůžka jejího milovaného umírajícího manžela, v přítmí malé stolní lampičky, spolu jsme držely jeho slábnoucí ruce a obě jsme věděly, že právě teď s ním prožíváme ty úplně poslední okamžiky jeho života. Nevím, jestli je vůbec možné slovy popsat tu chvíli, kterou jsem s nimi ten večer směla prožít – chvíli, která byla smutná, ale zároveň tak ***nepopsatelně pokojná, krásná, tajemná, slavnostní.*** *Ale nejen pro mne, ale hlavně pro ty dva, kteří si i v posledních chvílích vzájemně dokázali tolik dát –* ***být spolu až do konce****…“*[81]

[81] Aby se nám dobře žilo i umíralo. Českobudějovický deník, dat. vyd. 13. 10. 2018, s. 2.

6.1.3 Po úmrtí – fáze post finem

Pokud to situace dovoluje, mohou se pozůstalí podílet na umytí, oblékání a úpravě zesnulého nebo alespoň mohou být při těchto úkonech přítomni. Někdo toto ale naopak může odmítat, vždy je ale vhodné ponechat rozhodnutí na momentálním přání a potřebě pozůstalých. Velmi vhodné je také krátké rozloučení nejbližších se zemřelým hned v den úmrtí – pozůstalí zde mají prostor a čas se s ním ještě v klidu rozloučit, říci mu, co ještě nestihli, důkladně se vyplakat, případně vložit do rukou zemřelého nějaký předmět, který by mu chtěli dát – často je to například růženec, větvička ze zahrádky, výkres od vnoučátek; zemřelým dětem často dávají rodiče oblíbenou hračku a podobně. Pokud jde o úmrtí doma, pozůstalí si často myslí, že je potřeba hned vše zařídit – volat pohřební službu a podobně. Je dobré je ubezpečit, že **není potřeba na nic chvátat**, pokud sami nechtějí. Mohou se zavoláním pohřební služby, resp. odvozem zemřelého počkat (samozřejmě pokud si to tak přejí) na příjezd ostatních členů rodiny a blízkých, aby se i oni mohli **se zemřelým ještě rozloučit**. Někdy to bývají hodně silné, ale moc hezké chvilky – často se stává, že se u lůžka zemřelého ještě naposledy sejde celá rodina a všichni vzpomínají, často i s úsměvem, na hezké chvíle, které spolu se zemřelým během společného života prožili a poslouchají písničky, které měl jejich zemřelý rád. Může to trvat i mnoho hodin, než se rodina se zemřelým takto rozloučí a nechá pohřební službou jeho tělo odvézt. Nejčastěji toto můžeme vidět u romských rodin, kde – podle tradice – ponechávají tělo zemřelého doma po tři dny, celou dobu se u něho střídají a drží u něj „vartu“ – tzv. vartují.[82] Tato, u mnohých romských skupin běžná praxe je velice užitečná pro jejich následné truchlení – mají dostatek času se se svým blízkým dostatečně a v klidu rozloučit, jak potřebují, říct mu něco, co dříve nestihli, mohou jej ještě naposledy pohladit. To velmi pomáhá k uvědomění si, že jejich blízký opravdu zemřel, což je pro truchlení a postupné smíření se s bolestnou ztrátou velmi důležité – jde o tzv. akceptaci smrti, bez které, pokud neproběhne, se truchlení velmi často stává komplikovaným. S tím se velmi často mohou setkat posádky záchranářů, kteří vyjíždějí k tragickým událostem – například pokud dojde k úmrtí po autonehodě či po srážce s vlakem a jsou na místě také blízcí takto zemřelého, většinou vyžadují, aby jim bylo umožněno jej vidět (*„Ne, tomu nevěřím, že je mrtvej, on nemůže bejt mrtvej, vždyť jsem s ním ještě ráno mluvil – pusťte mě k němu, já ho musím vidět, jinak vám to*

[82] Cesta domů. Portál umírání.cz. [online]. [cit. 29. 03. 2019]. <https://www.umirani.cz/clanky/umirani-a-smrt-v-romske-kulture>.

neuvěřím…“). V takových případech, pokud je to – i z etických důvodů[83] jen trochu možné, je namístě této prosbě pozůstalých vyhovět a ponechat jim dostatek prostoru k fyzickému rozloučení se zemřelým, což akceptaci smrti velmi usnadní.

Nabídněme pozůstalým pomoc při zajišťování pohřbu. Velmi často později **pozůstalé mrzí**, že neudělali obřad pro svého zemřelého jinak – jen proto, že o jiné možnosti nevěděli. V této souvislosti je na místě připomenout také skutečnost, že smrt není „výsadou“ jen starých a nemocných, ale že ze života často odcházejí i mladí, zdraví lidé a že v takovém případě jsou i jejich blízcí postaveni před velmi těžkou otázku ohledně toho, jak se rozloučit. Zkušenost ukazuje, že právě toto nelehké rozhodnutí, které, zvláště případě úmrtí mladého člověka, hraje velmi důležitou roli v průběhu truchlení jeho blízkých, je v prvních dnech tíží nejvíce.

6.2 Náhlé úmrtí

Na základě zkušeností s klienty Modré pomněnky lze vysledovat, že v případě náhlého úmrtí truchlení pozůstalých mívá, především v prvních týdnech, částečně jiný průběh než po úmrtí očekávaném. Zatímco před úmrtím očekávaným většinou budoucí pozůstalí mají, alespoň v některých ohledech, možnost se na úmrtí svého blízkého připravit, splnit mu ještě třeba i některá jeho přání, včas se s ním rozloučit a podobně, pokud dojde k úmrtí náhlému, žádnou takovou možnost nemají. O to více intenzivnější průběh truchlení – především v počáteční fázi (šoku), pozůstalí prožívají. Jeden z nejtěžších a nejkritičtějších momentů bývá v tomto případě ten, kdy se pozůstalí dozvědí o smrti svého blízkého. Vyslechnout si tragickou zprávu, která jim ve většině naprosto změní život, znamená pro pozůstalé veliký šok, akutní stres a trauma, které se můžou projevovat rozličnými projevy, jako jsou úzkost, panika, obtížná koncentrace, ochromení, fyzické příznaky. Mohou se vyskytnout potíže na úrovni fyziologické (tělo), kognitivní (myšlení a pocity) či behaviorální (chování). V takovém případě bývá vhodné využít služeb **kvalifikovaného poradce pro pozůstalé, psychologa nebo psychoterapeuta s patřičným zaměřením.**

[83] Je vždy na zvážení záchranářů, zda tělo zemřelého je v takovém stavu, že je možno jej pozůstalým ukázat. Někdy zde nastává velké dilema – např. pokud zemřelého srazil vlak a části jeho těla jsou rozmetány po okolí apod.

6.3 Také dětí se to týká

V tak těžké situaci, jakou je umírání a smrt někoho blízkého mnohdy zapomínáme na to, že toto těžké období s námi prožívají i děti. Často, vedeni potřebou je před těmito bolestnými událostmi chránit, před nimi chceme utajit realitu blížící se smrti nemocného nebo dokonce i to, že někdo v rodině zemřel. Neuvědomujeme si však, jak moc tím **můžeme svým dětem ublížit**. Děti jsou velmi vnímavé na jakoukoliv změnu, která se v životě rodiny přihodí, i malé dítě velmi dobře vnímá atmosféru, která v rodině panuje a na kterou pak reaguje po svém. Když dítěti umírá otec a nikdo mu to neřekne, nevysvětlí úměrně jeho věku, dítě si, dříve nebo později, začne uvědomovat, že se něco v jeho nejbližším okolí děje, něco, čemu nerozumí a co jej přivádí do stavu nejistoty, strachu a zmatku. Dítě velmi brzy pozná, že je maminka smutná, že často pláče, ale ono neví proč, takže si to **vysvětlí po svém**. Začne obviňovat samo sebe, že je maminka smutná, protože ono zlobilo nebo že dostalo špatnou známku, nebo jej napadne i to, že ho nemá ráda. Proto je nutné, aby někdo blízký dítěti, úměrně jeho věku, vysvětlil, co se děje a ujistil ho, že ono není tou příčinou maminčina smutku. Zkušenosti ukazují, že děti, pokud se ji někdo takto správně věnuje, většinou se umí s takovou skutečností **vyrovnat daleko lépe než my dospělí**. Je ale **důležité jim nelhat**, aby v nás neztratili důvěru o kterou se mohou opřít. Jak ale s dětmi v takových situacích, jako je blížící se konec života jejich blízkého, mluvit? Jak jim pomoci takovou situaci zvládnout? Pro dítě je důležitá jistota, že i když teď rodina čelí tak těžké situaci, tak ono nepřijde o své **jistoty**, které až dosud měl. Proto je důležité i teď udržovat v jejich životě zvyklosti a řád, na který byly zvyklé, naslouchat jejich otázkám a pravdivě na ně odpovídat. Velmi důležité je také umožnit dětem kontakt s nemocným (samozřejmě s patřičným vysvětlením toho, že nemocný tatínek teď vypadá jinak než dříve, ale že je normální součást jeho nemoci). I hodně malé dítě můžeme zapojit do péče o umírajícího – může mu přinést čaj, podat kapesník, vyprávět mu o tom, jak prožilo den nebo mu třeba číst. Je však také potřeba akceptovat různé projevy emocí dítěte, které se mohou radikálně střídat – dítě může chvíli plakat, ale pak se zase dokáže velmi rychle smát. Po úmrtí nemocného můžeme **dítě zapojit do přípravy pohřbu** – může tatínkovi vybrat oblečení, písničku na obřad, může mu třeba namalovat výkres a dát mu jej na poslední cestu. Velké diskuse probíhají v rodinách kvůli **účasti dětí na pohřbu**. V odpovědi na tuto otázku se často neshodnou ani odborníci, natož pak rodina dítěte. Já osobně jsem velkým zastáncem účasti dětí na pohřbu, a to i velmi malých. Samozřejmě s výjimkou

dětí psychicky labilních, ale i tam bych zvažovala, po poradě s dětským psychologem, jejich účast. Pro děti, stejně jako pro nás dospělé je velice důležité mít možnost se se svým blízkým nějak rozloučit – už pro jeho další život, kdy se mu současné nedostatečné truchlení může, třeba při nějakém dalším úmrtí, hodně vymstít. O tom také píši na jiném místě této práce. Musím říci, že jsem, i přesto, že jsem v rámci své práce Modré pomněnce, již absolvovala nepočítaně posledních rozloučení, nikdy jsem nezažila nějaký kolaps dítěte v souvislosti s jeho účastí na takovém obřadu. Je však samozřejmě nutné **dítěti předem vysvětlit**, jak bude obřad probíhat, co tam uvidí, aby předem vědělo, co se tam bude dít. Vždyť i dříve bylo **přirozenou součástí života**, že děti byly účastny pohřbu, když jim někdo blízký zemřel, a že před tím byly do poslední chvíle zapojeny do péče o něj.

