

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra systematické teologie

Emilie Janů

**Eticko - spirituální problematika
transplantací orgánů:**

Transplantace ledviny

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Milan Mičo, Th.D.

OLOMOUC 2009

Prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci zpracovala samostatně na základě uvedené literatury a pod vedením svého vedoucího diplomové práce.

V Olomouci dne 15.dubna 2009

.....
Podpis autora práce

Děkuji tímto Mgr. Milanovi Mičo, Th.D., za vedení diplomové práce, za veškeré odborné rady a ochotnou pomoc při zpracování.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 ZDRAVÍ A NEMOC	8
1.1 Zdraví.....	8
1.1.1 Zdraví jako dar	9
1.1.2 Zdraví z pohledu Božího slova.....	9
1.2 Definice světové zdravotnické organizace	11
1.3 Co je nemoc a příčiny nemoci.....	11
2 SELHÁNÍ FUNKCE LEDVIN A JEHO PROJEVY	14
2.1 Co je to nezvratné selhání funkce ledvin a jeho projevy.....	14
2.1.1 Typy selhání ledvin	14
2.2 Příčiny vedoucí k nezvratnému selhání ledvin.....	15
2.2.1 Rizikové faktory	15
2.3 Léčba pacienta s nezvratným selháním ledvin.....	17
2.3.1 Hemodialýza (HD)	18
2.3.2 Hemofiltrace (HF).....	20
2.3.3 Hemodiafiltrace (HDF).....	20
2.3.4 Peritoneální hemodialýza	21
2.3.5 Transplantace ledviny	23
3 TRANSPLANTACE ORGÁNŮ.....	24
3.1 Definice transplantace	24
3.2 Druhy transplantace	25
3.3 Odběr orgánů z mrtvých dárců.....	26
3.3.1 Transplantační zákon	26
3.3.2 Definice smrti, mozková smrt	26
3.3.3 Druhy odběru orgánů.....	27
3.4 Odběr orgánů od živých dárců.....	28
3.4.1 Zdravotní způsobilost dárce	29
3.4.2 Transplantace ledviny od živého dárce.....	29
3.5 Učitelství úřad církve, morální teologie a transplantace orgánů.....	30
3.5.1 Etická komise ve zdravotnictví.....	32
3.5.2 Etika a charisma uzdravení.....	32
4 HERMENEUTICKÁ SITUACE ZDRAVOTNÍKŮ A PACIENTŮ.....	34
4.1 Pacient = člověk.....	34
4.1.1 Kvalita života dialyzovaného pacienta.....	35
4.1.2 Kvalita života po transplantaci ledviny	37
4.2 Vztah lékař – pacient.....	37
4.3 Zdravotní sestra – prostředník mezi lékařem a pacientem	39
4.4 Týmový charakter práce	40
4.4.1 Role kněze v ošetrovatelském týmu	40
4.5 Právo na důvěrnost.....	41
4.6 Právo na informace.....	41
4.6.1 Zákon č. 111/2007Sb. – zásadní změny v právu na informace o zdravotním stavu.....	42
4.7 Pravda a nemocný.....	44
4.7.1 Otázky, na které není třeba odpovídat	44
4.7.2 Otázky o budoucnosti	45
4.7.3 Otázky o smyslu	47
4.7.4 Salvifici Doloris – smysl utrpení podle Jana Pavla II.....	49

5	DUCHOVNÍ POMOC NEMOCNÉMU	51
5.1	Duchovní doprovázení = rozhovor s trpícím.....	52
5.2	Křesťanské chápání nemoci a utrpení.....	59
5.2.1	Utrpení a otázka zla.....	61
5.3	Postoj víry.....	62
5.3.1	Modely duchovního doprovázení.....	63
5.3.1.1	Současný model duchovního doprovázení.....	63
5.3.2	Kladné charakteristiky pastýřského postoje.....	65
5.3.3	Záporné charakteristiky nepastýřského postoje.....	66
5.4	Logoterapie.....	66
	ZÁVĚR :	68
	LITERATURA :	70
	PRAMENY :	72
	PŘÍLOHY :	73

ÚVOD

„Pak dej lékaři příležitost, vždyť i jeho stvořil Hospodin. Ať není daleko od tebe, když ho potřebuješ; někdy je úspěch v jeho ruce.“ (Sir 38,9–10).

Celé dějiny křesťanství ukazují nemoc, bolest a smrt jako trvalé průvodce lidských, a tedy křesťanských životů, přes všechna podivuhodná a mimořádná uzdravení. Království Boží je už mezi námi, ale není tu nové nebe a nová země a ještě nejsme vzkříšení, a tak tedy je tu nemoc, bolest a smrt jako zkouška i jako šance.

Pracuji ve zdravotnictví a denně se setkávám s bolestí, utrpením a zmatkem nemocných, kteří vlivem nemoci si najednou nevědí rady se svým budoucím životem. Cílem této práce je snaha o hlubší zdůvodnění základních východisek medicíny a lékařské etiky. Chci srozumitelným a přehledným způsobem seznámit čtenáře s problematikou transplantací orgánů, s podrobnějším zaměřením na transplantaci ledvin. Mou snahou je pokusit se přiblížit podstatu chování zdravotníků, ale hlavně nemocného a trpícího člověka hledajícího smysl svého utrpení. Práce by měla ukázat nesobecký a nezištný způsob vnímání a pomoci člověku v jeho bolesti. Tajemství utrpení, nemoci, nouze a ohrožení člověka je možné pochopit jen z komplexního pohledu. Proto kromě lékařského hlediska a z něho vyplývajících postupů je zde představen i aspekt antropologický, filosofický a teologický. Z toho vyplývá i metodologické řešení, které vyžaduje určité tematické uspořádání způsobu řešení problému utrpení. Jedině pochopením, zachováním celistvosti, jedinečnosti a originality každé lidské bytosti je položen základ úspěšného profesionálního přístupu k léčení a zvládnutí těžké životní situace nemocného.

Práci dělím na dvě části, medicínskou a eticko – spirituální a tyto ještě podrobněji specifikuji do pěti kapitol.

První kapitola je zaměřena na objasnění pojmů zdraví a nemoc, jejíž léčení je hlavním těžištěm zájmu medicíny. Nemoc je porucha funkce nebo struktury. Mluvíme-li o nemoci ledvin, srdce nebo nervů, zapomínáme v takovém vyjádření na to, že i v nemoci si tělo zachovává obdobnou, neříkáme stejnou jednotu, jako když je zdravé, a tak přestože mluvíme o nemocné ledvině apod., nemocné je celé tělo, tělo ve své jednotě, tj. tělo oduševnělé, tedy tělo jako psychosomatická jednota. Takže žádná porucha nezůstává automaticky lokalizována v jednom orgánu. Když však nazíráme na člověka jako psychosomatický celek, to znamená ve všech jeho projevech

anatomických, fyziologických a psychických, můžeme mu v jeho nemoci porozumět, protože v nemoci, stejně jako ve zdraví, jsou psychika a tělo, i když rozlišitelné a diferencované, nedělitelným celkem. Přesto však přetrvává tendence arbitrárně dělit člověka na část tělesnou a psychickou.

Selhání funkce ledvin a jeho projevy jsou hlavním tématem druhé kapitoly této práce. Ledviny jsou pro život nezbytné a mohou být postiženy řadou onemocnění, která mohou být vrozená i získaná. K normálnímu životu člověka stačí pouze dvacet pět procent funkční ledvinné tkáně, ale i deset procent tkáně stačí při dodržování dietních opatření a určité terapie k dobrému životu. Teprve při větším úbytku funkční tkáně je potřebné léčení umělou ledvinou a posléze vyvstává nutnost transplantace.

Ve třetí kapitole čtenáři přibližují pohled na transplantace a s tím spojený transplantační zákon, vysvětlují definici smrti a zabývám se pohledem učitelského úřadu církve a morální teologie. Problematika právní oblasti v lékařství obsahuje velmi často i oblast morální. Mezi oběma těmito normativními rovinami existuje intenzivní vzájemné působení. Etické požadavky vyplývají z existence člověka. Vymezit etické mantinely je nutnost, kterou se musí řídit medicína při aplikaci moderních lékařských technologií.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na důležitost slova tj. komunikaci, která se stává hlavní determinantou úspěchu v podpoře zdraví a edukaci nemocných. Člověk se vlivem své nemoci změní a to směrem k negativním emocím. Zdravotní sestra a lékař jsou první osoby, které nemocný potkává a očekává od nich dovednost komunikovat a překonávat komunikační bariéry, např. adekvátní dávkování informací o svém zdravotním stavu a jejich logický sled.

V páté kapitole vyzdvihují důležitost a nepostradatelnost duchovní pomoci nemocnému. Je v povaze člověka, že nemůže snášet bolesti a duševní napětí dlouho a sám. Proto duchovní doprovázení je základním prvkem pro podporu duchovní dimenze nemocného. Je to především chápající partner rozhovoru, který je otevřený všem tématům nemocného. Filozofie, náboženství i historie lidského myšlení, ale hlavně zkušenost s lidmi dosvědčuje, že tuto dimenzi lze oprávněně předpokládat u každého člověka, i když u jednotlivých lidí je rozvinuta v různých stupních. Člověk je totiž víc než individuum. Je osoba, která je charakterizovaná vztahy: k sobě samému, k druhým lidem, ke světu kolem nás i ke skutečnosti, která nás přesahuje, tedy k Bohu.

1 ZDRAVÍ A NEMOC

V současné době se v průzkumech veřejného mínění jako jedna z hodnot, kterých si ceníme nejvíce, objevuje zdraví. Naprostá většina lidí chce být zdravá a touží po zdraví, i když pro tuto skutečnost mají různé a omezené pohledy. Zdraví je mnohdy vnímáno jako symbol osobní síly jedince, naopak nemoc je projevem slabosti. U jiných péče o zdraví může nabývat až kultovních rozměrů a mnozí, obzvláště dnešní člověk, vnímá zdraví jako určitý druh zboží, kterou lze kupovat. Pacient je klient a za služby, které jsou mu poskytovány, platí přímo nebo prostřednictvím zdravotního pojištění. Dalším pohledem je vnímání zdraví pouze v rovině biologické a tělesné.¹ Prof. Jaro Křivohlavý, který se zabýval otázkami zdraví a nemoci, a to i v křesťanském pojetí, říká, že definovat zdraví je tak obtížné jako definovat život, prostor a čas.²

1.1 Zdraví

Cílem každého jedince je zachovat si zdraví, život, celistvost údů svého těla a starat se o vše, co vede k tomuto cíli (potrava, oblečení, odpočinek a bydlení). Občanské zákonodárství ve věcech hygieny a zdraví vytvořilo taková opatření, která slouží k zachování veřejného zdraví. Jedná se o očkování proti různým nemocem, preventivní opatření proti nakažlivým a infekčním nemocem, předpisy o čistotě potravin... Do pojmu zdraví spadá i blaho duchovní a sociální, které lze považovat za důležitější, nežli je tělesná vitalita.³ Nesporně sem patří i celistvost a neporušenost tělesné struktury, rovněž i schopnost organismu udržovat vnitřní rovnováhu, rozvíjet všechny dimenze lidské osoby s cílem uspokojovat přirozené a kulturní potřeby.⁴ Biologické potřeby jsou společné všem živým organismům. Na psychické úrovni jsou pro člověka relativně specifické potřeby týkající se zejména oblastí emocí. Sociální dimenze lidských potřeb vyplývá ze skutečnosti, že každý jedinec potřebuje od společenství lidí kladné vztahy. Zcela specifická je pro člověka dimenze spirituální,

¹ Srov. Š. Ruckí, *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*, Návrat domů, Praha 2007, s. 24–25.

² Š. Ruckí, *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*, Návrat domů, Praha 2007, s. 24–25.

³ Srov. K.–H. Peschke, *Křesťanská etika*, Vyšehrad Praha 2004, s. 225.

⁴ Srov. A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1991, s. 25.

která má tvůrčí charakter. Tímto se člověk uskutečňuje a seberealizuje.⁵

1.1.1 Zdraví jako dar

Současnost chápe zdraví jako věc samozřejmou a pohled na zdraví jako cenný dar se téměř zcela vytratil. Člověk vnímá sám sebe jako autonomní, svébytnou a sebeurčující bytost. Myslí si, že je pánem svého osudu a podlehl nebezpečné iluzi a klamu, že vše má ve svých rukou a že téměř vše je uskutečnitelné a proveditelné. Zapomněl, že je zcela existenčně závislý na Bohu, na našem Stvořiteli a že pouze Bůh drží ve svých rukou tajemství života a smrti člověka. Tato skutečnost je zcela zřejmá a evidentní v procesu odhalování principu života a rozluštění genetického kódu.⁶ Lidské tělo je extrémně složitý systém, který je složen ze 100 biliónů buněk. Skutečnost, že se toto nepředstavitelné množství miniaturních biochemických továren dokáže zformovat do jednotného, fungujícího a ve zlomcích sekundy reagujícího těla, připomíná zázrak.⁷ Objevy v biologii v posledních desetiletích, ukázaly jaké množství informací je zakódováno pomocí čtyř písmen genetického kódu v jediné lidské buňce a způsob, jakým jsou informace uloženy, je tak sofistikovaný a miniaturizovaný, že jej nemůže napodobit žádná informační technologie vyvinutá člověkem. Již drobné odchylky v této genetické výbavě člověka mohou vést k závažným nemocem a smrti organismu. V současnosti nelze tuto skutečnost složité genetické informační databáze nijak vysvětlit. Vznik nezjednodušitelně složitých systémů v lidském organismu dovede jen inteligentní zdroj. Jedině Bůh zná tajemství života člověka a jedině on drží pohromadě naši bytost. Zdraví pochází z jeho rukou a je jeho darem.⁸

1.1.2 Zdraví z pohledu Božího slova

Život a tělesné zdraví jsou cenné dary od Boha. Máme o ně rozumně pečovat a brát přitom v úvahu potřeby druhých a obecné blaho.⁹ Zdraví z biblického pohledu znamená plný rozvoj životních sil a nemoc v první řadě slabost a nemohoucnost

⁵ Srov. A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1991, s. 14.

⁶ Srov. Š. Ruckí, *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*, Návrat domů, Praha 2007, s. 26.

⁷ *GEO, Objevovat a chápat svět, časopis*, Ročník 2005/listopad, číslo 1 Praha, s. 32.

⁸ Srov. Š. Ruckí, *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*, Návrat domů, Praha 2007, s. 27–28.

⁹ *KKC*, čl. 2288.