Nezapomínejme tedy, že **děti také truchlí, i když jinak než my dospělí**. Linda Goldman, zkušená poradkyně a terapeutka ve své knize sepsala některé projevy truchlících dětí, které je dobré znát, pokud nechceme být některými reakcemi truchlících dětí zaskočeni. Goldmanová upozorňuje, že některé truchlící děti se mohou zdát uzavřené a nespolečenské nebo se naopak mohou stát třídním šaškem nebo tyranem. V noci se mohou pomočovat nebo mít zlé sny, ve škole se nedokážou soustředit, mohou mít potíže poslouchat nebo udržet pozornost. Někdy také jednají impulzivně, jsou najednou příliš upovídané, chaotické, neschopné řídit se pokyny rodičů či učitelů. Mohou si stěžovat na bolesti hlavy nebo břicha nebo demonstrovat bezohlednost. Může nás překvapit, že mohou mluvit o zemřelém v přítomném čase, zemřelého si idealizují a napodobují jeho gesta. Může se i stát, že truchlící dítě se začne přehnaně bát o své blízké a bojí se smrti, někdy vykazuje známky regresivního chování a podobně.[84] Pokud některý z těchto projevů však trvá delší dobu, je vhodné případně využít péče kvalifikovaného poradce pro pozůstalé či psychologa (psychoterapeuta) s patřičným zaměřením.

[84] Srov. GOLDMAN, Linda. *Jak s dětmi mluvit o smrti*, s. 83-84.

7 Principy pomoci pozůstalým

V tradičních západních zemích je již mnoho desetiletí etablovaná a hojně využívaná služba „poradenství pro pozůstalé“.[85] Relativně nedávno, v roce 2011, přibyla i do české Národní soustavy kvalifikací[86] nová profesní kvalifikace, nazvaná **Poradce pro pozůstalé**. Bylo to správné vyústění a reakce na výtky Evropské unie směrem k České republice, které zcela oprávněně poukazovaly na skutečnost, že žádná součást státní zdravotní ani sociální péče nevěnovala systematickou pozornost pozůstalým, přestože mnoho z nich velmi často trpí sociální izolací a těžkým psychickým strádáním. Proto byla na Ministerstvu pro místní rozvoj ČR, pod jehož působnost patří i gesce pohřebnictví, resp. i nově vznikající kvalifikace poradce pro pozůstalé, zřízena pracovní skupina, složená z předních odborníků na tuto oblast. Tato skupina vytvořila pro zmíněnou profesní kvalifikaci patřičné kvalifikační a hodnotící standardy[87] a bylo schváleno několik autorizovaných osob, které splnily všechny požadavky a jsou oprávněny realizovat státní kvalifikační zkoušky pro uchazeče o tuto kvalifikaci.[88] Velkou zásluhu na vytvoření a poté i na rozšiřování u nás do té doby neznámého poradenství pro pozůstalé má bezpochyby průkopnice pomoci pozůstalým a „duchovní matka“ této profese, PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., která byla také první autorizovanou osobou pro tuto kvalifikaci. V současné době získalo v České republice kvalifikaci Poradce pro pozůstalé splněním státní kvalifikační zkoušky devadesát osm uchazečů.[89] Bohužel zdaleka ne všichni se této profesi aktivně věnují.

Pozitivní je také nedávný vznik další profesní kvalifikace v tomto oboru, a tím je **Doprovázení umírajících a pozůstalých,** která, zjednodušeně řečeno, rozšiřuje kompetence pracovníka o doprovázení umírajících, vypravování pohřbu, základní

[85] viz např. The Telegrapf. *Why death counseling is important.* March 28, 2018. [onlline]. [cit. 25. 03. 2019]. Dostupné na: < https://www.telegraph.co.uk/financial-services/retirement-solutions/funeral-plans/bereavement-counselling-important/>.

[86] Národní ústav pro vzdělávání. [online]. [cit. 18. 3. 2019]. Dostupné na: <http://www.narodnikvalifikace.cz>.

[87]Národní ústav pro vzdělávání. [online], [cit. 18. 3. 2019]. Dostupné na: <http://www.narodnikvalifikace.cz/kvalifikace-475-Poradce_pro_pozustale/revize-477/hodnotici-standard>.

[88] Prvním kvalifikovaným poradcem pro pozůstalé v Jihočeském kraji se začátkem roku 2013 stala autorka této diplomové práce.

[89] Ministerstvo pro místní rozvoj ČR. [online], [cit. 18. 3. 2019]. Dostupné na: <https://mmr.cz/cs/Ministerstvo/Pohrebnictvi/Profesni-kvalifikace/Kvalifikace-poradce-pro-pozustale>.

orientace v oblasti postmortálních práv či vykonávání poslední vůle.[90] Zatím jedinou autorizovanou osobou v České republice je Modrá pomněnka, z.s.[91]

Je však zde na místě také říci, že naprostá **většina pozůstalých profesionální pomoc nepotřebuje**, nebo nevyhledá – i když je pravda, že z mé občasné komunikace s ostatními kolegy z celé republiky, stejně tak jako z mých vlastních zkušeností z Modré pomněnky vyplývá, že lidí, kteří se dříve či později po úmrtí někoho blízkého, na poradce pro pozůstalé obrátí, **přibývá.** Z analýzy dokumentace jihočeské Modré pomněnky je patrný, i když nijak razantní, nárůst klientů, kteří kontaktují pracovníky poradny s podezřením na vznikající či již probíhající komplikované truchlení.[92]

Jak již bylo zmíněno, většina pozůstalých však zvládne své truchlení bez odborné pomoci – většinou za pomoci svého **přirozeného sociálního okolí** – samozřejmě, pokud nějaké existuje (nejpočetnější skupina klientů s komplikovaným truchlením jsou v poradně Modré pomněnky, nijak překvapivě, osamělí lidé – vdovy, vdovci či klienti ve středním věku dosud žijící s nyní zemřelým rodičem. Několik klientek již také vyhledalo pomoc poradce pro pozůstalé Modré pomněnky po úmrtí jejich domácího mazlíčka, což poměrně hodně lidí prožívá podobně jako ztrátu ostatních členů rodiny. Toto je nejčastěji patrné zejména u vdov – seniorek, pro které bylo jejich domácí zvíře často jediným skutečným přítelem (často manžel i vrstevníci již zemřeli, dospělé děti dávno „vylétly z hnízda“ a na návštěvy babičky dochází čím dál tím méně často – pokud vůbec…).

Psychosociální pomoc pozůstalým probíhá v Modré pomněnce z velké části na principech popsaných Naděždou Špatenkovou, kterou jsem zmínila již v předchozím

[90] Národní ústav pro vzdělávání. [online], [cit. 18. 3. 2019]. Dostupné na: <http://www.narodnikvalifikace.cz/kvalifikace-817-Doprovazeni_umirajicich_a_pozustalych/revize-1304/kvalifikacni-standard>.

[91] Národní ústav pro vzdělávání. [online], [cit. 18. 3. 2019]. Dostupné na: <http://www.narodnikvalifikace.cz/kvalifikace-817-Doprovazeni_umirajicich_a_pozustalych/autorizace--a56535f0-9547-4558-9544-589fbb191c3c--Modra_pomnenka_z_s>.

[92] Meziroční nárůst těchto (nových) klientů s podezřením na komplikované truchlení se pohybuje mezi 1-3 procenty, např. roce 2018 to bylo cca 78 % z celkového počtu klientů – pozůstalých. Zároveň s tímto růstem se samozřejmě projevuje souběžný pokles počtu klientů, kteří kontaktují poradnu z jiného důvodu (sociální poradenství z oblasti pohřebnictví, otázky dědictví apod.). Zřejmě se zde projevuje větší informovanost pozůstalých, zvyšující se možnosti získávání praktických internetových informací a podobně, na druhé straně pravděpodobně také větší informovanost truchlících o možnostech pomoci při nezvládnutém truchlení – jistě i díky narůstající spolupráce s psychology IZS, s Jihočeským krajem, krajskými nemocnicemi a dalšími pomáhajícími organizacemi (ČČK, BKB, RP aj.), osvětovým a edukačním přednáškám Modré pomněnky; svoji roli jistě sehrává i občasný kontakt s médii a zcela jistě také pozitivní doporučení klientů, kterým Modrá pomněnka již v minulosti pomohla. Důvodem však může být například i obecně zhoršující se psychická odolnost a psychické zdraví obyvatelstva, resp. zvyšující se stres a neustálé zrychlování života, potlačování emocí a další psychosociální jevy.

textu. Většina jí zmiňovaných způsobů komunikace, alespoň těch základních, jsou, podle mne velmi dobře (možná se dá říci, že i přirozeně) uplatnitelné nejen v pomoci profesionály, ale i **kýmkoli** z přirozeného sociálního okolí pozůstalého, kdo mu chce a může být v jeho truchlení dobrou a přirozenou oporou. Proto jsem si zde dovolila uvést, alespoň v bodech, několik inspirací:

- Udělejte si na rozhovor čas.
- Představte si sám sebe v roli pozůstalého.
- Používejte otevřené otázky.
- Nedávejte zbytečné rady.
- Nepřerušujte truchlícího v hovoru.
- Používejte prvky aktivního naslouchání (aha, ano, hmm…).
- Nemluvte příliš, nechte prostor hlavně pozůstalému.
- Využívejte ticho jako silný nástroj konverzace.
- Spíš, než abyste mluvil, naslouchejte.
- Neodsuzujte.
- Poskytujte ujištění, že jste udělali Vy, zdravotníci i pozůstalí vše, co bylo ve vašich silách.
- Dovolte pozůstalému truchlení se všemi jeho projevy.
- Nevyhýbejte se používání „silných“ slov (místo „smrt“ neříkejte „to“…)
- Nemějte obavy zmínit se o zemřelém; pozůstalým více pomůže pěkná vzpomínka na zemřelého než jakékoliv vyhýbání se vzpomínkám.
- Nesnažte se zabránit pláči pozůstalého, naopak je na místě poskytnout mu bezpečný prostor pro ventilaci jeho emocí.[93]

[93] Srov. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*, s. 116-122.

8 Současné etické systémy

V této kapitole bych ráda krátce pojednala o několika současných etických systémech, pomocí kterých se můžeme – jak v psychosociální práci, tak i v medicíně, velmi často rozhodovat.

Filosofickou etiku, což je disciplína snažící se rozvést a teoretizovat lidské chování rozvinul již v antickém Řecku Aristoteles. Etika obecně vychází ze skutečnosti, že se **musíme neustále rozhodovat,** a také z toho, že neustále něco nebo někoho hodnotíme. Předpokládá, že máme ke svému rozhodování **svobodnou vůli** a určitou mravní představu, podle které bychom se měli řídit. Tím, že se člověk svobodně rozhoduje, je však také za své rozhodnutí a chování sám **zodpovědný** – to je ostatně to, co dělá člověka člověkem a co nás odlišuje od ostatních živočichů,[94] přestože máme se zvířaty v oblasti sociálního chování mnoho společného (starost o mláďata či o zraněného jedince, altruismus apod.). Je třeba však také říci, že však naše svoboda není absolutní, nýbrž jsme lecčíms také determinováni (genetické vybavení, místo a doba narození, příslušnost k nějakému etniku apod.). Etika ale vychází z toho, že jsme **nadáni rozumem a svobodnou vůlí**, a že naše determinace je jen jakési pozadí, které rozum a svobodná vůle rozšiřují. Filosofická etika klade zásadní **důraz na rozum** a snaží se ukázat**, co je dobré a co je špatné chování** – takže dá se říci, že etika je reflexí morálky, kdy morálku považujeme za konkrétní lidské chování. Etiku však nelze naučit podle nějakého vzorce, neexistuje ani žádné objektivní odůvodnění etického chování (morálky). K tomu lze dodat také to, že sem patří i prvek jakési nejistoty (jak bych se měl zachovat, když nemám jistotu, jestli je správné to či ono rozhodnutí?).

V praxi se běžně nějak rozhodujeme a pak zpětně můžeme reflektovat, k jakému typu etiky patřilo naše etické přemýšlení a rozhodování. K tomu můžeme samozřejmě využít i více etických teorií – v současné době ponejvíce deontologii či utilitarismus, případně etiku péče či etiku situační – ta je dána tím, že žádná teorie ve skutečnosti nemůže obsáhnout všechny situace, které se v našem životě vyskytnou.

[94] Např. známý příměr o tom, že pokud někoho pokouše pes, nemá za toto své jednání odpovědnost; pokud by to udělal člověk, zodpovědný by za to byl.

8.1 Deontologie

S deontologií, tedy „**etikou povinnosti**“[95] se pojí především jméno jednoho z nejvýznamnějších evropských myslitelů, německého filosofa **Immanuela Kanta** (1724–1804). Povinností má Kant namysli povinnost etickou, na které staví celou svoji filosofii, jíž byl sám zakladatelem – tedy právě deontologii. V roce 1781 vydává své stěžejní dílo, které nazval Kritikou čistého rozumu.

Na rozdíl od utilitarismu, o němž bude pojednáno dále, podle Kanta hodnota rozhodnutí a jednání není v prospěchu či užitku, ani v následcích, které jednáním vzniknou, ale **ve smýšlení, tzn. „*v maximách vůle připravených k tomu, aby se tímto způsobem projevily v jednání, i kdyby výsledek nesvědčil v jejich prospěch.*“**[96] Kant vidí rozum jako něco, co pracuje podle své vlastní přirozenosti. Ve své knize Základy metafyziky mravů to formuluje takto: *„…všechny mravní pojmy mají své místo i původ zcela a priori v rozumu, a to v nejprostším lidském rozumu, právě tak jako i v rozumu v nejvyšší míře spekulativním; že nemohou být získány abstrakcí ze žádných empirických, a proto jen nahodilých poznatků; že v této čistotě jejich původu spočívá právě jejich hodnota, takže nám slouží jako nejvyšší praktické principy;“*[97]. Kant hledal nějaké absolutní zdůvodnění morálky – nějaký nejvyšší mravní princip, který by platil všude a za všech okolností, což jej dovedlo k přesvědčení, že mravní zákon dává a nalézá rozum.

Každý člověk má **potřebu být šťastný** a touží pro své štěstí něco udělat. Ne vždy se však při hledání svého štěstí chováme morálně – pro Kanta je v této souvislosti velmi důležitá souběžně přítomná dobrá vůle. Došel dokonce k závěru, že *„se dobrá vůle zdá být nezbytnou podmínkou i toho, aby byl šťastný, kdo je toho hoden.“*[98] Často se totiž dostáváme do situací, kdy při rozhodování musíme použít své „mravní vědomí“ – svědomí, které by nám mělo napovědět, jak se správně rozhodnout a které si můžeme ověřit i zkušeností. Existence **zkušenostního faktu mravního vědomí** byla také tím, co se stalo základem Kantova smýšlení o naplnění etické povinnosti. Za eticky nejhodnotnější jednání pokládá Kant konání dobra někomu, ke komu nemáme žádný osobní kladný vztah – a čím méně kladný náš vztah k němu je, tím je naše konání dobra tomu člověku eticky hodnotnější. K vykonání někomu něco dobrého nás nemá

[95] Deon (z řečtiny) = to, co se musí, povinnost
[96] KANT, Immanuel. Základy metafyziky mravů, s. 84.
[97] KANT, Immanuel. Základy metafyziky mravů, s. 47.
[98] KANT, Immanuel. Základy metafyziky mravů, s. 20.

motivovat soucit, ale skutečná touha pomoci, podpořená vnitřním vědomím, že máme pomoci zcela bezpodmínečně. Rozum tento mravní zákon sám nalézá (autonomie rozumu) a v případě potřeby nám ukládá jej používat. Immanuel Kant zformuloval toto kritérium mravnosti pro naše jednání do svého **kategorického imperativu**[99] ve dvou formulacích:

1. *„Jednej tak, aby **maxima** tvého jednání **mohla být obecným zákonem**“.*
2. *„Jednej tak, abys používal svého lidství jak v své osobě, tak i v osobě druhého vždy **zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek**.“*[100]

Jako jednoduchý příklad pro vysvětlení obou těchto formulací použijme situaci, kdy bychom si půjčili od někoho druhého určitý obnos peněz s úmyslem je nevrátit – tedy je ve skutečnosti ukrást. Pokud bychom zde pracovali s první formulací, došli bychom pravděpodobně k tomuto závěru: moje jednání není tím, které by mohlo být obecným zákonem (nechci, aby všichni lidé kradli). Při posuzování našeho jednání bychom se rozcházeli i s příkazem, zformulovaným ve druhém výroku: já potřebuji peníze a člověka, který by mi je půjčil používám jen jako prostředku k naplněné mého cíle a neberu v potaz jeho lidství jako účel.[101] Proto bych takto jednat neměla, není to správné.

Kategorický imperativ tedy může být pro nás vodítkem v případech, kdy nevíme, zda jednání, pro které se rozhodujeme, je mravně správné – lze si otestovat, zda jednání, pro které se chci rozhodnout, je tím správným, tedy že je v souladu s oběma formulacemi Kantova kategorického imperativu.[102]

Kromě imperativu kategorického Kant hovoří ještě o druhém typu, a tím je **imperativ hypotetický,** kde jednání je prostředkem k něčemu jinému, tedy, jak Kant říká, *„… je hypotetickým imperativem, jímž se jednání nepřikazuje zcela, nýbrž pouze jako prostředek pro jiný úmysl.*“[103] Jednoduše řečeno: abych dosáhl něčeho, musím jednat takto (chci-li mít teplo, musím zatopit).[104]

---

[99] Kant nazývá kategorický imperativ imperativem mravním

[100] KANT, Immanuel. Základy metafyziky mravů, s. 73.