(Ž 38,11).¹⁰ V Bibli nelze najít definici zdraví, ale z mnoha míst můžeme nepřímo vyvodit pohled na zdraví. Zejména tam, kde je řeč o nemoci a uzdravení. O těchto skutečnostech nás informují evangelia, která líčí podrobnosti uzdravení nemocných Ježíšem. Za mnohé lze připomenout uzdravení deseti malomocných (srov. Lk 17,11 – 19). Ježíš takto nemocné neuzdravuje, ale posílá je k těm, kteří nemoc mají diagnostikovat – k soudobým lékařům. Během cesty však známky malomocenství vymizely a nemocní byli očištěni. Avšak pouze jeden se vrací, padá tváří k nohám Ježíšovým a děkuje mu. Ježíš mu odpovídá: „Vstaň a jdi! Tvá víra tě zachránila“. Zde můžeme vnímat zásadní rozdíl – deset nemocných bylo očištěno a vymizely u nich příznaky nemoci, byla ukončena izolace od společnosti, u konce bylo psychické strádání, ale pouze jeden z nich byl uzdraven. Z této skutečnosti (a ze všech ostatních) je jasné, že biblická definice zdraví má v zorném úhlu okamžik, ve kterém se člověk navrácí k dárci života a zdraví, tj. k Bohu a zároveň jej uctívá.¹¹ Bůh vždy pečuje o celého člověka, stará se o tělesný aspekt bytí, uzdravuje narušenou psychiku, začleňuje člověka do společenství svého lidu, ale nejvíce mu jde o náš vztah k němu samotnému – ať je to ve zdraví nebo v nemoci. Nikdo není skutečně zdrav v biblickém pojetí, pokud nepadl tváří k Ježíšovým nohám a neděkoval mu za jeho vykoupení.¹²

Teologie a medicína se shodují v základním přesvědčení, že lidská bytost tvoří jednotu a zdraví člověka se projevuje ve všech dimenzích lidské osoby. Jedná se o dimenzi biologickou (tělesnou, somatickou), psychickou, sociální a spirituální. V hierarchické organizaci funkcí člověka jsou nejdůležitější a nejhlubší spirituální aktivity, jelikož nejvíce integrují, neboť jsou nejbližší středu osobnosti, reálnému já. Souhrnně tedy můžeme říci, že zdraví je stav člověka, který zahrnuje schopnost organismu udržovat vnitřní rovnováhu a rozvíjet všechny dimenze lidské osoby s cílem uspokojovat přirozené a kulturní potřeby.¹³

¹⁰ X. Léon–Dufour přeložil P. Kolář, *Slovník biblické teologie*, Velehrad 1981, 5. vydání, Křesťanská akademie Řím, s. 267.

¹¹ Srov. Š. Rucki, *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*, Návrat domů, Praha 2007, s. 28–29.

¹² Š. Rucki, *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*, Návrat domů, Praha 2007, s. 30.

¹³ Srov. A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1991, s. 14–25.

1.2 Definice světové zdravotnické organizace

Zdraví je podle definice WHO: „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby“.¹⁴ Podle této definice nebude tak snadné najít mezi námi zcela zdravého člověka.¹⁵

Jak se člověk cítí, je právě tak důležité jako laboratorní výsledky, rentgenové a jiné nálezy. Může být totiž nemocen, aniž ve vlastním slova smyslu „trpí“. Důležité je zajistit pacientovi kromě tělesného i duševní, sociální a duchovní blaho. Právě v oblasti duchovní má menší možnost lékař, ale o to větší možnost má ten, který takového člověka doprovází a který mu pomůže vyrovnat se s tím, co se prokazatelně ukázalo jako nezměnitelné.¹⁶

Z výše citované definice zdraví lze odvodit okruhy potřeb nemocného člověka. Okolí, které se stará o nemocného, by mělo zajistit nejen potřeby biologické, ale i stránku psychologickou, sociální a spirituální. A to s vědomím, že prioritita potřeb se bude během nemoci měnit. Na začátku onemocnění budou primární potřeby biologické, během nemoci budou ustupovat potřebám spirituálním.¹⁷

1.3 Co je nemoc a příčiny nemoci

O hledání přirozených příčin nemoci se v Bibli vůbec nemluví, kromě evidentních případů, jako jsou zranění a pády (2 Sam 4,4). Ve smyslu náboženském lze nemoc definovat tak, že ve světě, ve kterém je přímou příčinou všeho Bůh, nemůže tomu být jinak ani v případě nemoci. Je nemožné nevidět v ní Boží zásah do lidského života (Ex 4,6; Jb 16, 12; Jb 19,21; Žl 39, 11). Náboženský cit uvádí do souvislosti nemoc a hřích. Biblické zjevení této představě neodporuje, ale upřesňuje podmínky, za kterých je možná. Bůh stvořil člověka ke štěstí (srov. Gn 2). Nemoc, jako všechna lidská utrpení se protíví tomuto původnímu Božímu záměru a do světa se dostala jedině v důsledku lidského hříchu (srov. Gn 3,16 – 19). Nemoc má člověka vést k prohloubení vědomí vlastní hříšnosti, jak je tomu v prosebných žalmech. Zde je prosba o uzdravení

¹⁴ Citace uvedena in: M. Vokurka–J. Hugo, *Praktický slovník medicíny*, 5. rozšířené vydání, Praha 1998, s. 487.

¹⁵ M. Svatošová, *Hospice a umění doprovázet*, Ecce homo 1999, 4. vydání, Praha 6, s. 16.

¹⁶ Srov. tamtéž, s. 16–17.

¹⁷ Srov. tamtéž, s. 21.

vždy spojena s vyznáním hříchů.¹⁸ Nemoc a utrpení vždy patřily k nejvážnějším problémům, které podrobují lidský život zkoušce. V nemoci člověk zakouší vlastní bezmocnost, vlastní meze a svou ohroženost. Každá nemoc nám může dát zahlédnout smrt. Nemoc může vést k úzkosti, k uzavření do sebe, někdy dokonce k zoufalství a vzpouře proti Bohu. Může však také napomáhat člověku k větší zralosti, pomoci mu rozlišit v jeho životě, co není podstatné, aby se zaměřil na to, co je důležité. Velmi často nemoc vyvolává hledání Boha a návrat k němu.¹⁹

Nemoc je zvláštní jev, který ukazuje naši zranitelnost, nutí k myšlenkám o smyslu a hodnotě života, nevyhýbá se žádné skupině lidí, nedělá výjimky mezi profesemi, je nejčastější branou, kterou k člověku vstupuje smrt, a to je okamžik, kdy si člověk uvědomuje jednu velmi nepříjemnou skutečnost, totiž svoji pomíjivost.²⁰

Nemoc lze definovat jako „poruchu nebo snížení výkonnosti a přizpůsobovací schopnosti organismu nebo jedné resp. několika jeho částí“.²¹ Nelze opomenout jako příčinu nemoci velmi úzkou souvislost mezi tělem a psychou, mezi spojitostmi, které dovolují splynutí organismu s lidským duchem v jednotu, jako kdyby byla hranice mezi materiálními a nemateriálními rovinami zrušena. Stav imunity je v neposlední řadě závislý na stavu efektivity (nepřirozeném stavu chování) a naopak. Pokud je v našem těle malé poškození, které se doposud neprojevovalo, znamená slabé místo „locus minoris resistentiae“. Setká-li se psychický vyvolávající faktor s fyzickým poškozením nebo fyzický vyvolávající faktor se slabým místem v psychice, dojde s velkou pravděpodobností k onemocnění. Jisté je, že afekt redukuje imunitu celého organismu a vyvolává krizi přesně tam, kde už určitá dispozice ke krizi existovala, ačkoliv nebyla vůbec pozorována. Naučíme-li se ovládat svoji afektivitu a v různých zátěžových situacích se nám podaří nepřipustit si zhoršení naší afektivity, potom můžeme za pomoci vhodného ovlivnění našeho imunitního stavu dokonce občas zabránit propuknutí nějaké tělesné či duševní nemoci. Někdo může zůstat zdravý, protože je schopen udržet si s pomocí své vůle stabilní afektivitu a tím stabilní imunitu. Čím víc člověk vnímá pozitivní elementy v okolí, tím víc prožívá pozitivních afektů a tím víc sil

¹⁸ Srov. X. Léon-Dufour přeložil P. Kolář, *Slovník biblické teologie*, Velehrad 1981, 5. vydání, Křesťanská akademie Řím, s. 267.

¹⁹ KKC, čl. 1500, 1501.

²⁰ Srov. Š. Rucki, *Je někdo z vás nemocen? Křesťanský pohled na zdraví, nemoc a uzdravení*, Návrat domů, Praha 2007, s. 6–7.

²¹ H. Rotter, *Důstojnost lidského života*, Praha 1999, s. 77.

má organismus k dispozici, aby zůstal zdravý.²²

Při vzniku nemocí hrají důležitou roli velmi osobní postoje a očekávání, vlivy z okolního světa a od bližních, vliv světa práce a prostoru volného času se všemi do nich zasazenými mezilidskými vztahy. Čistě chemické nebo fyziologické chápání nemoci by dnes mělo patřit minulosti, i když toto chápání vycházející z materialistického a mechanického obrazu člověka bylo v posledních sto letech velmi vlivné. Navzdory snaze abstrahovat u nemoci, kterou se lékař musí zabývat, od psychických, sociálních a morálních faktorů, vstoupí tyto faktory vždy znovu do hry a budou za určitých okolností rozhodovat o tom, zda a jak je možné vyléčení. Zdá se proto také, že je nutné, aby si lékař těchto faktorů všímal. Měl by tedy mít vyvinutý smysl i pro psychologické, a dokonce pastorační aspekty péče o nemocné.²³ Moderní psychologie a psychiatrie ukázaly, v jaké míře mohou poruchy ducha a duše ovlivňovat tělesné zdraví. Velké množství nemocí má psychologické příčiny. A dokonce i tehdy, když je původem nemoci organické poškození, vnitřní postoje nemocného k životu silně spoluurčují proces uzdravování.²⁴

²² Srov. E. Lukasová, *I tvoje utrpení má smysl*, Cesta 1998, s. 118–122.

²³ Srov. H. Rotter, *Důstojnost lidského života*, Praha 1999, s. 77.

²⁴ K.–H. Peschke, *Křesťanská etika*. Praha 1999, s. 225.

2 SELHÁNÍ FUNKCE LEDVIN A JEHO PROJEVY

Jedná se o neschopnost orgánu plnit i za klidových podmínek základní funkce. Projevuje se příznaky typickými pro postižený orgán. Tyto příznaky se mohou lišit, pokud selhání vzniklo akutně, či zda jde o chronický stav.

2.1 Co je to nezvratné selhání funkce ledvin a jeho projevy

Pojem „nezvratné selhání ledvin“ znamená, že ledviny nejsou schopny udržet normální složení vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek a pacient by bez léčby (dialýzy a transplantace) zemřel. Pokud jednou ledviny chronicky onemocněly, potom je pravděpodobné, že se jejich postižení bude postupně zhoršovat. Může to trvat léta nebo desítky let. Nutno ale poznamenat, že mnozí nemocní do fáze nezvratného selhání funkce ledvin vůbec nedospějí.²⁵

2.1.1 Typy selhání ledvin

a) akutní selhání ledvin

Je stav, kdy pokles funkce ledvin je náhlý a může být zapříčiněn jak prerenální tak renální či postrenální etiologií. Pokud je léčba zahájena včas, zpravidla se funkce ledvin obnoví během několika týdnů – hovoříme o přechodném stavu.

b) chronické onemocnění ledvin

Jedná se o dlouhotrvající onemocnění, které vede k postupné ztrátě funkce ledvin. V tomto případě funkce nelze obnovit, ale je možné jejich pokles léčbou pozastavit. Jde o častější typ selhání ledvin.

c) konečné stadium selhání ledvin

Je to období, kdy ledviny prakticky nefungují a k záchraně života je nutná náhrada funkce ledvin – dialýza nebo transplantace.²⁶

²⁵ Srov. *Baxter renal časopis, Jak lépe porozumět možnostem léčby při selhání ledvin*, evidenční číslo 2007031, s. 5.

²⁶ Srov. *tamtéž*, s. 5.

2.2 Příčiny vedoucí k nezvratnému selhání ledvin

Příčiny chronického selhání ledvin tkví buď v primárním onemocnění ledvin nebo jsou následkem dlouhodobého poškození ledvin jiným onemocněním, které postihuje většinou více systémů. Příčiny selhání ledvin se různí v jednotlivých věkových skupinách a závisí na rase a pohlaví, takže je známo, že v jednotlivých geografických oblastech je výskyt jednotlivých renálních onemocnění odlišný.²⁷

2.2.1 Rizikové faktory

a) vyšší věk

Vyšší věk 70 – 90 představuje významný rizikový faktor vzniku chronického selhání ledvin. Kromě patologických změn, které jsou spojeny s diabetem, hypertenzí či aterosklerozou dochází i ke změnám fyziologickým jako jsou změny degenerativní.

b) rasa

Také je třeba poznamenat, že i rasa představuje komplexní rizikový faktor. Američtí černoši mají větší výskyt chronického selhání ledvin v porovnání s bělochy.

c) pohlaví

Všechny statistiky dialyzační léčby ukazují na častější zastoupení mužů v porovnání s ženami. Spekuluje se o větším významu pohlavních hormonů. Testosteron progresi onemocnění urychluje.²⁸

d) glomerulopatie

Důvod tohoto onemocnění ledvin spočívá v postižení glomerulů na imunologickém podkladě např. při zánětech, cukrovce a jiných systémových onemocnění. Poškození glomerulu může způsobovat abnormální únik některých látek z krve do moči a postupné selhávání funkce ledvin.²⁹

e) arteriální hypertenze a ledviny

Dalším faktorem je vysoký krevní tlak – hypertenze ta rovněž může poškodit cévky

²⁷ Srov. V. Tesař, O.Schüick a kolektiv, *Klinická nefrologie 1. vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 478.

²⁸ Srov. tamtéž, s. 479–480.

²⁹ Srov. M. Vokurka–J. Hugo, *Praktický slovník medicíny, 5.rozšířené vydání*, Praha 1998, s. 14.

v ledvinách a způsobit jejich selhání. Celá jedna čtvrtina selhání ledvin je způsobena hypertenzí zvláště, pokud tato není léčena. Vysoký krevní tlak urychluje proces selhání ledvin.³⁰ Hypertenze je považována za významný rizikový faktor pro ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkové příhody, ischemickou chorobu dolních končetin, srdeční a renální selhání. Ledviny zauímají mimořádně důležité místo v regulaci krevního tlaku. Za fyziologických okolností je průtok krve ledvinami a filtrační tlak v glomerulech ovlivňován hodnotou středního arteriálního tlaku a udržován vazomotorickými změnami v přívodných a odvodných arteriolách glomerulů. Cílem regulace krevního tlaku ledvinami je uchování stabilní hodnoty glomerulární filtrace.³¹

f) ischemická choroba ledvin

K rozvoji této nemoci dochází u pacientů ve vyšším věku, často bez ohledu na dobrou farmakologickou kompenzaci hypertenze. Příčinou bývá aterosklerotické okluzivní postižení renálních tepen nebo chronická mikroembolizace cholesterolových částic do periferních ledvinných tepen. Tento typ vaskulárního postižení je též diagnostikován jako ischemická nefropatie.³²

g) tubulointersticiální nefritidy

Jedná se o zánětlivé onemocnění ledvin s postižením ledvinového intersticia (tkáně). Příčinou je např. infekce, dna, jedovaté látky, poruchy látkové výměny, alergické stavy nebo lékové poškození.³³

h) tumory

Tumory ledvin tvoří kolem tří procent všech nádorů v dospělosti. Nejčastějším nádorem je renální karcinom. Muži jsou postiženi častěji než ženy. Maximum výskytu je v páté a šesté životní dekádě. Příčina vzniku není jednoznačně známá. Z rizikových faktorů lze uvést kouření, obezitu, dlouhodobá dialýza spojená s vývojem cyst.³⁴

i) diabetická nefropatie (DN)

Toto onemocnění je nejzávažnější orgánovou komplikací diabetu a jednou

³⁰ Srov. Baxter *renal časopis, Jak lépe porozumět možnostem léčby při selhání ledvin*, evidenční číslo 2007031, s. 5–6.