[101] Film My Sister's Keeper, režie Nick Cassavates. 2009. Podle stejnojmenné knihy spisovatelky Jodi Picoult. Podrobnosti o filmu dostupné [online] na: <https://www.imdb.com/title/tt1078588/>. [cit. 25. 03. 2019].

[102] Srov. ANZENBACHER, Arno. Úvod do etiky, s. 49-61.

[103] Srov KANT, Immanuel. Základy metafyziky mravů, s. 54.

[104] ANZENBACHER, Arno. *Úvod do etiky*, s. 63.

8.2 Utilitarismus

Morální správnost podle tohoto etického přístupu je určena **výhradně následky, respektive užitek** určitého jednání **pro co největší počet lidí** – jednání hodnotí podle toho, kolik užitku (štěstí, dobra, blaha), případně kolik zla (utrpení, bolesti, nouze) přinese. Utilitarismus hodnotí dané jednání kombinací těchto aspektů:

- princip následků jednání – jak se jednání projeví z pohledu následků
- princip užitečnosti jednání – jak se jednání projeví z pohledu užitečnosti pro dobro
- princip hédonismu – tedy užitečnosti z pohledu prožívání slasti a blaha (= psychická a fyzická pohoda), respektive z pohledu odstranění strasti (= užitek pozitivní a negativní)
- sociální princip – maximalizace dobra pro ty, jichž se dané jednání dotýká[105]

Jeden z hlavních představitelů utilitarismu a jeho zakladatel britský filosof **Jeremy Bentham** (1748-1832) vychází z toho, že každý člověk ze své přirozenosti usiluje o co největší štěstí a slasti a o co nejméně strasti – bolesti a utrpení. *„Příroda umístila lidstvo pod vládu dvou svrchovaných vládců, bolesti a radosti.“*[106] Z toho dále usuzuje, že usilovat o co nejvíce slasti je mravně správně a naopak odříkat si potěšení je iracionální a mravně nesprávné. Tento filosof, věren myšlence o správnosti usilovat o co nejvíce slasti pro co nejvíce lidí, předkládá tzv**. hedonistický kalkul**, pomocí které lze správnost jednání vypočítat. Principem této metody je to, že se sečtou hodnoty všech slastí, které se daným jednáním získají a porovnají se se součtem strastí, které způsobí. Pokud je součet slastí větší než součet strastí (tedy je-li výsledek kladný), je hodnocené jednání správné, pokud je výsledek záporný (převažují strasti), je jednání nesprávné. Tento výpočet je potřeba provést pro každou zúčastněnou osobu, analogicky se porovnají všechny výsledky, z čehož vznikne závěr, zda je zamýšlené jednání z pohledu všech zúčastněných správné či nikoliv. Do kalkulu Bentham započítává intenzitu prožitku, dobu jeho trvání, časovou blízkost, následky, jistotu (ev. nejistotu) a pravděpodobnost, že se slast dostaví. Při použití tohoto hedonistického kalkulu je ale podmínkou, že slast či strast každého zúčastněného mají stejnou váhu (tzv. norma

[105] Srov. ANZENBACHER, Arno. *Úvod do etiky*, s. 34.
[106] VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*, s. 29.

nestrannosti). Tento přístup Jeremyho Benthama nazýváme **utilitarismem kvantitativním**.

Nástupce J. Benthama, **John Stuart Mill** (1806-1873) – též anglický filosof vyjádřil nesouhlas s kvantitativním přístupem, neboť nesouhlasil s tím, že správnost či nesprávnost nějakého jednání není možné stanovit obyčejným výpočtem, ve kterém se vůbec neprojeví neměřitelné aspekty, jako jsou třeba pocity či možné následky v budoucnu. Tyto úvahy jej přivedly i k úzce související myšlence, že pokud není dále možné zvyšovat pocit slasti, musí se snížit pocit strasti. A také říká: *„Skutek je dobrý, pokud směřuje k podpoře štěstí, a špatný, pokud směřuje k opaku štěstí. Štěstí míním radost a absenci bolesti; neštěstím bolest a nedostatek radosti.“*[107] Jednání hodnotí **z hlediska kvality užitku a slasti** a říká, že kvalitou vyšší je to jednání, kterému dává přednost větší počet osob, kterých se dané jednání týká. O tomto jeho přístupu hovoříme jako o **utilitarismu kvalitativním**.[108]. Pro ujasnění si představme situaci, kdy hoří dům, ve kterém jsou dvě děti – jedno moje a jedno cizí dítě. Které dítě se budu snažit zachránit jako první? Odpověď najdeme právě v přirozeném zákoně: budu se snažit zcela spontánně zachránit dítě svoje, až poté dítě cizí. Je to jasný projev naší **lidské přirozenosti**. Tím však vůbec nechci tvrdit, že projevy naší přirozenosti jsou vždy etické.

8.3 Etika péče

O etice péče se zde zmiňuji jen okrajově, a to z důvodu relativně častého uvádění mezi současnými etickými systémy, avšak s vědomím toho, že mezi takové „etické velikány“, jakými jsou výše uvedené – tedy Kantova etika a utilitarismus, etika péče rozhodně nepatří. Jedna z hlavních představitelek tohoto rozvíjejícího se etického směru Virginia Held se vymezuje proti ostatním etickým systémům a vysvětluje, čím se etika péče od tradičních etických koncepcí liší. Rozdíl je především v pojetí, ze kterého jednotlivé etické směry vycházejí: zatímco například u deontologie či utilitarismus vychází z obecných principů, jako je rovnost a spravedlnost, a zaměřují se především na jednání a vlastnosti jednotlivců, etika péče se soustředí na odlišné pojetí osobnosti, kdy jsou pro ni charakteristické fenomény jako je **vnímavost, vztahy, spolupráce či**

[107] VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*, s. 29.
[108] Srov. ANZENBACHER, Arno. *Úvod do etiky*, s. 35-36.

empatie mezi jednotlivcem a ostatními lidmi. Etika péče tak reaguje na konkrétní potřeby druhého člověka a zachází s ním **na základě vztahu**. Vychází ze vztahů v rodině, neboť v první řadě pečujeme o ty nejbližší (přirozený zákon) a pak tuto péči zobecňuje. Etika péče tedy klade velký důraz na správně fungující sociální vztahy, neboť to je pro ni to nejpodstatnější. Tento etický směr představuje Virginia Held ve své knize s příznačným názvem Etika péče: osobní, politická a globální[109]

8.4 Situační etika – etická dilemata

Situační etika vychází z toho, že v našem životě je velmi mnoho situací – a každá je z nějakého pohledu jiná, proto je musíme řešit vždy s ohledem na všechny faktory, které se při řešení objeví. Jinými slovy – řešení je třeba hledat vždy adekvátně dané situaci, ne prioritně výběrem toho kterého etického systému. Velmi často až později dojdeme k závěru, že při řešení dané situace **se různé etické systémy doplňují či dokonce prolínají**. Jak píše Příkazský, pro situační etiku je příznačné, že normou je právě ta situace a zákon je tou situací jaksi vytvořen. Jednající by měl i zde poslouchat své **svědomí a řídit se mravními normami**. Víc, než můj vlastní zájem by mělo být mravně správné řešení dané situace.[110]

Situaci, kdy se člověk musí rozhodnout mezi dvěma vzájemně neslučitelnými řešeními, z nichž ani jedno se nezdá býti optimální, nazýváme **etickým dilematem**. *„Čím je těžší předvídat důsledky určitých činů, tím větší je dilema,“* jak výstižně píše Kutnohorská.[111]

Kazuistika č.
Žena (68 let) ve finální fázi onkologického onemocnění s prognózou max. několika dní. Je hospitalizována v jedné z jihočeských nemocnic na jednolůžkovém pokoji, kde s ní po celou dobu hospitalizace (cca 4 týdny) nepřetržitě (24 hodin denně) pobývá její manžel. Mají dvě dospělé děti – dceru (40) a syna (38). O blížícím se konci života jsou všichni, včetně pacientky, informováni. Po rozhovoru s oběma manželi se ukázal dlouholetý konflikt pacientčina manžela s jejich dcerou, který zapříčinil přerušení jakékoliv komunikace rodičů s dcerou (přestože bydlí ve stejné vesnici). S postupujícím

[109] HELD, Virginia. Etika péče: osobní, politická a globální. (2015).

[110] Srov. PŘÍKASKÝ, Jiljí Vladimír. *Učebnice základů etiky*, s. 45.

[111] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*, s. 13.

časem a blížícím se koncem svého života začala nemocná žena čím dále častěji hovořit o tom, jak moc by se chtěla ještě jednou se svou dcerou vidět a usmířit se s ní. Stejné přání projevila i dcera. Splnit toto přání umírající pacientce, resp. oběma ženám, by bylo bez problémů splnitelné, vše však naráželo na úpornou snahu znesvářeného pacientčina manžela tomuto setkání všemožně zabránit. Z toho důvodu po celou dobu ani na chvíli neopouštěl pokoj pacientky, byl u ní 24 hodin denně, aby měl jistotu, že dcera svoji matku opravdu nenavštíví.

Umírající pacientka se však během mnoha rozhovorů s psychosociální pracovnicí Modré pomněnky svěřila, že by si návštěvu své dcery velice přála, ale že se moc bojí, že by to vyvolalo ještě nesmiřitelnější boj mezi manželem a jejich dcerou. A proto setkání s dcerou přede všemi raději slovně odmítla, avšak zároveň psychosociální pracovnici přiznala, jak moc ji to trápí a žádala ji o pomoc.

Formulace dilematu

Psychosociální pracovnice byla postavena před velké psychologicko-etické dilema, které bylo navíc, vzhledem k rychle zhoršujícímu se zdravotnímu stavu pacientky, potřeba velmi rychle vyřešit a rozhodnout se mezi dvěma možnostmi:

1. Vyslyšet „neoficiální“ přání umírající matky a umožnit její setkání s dcerou po dvaceti letech a umožnit jim tak alespoň v posledních možných chvílích jejich smíření? Ovšem za cenu toho, že právě v tento důležitý okamžik pacientčin manžel rozhádá celou rodinu ještě víc a paní zemře nesmířená, a navíc pravděpodobně i rozhádaná se svým manželem a v nepřátelské atmosféře, což navíc velmi pravděpodobně zkomplikuje následné truchlení dcery i samotného manžela.
2. Dát přednost „oficiální verzi“ pacientčina přání – dceři rozmluvit setkání s umírající matkou a docílit tak zdánlivého klidu mezi manželi, ovšem s vědomím, že dcera a ve skutečnosti především i umírající matka budou trpět tím, že se spolu nesmířily?

Etický pohled (deontologie x utilitarismus)

Podobně, jako je to u většiny situací, kdy se musíme rozhodnout mezi dvěma (někdy i mezi více) možnostmi, kdy dopředu neznáme důsledek našeho rozhodnutí, tak ani v tomto případě jsme neměli vůbec jasnou a jednoduchou volbu (filosoficko-etickou). V tomto případě můžeme uvažovat tak, že se pracovnice při rozhodování pohybovala mezi etickým pohledem Kantovým (deontologickým), který staví na tom, aby byla

především splněna povinnost (etická), vyplývající z mravního zákona. A touto mravní povinností, dle mého názoru, bylo umožnit oběma ženám setkání, vzájemné odpuštění, smíření a rozloučení.

Avšak, jak se zdá i podle učení etiky utilitarismu, nejlepším by bylo totéž řešení v duchu přesvědčení, že správné rozhodnutí je to, které přinese co nejvíce užitku co nejvíce lidem. Tímto pohledem bychom mohli situaci vyhodnotit tak, že by pracovnice setkání umožnit opravdu měla, neboť by to přineslo užitek více lidem (matka, dcera).

Podobně jako u mnoha situací, které v životě řešíme, nelze se jednoznačně rozhodnout podle jednoho nebo druhého etického učení, ale oba pohledy se při rozhodování vzájemně prolínají, někdy se, stejně jako v tomto případě**, mohou dokonce shodovat.**

Pohled psychologický

Velmi důležité je rozloučení a také usmíření dcery s matkou nejen pro umírající matku, ale možná ještě více pro dceru. Pokud by k tomu nedošlo, je zde velké riziko tzv. komplikovaného truchlení dcery, které může vyústit až do psychického onemocnění – typicky např. deprese.[112]

Základním znakem **deprese** (diagnóza F33 dle MKN-10) je depresivní nálada, charakterizovaná smutkem, ztrátou zájmů, potěšení a spontánní motivace, trvající alespoň po dobu dvou týdnů. Objevují se pocity ztráty vnitřní energie, provázené ztrátou výkonu, svižnosti a rychlosti i v úkonech, které dotyčný dříve bez problémů zvládal. V myšlenkách převažuje pesimistické ladění, pocity méněcennosti, viny, bezcennosti a bezvýchodnosti. Objevují se myšlenky na smrt, suicidální tendence mohou být realizovány sebevražedným pokusem. Riziko sebevraždy narůstá s hloubkou deprese, dotyčný nabývá dojmu, že smrt je "cestou ven", "konec trápení". Kromě dalších příznaků bývá patrné zanedbávání péče o sebe, zevnějšku a hygieny. Často se objevuje také snížení (někdy zvýšení) chutě k jídlu, poruchy spánku, útlum, neklid, neschopnost prožívat radost.[113]

[112] O komplikovaném truchlení je podrobněji pojednáno v jedné z předchozích kapitol.
[113] Srov. OREL, Miroslav. Psychopatologie. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9, s. 128-130.

V profesi pomáhajícího pracovníka v oblasti kolem umírání se podobná psychologicko-etická **dilemata objevují velmi často**. Pracovníci Modré pomněnky zastávají názor (na základě teoretických, pracovních i osobních zkušeností), že je vždy potřeba snažit se o setkání, odpuštění a usmíření umírajícího s jeho blízkými (samozřejmě, pokud si to pacient přeje). V praxi se však občas vyskytují situace, kdy je potřeba velmi pečlivě, a především citlivě zvažovat všechny souvislosti, které v rozhodování mohou hrát i sebemenší roli. Přesně takovým byl i uvedený případ, nad kterým se, i po čase, pracovníci Modré pomněnky často zamýšlejí a diskutují o tom, zda řešení, které bylo zvoleno, bylo opravdu tím nejlepším Ačkoliv pro nikoho z nich není ani jedno řešení této konkrétní kazuistiky eticky úplně jednoznačné, vzhledem k pozdějšímu průběhu případu i pozdějších reakcí většiny členů pozůstalé rodiny jsou čím dál více přesvědčeni, že rozhodnutí psychosociální pracovnice umožnit umírající matce a jejich dceři setkání byl bezpochyby správný.

9 Diskuse

Komparace doporučení

Pro komparaci **v odborných zdrojích nejčastěji popisovaných doporučení** v oblasti psychosociální pomoci nevyléčitelně nemocným, umírajícím, jejich blízkým a pozůstalým **a praktických zkušeností** pracovníků jihočeského centra pomoci Modrá pomněnka, ze kterých jsem z velké části v celé práci vycházela, jsem se rozhodla využít jako konkrétního zdroje knihu známé a uznávané odbornice v oboru ošetřovatelská etika Jany Kutnohorské. Toto knihu s názvem „Etika v ošetřovatelství," jsem za tímto účelem vybrala, protože zde **autorka také popisuje svá doporučení** pro psychosociální pomoc umírajícím, podobně jako já v této diplomové práci. Myslím, že výběr této knihy je opravdu dobrá volba i proto, že jsou zde vypsána v podstatě všechna obecná „doporučení", která se mi podařilo najít i ve všech ostatních zdrojích, které jsem na toto téma v rámci přípravy na psaní diplomové práce prostudovala.

Pečujícím o umírající Kutnohorská doporučuje dodržovat tyto zásady:

- *„Mít empatii a pochopení pro potřeby nemocného*
- *Jednat opravdově, neskrývat nejistotu a bolest*
- *Nic nepřehánět, vnímat a respektovat přání nemocného*
- *Dle situace zachovávat blízkost nebo odstup*
- *Udělat si čas, umírající vycítí, kolik času jsme mu ochotni věnovat*
- *Naslouchat a chápat, mluvit i mlčet s nadějí a nechat promlouvat symboly*
- *Umožnit pacientovi, aby se zbavil pocitu osamělosti, strachu a deprese*
- *Udržovat u pacienta pocit jistoty, sebedůvěry, důstojnosti a sebeúcty*
- *Pomáhat pacientovi při akceptování vlastní ztráty*

a pokračuje dále:

- *Umírající potřebuje, aby mu někdo naslouchal, aby byla zachována jeho důstojnost i v posledních hodinách života, aby byla akceptována jeho poslední přání*
- *Umírající člověk je stále žijícím člověkem, který potřebuje vnímat blízkost lidí a komunikovat se všemi, třeba jen očima a gesty.*
- *Každý člověk, tedy i umírající, má právo na informaci o svém zdravotním stavu. Zde je však třeba postupovat citlivě a s rozvahou.*

- *Pro vyrovnání se s osudem potřebuje vyjádření psychické podpory založené na empatii.*
- *Pocit pohody, podpory a sounáležitosti pomáhá vytvořit péči při vykonávání všech denních aktivit včetně biologických potřeb.*
- *Uklidňující slova, dotek, podání ruky pomohou potlačit strach z osamoceného kontaktu s démonem smrti a usnadní přechod do bezvědomí.*
- *Každý člověk potřebuje ke svému životu naději a potřebuje ji posilovat. Naděje nás provází celý život, každý den a neměla by nás opouštět ani v posledních chvílích života. Měla by nám dát sílu ke zvládnutí našeho posledního životního úkolu, umírání.“*[114]

Pokud porovnávám tato doporučení Jany Kutnohorské s těmi, které jsem v konkrétnější formě uvedla v šesté kapitole diplomové práce jako doporučení vycházející ze zkušeností nás, pracovníků Modré pomněnky, ráda konstatuji, že se obě varianty v mnoha bodech **prakticky shodují.** Myslím, že se zde velmi dobře podařila **komparace podobných myšlenek s možností náhledu v obecnější i konkrétní (praktické) rovině.**

Komparace rizik vzniku komplikovaného truchlení

K tomuto porovnání jsem, podobně jako v předchozím případě, vybrala jednu z odborných knih zabývajících se daným tématem. Tentokrát jsem zvolila knihu autorky z nejpovolanějších, průkopnice poradenství pro pozůstalé v České republice, Naděždy Špatenkové, s příznačným názvem „**Poradenství pro pozůstalé**“.

Rizika vzniku komplikovaného truchlení podle Špatenkové:

- *„Okolnosti úmrtí (náhlé, neočekávané úmrtí, vražda, sebevražda, sebeobviňování, brutální či předčasná smrt)*
- *Smrt dítěte*
- *Traumatizace (pozůstalý se stal svědkem neočekávaného úmrtí, viděl zmrzačené tělo umírajícího, cítil zápach popáleného těla, nalezl tělo sebevraha…)*

[114] Srov. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*, s. 78-79.