³¹ Srov. V. Teplan a kolektiv, *Praktická nefrologie 2., zcela přepracované a doplněné vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 161.

³² Srov. tamtéž, s. 199.

³³ Srov. M. Vokurka–J. Hugo, *Praktický slovník medicíny, 5.rozšířené vydání*, Praha 1998, s. 455.

³⁴ Srov. V. Teplan a kolektiv, *Praktická nefrologie 2., zcela přepracované a doplněné vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 261.

z nejčastějších příčin selhání ledvin.³⁵

j) dědičná a vrozená onemocnění ledvin

U mnoha nejčastějších a nejzávažnějších geneticky podmíněných onemocnění ledvin a močového traktu lze v současné době užít metod prenatální diagnostiky. Rutinní užití je dáno nejen výskytem a závažností vrozených a dědičných chorob, ale i přesností diagnostické metody a její invazivností. Prenatální diagnostika geneticky podmíněných poruch tvoří dvě hlavní kategorie: odběry z vzorku plodové vody (s cytogenetickým, biochemickým či molekulárně genetickým vyšetřením) a zobrazovací metody. Tato diagnostika je indikována pokud je odůvodněný předpoklad rizika postižení dědičnou nebo vývojovou poruchou a to obvykle na podkladě výskytu u jiného dítěte v předchozím období nebo při postižení jednoho z rodičů.³⁶

Zde je třeba položit otázku, zda je prenatální diagnostika morálně přípustná. Odpověď je kladná, jestliže prenatální diagnostika respektuje život a celistvost lidského zárodku nebo plodu a je zaměřena na ochranu nebo léčení konkrétního jedince. Je mravně dovolená, pokud s ní souhlasí náležitě informovaní rodiče a použité metody jsou zaměřeny na ochranu života a celistvosti zárodku i jeho matky a pokud zárodek i matka nejsou vystavovány neúměrně vysokému riziku.³⁷ Diagnóza, která potvrzuje přítomnost vývojové vady nebo dědičné choroby, se nesmí rovnat rozsudku smrti.³⁸

2.3 Léčba pacienta s nezvratným selháním ledvin

Hlavní léčbou pacienta s nezvratným selháním ledvin jsou mimotělní metody náhrady funkce ledvin (renal replacement therapy – RRT) částečně nahrazují exkreační činnost ledvin. Přestože není nahrazena metabolická funkce ledvin (tvorba hormonů, odbourávání hormonů), zachraňují tyto metody život. U chronického selhání ledvin prodlužují život v jeho přiměřené kvalitě až o několik desítek let. Těmito metodami jsou vhodní nemocní připraveni k transplantaci ledviny. U akutního selhání ledvin tyto metody umožňují návrat k plnému zdraví. Podle fyzikálně – chemických principů, kterými tyto mimotělní metody očišťují krev, se dělí na hemodialýzu, hemodiafiltraci

³⁵ Srov. V. Teplan a kolektiv, *Praktická nefrologie 2., zcela přepracované a doplněné vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 269.

³⁶ Srov. tamtéž, s. 296.

³⁷ Srov. *Donum vitae Dar života, Instrukce Kongregace pro nauku víry, I. vydání*, Brno 2007, s. 17–18.

³⁸ *Donum vitae Dar života, Instrukce Kongregace pro nauku víry, I. vydání*, Brno 2007, s. 18.

a hemofiltraci.³⁹

2.3.1 Hemodialýza (HD)

Jedná se o léčebnou metodu, která nahrazuje základní funkci ledvin – očišťování krve od zplodin látkové přeměny (metabolismu) a odstraňování nadbytečné tekutiny. Princip je založen na difuzi a ultrafiltraci. Difuze spočívá v prostupu látek polopropustnou membránou z jedné tekutiny (zde krve) do druhé (dialyzačního roztoku) po koncentračním spádu nebo naopak. Vlastnosti membrány a dialyzačního roztoku ovlivňují přestup různých látek, jak to vyžaduje konkrétní zdravotní stav pacienta. Ultrafiltrací se odstraní z těla přebytečná voda, kterou nemocný nemůže vyloučit ledvinami. Krev se odvádí z těla do dialyzačního přístroje, kde probíhá „čištění“ a zbavená odpadních látek a nadbytečné vody se vrací. Hemodialýza je dnes základní léčebnou metodou probíhající do transplantace ledviny.⁴⁰

Z krevního oběhu nemocného je získávána krev v množství, které se obvykle pohybuje kolem 300 ml za minutu. Jako cévní přístup je nejčastěji zakládána arterio-venózní fistule na zápěstí nebo předloktí. Cévní spojku tvoří podkožní spojení žíly a tepny. U takového spojení dojde v průběhu několika týdnů k arterializaci žilní části zkratu. Žilní stěna zesílí a lumen cévy se rozšíří. Do takto změněné cévy lze zavádět jehly širokého kalibru několikrát týdně po dobu i mnoha let a získávat jimi oněch 300 ml krve za minutu a současně tento objem krve nemocnému stejnou rychlostí vracet. Mimotělní oběh hemodialýzy tvoří dialyzátor a systém hadic, které přivádějí z cévního přístupu krev do dialyzátoru a očištěnou krev zase vracejí nemocnému. Jinými hadicemi je do dialyzátoru přiváděn a pak odváděn do odpadu dialyzační roztok. U nemocných, kteří trpí chronickým selháním ledvin, je zpravidla hemodialýza doživotní léčbou.⁴¹

Pro krátkodobé užití u akutního selhání ledvin je vhodné zavést hemodialyzační katétr. Je to ohebná plastová hadička, kterou chirurg zavádí do velké žíly, nejčastěji v oblasti krku – jugulární nebo subklaviální žíly nebo do stehenní žíly – v oblasti třísla. Jedná se o krátký operační výkon, který probíhá v místním znecitlivění. U pacientů s tenkými a příliš slabými žilami se používá cévní náhrada – graft (protéza).

³⁹ Srov. V. Teplan a kolektiv, *Praktická nefrologie 2., zcela přepracované a doplněné vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 385.

⁴⁰ Srov. M. Vokurka–J. Hugo, *Praktický slovník medicíny, 5.rozšířené vydání*, Praha 1998, s. 158.

⁴¹ Srov. V. Teplan a kolektiv, *Praktická nefrologie 2., zcela přepracované a doplněné vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 385–386.

Je to jemná syntetická trubička, kterou lékař spojí tepnu a žílu na ruce nebo noze.⁴²

Na druhé straně dialyzační membrány, než je krev, teče dialyzační roztok, který je připravován z koncentrátu a vodovodní vody upravené obvykle rezervní osmózou (samovolné pronikání molekul rozpouštědla polopropustnou stěnou do roztoku). Voda musí vyhovovat přísným kritériím na chemické složení. Musí se vyloučit kontaminace bakteriemi i jejich produkty. I minimální znečištění vody by mohlo mít pro pacienta katastrofální důsledky, jelikož při hemodialýze dialyzační membrána vodu bez omezení propouští. Dialyzační roztok běžně obsahuje sodík, draslík, vápník, hořčík a chloridy v koncentracích podobných jako v extracelulární tekutině zdravého člověka. Někdy je obsažena glukóza. K oběhové stabilitě nemocných v průběhu procedury a k lepší snášenlivosti léčby přispívá to, že dialyzační roztok má teplotu jen 36°C a mírně ochladí krev nemocného. To přispívá k oběhové stabilitě nemocných.⁴³

Nemocní s chronickým selháním ledvin bývají hemodialyzováni třikrát týdně. Délka jednotlivých procedur se v Evropě pohybuje mezi čtyřmi až pěti hodinami. Některá pracoviště však doporučují „každodenní“ dialýzu. Oba rozvrhy se většinou provádějí v podmínkách domácí hemodialýzy. V obou případech je popisováno zejména zlepšení kvality života nemocných a snazší kontrola celkového zdravotního stavu.⁴⁴

HD v nemocnici je aplikovaná tak, že na speciální oddělení dojíždí většina pacientů, kteří se dialyzují na nemocničních přístrojích. Nemocný se na průběhu procedury aktivně nepodílí, tato je zajišťována vyškolenými zdravotníky – dialyzačními sestrami a lékaři. Podle pevně stanoveného individuálního rozvrhu sem nemocný dojíždí 2 – 3krát týdně.

Na HD v satelitním středisku se pacienti na své léčbě podílejí více. Pod odborným dohledem si mohou sami připravit přístroj a nastavit na něm parametry dialýzy, zavést si jehly a zapisovat celý průběh dialýzy. I zde platí pevně stanovený rozvrh a pravidelné dojíždění 3 krát týdně.

O vhodnosti aplikovat HD v domácím prostředí rozhoduje tým odborníků. Nezbytnou součástí těchto dialyzačních přístrojů jsou vestavěné bezpečnostní mechanismy. Podmínkou je přítomnost další osoby (partnera nebo jiného člena rodiny) po dobu dialýzy, která se provádí 3krát týdně v době, kdy je pacient vzhůru. Po tuto

⁴² Srov. *Baxter renal časopis, Jak lépe porozumět možnostem léčby při selhání ledvin*, evidenční číslo 2007031, s. 9.

⁴³ Srov. V. Teplan a kolektiv, *Praktická nefrologie 2., zcela přepracované a doplněné vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 386–387.

⁴⁴ Srov. tamtéž, s. 392.

dobu je nezbytná přítomnost druhé osoby. Pokud nemocný provádí pomalou noční hemodialýzu, v době svého spánku, potom je nutné další speciální bezpečnostní zařízení. V České republice je tato varianta velmi ojedinělá.⁴⁵

2.3.2 Hemofiltrace (HF)

Při hemofiltraci je do dialyzátoru přiváděna jen krev a nikoli dialyzační roztok. Odstranění množství tekutin se nemocnému hradí substitučním roztokem tak, aby procedura odstranila jen vodu, která byla pro nemocného nadbytečná (např. 1–4 litry).⁴⁶ HF je buď intermitentní, která se používá pro pacienty v chronickém dialyzačním programu nebo kontinuální, užívá se 24 hodin. Kontinuální v tomto případě znamená, že terapie trvá téměř bez přerušení obvykle několik dnů.⁴⁷

Obvykle jsou užívány komerčně dostupné substituční roztoky, dodávané výrobcem ve sterilních vacích. Rovněž lze použít stejné roztoky, které se používají pro peritoneální dialýzu. Dialyzační roztoky lze upravovat podle individuální potřeby nemocných.⁴⁸

2.3.3 Hemodiafiltrace (HDF)

Je teoreticky nejúčinnější mimotělní metodou očišťování krve. Je kombinací hemodialýzy (HD), metody, která velmi efektivně odstraňuje látky o malé molekulové hmotnosti a hemofiltraci (HF), která odstraňuje účinněji látky o větší molekule. Podíl filtrace na očišťování krve je při hemodiafiltraci významně vyšší než při hemodialýze, ale je menší než při hemofiltraci. Při této metodě teče do dialyzátoru dialyzační roztok a uplatňuje se tak difuzní složka očišťování krve. Hemodiafiltraci a hemofiltraci lze aplikovat pouze přesnými monitory a systémy, které přesně kontrolují objem odstraňované a nahrazené tekutiny. Indikovány jsou u nemocných, kteří splňují zdravotní indikace HF nebo HDF, dále u nemocných, kteří nejsou vhodní k transplantaci a očekává se u nich dlouholetá léčba.⁴⁹

⁴⁵ Srov. *Baxter renal časopis, Jak lépe porozumět možnostem léčby při selhání ledvin*, evidenční číslo 2007031, s. 9–10.

⁴⁶ Srov. V. Teplan a kolektiv, *Praktická nefrologie 2., zcela přepracované a doplněné vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 386–387.

⁴⁷ Srov. tamtéž, s. 398–399.

⁴⁸ Srov. tamtéž, s. 400.

⁴⁹ Srov. tamtéž, s. 389.

2.3.4 Peritoneální hemodialýza

Peritoneální dialýza je intrakorporální metoda nahrazující funkci ledvin. Při peritoneální dialýze se využívá pobřišnice (peritoneum), která tvoří přirozenou membránu a vystýlá dutinu břišní. Tato membrána obsahuje velké množství malých otvůrků a může fungovat jako filtr. Při peritoneální dialýze (přes ni) přestupují odpadní látky a přebytečná voda z těla. Touto metodou může být léčena většina pacientů se selháním ledvin, kteří rovněž oceňují flexibilitu a nezávislost. Nemocný má léčbu hodně ve svých rukou, v rámci možností vede normální život a snadno tak přizpůsobuje svůj rozvrh výměn práci, škole nebo cestovním plánům.⁵⁰

Touto metodou jsou léčeni hlavně nemocní s kardiovaskulárními chorobami, ti kteří mají obavy z opakovaného napichování cévního přístupu a nebo potřebují být nezávislí na nemocnici (flexibilní dovolená, cestování a obtížná dostupnost hemodialyzačního centra). Hlavně starší pacienti mají užitek ze šetrného dialyzačního léčení v domácím prostředí.

Peritoneální dialýzu nelze aplikovat při rozsáhlých srůstech v dutině břišní (znemožňují zavedení peritoneálního katétru, ale hlavně omezují kontaktní plochu mezi dialyzačním roztokem a peritoneem). Dále pak u zánětu pobřišnice (peritonitida), nádorové onemocnění pobřišnice a u aktivních zánětlivých onemocnění.⁵¹

Princip peritoneální dialýzy je na podkladě difuze a osmotické ultrafiltrace. Jako osmotické činidlo slouží glukóza v různých koncentracích nebo polymer glukozy icodextrin.⁵² Dialyzační roztok se napouští do peritoneální břišní dutiny pomocí ohebné plastové hadičky, tzv. peritoneálního katétru. Tento se zavádí do břišní dutiny během menšího operačního výkonu. Asi patnácticentimetrová část katétru vychází ven z břišní dutiny a zůstává skryta pod oblečením. Na tento vnější konec se napojují vaky s dialyzačním roztokem. PD se někdy říká „břišní“ dialýza, protože proces dialýzy probíhá v břišní dutině. Krev proudí cévami v pobřišnici kolem malých otvůrků a odpadní látky spolu s přebytečnou tekutinou procházejí, odcházejí otvory v pobřišnici. PD slouží jako rezervoár dialyzačního roztoku. Vlastní výměna při PD probíhá tak, že

⁵⁰ Srov. *Baxter renal časopis, Jak lépe porozumět možnostem léčby při selhání ledvin*, evidenční číslo 2007031, s. 11–12.