- *Ústřednost vztahu mezi pozůstalým a zemřelým*
- *Ambivalence vztahu*
- *Příliš dlouhé (prolongované) umírání*
- *Nedostatek nebo redukce sociálních rolí*
- *Nedostatek sociální opory*
- *Rozkol v rodině*
- *Dříve existující faktory (předchozí nezpracovaný zármutek, závislost na drogách či alkoholu, zdravotní problémy, porucha osobnosti, poruchy chování…)*
- *Souběžné krize (ztráta zaměstnání, finanční potíže, zdravotní problémy, ztráta domova, ztráta přítele, ztráta zvířete…)*
- *Nedostatek reality*
- *Pocit viny nebo výčitky svědomí"*[115]

A právě u tohoto bodu – „**pocit viny a výčitky svědomí**", bych se nyní chtěla zastavit. Jak uvádí švýcarská psycholožka Verena Kast, k probíhajícímu procesu truchlení patří i pocity viny. Tyto pocity nemusíme mít jen po ztrátě někoho blízkého, ale i po mnohých dalších krizích, například po rozchodu s partnerem, po ztrátě zaměstnání apod. Tváří v tvář smrti však pocity viny získávají jakousi radikálnost a krutost. A žádnou diskusí se nedají zamluvit – především proto, že se už nedá nic napravit. Všechny teorie, jak to či ono napravit, ztroskotávají na tom, že zemřelý už tady není a nikdy nebude. Podle Vereny Kast pocit viny úzce souvisejí také s tím, co zůstalo ve vztahu mezi zemřelým a pozůstalým nevyjasněno; a samozřejmě také s ideálním vztahem k zemřelému, který si pozůstalý vytvořil ve svých představách, a reálnou podobou vztahu, s níž se pak setkal.[116]

Pocit viny nebo výčitky svědomí je přesně ten rizikový faktor, na který jsem upozornila na začátku šesté kapitoly své diplomové práce v souvislosti s péčí o umírají pacienty, kde jsem uvedla: *„Velkou měrou se na průběhu truchlení pozůstalých podílí mimo jiné i to, jak vypadal celý proces umírání jejich blízkých a také to, jak tento proces pozůstalí, ještě v roli doprovázejících, ovlivnili."*

[115] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*, s. 55-59.
[116] Srov. KAST, Verena. *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*, s. 79-80.

Pokud totiž pozůstalí v době ještě před úmrtím svého bližního dostatečně pečovali nejen o jeho potřeby fyzické, ale také o potřeby psychické, sociální a spirituální (například podobně, jak v šesté kapitole doporučuji), málokdy mívají důvod k těmto pocitům viny či výčitek svědomí – protože si jsou vědomi toho, že pro svého umírajícího opravdu udělali vše, co bylo potřeba a co bylo v jejich silách. Zpravidla jsou naopak sami sobě vděčni za to, že tím dopřáli o co možná nejkvalitnější a snad i nejhezčí konec života někoho, po kom nyní truchlí. A to je také odpověď na otázku, kterou jsem si položila v úvodu této práce – možnost prevence komplikovaného truchlení můžeme hledat například v eliminaci pocitu viny či výčitek svědomí z toho, že jsme se nesnažili naplnit, kromě fyzických i psychologické, sociální a spirituální potřeby toho, po kom teď truchlíme.

Frankl označoval vinu za důsledek **promeškání naplnění smyslu konkrétní situace** – avšak za podmínky zachování svobody a odpovědnosti „provinilého" člověka. Zajímavá je připomínka českého překladu německého slova „Schuld". Čeština překládá toto slovo dvojím významem, a to slovy vina, ale také dluh. Pracovat s vinou a proviněním člověka umožňuje náprava, pokud je to ještě možné. V případě, kdy již nelze nápravu uskutečnit tomu, komu jsme ublížili (např. pokud již ona osoba zemřela), existuje možnost nápravy prostřednictvím jiných lidí, případně může být **očistným aktem od viny upřímná lítost**, skrze kterou dochází k distanci od činu a k vnitřní proměně provinilého člověka. Bez upřímného uznání viny totiž změny, tedy smíření, nelze dosáhnout. **Každá vina má tedy svoji šanci** – rozhodujícím totiž není samo provinění, ale to, se uděje dál.[117]

Právě tuto Franklovu myšlenku můžeme pro prevenci vzniku našeho komplikovaného truchlení v případě, že je náš průběh truchlení ohrožen právě z důvodu pocitu viny nebo výčitek svědomí proto, že jsme svému umírajícímu neposkytli dostatek péče o jeho psycho-socio-spirituální potřeby, jak je psáno výše, respektive v šesté kapitole této diplomové práce. Ale, jak Frankl říká – každá vina má svoji šanci – rozhodujícím totiž není samo provinění, ale to, se uděje dál. A zde vidím možnost pro pozůstalé, k nápravě chyby, které se dopustili během péče o nemocného. Zde se nabízí například možnost uspořádáním pěkného rozloučení se

[117] Srov. KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*, s. 97-98, 101.

zemřelým, čímž před sebou samými, alespoň částečně, mohou vyrovnat svůj „Schuld“ – tedy dluh z doby, kdy jejich zemřelý ještě žil. Možností, jak to udělat, je nepočítaně – o tom pojednávám ve čtvrté kapitole, kde jsem se zabývala právě možnostmi posledního rozloučení.

10 Závěr

V této diplomové práci jsem se zabývala posledními věcmi člověka z psychologicko-etického pohledu včetně nezbytného náhledu sociálního. S tématem jsem pracovala také v souvislosti vybraných současných etických systémů, především deontologismu a utilitarismu, a vzhledem k tématu práce jsem pojednávala také o bioetice. Z oblasti psychologie jsem se podrobněji věnovala existenciální psychoterapii, respektive logoterapii rakouského psychologa Viktora E. Frankla. Do práce jsem také zahrnula problematiku pohřbívání, možnostmi posledního rozloučení, a to i v religionistickém a etnickém náhledu. Ve stěžejní části práce jsem se zabývala především potřebnou psychosociální péčí o nevyléčitelně nemocné, umírající a jejich blízké v období pre finem, in finem a post finem u očekávaného úmrtí dospělých, a také vlivem této péče na prožívání finálního období života umírajících a následného truchlení pozůstalých. V krátkosti jsem zmínila i téma paliativní a hospicové péče. V práci jsem také hodnotila vliv posledního rozloučení na průběh truchlení pozůstalých. Inspirací pro psaní práce mi byly kromě odborné literatury a dalších odborných zdrojů ve značné míře i mé vlastní mnohaleté pracovní zkušenosti v tomto oboru, díky kterým jsem mohla práci doplnit i četnými vlastními kazuistikami.

Cílem této diplomové práce bylo **popsat psychologicko-etické aspekty a doporučení** v rámci psychosociální pomoci dospělým umírajícím pacientům, jejich blízkým a pozůstalým při očekávaném úmrtí.
Tato doporučení, která jsem vypracovala na základě studia odborné literatury, ale především za pomoci svých zkušeností z práce s umírajícími, jejich rodinami a s pozůstalými jsou obsažena, stejně jako jejich popis a podrobnější vysvětlení, doplněné četnými kazuistikami z mé vlastní praxe jsou součástí šesté, v práci nejobsáhlejší a také dle mého názoru nejdůležitější kapitoly.
Doporučení, která jsem v této práci popsala jsou velmi konkrétní a jsou vysvětleny tak, aby je mohl využít kdokoli z okolí pacienta v terminální fázi života.

Zde uvádím pro ilustraci některé z navrhovaných doporučení:

- Pomozme umírajícím i jejich blízkým uvědomit si, že se smrt už opravdu blíží; mluvme s nimi citlivě, empaticky, ale vždy pravdivě. Pro umírající bývá velmi

důležité, aby mohli se svými blízkými mluvit o tom, co je tíží a o čem přemýšlejí.

- Pomozme umírajícím, pokud je to ještě možné, najít nějaké uplatnění, odpovídající jejich zdravotnímu stavu – i teď potřebují vědět, že mohou být ještě někomu nějak prospěšní, potřebují nalézt a uvědomit si smysl svého života, přesto že jsou v jeho závěru.
- Pomozme umírajícím vyřešit si jejich rodinné nesrovnalosti, smířit se s těmi, s kterými se nepohodli, narovnat dříve „pošramocené“ vztahy, vzájemně si poděkovat. K tomu mohou být vel i dobře nápomocny výrazy, které používá ve své psychoterapii mezinárodně uznávaný odborník v oboru paliativní péče dr. Ira Byock a nazývá je čtyřmi klíči k životu: *„Prosím, odpusť mi. Odpouštím Ti. Děkuji Ti. Mám tě rád.“*
- Zjistěme si jejich případné náboženské vyznání, pokud chtějí, pomodleme se s nimi, nabídněme jim možnost návštěvy kněze, jáhna či řádové sestry
- Především nic neodkládejme, už zítra může být pozdě.
- Pomozme rodině umírajícího s výběrem jeho oblečení do rakve.
- Dbejme i na potřeby doprovázejících
- Nezapomínejme, že toto období prožívají i děti
- Nabídněme pozůstalým pomoc při zajišťování pohřbu.

Tento **cíl práce,** tedy **popsat psychologicko-etické aspekty a doporučení** v rámci psychosociální pomoci dospělým umírajícím pacientům, jejich blízkým a pozůstalým při očekávaném úmrtí, **byl naplněn**.