⁵¹ Srov. V. Teplan a kolektiv, *Praktická nefrologie 2., zcela přepracované a doplněné vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 408–409.

⁵² Srov. V. Bednářová, S. Dusíková Sulková a kol., *Peritoneální dialýza 2., rozšířené a přepracované vydání*, Vydal Maxdorf, 2007, s. 16–17.

peritoneální dutina se napustí 1,5 až 2 litry dialyzačního roztoku, který zde zůstává, jde o tzv. prodlevu. Probíhá dialýza. „Použitý“ roztok obsahuje přebytečnou vodu a odpadní látky, které by ledviny za normálních okolností vyloučily močí. Tento roztok se vypouští pomocí katétru z těla ven a pak se zlikviduje.⁵³

Pro tuto metodu je nutný přístup do peritoneální dutiny – zde chirurg zavádí měkkou plastovou hadičku, peritoneální katétr, který slouží jako trvalý přístup do dutiny břišní. Jedná se o menší operaci probíhající v celkovém nebo místním znecitlivění. Vyústění katétru je u většiny pacientů pod úrovní pupku a trochu stranou (u praváků vlevo), je nutno jej krýt malým obvazem, snadno a pohodlně je možné jeho ukrytí pod oblečením.⁵⁴

Prvním typem peritoneální dialýzy je kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (CAPD), kterou si pacient provádí ručně a nemusí dodržovat přesné intervaly mezi jednotlivými výměnami. Individuálně, dle indikace, např. pro 4 výměny stačí dodržovat výměnu před snídaní, obědem, večeří a spánkem. Výměna probíhá 24 hodin denně, její délka se pohybuje od dvaceti až třiceti minut, 7 dní v týdnu. Dialyzační roztok je v plastových vacích, které se k peritoneálnímu katétru připojují a odpojují pomocí soustavy hadiček a svorek. Pokud nemocný cestuje vaky lze dodat až na místo.

Druhý typ peritoneální dialýzy, při kterém se využívá přístroj, který umožňuje provádět dialýzu také v noci, kdy pacient spí, se jmenuje automatizovaná peritoneální dialýza (APD). Dialyzační přístroj – cycler má vestavěno bezpečnostní zařízení, velikost malého kufříku, lze jej snadno přenášet a nemocný ho může použít všude, kde je zdroj elektřiny. Tento přístroj hlídá časování výměn, délku prodlev, vypouští použitý dialyzační roztok a peritoneální dutinu napouští novým roztokem. Délka léčby se pohybuje mezi osmi až deseti hodinami, po tuto dobu je pacient připojen k přístroji.⁵⁵

⁵³ Srov. *Baxter renal časopis, Jak lépe porozumět možnostem léčby při selhání ledvin*, evidenční číslo 2007031, s. 11.

⁵⁴ Srov. tamtéž, s. 12.

⁵⁵ Srov. tamtéž, s. 13–14.

2.3.5 Transplantace ledviny

Transplantace ledviny je metodou, která z medicínského hlediska nejkompexněji nahrazuje funkci orgánu při jeho nezvratném selhání. Nemocnému s ledvinným selháním transplantace umožňuje ve srovnání s ostatními způsoby náhrady renální funkce nejvyšší možnou kvalitu života.⁵⁶ Jedná se o velký operační výkon, při kterém je zdravá ledvina od dárce přenesena do těla pacienta (příjemce). Darovaná ledvina se ukládá do dolní poloviny pacientovy dutiny břišní. Transplantovaná ledvina pak převezme práci selhaných ledvin pacienta. Transplantovaná ledvina nevydrží navždy.

U mladších pacientů je potřeba dvou i více transplantací v průběhu života. Pokud ledvina selže, nemocní se vrací k léčbě některou z dialyzačních metod a čekají na další transplantaci. Pokud je funkce transplantované ledviny dobrá, pacient není povinen dodržovat žádnou specifickou dietu. Transplantovaní pacienti musí užívat speciální léky – imunosupresiva, která potlačují odhojení ledviny. Tato léčba je nutná po celou dobu, kdy transplantovaná ledvina pracuje avšak imunosupresiva potlačují obranyschopnost a nemocní se mohou snáze nakazit infekcí. Na tuto skutečnost je třeba brát velký důraz. A to jak ze strany pacienta, tak i jeho ošetřujícího lékaře.⁵⁷ V České republice nyní žijí a jsou sledovány téměř tři tisíce pacientů s transplantovanou ledvinou.⁵⁸

⁵⁶ Srov. *Bulletin Transplantace ledvin žijících dárců*, Medical Tribune CZ s.r.o. číslo 1/2004, s. 1.

⁵⁷ Srov. *Baxter renal časopis, Jak lépe porozumět možnostem léčby při selhání ledvin*, evidenční číslo 2007031, s. 15–16.

⁵⁸ Srov. V. Teplan a kolektiv, *Praktická nefrologie 2., zcela přepracované a doplněné vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 421.

3 TRANSPLANTACE ORGÁNŮ

Věda a technika jsou cennými pomocníky člověka, jestliže jsou postaveny do jeho služeb a podporují jeho všestranný rozvoj a obecný prospěch. Musí sloužit lidské osobě a jejímu pravému a všestrannému dobru. Rychlý pokrok techniky a její vynálezy činí požadavek respektování uvedených kritérií ještě naléhavějším.

3.1 Definice transplantace

Transplantace orgánů je záměrné přenesení tkáně či orgánu z jednoho místa organismu na druhé (např. transplantace kůže v plastické chirurgii) nebo z jednoho člověka na druhého (z dárce na příjemce). K transplantovaným orgánům patří zejména ledviny, srdce, oční rohovka, kostní dřev, játra, slinivka břišní a nověji např. plíce. Problémem je kromě složitého chirurgického výkonu nutnost přijetí darovaného orgánu v příjemci, jehož imunitní aparát vnímá orgán jako „cizí“ a reaguje proti němu. Proto je nutný pečlivý výběr dárce a po operaci podávání léků tlumících imunitní odpověď příjemce (imunosuprese).⁵⁹ První úspěšná transplantace lidské ledviny byla provedena v roce 1954 v USA u dospělých jednovaječných dvojčat, u nás to bylo v roce 1966.⁶⁰

Současná umělá zařízení vytvořená pro funkční náhradu chorobou vyřazených důležitých orgánů (plíce, srdce) mají charakter dočasné pomůcky, která umožňuje přežití nemocného po omezenou dobu. Pokud se jedná o tzv. umělou ledvinu, potřeba tohoto zařízení není nutná nepřetržitou dobu, je intermitentní, nemocný může žít v uspokojivém zdravotním stavu i léta, avšak ani v tomto případě se nejedná o definitivní řešení. Funkčně rovnocenná náhrada životně důležitého orgánu není v současné době možná jinou cestou než transplantací od lidského dárce, a to buď od náhle zemřelého nebo žijícího.⁶¹ Orgány a tkáně od zemřelých dárců tvoří naprostou většinu použitých štěpů pro transplantaci a nikdo nepochybuje, že tento způsob medicínského použití představuje hippokratovské dobro pro nemocné.⁶²

⁵⁹ Srov. M. Vokurka–J. Hugo, *Praktický slovník medicíny, 5.rozšířené vydání*, Praha 1998, s. 447.

⁶⁰ Srov. V. Teplan a kolektiv, *Praktická nefrologie 2., zcela přepracované a doplněné vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 421.

⁶¹ Srov. A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1991, s. 130.

⁶² J. Kořenek, *Lékařská etika*, Olomouc 2001, s. 90.

Myšlenka nahradit nefunkční orgán zdravým je bezpochyby geniální. Od samého počátku však naráží na jedno zásadní omezení: přikročit k transplantaci mohou lékaři pouze tehdy, mají-li k dispozici onen zdravý orgán neboli štěp. Nastala paradoxní situace: díky pokroku medicíny a stále stoupající kvalitě zdravotní péče není co transplantovat. Není totiž dost dárců.⁶³

Podle údajů Evropské společnosti pro transplantace (ESOT) čeká nyní v Evropě na šanci v podobě transplantace na 65 000 lidí. V roce 2004 bylo na čekací listině na ledvinu, nejčastěji transplantovaný orgán, 12 251 pacientů. Evropský registr dárců přitom evidoval 3 981 osob, tedy třikrát méně. V počtu dárců figuruje Česko na sedmém místě v Evropě: na milion obyvatel připadá 19 dárců. Dle koordinačního centra transplantací je počet transplantací v ČR v letech 1990 až 2006 následující: ledvina 5 724, srdce 856, játra 781, slinivka 272 a plíce 93.⁶⁴

3.2 Druhy transplantace

Rozlišují se auto – , hetero – a homotransplantace. Autotransplantace je přenos např. kůže z jednoho místa vlastního těla na druhé. Je dovolena z jakéhokoli zdravotního důvodu. Heterotransplantace (xenogenní transplantace) je přenos zvířecí tkáně na lidské tělo. Je dovolená, pokud nevede ke změnám osobnosti. Homotransplantace (allogenní transplantace) spočívá v přenosu tkáně z jednoho člověka na druhého. Tkáň může pocházet od mrtvého nebo živého dárce. Z mravního hlediska nelze nic namítat proti transplantacím z těla zemřelého – je to výlučný zdroj orgánů u transplantací srdce a plic a hlavním zdrojem u transplantací ledvin, jater, slinivky a oční rohovky. Transplantace orgánů zemřelé osoby není přípustná proti výslovnému odmítnutí zesnulého a obvykle také bez souhlasu rodiny nebo odpovědných příbuzných.⁶⁵

⁶³ Časopis *Reader's Digest*, Ročník 10/08, s. 94.

⁶⁴ Srov. tamtéž, s. 94–95.

⁶⁵ K.–H. Peschke, *Křesťanská etika*, Praha 1999, s. 247.

3.3 Odběr orgánů z mrtvých dárců

Těla zemřelých jsou zdrojem orgánů k transplantacím. Otázkou je, kdy přesně lze člověka pokládat za mrtvého. Pomocí přístrojů je možné udržovat vegetativní život člověka dlouho po ukončení činnosti jeho mozku.

3.3.1 Transplantační zákon

Odběr orgánů zemřelým je omezen na osoby, u nichž byla stanovena smrt mozku při zachovaném krevním oběhu. Podmínky odběru orgánů ze živých i zemřelých dárců jsou stanoveny zákonem č. 285/2002Sb. Pro odběr orgánů zemřelým osobám vychází tento zákon z principu tzv. předpokládaného souhlasu. Odběr orgánu tak z hlediska legislativy nelze provést pouze u těch zemřelých osob, které za svého života prokazatelně vyjádřily svůj nesouhlas s odběrem orgánu. Absolutními lékařskými kontraindikacemi odběru ledviny k transplantaci jsou kromě onemocnění ledvin pouze potenciálně metastazující maligní nádory, pozitivita HBsAg a HIV.

3.3.2 Definice smrti, mozková smrt

Většina lékařů se shoduje na tom, že mrtev je ten, u něhož byla klinicky prokázána naprostá a nevratná funkční nečinnost mozku. Sporný je problém, jestli došlo k mozkové smrti, pokud přestala pracovat jen vyšší centra mozkové kůry, ve kterých probíhá proces lidského myšlení. Někteří zastávají tento názor s odůvodněním, že pokud je nenapravitelně ztracena funkčnost mozkové kůry, zanikají všechny specificky lidské činnosti. Někteří lékaři však tento názor považují za nelékařský, který není ani mravně udržitelný.⁶⁶ Diagnóza nevratné smrti pouhé mozkové kůry naráží v praxi na obtíže a odporuje lidskému cítění prohlásit za mrtvého člověka, kterému ještě samovolně tluče srdce. Podle směrnic německé Spolkové lékařské komory z let 1982 a 1986 spočívá mozková smrt v konečném výpadku integrativní činnosti celého mozku. To je kritériem smrti člověka. Aby se před každou transplantací ověřilo, že dárců je skutečně mrtev, dohodly se Mezinárodní asociace lékařů a řada národních lékařských svazů na zásadě, že „v případě plánované

⁶⁶ Srov. K.–H. Peschke, *Křesťanská etika*, Praha 1999, s. 247–248.

transplantace orgánů musí konstatovat smrt dva nebo více lékařů. Lékaři, kteří určují okamžik smrti, nesmí být nějak bezprostředně spjati s provedením transplantace.⁶⁷ „Potvrzení o skonu by nemělo být vystaveno, dokud pacienti jsou schopni sami udržet dech a činnost srdce“.⁶⁸ Tradiční kritéria smrti („ireverzibilní zástava cirkulace a dýchání“) sice platí dodnes, avšak v určitých situacích, především díky technickým vymoženostem a nutnosti určit smrt pro účely transplantací, ztratily svou jednoznačnost. Od šedesátých let se objevují kritéria nová, která jsou zaměřená hlavně na postižení mozku, „smrt mozku“ (tzn. ireverzibilní ztráta všech funkcí celého mozku, včetně mozkového kmene). Všechny pokusy o definice se shodovaly na třech klinických symptomech, které musí být nutně přítomny: definitivní vyhasnutí vědomí, definitivní zástava spontánního dýchání a ztráta reaktivity, kterou zprostředkovává mozek (oboustranná mydriáza a chybějící reakce na světlo a totální areflexie mozkových nervů). Veškeré definice smrti jsou zaměřeny k potvrzení smrti celého mozku, tzn. nejen kory mozkové, ale i mozkového kmene. Smrt ve smyslu biologickém je proces, nikoliv okamžik.⁶⁹

3.3.3 Druhy odběru orgánů

V České republice platí od roku 1966 systém předpokládaného souhlasu s odběrem orgánů. Díky tomu se nepromarňuje šance pro příjemce jen proto, že není možné získat souhlas od pozůstalých příbuzných. Osvědčený systém, díky němuž se Česká republika v transplantologii dostala na přední místo ve světě, potvrdil a propracoval transplantační zákon z roku 2002. Ten, kdo se nechce nebo nedokáže smířit s představou, že jeho orgány by sloužily dál, ale už v jiném těle, se může nechat zapsat do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání nebo orgánů. Existuje od roku 2006 a momentálně eviduje 775 osob.⁷⁰

Opting – in (rozhodnutí pro, vyjádření souhlasu s darováním)

Jedná se o systém, ve kterém by měl člověk za života vyjádřit přání, aby v případě smrti jeho orgány mohly být darovány. Karta, která potvrzuje toto přání, má být nošena stále s sebou. Jedná se vlastně o „předpokládaný nesouhlas“: u toho, kdo

⁶⁷ Srov. K.–H. Peschke, *Křesťanská etika*, Praha 1999, s. 248.

⁶⁸ Citace uvedena in: K.–H. Peschke, *Křesťanská etika*, Praha 1999, s. 248.