Dalším cílem práce bylo **porovnání v odborných zdrojích nejčastěji popisovaných doporučení** v oblasti psychosociální pomoci nevyléčitelně nemocným, umírajícím, jejich blízkým a pozůstalým **s praktickými konkrétními zkušenostmi** pracovníků jihočeského centra pomoci nevyléčitelně nemocným, jejich blízkým a pozůstalým Modrá pomněnka,[118] které jsem před pěti lety založila a působím v něm jako odborná psychosociální pracovnice a interventka právě pro nevyléčitelně nemocné, umírající, jejich blízké a pro pozůstalé.

[118] viz www.modrapomnenka.cz

Naplnění tohoto cíle podrobněji analyzuji a diskutuji v předcházející kapitole. V diskusi porovnávám doporučení uvedené v odborné literatuře, respektive v knize Jany Kutnohorské „Etika v ošetřovatelství“ s těmi, které jsem v konkrétnější formě uvedla v šesté kapitole této diplomové práce jako doporučení vycházející ze zkušeností pracovníků Modré pomněnky a ráda konstatuji, že se **obě varianty v mnoha bodech prakticky shodují či vhodně doplňují**. Myslím, že se zde velmi dobře podařila komparace podobných myšlenek **s možností náhledu v obecnější i konkrétní (praktické) rovině. I tento cíl byl tedy naplněn**.

V práci jsem se také ptala, **jaké psychologicko-etické aspekty nejčastěji způsobují tzv. komplikované truchlení** u pozůstalých po očekávaném úmrtí někoho blízkého, kteří vyhledali odbornou psychosociální pomoc Modré pomněnky **a jaké jsou možnosti prevence komplikovaného truchlení.**

Odpovědi jsem opět hledala mimo jiné komparací poznatků uvedených v odborné literatuře a dat z databáze Modré pomněnky, vedené od počátku jejího vzniku v roce 2014. Pro tento účel jsem v diskusi uvedla výčet rizik vzniku komplikovaného truchlení, jak je uvádí průkopnice oboru poradenství pro pozůstalé v České republice Naděžda Špatenková a z nich jsem vybrala to, které se objevuje v odborné literatuře i v databázi Modré pomněnky a zároveň které, podle mého názoru, můžeme nejsnáze ovlivnit. Tímto rizikem je velice častý **pocit viny a výčitky svědomí**, které, v tomto případě, pramení z pocitu (oprávněného či neoprávněného) nedostatečné péče pečujícím, nyní pozůstalým, o psychologické, sociální a spirituální potřeby umírajícího. S tímto rizikem, které uvádí i Špatenková v diskusi pracuji na základě výroku V. E. Frankla, který říká: *„Každá vina má svoji šanci – rozhodujícím totiž není samo provinění, ale to, se uděje dál.“* V diskusi proto pozůstalým nabízím řešení například formou uspořádání pěkného rozloučení se zemřelým, čímž oni před sebou samými, alespoň částečně, mohou vyrovnat svůj „Schuld“ (Franklův výraz) – tedy dluh z doby, kdy jejich zemřelý ještě žil. Možností, jak takové rozloučení realizovat je nepočítaně – o tom pojednávám ve čtvrté kapitole, kde jsem se zabývala právě možnostmi posledního rozloučení.

I tento cíl mé diplomové práce, tedy získání odpovědi na otázku**, jaké psychologicko-etické aspekty nejčastěji způsobují tzv. komplikované truchlení** u pozůstalých po očekávaném úmrtí někoho blízkého, kteří vyhledali odbornou

psychosociální pomoc Modré pomněnky a **jaké jsou možnosti prevence komplikovaného truchlení, byl rovněž naplněn.**

V závěru své diplomové práce bych ještě ráda zmínila jednu **zajímavou zkušenost**, kterou jsem získala při studiu odborné literatury. Jde o malý odstavec v knize rakouského profesora morální teologie Prof. ThDr. Güntera Virta, kde mne zaujala pasáž, respektive její poslední věta, kde autor, dle mého názoru, dosti nekompromisně píše: *„Mnoho křesťanů znepokojuje tendence, která se šíří ze severu Evropy do ostatních zemí. Jde o jednorázové vypořádání, ať už anonymním pohřbením rozptylem popela do všech světových stran nebo o pohřeb do moře.* ***Nic už nemá zemřelého připomínat, ani místo, ani znamení.“***[119]

V žádném případě se necítím být tím, kdo by mohl s panem profesorem jakkoli polemizovat či jej snad dokonce kritizovat, jen bych k tomu ráda, při vší úctě k panu profesorovi, dodala své zkušenosti s podobným způsobem pohřbívání, respektive s pozůstalými, které se pro takovýto krok rozhodli. Musím říci, že za celá léta, kdy se v oboru pohybuji, jsem nikdy nezaznamenala takový důvod k rozptylu popela zemřelého, jaký pan profesor s takovou jistotou, a navíc jako důvod jediný, uvádí. Takovýchto rozloučení jsem se zúčastnila bezpočetněkrát, ale vždy byly důvody pozůstalých k rozptylu do volné přírody diametrálně odlišné, než které pan profesor ve své knize zmiňuje. Snad ve všech případech pozůstalí uváděli jako důvod k takovému rozptylu to, že místo, kde popel rozptýlili, měl zemřelý rád, měl k takovému místu nějaký osobní vztah a proto cítili potřebu jeho popel rozptýlit právě tam. Nikdy tam však nebyl, ani v náznacích, důvod, který pan profesor ve své knize uvádí. Sama nejsem z několika důvodů velkým příznivcem takovéto formy pohřbení, ani zde nechci upozorňovat na možné porušování zákona o pohřebnictví, který takový způsob sice dovoluje, ale pouze za určitých podmínek, které většinou nebývají plněny. Cítím jen potřebu v rámci své diplomové práce sdělit svoji praktickou zkušenost, která neodpovídá teorii, o které jsem četla. Ale myslím, že právě v tom je **velká síla porovnávání teorie s praxí**, o kterou jsem se ve své diplomové práci snažila i já.

[119] VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*, s. 80.

11 Seznam použitých zdrojů

Literatura

Al-Kaysi: *Morals and Manners in Islam*. A Guide to Islamic Adab, Leicester 1986. ISBN neuvedeno.

ANZENBACHER, Arno. *Úvod do etiky*. Přeložil Karel ŠPRUNK. Praha: ZVON, 1994. ISBN 80-7113-111-3.

AUGUSTINUS, Aurelius. *Vyznání (svatého otce a učitele církve Aurelia Augustina). NR. 7080. Praha: Ladislav Kuncíř, 1926. ISBN neuvedeno.*

BEAUCHAMP, Tom L. a James Franklin CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2001. ISBN 0-19-514332-9.

Bible: český ekumenický překlad: Písmo svaté Starého i Nového zákona. 1. (3. opravené) vydání. Praha: Česká katolická charita – ústřední církevní nakladatelství, 1985. ISBN neuvedeno.

Bible: písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih). 2. katolické vyd. Praha: Zvon, 1991. ISBN 80-7113-009-5.

BYOCK, Ira. *Čtyři klíče k životu*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0777-1.

FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Přeložil Vladimír JOCHMANN. Brno: Cesta, c2006. ISBN 80-7295-085-1.

FRANKL, Viktor Emil. *Utrpenie z nezmyselného života*. Bratislava: Lúč, 2013. Libri Europeai. ISBN 978-80-7114-921-7.

GOLDMAN, Linda. *Jak s dětmi mluvit o smrti*. Přeložil Alice ZAVADILOVÁ. Praha: Portál, 2015. ISBN 9788026208198.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. Praha: Galén, c2007. ISBN 9788072624973.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

HIPPOKRATÉS. *Vybrané spisy*. Praha: OIKOYMENH, 2018. Knihovna antické tradice. ISBN 978-80-7298-392-6.

HELD, Virginia. *Etika péče: osobní, politická a globální*. Přeložil Petr URBAN. Praha: Filosofia, 2015. Základní filosofické texty. ISBN 978-80-7007-447-3.

Charta Spojených národů: San Francisko 26. června 1945. Praha: Orbis, 1946. ISBN neuvedeno.

JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073675905.

KANT, Immanuel. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1976. ISBN neuvedeno.

KAST, Verena. *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 9788026207894.

KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 9788024743462.

KOTRLÝ, Tomáš. *Pohřebnictví: právní zajištění piety a důstojnosti lidských pozůstatků a ostatků*. Praha: Linde Praha, 2013. Praktická příručka (Linde). ISBN 9788086131955.

KRAUS, Jiří. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia, 2005. ISBN 978-80-200-1351-2.

KÜMMELOVÁ, Magda. *Psychosociální pomoc rodičům při perinatální ztrátě*. České Budějovice, 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. Veronika Zvánovcová, Ph.D.

KUSHNER, Harold S. *Aby měl život smysl*. Přeložil Pavel KOLMAČKA. Praha: Portál, 2017. ISBN 9788026211839.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra [Grada]. ISBN 978-80-247-2069-2.

MILL, John Stuart. *Utilitarismus*. Přeložil Karel ŠPRUNK. Praha: Vyšehrad, 2011. ISBN 978-80-7429-140-1.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 8024710242.

NIETZSCHE, F. Der Wille zur Macht. 3. kn., Musarionausgabe, München 1926, Gesammelte Werke XIX. ISBN neuvedeno.

OPATRNÝ, A. *Religionistika obecně a katolický pohřeb*. In STEJSKAL, D., ŠEJVL, J. a kol. *Pohřbívání a hřbitovy*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. ISBN 978-80-7357-680-6.
OREL, Miroslav. Psychopatologie. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

PŘÍKASKÝ, Jiljí Vladimír. *Učebnice základů etiky*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. ISBN 8071925055.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024741079.

ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013. ISBN 9788070171974.

ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024753065.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.

ŠRAJER, Jindřich. *Lidská důstojnost a sociální práce*. SOCIÁLNÍ PRÁCE / SOCIÁLNA PRÁCA, 2006, 2, s. 109-113. ISSN 1213-6204.

ULRICHOVÁ, Monika. *Etické aspekty v psychoterapii: k problematice etické výchovy a sebevýchovy terapeuta: se zaměřením na logoterapii a existenciální analýzu*. Ostrava: Moravapress, 2013. ISBN 978-80-87853-10-8.

Ústava České republiky: Listina základních práv a svobod: podle stavu k 1.4. 1996: úplné znění. Ostrava: Sagit, 1996. ÚZ, č. 84. ISBN 80-85789-89-2.

VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788073677800.

VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-330-2.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002.ISBN 80-7178-696-9.

WARE, Bronnie. Čeho před smrtí nejvíce litujeme: [jak nám život změní naši drazí, když umírají]. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0168-7.

WEINERT, B. In PERA, Heinrich a Bernd WEINERT. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.

Seznam dalších zdrojů

Aby se nám dobře žilo i umíralo. *Českobudějovický deník,* dat.vyd. 13. 10. 2018.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. *Etický kodex Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.* [online]. [cit. 24. 3. 2019]. Dostupné na: <http://www.apsscr.cz/files/files/Etick%C3%BD%20kodex%20APSS%20%C4%8CR.pdf>.

Centrum paliativní péče. [online]. [cit. 27. 03. 2019]. Dostupné na: < https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>.

Centrum paliativní péče. [online]. [cit. 29. 03. 2019]. Dostupné na: <https://paliativnicentrum.cz/aktuality/komplikovane-truchleni>.

Česká asociace sester. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. [online]. [cit. 24. 3. 2019]. Dostupné na:< https://www.cnna.cz/icn-eticky-kodex/>.

Česká lékařská komora. *Stavovský předpis ČLK č. 10 Etický kodex*. [online]. [cit. 24. 3. 2019]. Dostupné na: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>.

David Phillips, Gwendolyn E. Barker, Kimberly M. Brewer, Christmas and New Year as risk factors for death, Social Science & Medicine, Volume 71, Issue 8, 2010, [online] s. 1463-1471. ISSN 0277-9536. [cit. 5. 3. 2019] Dostupné na: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361000571X>.

Film My Sister's Keeper, režie Nick Cassavates. 2009. Podle stejnojmenné knihy spisovatelky Jodi Picoult. [online] [cit. 25. 03. 2019]. Podrobnosti o filmu dostupné na: <https://www.imdb.com/title/tt1078588/>.

Modrá pomněnka. [online]. [cit. 14. 3. 2019]. Dostupné na: <https://modrapomnenka.cz>.

Portal. [online]. [cit. 25. února 2019]. Dostupné na: <https://obchod.portal.cz/spiritualita/ctyri-klice-k-zivotu>.

KOTRLÝ, Tomáš. [online]. [cit. 16. 3. 2019]. Dostupné na <http://www.pohrebiste.cz>.

Meta, o.p.s., *Informace pro učitele.* [online]. [cit. 16. 3. 2019]. Dostupné na <https://www.inkluzivniskola.cz/sites/default/files/uploaded/Vietnam.pdf>

Ministerstvo pro místní rozvoj ČR. [online], [cit. 18. 3. 2019]. Dostupné na: <https://www.mmr.cz>.

Národní ústav pro vzdělávání. [online], [cit. 18. 3. 2019]. Dostupné na <http://www.narodnikvalifikace.cz>.

The Telegrapf. *Why death counseling is important.* March 28, 2018. [onlline]. [cit. 25. 03. 2019]. Dostupné na: <https://www.telegraph.co.uk/financial-services/retirement-solutions/funeral-plans/bereavement-counselling-important/>.

VEBER Tomáš, BAUMAN Petr, Metodická pomůcka ke zpracování závěrečných prací: závazné pokyny a doporučení pro seminární, bakalářské, diplomové a jiné závěrečné práce na TF JU, verze 1.0, České Budějovice, 2010. [cit. 29. 11. 2018]. Dostupné [on-line] na: <http://www.tf.jcu.cz/studium-a-vzdelavani/pro-studenty/statni-zaverecne-zkousky>.

Všeobecná deklarace lidských práv. [on-line]. [08. 01. 2019]. Dostupné na: <https://childrenandarmedconflict.un.org/keydocuments/czech/universaldeclara1.html>.

Vyprávění: Koloman Holub v Brně, 59 let, negramotný, otec dvanácti dětí, původem z Vítkovic, okr. Spišská Nová Ves. Magnetofonový záznam z dubna 1967, AaTh-, srov. 502 V. Převzato z Romských pohádek, které sebrala, z romštiny přeložila, předmluvu napsala a vydavatelskými poznámkami opatřila M. Hübschmannová, nakladatelství učebnic Fortuna, 2. vydání, ve Fortuně první, Praha 1999. [online]. [cit. 16. 3. 2019]. Dostupné na: <http://www.pohrebiste.cz/stranky/archiv/pohreb/rom.htm>.

Wikipedia. [online]. [cit. 25. 03. 2019]. Dostupné na: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Paternalismus>.

Zákon č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů (zákon o církvích a náboženských společnostech) - znění od 1. 1. 2018. In: Zákony pro lidi.cz. [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 16. 3. 2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-3/zneni-20180101#p6>

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. [on-line]. [23. 03. 2019]. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20?koment=15318287&komentedit=1&komentmin=1>.

Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů – znění od 1. 9. 2017. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 29. 12. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-256/zneni-20170901#f2217114>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – znění od 1. 10. 2017. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 29. 12. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20171001#f3009618>.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) - znění od 1. 7. 2018. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 29. 12. 2018]. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372/zneni-20180701#f4436894>.

12 Seznam použitých zkratek

BKB – Bílý kruh bezpečí

ČČK – Český červený kříž

ČLK – Česká lékařská komora

Gn – První (kniha) Mojžíšova (Genesis)

IZS – integrovaný záchranný systém
(Zdravotnická záchranná služba, Hasičský záchranný sbor, Policie České republiky)

SPRP – Společnost pro rannou péči

13 Abstrakt

Kümmelová, M. *Psychologicko-etické aspekty posledních věcí člověka*. České Budějovice, 2019. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra filosofie a religionistiky. Vedoucí práce J. Sirovátka.

Klíčová slova: etické systémy, utilitarismus, deontologie, Kant, Viktor E. Frankl, logoterapie, pohřbívání, pohřeb, umírající, smrt, úmrtí, pozůstalí, paliativní péče, hospic, bioetika, psychosociální péče, komplikované truchlení

Práce se zabývá posledními věcmi člověka z psychologicko-etického pohledu, neopomíjí však ani náhled sociální. S tématem je zde pracováno také v souvislosti vybraných současných etických systémů, především deontologismu a utilitarismu, vzhledem k tématu práce je pojednáno také o bioetice. Z oblasti psychologie se práce podrobněji věnuje existenciální psychoterapii, respektive logoterapii rakouského psychologa Viktora E. Frankla. Je zde zahrnuta také problematika pohřbívání, možnosti posledního rozloučení, a to i v religionistickém a etnickém náhledu. Stěžejní část práce se zabývá především potřebnou psychosociální péčí o nevyléčitelně nemocné, umírající a jejich blízké v období pre finem, in finem a post finem u očekávaného úmrtí dospělých, a vlivem této péče na prožívání finálního období života umírajících a následného truchlení pozůstalých. V práci je v krátkosti zmíněno i téma paliativní a hospicové péče. Práce rovněž sleduje zhodnocení vlivu posledního rozloučení na průběh truchlení pozůstalých. Inspirací pro psaní práce byly kromě odborné literatury a dalších odborných zdrojů ve značné míře i vlastní mnohaleté pracovní zkušenosti autorky, díky kterým je práce doplněna četnými vlastními kazuistikami.

14 Abstract

Psychologically-ethical aspects of the very last issues of a person

Key words: ethical systems, utilitarianism, deontology, Kant, Viktor E. Frankl, logotherapy, burial, funeral, dying, death, decease, survivors, palliative care, hospice, bioethics, psychosocial care, complicated grieving

The thesis deals with the very last issues of a person from the psychologically-ethical view, however it doesn't neglect the social view. With the topic is worked also in a context of selected current ethical systems, mainly deontologism and utilitarianism, also regarding the topic of the thesis, the topic of bioethics is discussed as well. Regarding the field of psychology, the thesis elaborates more in detail on the existential psychotherapy, actually also on the logotherapy, which was shaped by an Austrian psychologist Viktor E. Frankl. There is also included the problematics of burial, the possibilities of giving a last farewell, also in a religious and an ethnical point of view. The key part of the thesis deals mainly with a needed psychosocial care for the terminally ill, the dying and also their close ones, in the times of pre finem, in finem and post finem by the prospective death of adults, it deals also with the influence of this care on the experiencing of the final period of life of the dying, and the following grieving of the survivors. In the thesis is also shortly mentioned the topic of palliative and hospice care. The thesis also follows the evaluation of the influence of the last farewell on the process of the survivors' grieving. The inspiration for writing the thesis were apart from professional literature and other professional sources also to a bigger extent the many years of work experience of the author, thanks to which is the work supplemented with many own cases.