⁶⁹ M. Munzarová, *Výbrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání, 2. opravené vydání, 2002*, Masarykova universita Brno 2002, s. 14–15.

⁷⁰ Srov. tamtéž, s. 97.

za svého života nevyjádří souhlas k darování orgánů, se předpokládá, že s dárcovstvím nesouhlasí. Pozitivem tohoto systému je pocit solidarity s nemocným. Negativem pak vlastní úzkost. Pro praxi malý nedostatek orgánů.

Opting – out (rozhodnutí k neúčasti)

Je to systém „předpokládaný souhlas“, který se uplatňuje v naší zemi. Nesouhlas je třeba předem na patřičném místě vyjádřit. Výhodou je dostatek orgánů. Termín „dárce“ je však v tomto případě sporný. Souhlas je projevem autonomie pouze tehdy, je-li uvědomělý a svobodný.

Required request (povinné požádání)

V tomto systému mají být dotázáni všichni potenciální dárce a každý má projevit svůj názor. Pozitivní stránka tohoto systému je víc orgánů. Jako negativum se jeví otázka, kdy má být člověk požádán. Při vstupu do nemocnice, tento dotaz nepřilíš přispěje k duševní pohodě pacienta. Pacienti staří a nevhodní by mohli být uvedeni do deprese naopak nedotazováním se. Předčasně zemřelí (havárie, motorkáři...), jsou fyzicky nevhodnější. Pokládat ale otázku ohledně dárcovství jejich příbuzným spolu s oznámením o nenadálé smrti není eticky optimální.

Routine salvaging (odběry jako běžná praxe)

Zde se nevyžaduje prosba o souhlas ani budoucího dárce ani rodiny. Orgány jsou odebírány automaticky. Utilitaristé tento systém vidí jako velký užitek pro společnost. Výhodou je jednoduchost k získání orgánu a není třeba ztrácet čas ohledy. Nevýhodou je necitlivost a chybí zde úcta k člověku.⁷¹

3.4 Odběr orgánů od živých dárců

Transplantace ledvin od žijících dárců představují nejlepší možnost, jak dosáhnout výborných dlouhodobých výsledků transplantací ledvin. V porovnání s transplantacemi od dárců zemřelých mají nemocní po transplantaci ledviny od žijících dárců významně vyšší šanci, že jejich štěp bude funkční po dlouhou dobu. V roce 2001 byla Transplantačním centrem IKEM, Nadací Karla Pavlíka a Českou transplantační

⁷¹ Srov. M. Munzarová, *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání, 2. opravené vydání, 2002*, Masarykova universita Brno 2002, s. 18–21.

společností iniciována kampaň na podporu transplantací ledvin od žijících dárců „Láska prochází ledvinou“.

3.4.1 Zdravotní způsobilost dárce

Odběr orgánů od žijících dárců může být proveden ve prospěch osoby blízké, ale i osoby, která není osobou blízkou; v tomto případě musí s darováním souhlasit etická komise, která je ze zákona k tomuto účelu určena. Dárcovství je podmíněno zdravotní způsobilostí dárce a jeho písemným souhlasem s dárcovstvím. Dárce musí být o všem podrobně poučen a podrobně vyšetřen v transplantačním centru, ve kterém se bude provádět transplantace.⁷²

3.4.2 Transplantace ledviny od živého dárce

Každý nemocný (indikovaný k zařazení do čekací listiny na kadaverozní transplantaci ledviny) a jeho rodina by měli být informováni o možnosti transplantace od žijícího dárce ještě před zahájením pravidelné dialyzační léčby.

První informaci poskytne ošetřující lékař (zpravidla nefrolog), který nemocného i možného dárce ledviny seznámí podrobně s výhodami transplantace ledviny od žijícího dárce, s možnými riziky výkonu a eventuálními komplikacemi.

V případě, že pacient s transplantací ledviny od žijícího dárce souhlasí, ošetřující lékař (nefrolog) aktivně osloví možné dárce ledviny. Jestliže nemocný nesouhlasí nebo vyloučí některé členy rodiny, jeho přání po dostatečné informaci musí být respektováno. Dárce ledviny se může stát jen osoba starší 18 let, způsobilá k právním úkonům. Ledvinu může darovat pokrevně příbuzná osoba (rodič, sourozenec...), pokrevně nepříbuzná (manželka, švagr, bratranec...) a emotivně spřízněná osoba (přítel, druh...). V případě inkompatibility v ABO systému anebo pozitivní křížové zkoušky je možné zvážit zkříženou transplantaci mezi dvěma dvojicemi dárce/příjemce.

Podmínkou provedení transplantace ledviny od žijícího dárce je informovaný souhlas dárce a příjemce ledviny. Podmínkou je vyloučení nátlaku a materiální zainteresovanosti. Dárce ledviny musí být vyšetřen a shledané riziko poškození zdraví vyplývající z operačního výkonu a dalšího pooperačního průběhu musí být pro dárce

⁷² V. Teplan a kolektiv, *Praktická nefrologie 2., zcela přepracované a doplněné vydání*, Grada Publishing, a.s., 2006 Praha, s. 421–422.

přijatelné. Kontraindikace možného dárce ledviny s jakýmkoli hraničním nálezem bude učiněna po dohodě nefrologa s transplantačním centrem.⁷³

3.5 Učitelství úřad církve, morální teologie a transplantace orgánů

Na darování orgánu nelze v žádném případě pohlížet jako na morální povinnost zdravého člověka. Vždy se jedná o svobodný a ojedinělý čin lásky. Rovněž i eticky plně oprávněné je nutno hodnotit rozhodnutí opačné, totiž orgán nedarovat k transplantaci s ohledem na vlastní zdraví.⁷⁴

Už v roce 1956 papež Pius XII. otevřel otázku legitimacy xenotransplantace. Komentoval totiž vědeckou možnost, tehdy předvídanou, transplantace zvířecích rohovek lidem. Prohlásil, že předpokladem přípustnosti xenotransplantace je skutečnost, že nedojde k narušení psychologické nebo genetické integrity přijímací osoby. Současně musí být doložena biologická reálnost úspěšnosti transplantace a že příjemce nebude vystaven nadměrnému riziku.⁷⁵

Také Jan Pavel II. ve svém projevu k účastníkům kongresu o orgánových transplantacích, 29. srpna 2000, se všeobecně kladně vyjádřil k transplantacím orgánů. Každá transplantace orgánů má svůj počátek v rozhodnutí velkého etického významu: „nabídnout bez nároku na odměnu část vlastního těla pro zdraví a prospěch druhé osoby“. Právě v tom spočívá ušlechtilost činu, který je projevem opravdové lásky. Nejde jen o to, že se vzdáváme něčeho, co nám patří, ale že dáváme kus sebe sama, protože „vzhledem k podstatné jednotě s duchovou duší, nelze lidské tělo považovat jen za souhrn tkání, orgánů a funkcí...spíše je konstitutivní částí osoby, která se skrze ně projevuje a vyjadřuje“. Proto musí být každý postup, směřující ke komercializaci lidských orgánů, nebo k tomu, aby byly pokládány za předmět směny či obchodu, považován za morálně nepřijatelný, neboť používání těla jako „objektu“ porušuje důstojnost lidské osoby.⁷⁶

⁷³ *Bulletin Transplantace ledvin žijících dárců*, Medical Tribune CZ, s.r.o. číslo 1/ 2004, s. 2.

⁷⁴ Srov. A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1991, s. 131–132.

⁷⁵ Srov. F. Radovský, *Transplantace a etika*, Sřežeň 12, 2001 č. 2, s. 20.

⁷⁶ <http://www.christnet.cz/magazin/clanek.asp?clanek=310>

Transplantace jsou velkým krokem vpřed ve službě vědy člověku a nemálo lidí dnes vděčí za své životy transplantovanému orgánu. Transplantace se postupně ukázaly jako platný prostředek k dosažení prvořadého cíle vší medicíny, jímž je služba lidskému životu. Jednou z cest rozvíjení autentické kultury života je darování orgánů provedené eticky přijatelným způsobem proto, aby šanci na zdraví, ba i život samotný, dostali nemocní, kteří někdy již jinou naději nemají.⁷⁷

Každé diagnostické vyšetření a léčebný zákrok znamená vážné rozhodnutí, které představuje rozhodování o zdraví a životě jiného člověka. Proto nedílnou součástí medicíny je lékařská etika, jejímž cílem a snahou je rovnocennost v odbornosti a lidskosti lékařské praxe. Lékař zde transformuje etické důvody a morální normativy z oblasti teoretických zásad do konkrétní existující situace.⁷⁸

Aplikovaná etika vede jedince k tomu, aby zvažovali své předpoklady a odpovědi na rozhodnutí z hodnotových hledisek a dovoluje jim odlišovat etické otázky od politických a ekonomických. Dále pak, že všechna rozhodnutí jsou svázána s určitými důsledky a je zde možnost implikace. Dovoluje tvořit jasné argumenty a generuje smysl pro morální odpovědnost, posiluje spojení mezi etickým a osobním chováním a co víc posiluje individuální svobodu při morální volbě. Aplikovaná etika zvyšuje toleranci k rozdílům a snižuje tendenci označovat volbu ostatních jako neetickou nebo nemorální.⁷⁹

I v oblasti transplantací musí být základním rozlišovacím kritériem obrana a podpora integrálního dobra lidské osoby v souladu s jedinečnou důstojností, která nám přísluší pro naše lidství.⁸⁰ Z toho zjevně plyne, že každý medicínský úkon vykonaný na lidské osobě je podřízen omezením, a to nejen omezením plynoucím z technických možností, ale i mezím daným respektem k samotné lidské přirozenosti chápané v její plnosti: „je-li něco technicky možné, není to ještě důvod k tomu, aby to bylo morálně přípustné“.⁸¹

⁷⁷ Srov. JAN PAVEL II., encyklika *Evangelium vitae*, 86.

⁷⁸ Srov. J. Kořenek, *Lékařská etika*, Olomouc 2001, s. 31.

⁷⁹ Srov. tamtéž, s. 31–32.

⁸⁰ Srov. F. Radovský, *Transplantace a etika*, Sřežeň 12, 2001 č. 2, s. 19.

⁸¹ *Donum vitae Dar života, Instrukce Kongregace pro nauku víry, I. vydání*, Brno 2007, 4.

3.5.1 Etická komise ve zdravotnictví

Moderní medicína disponuje mimořádným sortimentem efektivních lékařských postupů, což je na jedné straně velmi přínosné a potřebné pro pacienty, ale na druhé straně tato skutečnost vyvolává dilematické situace, které je třeba řešit nejen na základě medicínských parametrů, ale také s pomocí etických kritérií. Mnoho etických problémů přináší moderní formy resuscitace, orgánové transplantace, umělého oplodnění (ať již v těle matky či mimo něj), manipulace s embryem.⁸² V roce 1947 byl publikován tzv. Norimberský kodex, ve kterém se zdůrazňuje nutnost poučeného a dobrovolného souhlasu lidského jedince před zařazením do každého experimentu. V roce 1964 přijala Světová asociace lékařů v Helsinkách dokument – Helsinskou deklaraci. Je to základní dokument týkající se etiky biomedicínckého výzkumu. Je zde obsažen souhrn etických směrnic pro lékaře, provádějící klinický (léčebný) výzkum i výzkum biomedicíncký, který nemá za cíl léčebné postupy, ale účastní se ho lidské subjekty. Stanoví dále pravidla získávání informovaného souhlasu účastníčího se subjektu a zásady etického posuzování výzkumných projektů.⁸³

3.5.2 Etika a charisma uzdravení

Etické otázky spojené s transplantací orgánů u lidí byly předmětem diskuzí ještě dříve, než byly zákroky tohoto druhu skutečně provedeny. Odpůrci transplantací argumentovali tím, že etická zásada celistvosti a integrovanosti platí pro lidskou osobu a nelze ji aplikovat mezi příjemcem a dárce orgánu. Důvodem je to, že člověk nemůže mít k druhému člověku vztah jako prostředek k cíli nebo jako část k celku. Po uskutečnění první transplantace etické diskuze oceňovaly heroický čin dárce a hledaly pro něj teoretické oprávnění. Později byly úspěšně provedeny transplantace kadaverózních orgánů, které nepředstavují zásadní etický problém a jejich význam byl všeobecně uznán, zvláště když se postupně zlepšovaly operační výsledky ve smyslu délky přežívání štěpu a když se zdokonalila kritéria pro stanovení mozkové smrti dárce. Podmínkou etické oprávněnosti přenosu orgánu od živého člověka je vysoká pravděpodobnost, že dárce po ztrátě orgánu bude mít pouze omezené riziko poškození zdraví. Toto riziko se promítá i do budoucnosti, kdy dárce je znevýhodněn

⁸² J. Kořenek, *Lékařská etika*, Olomouc 2001, s. 67.

⁸³ Tamtéž, s. 67.

onemocněním jediného zbylého orgánu. Nicméně toto riziko se považuje za dostatečně vyvážené mravní hodnotou činu, který je vykonán pro druhého člověka.⁸⁴

⁸⁴ Srov. A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1991, s. 130–131.

4 HERMENEUTICKÁ SITUACE ZDRAVOTNÍKŮ A PACIENTŮ

Vztah mezi nemocným a lékařem je povahy ryze etické a záleží na vzájemné důvěře, kterou umocňuje pravdivost a věrohodnost lékaře a povinnost mlčení.⁸⁵ Jedná se zde o umění naslouchat a umění mluvit. Nejedná se ani tak o slova, která v rozhovoru použijeme, ale hlavně o to najít k druhému člověku správný vnitřní postoj a z nitra tohoto postoje nám pak vyvstanou ta správná a případná slova. Cílem v počáteční fázi rozhovoru je snížit úroveň strachu a obavy se zvládnutí těžké nadcházející situace – nemoci. Pokud nemocnému lékař umožní vyjádřit všechny potlačené emoce, potom získává absolutní důvěru, protože pacient cítí, že je ve své nemoci přijímán a ten, kdo s ním hovoří mu rozumí. Umění naslouchat znamená, že lékař odloží všechny předsudky, soudy a úsudky, které o člověku má a přímo se na tohoto nemocného dívá, co se mu odráží v obličeji a jak reaguje na jednotlivá sdělení. V pozadí však musí bezpodmínečně vyznít úcta k pacientovi a úcta k životu. Bezpodmínečná akceptace – přijetí nemocného je ozvěnou biblického: „Přijímejte jeden druhého tak, jako Kristus k slávě Boží přijal vás.“⁸⁶

Vhodnou metodou v dialogu o člověku a světě je hermeneutika, která bere v potaz názorová východiska a existenciální situaci zúčastněných. Současná společnost vede stálou debatu o podobě zdravotnického systému, o realizaci práv pacientů, o vztahu lékař – pacient, o roli zdravotnické technologie ve zdravotní péči apod. Přímo v ordinaci hovoří zdravotníci a nemocný o povaze nemoci a o tom, jak nemoc léčit a vyléčit.⁸⁷

4.1 Pacient = člověk

Člověk je bytost spojující v sobě tělesnou, psychickou a duchovní dimenzi. Má schopnost uvědomování si sebe sama a plné právo rozhodovat o svém jednání a zachování mravních norem. Etika užívá vedle termínu lidská osoba častěji pojmu lidská osobnost a tímto je zdůrazněna individualita člověka, aniž se předpokládá, že takový jedinec musí být vyhraněnou osobností. Člověk, který právě potřebuje pomoc,

⁸⁵ Srov. J. Kořenek, *Lékařská etika*, Olomouc 2001, s. 32–33.

⁸⁶ Srov. J. Křivohlavý, *Křesťanská péče o nemocné*, Praha 1991, s. 29–34

⁸⁷ Srov. J. Šimek, V. Špalek, *Filosofické základy lékařské etiky*, Praha 2003, s. 39.

má svoji historii a potřeby, které směřují k budoucnosti. Svoji historii má rovněž zdravotní stav, který se nazývá anamnéza. Anamnéza sleduje historii osobního zdravotního stavu od narození až do současnosti. Všechny získané informace pomohou stanovit diagnózu a rozhodnout další terapeutický postup, který je zaměřen na skutečné potřeby člověka tak, aby nemocný mohl přijímat sám sebe a nové skutečnosti života s láskou, a to i v utrpení a nemoci.⁸⁸

Pacient je obvykle člověk své doby a ze své zkušenosti již poznal limity vědeckého poznávání světa. Neřeší již problém nestranné objektivity, ale víceméně utilitární použitelnost věcí, kterými je obklopen. Zažívá hroucení hodnot a má problém při hledání smyslu svého vlastního života. Chtěl by žít co nejdéle, protože se bojí smrti, ale nosí v sobě pochybnost, zda jeho život má vůbec nějaký význam. Lékař je pro něj specialistou, který navrhuje a provádí často nepříjemná a bolestivá diagnostická vyšetření a hlavní otázkou zůstává, zda léčba dopadne tak, jak lékař slibuje. Při rozhovoru o plánovaných výkonech se lékař zaměřuje na princip plánovaného výkonu. Lékař nabídne pacientovi záchranu života za cenu bolestivé operace a očekává obdiv s vděkem. Místo toho se pacient ptá, zda jeho život se zmrzačeným tělem bude mít ještě nějakou cenu a má obavu, jak svůj život dál zvládne. Fakt, že mu byl zachráněn život metodou ještě nedávno nemyslitelnou, pomine.⁸⁹

Pacient má právo získat dostatek informací o svém zdravotním stavu a následných plánovaných výkonech a na tomto základě vyslovit svůj souhlas se zákrokem. Lékaři nemohou jednat bez souhlasu pacienta. Etickým základem tohoto práva je skutečnost, že nemocní jsou jako lidé lékařům rovni, že v sázce je jejich zdraví a nikoli zdraví lékaře.⁹⁰

4.1.1 Kvalita života dialyzovaného pacienta

Většina studií ukazuje na sníženou kvalitu života pacientů s chronickým selháním ledvin v porovnání se zdravou populací. Hlavním důvodem je vysoká míra stresu. Stresující je vlastní povaha onemocnění a jeho příznaky, ale především zcela mimořádný charakter léčby. Dialyzovaní pacienti shodně trpí ztrátou vitality, zhoršením fyzické kondice, ztrátou svobody a nezávislosti, časovou a prostorovou vázaností,

⁸⁸ Srov. A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1991, s. 18–19.

⁸⁹ Srov. J. Šimek, V. Špalek, *Filosofické základy lékařské etiky*, Praha 2003, s. 39–41.

⁹⁰ Srov. K.–H. Peschke, *Křesťanská etika*, Vyšehrad 2004, s. 236–237.

strachem ze smrti, problémy s realizací dovolené aj. U hemodialyzovaného pacienta je stresující častý kontakt se zdravotnickým zařízením, podřízení danému dialyzačnímu režimu, doprava často i na velké vzdálenosti, konfrontace s bolestí a trápením ostatních nemocných, napichování a nuda při dialýze. Při hemodialýze je více možností, že se přihodí něco nepředvídatelného. Peritoneálně dialyzované zatěžuje vědomí cizího tělesa (katétru) v těle a jeho neestetičnost, odpovědnost za léčbu, pocity viny v případě peritonitidy, časové i prostorové omezení rodiny vlastní léčebnou procedurou, každodenní léčba, která neumožňuje zapomenout na nemoc, sociální izolace, která může být důsledkem domácího léčení. Způsob, jakým se nemocný vyrovná ze stresem, vyústí v lepší nebo horší adaptaci na nemoc. Výsledky studií ukazují, že větší zapojení nemocného do medicínských rozhodování vede k lepšímu léčebnému výsledku a k vyšší kvalitě života ve smyslu psychické pohody. Jedná se hlavně o to, aby se pacient mohl podílet na volbě dialyzační metody, při které by měl být brán ohled na jeho preference. Základním předpokladem je včasné zahájení predialyzační péče a dostatečná obeznámenost s povahou PD i HD. Rozhodnutí pacienta se pak děje na základě vlastních znalostí (co o metodě ví), trvalejších postojů (vztah k autoritě, smýšlení o sobě) a osobních předpokladů (vzdálenost od střediska). Nemocný obhajuje výhody své metody, jelikož si ji svobodně zvolil, ale také v případě, kdy mu byla po konzultacích s lékařem vybrána.⁹¹

Jedním z faktorů, které ovlivňují pohodu člověka během dne, je kvalitní a dostatečný spánek. Některé studie uvádějí u dialyzovaných pacientů až osmdesát procent výskyt poruch spánku a s tím související užívání hypnotik. Jedná se hlavně o obtíže při usínání, nespavost, časté noční buzení a syndrom neklidných nohou. Problém dialyzovaných pacientů je také excesivní ospalost během dne, která zvláště u peritoneálně dialyzovaných pacientů může vést k nepravidelnému a nedostatečnému dialyzačnímu režimu. Jako důsledek nezvládnání chronického stresu i jako důsledek ztrát, které s sebou přináší nemoc i léčba se velmi často u dialyzovaných může projevit deprese. Je to faktor, který zhoršuje a znemožňuje spolupráci při léčbě a potom zvyšuje mortalitu nemocných. Deprese je mezi dialyzovanými nedostatečně diagnostikována a léčena. I když takto nemocný je méně pečlivý, často nedodrží předepsaný léčebný režim a předepsané léky a je lhostejný ke svému osudu. U těchto nemocných

⁹¹ Srov. V. Bednářová, S. Dusíková Sulková a kol., *Peritoneální dialýza 2. rozšířené a přepracované vydání*, Vydal Maxdorf, 2007, s. 81–85.

se studii zjistila významná souvislost deprese a peritonitidy.⁹²

4.1.2 Kvalita života po transplantaci ledviny

Srovnání kvality života dialyzovaných a transplantovaných vyznívá ve prospěch pacientů s transplantovanou ledvinou, u kterých se přibližuje běžné populaci. Kvalita života po transplantaci ledviny však nemůže být stejná jako u zdravých, protože je snižována užíváním imunosupresiv, specifickými stresy, jako je strach ze selhání štěpu, z návratu na dialýzu a nerealistickým očekáváním pacientova okolí, že po transplantaci bude žít jako zcela zdravý člověk. Řada pacientů po transplantaci ledviny však není schopna ze zdravotních i psychosociálních důvodů tomuto nároku vyhovět.⁹³ (příloha č.1)

4.2 Vztah lékař – pacient

Ze stanoviska víry je lékař povolán k účasti na uzdravující službě Krista, který k nám přišel, aby lidem vyléčil tělesné a duševní neduhy.⁹⁴

Lékař nemůže přehlížet normy mravně správného jednání, stanovené etickými vědami a nemůže se podílet na rozhodnutích, která odporují vlastnímu zájmu pacienta nebo jiných osob. Jako křesťan je navíc vázán duchem evangelia.⁹⁵

Teoreticky dnes existují dvě podoby vztahu mezi lékařem a pacientem, a to partnerský, jakoby moderní, a paternalistický, táhnoucí se od Hippokrata. Obojí absolutně vzato je hloupost. Ani v tomto případě se totiž skutečnost neskládá jen z černé nebo bílé, ale je tu celá škála odstínů. Pacient je sice do jisté míry partnerem s vlastní vůlí a s vlastní svobodou rozhodování, které lékař musí respektovat. Ale vždycky bude rád, když nad ním rozhodne někdo i trochu paternalisticky. Jde konec konců o vztah laika a odborníka – a laik a odborník nemohou být rovnocennými partnery. Ale ať už se ve vztahu pacient – lékař, lékař rozhodne pro partnerský přístup, nebo zvolí paternalistický, základem musí zůstat důvěra. Každý pacient je neopakovatelná

⁹² Srov. V. Bednářová, S. Dusíková Sulková a kol., *Peritoneální dialýza 2. rozšířené a přepracované vydání*, Vydal Maxdorf, 2007, s. 86–88.

⁹³ V. Bednářová, S. Dusíková Sulková a kol., *Peritoneální dialýza 2. rozšířené a přepracované vydání*, Vydal Maxdorf, 2007, s. 81.

⁹⁴ Srov. K.–H. Peschke, *Křesťanská etika*, Vyšehrad 2004, s. 234.

⁹⁵ Srov. tamtéž, s. 235.

osobnost a každý je otevřený k něčemu jinému. Hlavní ale zůstává ono tváří v tvář, kdy nemocný důvěru v lékaře pocítí nebo ne.⁹⁶ Lékař má povinnost respektovat svědomí pacienta a pacient má stejnou povinnost vůči lékaři. Ani jeden z nich nemůže druhému vnucovat své pořadí hodnot.⁹⁷

Lékař jako profesionál je vzdělán především v biologických vědách, humanitní vědy tvoří asi 5 – 7% výuky na lékařských fakultách. Těžiště jeho profese spočívá převážně ve vědeckých metodách soudobé teorie a medicínské praxe. Je v zásadě vědec a technik, který se zabývá materiální stránkou člověka a pracuje především s vědecky verifikovatelnými fakty. Denně užívá vědeckou racionalitu, každý den se setkává s její užitečností, ale i s důsledky selhání této racionality. Opomenutí některého důležitého detailu, špatná interpretace nálezů, ukvapené použití analogie postrádající dostatečnou argumentaci o její platnosti, mohou mít pro pacienta fatální následky. Vše co není racionální a vědecké, proto přirozeně budí lékařovu nedůvěru. Postmoderní nejistota, hledání a kompilace různých stylů a názorů jsou pro něho (až na výjimky) nepřijatelné. Problémy, které nejsou vědou uchopitelné, buď řeší odděleně od své profese nebo je zkotomizuje (odsouvá do pozadí). Mezi ně patří i hodnoty a smysl života. Zájem pacienta a zájem lékaře nejsou vždy totožné, naopak se často dostávají do rozporu, základní povinností lékaře je jednat v nejlepším zájmu pacienta. Tak se obecně přijímané životní postoje a profesní morálka lékaře dostávají do sporu. Vědecký model světa pro toto dilema nabízí řešení: přísnou objektivitu.⁹⁸

Naslouchání lékaře pacientovi je umění komunikovat. To znamená „umění mluvit“ a „umění naslouchat“. Nejedná se o to slyšet, co pacient říká slovy, ale umět naslouchat, co sděluje beze slov. I když oba hovoří stejnou řečí (česky), životní prostředí, ze kterého oba přichází, jsou odlišná a postoj ke sdělování je rovněž odlišný. Lékař přichází téměř stále do kontaktu s nemocnými lidmi a je zvyklý na prostředí, ve kterém se pohybuje. Pacient není zvyklý hovořit o svých zdravotních těžkostech řečí, na kterou je zvyklý lékař. Lékařova trpělivost naslouchat nemocnému je mnohdy tedy nedostatečná.⁹⁹

⁹⁶ *Universum, revue české křesťanské akademie*, č. 1/2008 ročník XVIII, s. 13.

⁹⁷ K.–H. Peschke, *Křesťanská etika*, Vyšehrad 2004, s. 236.

⁹⁸ Srov. J. Šimek, V. Špalek, *Filosofické základy lékařské etiky*, Praha 2003, s. 39–41.

⁹⁹ Srov. J. Křivohlavý, *Psychologie nemoci*, Grada Publishing, 2002, s. 75.

4.3 Zdravotní sestra – prostředník mezi lékařem a pacientem

Zdravotní sestra je druhým klíčovým pracovníkem v setkávání se s nemocným. Jejím hlavním úkolem je péče o nemocného člověka. Musí svědomitě a odborně plnit úkoly, které dostane od lékaře, ale kromě toho ještě pečuje o pacientův tělesný a psychický komfort. Rovněž nemocného zaškoluje jak zacházet s různými zdravotnickými pomůckami. Dobře vzdělaná sestra je prostředníkem mezi lékařem a pacientem. Vždy se od ní očekává určitá výlučnost v podobě sebeobětování v zájmu o pacienta, stojí na pomezí mezi vědeckým světem lékaře a přirozeným světem nemocného.¹⁰⁰ Svět utrpení a bolesti, který je poznáván jako každodenní skutečnost je možné vnímat jako prostor pro realizaci bytostného otevření k druhému člověku, jeho nouzi, která se stává výzvou ke smysluplnému chování. Takový altruistický přístup se ve světle personálního chápání člověka ukazuje jako jediný možný vztah člověka k člověku, protože jediným přiměřeným vztahem k druhému, tím spíše k nemocnému člověku, je láska.¹⁰¹

Nemocní lidé na svoji novou situaci reagují různě a povětšinou případů se jedná o nevraživost a zlobu. Je-li ale nemocnému věnována dostatečná pozornost a čas, brzy se uklidní a žádá méně. Ví, že se s ním ještě počítá. Ví také, že svá přání nemusí prosazovat zlostným křikem a že nemusí stále zvonit, protože se rádi na něho přijdou do pokoje podívat. Někdy je nutné i neoprávněný hněv pacienta tolerovat a jemu naslouchat, protože tato bezmocná zlost je jeho zatím jediná obrana před vlastní nemocí.¹⁰² Mnozí nemocní zavírají oči před skutečností právě sdělené diagnózy a téměř všichni se pokoušejí od sebe nemoc zapudit a to nejen v prvním okamžiku, ale i později a opakovaně, bojí se nazývat věci pravými jmény. Pacienti velmi bystře rozeznají, s kterou sestrou mohou o své chorobě realisticky hovořit, a se všemi ostatními takový hovor odmítají. Tato situace může vést k tomu, že okolí posuzuje stav pacienta rozdílně.¹⁰³ (příloha č.2)

¹⁰⁰ J.Šimek, V. Špalek, *Filosofické základy lékařské etiky*, Praha 2003, s. 41–43.

¹⁰¹ Srov. M. Mráz, *Problém utrpenia a jeho riešenie v medicínskej etike*, Trnava 2000, s. 119.

¹⁰² Srov. E. Kübler-Rossová, *Hovory s umírajícími*, SIGNUM UNITATIS, 1992, nakladatelství Gütersloher Verlagshaus Gert Mohn jako 14. vydání, s. 23–25.

¹⁰³ Srov. tamtéž, s. 15–17.

4.4 Týmový charakter práce

Důležitým rysem moderního zdravotnictví je rozdělení péče o nemocného mezi větší počet různě specializovaných pracovníků a tím vytvoření týmu uprostřed jednotlivého zařízení. Hlavním předpokladem práce v týmu je zvládnutí egoizmu a osobní ctižádosti. Každý člen si musí vážit práce všech. Podmínkou je atmosféra důvěry. V týmu by neměl chybět kněz, který působí ve zdravotnickém zařízení a který by měl být dobře informován o etické problematice. Zde je vhodné se zamyslet, jaký specifický vklad přinese do zdravotnického týmu kterýkoli jeho člen, jestliže je věřícím křesťanem. Víra vytváří předpoklady k plnému porozumění nemocnému člověku a k uznání důstojnosti jeho osoby. Důstojnost není jen tělesná a psychická stránka nemocného, ale duchovní život jako podíl na věčném životě Božím. Pak si křesťan uvědomuje, že bližního nelze opravdově milovat bez Božího přispění, o které je třeba prosit. Jen tak je možné překonat případné antipatie ke konkrétní osobě. Bez posily shora je láska k člověku nezralá a nedostatečně účinná. Křesťanský zdravotník si musí být vědom, že specifičnost jeho práce spočívá v oddanosti k nemocným, obětavé práci a současně oddanost k pravdě. Jeho povinností je věrnost k vědecké integritě lékařství a odmítání fatalistického smíření s nemocí.¹⁰⁴

4.4.1 Role kněze v ošetrovatelském týmu

Nemocniční kaplan zde není proto, aby všechny přivedl na svoji víru, ale aby druhým pomáhal na jejich vlastní cestě a tu respektoval. Má, na rozdíl od zdravotníků, skutečně čas o těchto věcech s nemocnými i zdravotníky hovořit a navíc je svým vzděláním a zkušenostmi pro takové rozhovory určitým způsobem připraven. Má své slovo i v obtížných etických otázkách, ne jako ten, kdo diktuje, ale jako ten, kdo nabízí širší, zpravidla tradičnější pohled. Jeho služba je nabídkou, ne předepsanou kúrou a právě v tom spočívá její zvláštní přitažlivost. V našich nemocnicích se nejčastěji setkáváme s věřícími křesťany. Mezi jejich požadavky patří možnost rozhovoru nebo modlitby s duchovním. Někteří věřící očekávají od duchovních kromě těchto požadavků ještě zprostředkování svátostí jako je křest, biřmování, eucharistie, pomazání nemocných a svátost manželství.

¹⁰⁴ Srov. A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1991, s. 50–52.

Jedinečnost člověka je takovým dobrem, že jediným správným a plnohodnotným vztahem vůči ní může být jedinečně láska.¹⁰⁵ I pro nevěřící je přijatelné, že je lidem nabídnuta možnost, aby své hlubší otázky konzultovali s lidmi, kteří se na takové rozhovory připravují studiem a vlastní životní zkušeností. Pokud tento rozhovor není veden manipulativně, může přivést minimálně k tomu, že si člověk ujasní své vlastní přesvědčení.¹⁰⁶ Služba kněze u pacientů nepraktikujících náboženství je proto i v tomto případě velmi důležitá.

4.5 Právo na důvěrnost

Všechny identifikovatelné informace o zdravotním stavu, o stavu vyžadujícím léčbu, o diagnóze, prognóze a léčbě a všechny ostatní informace osobního rázu musí být brány jako důvěrné i po smrti nemocného. Výjimečně mohou mít přístup k informacím potomci nemocného, a to k takovým, které by je informovaly o jejich zdravotních krizích. Důvěrné informace mohou být odhaleny, pokud k tomu dá nemocný explicitní souhlas nebo je-li to výslovně umožněno v zákoně. Pokud k tomu nemocný explicitní souhlas nedal, pak informace může být odhalena jinému poskytovateli zdravotní péče jenom v rámci přesně vymezené „potřeby vědět“.¹⁰⁷

4.6 Právo na informace

Nezbytnost pravdivých informací zdůrazňuje etická zásada rozvážného svědomí a informovaného souhlasu. Při jakémkoliv rozhodování o etických otázkách je člověk morálně zavázán, aby se co nejdůkladněji informoval o příslušných faktech a o etických normách. Těchto informací použije k tomu, aby ve svém svědomí utvořil soud, který je podkladem pro vlastní rozhodnutí. Jednoznačné rozhodnutí člověku umožňuje, aby jednal podle svého svědomí a za své jednání nesl osobní odpovědnost.¹⁰⁸ Věřící člověk, který si je vědom své osobní odpovědnosti za etické rozhodnutí, se obrací k Bohu a prosí o pomoc, aby jednal ve shodě s jeho vůlí.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Srov. M. Mráz, *Problém utrpenia a jeho riešenie v medicínskej etike*, Trnava 2000, s. 73.

¹⁰⁶ Přednáška P. L. Zerhau, *Duchovní péče*, Rajhrad, 10.10.2007.

¹⁰⁷ Srov. A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1991, s. 30.

¹⁰⁸ A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1991, s. 75.

¹⁰⁹ Tamtéž, s. 76.

Ve shodě s Písmem je možno rozlišovat dva základní morální postoje, moudrý a pošetilý. První z nich je otevřen pravdě a usiluje o život v lásce, druhý se pravdě uzavírá, slouží vlastním předsudkům a svému falešnému já. Základní vztah k oddanosti k Bohu a správné chápání důstojnosti lidské osoby, včetně své vlastní, jsou podmínkou, aby křesťan udělal ve svém svědomí správné etické rozhodnutí.¹¹⁰

Pacient má právo na obdržení informací o sobě, které jsou zaznamenány v jakémkoli jeho lékařském záznamu. Má právo být úplně informován o svém zdravotním stavu včetně lékařských faktů, které se týkají jeho situace. Nicméně, důvěrné informace v záznamech, které se dotýkají třetí strany, by neměly být pacientovy podány bez souhlasu této třetí strany. Pacient má právo, pokud o to explicitně požádá, nebýt informován, pokud tato informace není nutná vzhledem ochraně života jiné osoby. Pacient má právo vybrat si kdo, pokud vůbec někdo, by měl být informován v jeho zájmu.¹¹¹

4.6.1 Zákon č. 111/2007Sb. – zásadní změny v právu na informace o zdravotním stavu

19. dubna 2007 vyšel ve sbírce zákonů zákon č.111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. Téhož dne vstoupil zákon v platnost. Mění se zásadně především přístup k právu občanů na informace o zdravotním stavu. Výslovně se stanovuje právo pacienta na plný a ničím neomezený přístup ke zdravotnické dokumentaci, právo na získání kopie dokumentace a v neposlední řadě právo pacienta rozhodnout o tom, kdo další má přístup k údajům o zdravotním stavu. Taková to zásadní změna se musí projevit i v klinických informačních systémech.

Předkládám stručný rozbor možných dopadů. Přijetím zákona č. 111/2007Sb. dochází k naprosto zásadnímu průlomů v oblasti zdravotnické etiky. Je zvláštní, že taková změna v podstatě není nijak výrazně reflektována sdělovacími prostředky. Pacient má od této chvíle ze zákona právo na:

1. Plný a neomezený přístup ke své zdravotnické dokumentaci (výjimky jsou přesně specifikovány a pro většinu pacientů nevýznamné).

¹¹⁰ Srov. A. Slabý, *Pastorální medicína a zdravotní etika*, Vydala Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum Praha 1991, s. 77.

¹¹¹ Srov. M. Munzarová, *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II*, MU Brno–Kráví Hora 2000, s. 30.

2. Získání plných kopií své zdravotnické dokumentace a jiných dokumentů, jež jsou o něm vedeny.

3. Jmenovité určení dalších osob, které mají právo na takové informace.

4. Možnost zakázat komukoli třetímu, včetně nejbližších osob, získat informace o jeho zdravotním stavu, a to dokonce i po smrti (výjimky i zde jsou stanoveny zcela přesně).

Zdravotnická zařízení již nemají právo pacientovi z hlediska dokumentace nic skrývat a nic odpírat. Revolučnost tohoto kroku si jistě nejvíce uvědomují příslušníci střední a starší generace lékařů (bez ohledu na to, zda s touto změnou souhlasí nebo ne). Emotivní argumentace drtivé většiny učitelů medicíny, že plná pravda, sdělená pacientovi především o nevléčitelných nemocech, je často zásadně škodlivá pro pacienta a z principu neetická. Tzv. milosrdná lež byla dosud úhelným bodem etického přesvědčení velké části lékařů. Nyní je de facto „milosrdná lež“ postavena ve zdravotnictví mimo zákon v těch případech, kdy pacient chce znát pravdu. Ještě před pár lety při posledním pokusu o novelizaci těchto pravidel byly vznášeny ze strany některých zdravotníků zásadní námitky, že bez interpretace lékaře jsou plné informace v dokumentaci pro pacienta zbytečné, ne-li nebezpečné. Nyní diskuze skončila, zákon platí. Diskutovat se bude jen o dopadech tohoto zákona. Konečně skončí nedůstojné diskuze na téma „komu patří zdravotnická dokumentace“. Zákon to stanovuje jednoznačně a jediné správně, aniž by pojem vlastnictví dokumentace použil – fyzicky patří dokumentace tomu, kdo jí vede, informace v ní však patří oběma stranám, pacientovi tedy stejně (ne více ani méně!) jako zdravotnickému zařízení. Klíčové věci, které novela mění jsou:

– Pacient má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace (v přítomnosti zdravotnického pracovníka).

– Právo na kopii (opis).

– Evidence oprávnění informovat o zdravotním stavu.

Zákon umožňuje pacientovi rozhodovat v plné míře o tom, zda a komu mají být informace poskytovány. Nerozhoduje (řekněme, že z hlediska praktického naštěstí) o rozsahu poskytovaných informací. Na druhou stranu může své rozhodnutí kdykoli bez omezení měnit. Etický přínos zákona je tak zásadní, že jakékoliv provozní komplikace z něj vyplývající je nutno považovat za zanedbatelné a „nutné a ospravedlnitelné zlo“.¹¹²

¹¹² Přednáška J. Maxmilián Prokop, *Etická dilemata v paliativní péči a práci sestry*, DLBSH Rajhrad, III.LF UK Praha 1.10.2008.

4.7 Pravda a nemocný

Nejprve je nutné si ujasnit, že pouhé zapření vážnosti nemoci nemůže být pro pacienta řešením. Byl by tak v mnoha případech zbaven možnosti smysluplného a odpovědného rozhodování. Často je nemocný, teprve na základě správného zhodnocení své situace, schopen přiměřeně rozhodnout, zda podstoupí určitou operaci nebo léčbu, nebo zda ji odmítne. Úmyslné držení v nevědomosti by zde znamenalo připravit ho o svéprávnost.¹¹³ Každý člověk nějakým způsobem o své nemoci ví a svým osobitým způsobem ji přijímá. Ne každý člověk chce pravdu vědět a ne každý „ji snese“. Nepodařilo se najít žádná kritéria, nebo zkonstruovat psychologický text, jestli dotyčný je připraven přijmout pravdu o své nemoci. Odborníci dospěli k názoru, že každý člověk svoji nemoc unést musí a otázka, zda pacient pravdu unese, či nikoliv, je irelevantní. Pravda má být sdělena každému dospělému člověku, jelikož se vychází z premis obsažených v Listině práv a svobod. Člověk má právo vědět, „jak to s ním stojí“. Výjimku tvoří pacienti, kteří jsou nejen somaticky, ale navíc i psychicky nemocní, a nebo u nich už v minulosti proběhla psychotická epizoda. Za závažnou námitku sdělení pravdy lze samozřejmě pokládat problém mimo normového chování, které může vyústit až v problém sebevraždy. Lékař má právo některé skutečnosti zamlčet, ale musí mít pro své mlčení dostatečný důvod. Mimořádnou pozornost je třeba věnovat těm nemocným, kterým je nutné bez ohledu na psychické prožívání sdělit pravdu, z důvodu, že výkon nebo terapie nesnesou odkladu a z ryze medicínských důvodů hrozí nežádoucí prodlení. Je nutný individuální přístup, respektování obecných zákonitostí a je velmi důležité volit srozumitelná slova, aby nemocný měl možnost položit lékaři řadu otázek¹¹⁴.

4.7.1 Otázky, na které není třeba odpovídat

Existují otázky na které není třeba odpovídat a nejsou výzvou k aroganci, mají spíše povahu řečnické otázky typu: „Co jsem komu udělal, že tak trpím, že mne postihlo neštěstí?“ Nemocný se zde podobá biblickému Jobovi (Job 30,17–20) nebo proroku Jeremiášovi (Jer 15,18), kteří se přeli s Hospodínem.

Jiným typem jsou otázky, na které rovněž nemůžeme dát odpověď – například

¹¹³ H. Rotter, *Důstojnost lidského života*, Praha 1999, s. 82.

¹¹⁴ Srov. H. Haškovcová, *Lékařská etika*, 3. vydání Praha, nakladatelství Galén 2002, s. 142–145.

(u nádoru v pokročilém stadiu): „Jak dlouho to bude trvat?“ Přesná odpověď není možná a ani by nepomohla. Jedná se spíše o výzvu ke spoluúčasti a k blízkosti. Je důležité v těchto chvílích dát najevo, třeba jen pohybem hlavy, svoji účast. Rovněž je možné posunkem, slovně nebo pohladením – sdělit: chápu vaše trápení, jsem s vámi, neopouštím vás!¹¹⁵

4.7.2 Otázky o budoucnosti

Člověk v nemoci mívá dost času přemýšlet o své budoucnosti a o své perspektivě. Není proto dobré jeho úvahy odmítat a zamlouvat. Nemocný nemůže žít bez vztahu ke své budoucnosti, ale může dospět ke smíření s nově vzniklou situací v jeho životě, která není lehká. I v nemoci má zodpovědně žít dnešek, přejít na novou životní roli – nikoliv jako únik před budoucností, ale jako naplňování svého lidství. Je dobré neizolovat nemocné, pokud nejsou ve stavu naprosté nemohoucnosti, od starostí ve světě nebo od starostí, které nesou ti, kdo se o ně starají. Je velmi důležité najít i ve změněné situaci nějaký smysl. Nemocný právě svoji modlitbou a radou vytváří budoucnost svým určitým a osobitým způsobem. Rovněž je to činnost, která ho odvádí od jeho nemoci, jež by neměla být jedinou náplní jeho života. Je nutné se snažit o bezpodmínečnou akceptaci nemocného. Pomoci mu objevit krátkodobé cíle.¹¹⁶ (příloha č.3)

Nemocný hlavně přemýšlí, jak v budoucnu zvládne sám sebe, jak se bude chovat, až přijdou bolesti, kdo se o něho postará a jestli nebude někomu na obtíž. Řeší problém, jestli má vůbec nějakou naději, jak se před druhými přemáhat a jak tyto pocity v sobě potlačovat. Strach, který ho ovládá, je stav, který je oproti depresi definován jako „strach z něčeho“. Má přesně určený předmět. Proto je velmi důležité ptát se, „z čeho máte strach“, a vyžadovat přesnou odpověď. Mohlo by se totiž stát, že bychom odpovídali a řešili jiný problém, než který nemocného opravdu trápí.

Dalším elementem, který nemocného člověka ovládá, je obraz deprese (stísněnosti). Jedná se o celkovou skleslost, úzkost, bázeň a obavy, člověk o nic nemá zájem a každou situaci vidí beznadějnou. Mluvíme o stavech tzv. vnitřních pocitů ohrožení. Nemocný jen tak „sedí“ a nedokáže nám sdělit, z čeho má obavy, čeho se bojí a co ho trápí. V tomto stavu nelze pacientovi říci „nic to není“, „vzchopte se“. Tato

¹¹⁵ Srov. A. Opatrný, *Malá příručka pastorační péče o nemocné, 2.(doplňená) verze*, Praha 2001, s. 20.

¹¹⁶ Srov. tamtéž, s. 21–22.

bagatelizace se zcela míjí účinkem a naopak nemocného uvádí ještě do větší deprese.¹¹⁷

Dalším nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem je bolest. Podle WHO je tento zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo který je v termínech takového poškození popisován.

Bolest může být akutní nebo chronická, typu nocicepčního, neuropatická, dysautonomní nebo psychogenní. Lze ji posuzovat z hlediska psychologického nebo bio-psycho-sociálního. V nedávné době vznikla Organizace algeziologické péče na území ČR a tím i ambulance léčby bolesti I.– IV. typu, ve kterých se používají speciální metody léčby bolesti a s tímto je i spojená speciální ošetrovatelská péče, tj. léčba bolestivých syndromů, psychoterapie s použitím farmakoterapie dále se pak používají alternativní a další léčebné postupy.¹¹⁸

Bolest dokáže člověka změnit a vyčerpat psychicky, fyzicky i duchovně k nepoznání a to tím víc, pokud se jedná o dlouhotrvající bolest. Nemocný je přecitlivělý, netrpělivý a je hlavně zaměstnán tím, co ho bolí. V tomto stavu nemá o nic a nikoho zájem. Je tu pouze on a jeho bolest. Mezi nejkrutější bolesti patří bolesti zad, bolesti doprovázející některé druhy rakoviny, bolesti trojklanného nervu v obličeji a tzv. fantomové bolesti, tj. bolest amputované části těla, kde pacient pociťuje úpornou bolest.¹¹⁹ Bolest a strach patří k životu a mají důležitý výchovný smysl. Ježíš řekl: „Ve světě máte soužení. Ale vzchopte se, já jsem přemohl svět.“¹²⁰

Bolest je aktuální (právě teď mě něco bolí), ale ohrožení nepůsobí v dané chvíli, kdy se člověk cítí ohrožen, ale působí tím, že se nemocný něčeho obává, bojí se, že ho něco a nějak bude bolet. Trápí se myšlenkou na to, že to bude zřejmě těžké a jak tuto situaci zvládne. V tomto smyslu je třeba snažit se mu porozumět.

Člověk se během nemoci mění a změní a to směrem k negativním emocím. Strach např. vede k agresivitě. Neměli bychom být překvapeni tím, že pacient na nás zaútočí. Útok není zaměřen na nás (zdravotníka, přítele...), ale na viry, bakterie, imunitu a vše, co jeho nemoc způsobilo a co není možné napadnout. Proto odklání směr svého útoku na předmět, který lze napadnout. A to jsme v dané chvíli my. Nejlepší obrana proti takovému chování je klid. Důležité je dát najevo, že v našich očích tento

¹¹⁷ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, Zábřeh 28.4.2007.

¹¹⁸ Přednáška K. Ondráčková, *Bolest jako ošetrovatelská diagnóza*, DLBsH Rajhrad, FN u sv. Anny v Brně 7.10.2008.

¹¹⁹ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, Zábřeh 28.4.2007.

¹²⁰ J. Studený, *Myšlenky na cestu životem*, Olomouc 2002, s. 34.

člověk i s tím čím prochází a jak se mění, neztrácí nic na hodnotě a účtě, kterou k němu máme.¹²¹ Hovoříme o emocionální reakci pacienta.

4.7.3 Otázky o smyslu

Přijaté utrpení má zásadní význam pro všechny, kdo momentálně nejsou v lisu bolesti.¹²² Trpící, který přijme svoji bolest a úzkost, křičí do uší světa ne slovy, ale svým bytím, že žít a být má smysl za všech okolností. Jedná se o zcela nahý smysl bytí a o zcela odhalený smysl lidského života. Ti, kdo přijmou svoje utrpení, jsou uprostřed kultury smrti – kultury, která učí, že nahé bytí a pouhopouhý lidský život bez jakékoli jiné užitečnosti nemá smysl – pravými svědky kultury života, svědky úžasné hodnoty lidského života a tím samým i svědky lidské odpovědnosti za život. Trpící má jedinečnou příležitost stát se pravým a dobrým pastýřem (srov. analogicky Jan 10,11) bytí, protože může dávat za smysluplnost bytí ne svoji smrt, ale svůj život, který mu svou nesmírnou tíží prostě a jednoduše nedovoluje lhát.¹²³

Otázkou o smyslu lidského života a s ním nutně spojeného utrpení se zabýval i Viktor E. Frankl. Dochází k názoru, že: „lidský život může být naplněn smyslem nejen prostřednictvím tvorby a zážitků, nýbrž i prostřednictvím utrpení“.¹²⁴ Musíme učit sami sebe i ty, kteří si zoufají, že v žádném případě nejde o to, co my ještě očekáváme od života, jako spíše o to, co život očekává od nás. Zde se ocitáme v roli dotazovaných, v roli těch, kterým život klade takové otázky, které správně zodpovíme nikoliv planým mluvením, nýbrž činem, správným jednáním. Život ve svém důsledku znamená nést zodpovědnost za plnění úkolů, které před každého z nás život staví. Tento požadavek a s ním i smysl existence se mění od člověka k člověku, okamžik od okamžiku. Nikdy nelze určit smysl lidského života všeobecně a otázka po tomto smyslu se nedá všeobecně zodpovědět. Takto pojímaný život není nic vágního, ale vždy něco zcela konkrétního. Rovněž i každá situace se vyznačuje onou neopakovatelností a jedinečností, která také připouští jednu jedinou správnou odpověď, která je v konkrétní situaci obsažena. Uloží-li osud člověku nějaké utrpení, pak bude muset tento člověk v této situaci, v utrpení vidět úkol, a to zcela jedinečný. Právě v tom totiž

¹²¹ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, Zábřeh 28.4.2007.

¹²² C.V. Pospíšil, *Teologie služby*, Kostelní Vydří 2002, s. 196.

¹²³ Tamtéž, s. 197.

¹²⁴ Citace uvedena in: Victor J. Drapela, *Přehled teorií osobnosti*, Praha 2003, nakladatelství Portál, s. 150.

spočívá jeho specifická možnost vykonat něco jedinečného.¹²⁵ Je nutno vycházet z faktu, že utrpení – i to nejtěžší – lze psychicky zvládnout, pokud je možné ho pochopit v nějaké smysluplné souvislosti, kterou pacient je schopen a ochoten akceptovat.¹²⁶

Nejlepším vstupem do hovoru o nalezení smyslu je osvětlit možnosti volby a poukázat na individuální prostor svobodného rozhodování. Tato možnost volby je zajímavá pouze v souvislosti s osobním cílem. Většinou nestačí pomoci pacientovi uvědomit si svoji svobodu v jednání a v postoji k současné situaci, ale je nutné uvést nalezené možnosti volby do takové souvislosti, která se spojuje s nějakou hodnotou, úkolem nebo cílem. Rovněž není lehké najít smysl v situaci plné bolesti a utrpení. V situaci, která má sotva nějaké východisko, o něž by stálo za to se snažit. A právě v takových situacích existuje ještě možnost volby postoje, který postižený k dané situaci zaujme. S jistotou lze konstatovat, že ten, kdo se umí probíjet k pozitivnímu postoji i vzhledem k negativním a tísnivým okolnostem, tento člověk nachází útěchu v tom, že nemusí ztratit úctu sám před sebou, ale naopak může být právem hrdý na to, že svoje utrpení důstojně snáší. Obrat k pozitivnímu myšlení a jednání je připravenost získat ze stávající situace to nejlepší, tzn. i v neštěstí najít smysl a vyplnit jej.¹²⁷

Každá nemoc je smysluplná, ačkoliv její smysl nemůže být nikdy zcela přeložen do racionálních pojmů. Nejde o to pochopit příčinu nemoci a pak řešit problém, ale přiblížit se k nemoci natolik, aby bylo obnoveno zvláštní náboženské spojení s životem, na které nemoc poukazuje. Ve skutečnosti to nejsme my, kdo léčí nemoci, ale nemoci léčí nás, protože obnovují naši náboženskou účast v životě.¹²⁸

¹²⁵ Srov. Viktor E. Frankl, *A přesto říci životu ano*, Kostelní Vydří 2006, s. 89–90.

¹²⁶ Srov. E. Lukasová, *I tvoje utrpení má smysl*, Cesta 1998, s. 63–68.

¹²⁷ Srov. tamtéž, s. 16–19.

¹²⁸ T. Moore s předmluvou T. Halíka, *Kniha o duši*, Portál 1997, s. 179–180.

4.7.4 Salvifici Doloris – smysl utrpení podle Jana Pavla II.

Knihy Jobova je hlubokým zamyšlením nad otázkou lidského utrpení. Touto problematikou se zabývali velcí myslitelé, ale Job je všechny převyšuje. Ukazuje, že lidské úvahy nemohou dát konečnou odpověď na otázky po smyslu života a nemohou tudíž ani vysvětlit a zdůvodnit lidské utrpení. Otázku je možno řešit jen z hlediska víry. Tím se však nutně posune důraz a na první místo vstupuje Bůh. Otázka lidského utrpení se stává otázkou po Boží spravedlnosti, ba vůbec po Boží věrohodnosti. Job při svém tápání a zoufání zůstává věrný a svým utrpením ukazuje až ke Kristu. Je to starozákonní svědek Kristův. Je to známý příběh spravedlivého člověka, který byl bez viny postižen nesčíslným utrpením, který se ocitá ve velmi těžkých podmínkách a jeho přátelé se jej snaží přesvědčit, že se musel dopustit nějakého těžkého provinění. Domnívají se totiž, že utrpení nelze chápat jinak, než jako trest za hřích, jako trest Boží spravedlnosti, která oplácí dobro dobrem a zlo zlem a prohlašují, že trest sesílá Bůh za viny. Bůh Zjevení je totiž Zákonodárcem i Soudcem, jakým není žádná jiná lidská moc. Bůh Zjevení je především Tvůrcem, od něhož zároveň s existencí pochází i dobro stvoření. Proto také vědomé a svobodné porušení tohoto dobra spáchané člověkem je nejen přestoupením zákona, ale také urážkou Boha, prvního Zákonodárce. Takový přestupek má povahu hříchu podle pravého, tj. biblického i teologického významu tohoto slova. Trest, který je přiměřený mravnímu zlu hříchu, udržuje mravní řád podle téhož transcendentního smyslu, podle něhož byl tento řád vůlí Stvořitele a nejvyššího Zákonodárce ustanoven. Z toho také vychází jedna ze základních pravd náboženské víry, opřená rovněž o Zjevení. Potvrzuje, že Bůh je spravedlivý soudce, který dobro odměňuje a zlo trestá. Tento názor Jobových přátel potvrzuje a prozrazuje přesvědčení, objevující se v morálním lidském povědomí. Za přestupek a hřích následuje trest a utrpení se jeví jako oprávněné zlo. Takové přesvědčení odpovídá názoru jednoho z Jobových přátel.¹²⁹ Job popírá myšlenku, že utrpení je trestem za hřích, uvědomuje si, že si tak velký trest nezasloužil a že jeho utrpení je utrpením nevinného a vše, co prožívá, má být pochopeno jako tajemství, které člověk není schopen svým rozumem pojmout. Utrpení v této knize má povahu zkoušky a není pravdou, že jakékoli utrpení je následek viny a má charakter trestu. Faktem rovněž je, že odpověď na otázku po smyslu utrpení nespojuje bez výjimky s mravním řádem

¹²⁹ Srov. JAN PAVEL II., apošt. list *Salvifici doloris*, 10.

založeným na pouhé spravedlnosti a otázku po důvodu utrpení ještě neřeší.¹³⁰

Obrátíme-li však svoji pozornost na strasti, kterými Bůh vyvolený národ postihoval, vidíme zde výzvu k jeho milosrdenství, které napravuje a vede k obrácení: „...trestání nebylo ke zkáze, nýbrž k výchově našeho rodu“ (srov. 2 Mak 6,12).¹³¹

Takto je potvrzen osobní rozměr trestu. V něm spočívá význam trestu nejen v tom, že samotné objektivní zlo přečinu se odplatí jiným zlem, ale především dává trpícímu možnost obnovení dobra. Tento obraz utrpení je nejvyšším důvodem a je hluboce zakořeněn v celém Zjevení Starého a obzvláště Nového zákona. Utrpení má vést k obrácení, to znamená k obnově dobra v člověku, který může ve výzvě k pokání poznat Boží milosrdenství.¹³²

Vidět Boha tváří v tvář smějí přece pouze ti, kdo jsou mu podobní (srov. 1 Jan 3,2), a tak spravedlivý a strašně trpící Job může na konci svého dlouhého a bolestného zápasu vyřknout slova: „Jen z doslechu o tobě jsem slychal, teď však jsem tě spatřil vlastním okem“. (příloha č.4)

Job zakusil, že Bůh není někým, kdo hledí nezúčastněně na bolest. Job ve svém utrpení poznal Boha, zakusil ho; ví to, protože se mu stal podobným. To ale znamená, že v Bohu musí být od věčnosti cosi, co je hlubinou dobrovolné bolesti a lásky, která se nepřekonatelným způsobem zjevuje v kříži Ježíše z Nazareta.¹³³

¹³⁰ Srov. JAN PAVEL II., apošt. list *Salvifici doloris*, 11.

¹³¹ Srov. tamtéž, 12.

¹³² JAN PAVEL II., apošt. list *Salvifici doloris*, 12.

¹³³ Srov. C. V. Pospíšil, *Teologie služby*, Kostelní Vydří 2002, s. 196.

5 DUCHOVNÍ POMOC NEMOCNÉMU

Cesta víry má náboženský charakter a úzce pastorační cíle, směřuje k obrodě náboženského svědomí lidí i národů. Rovněž nám připomíná, že je tu církev, která nabízí cestu k řešení základních lidských problémů, pochybností, úzkostí a otázek. Tato cesta není pro nikoho povinností, ale jako křesťané ji máme za povinnost nabídnout. Je to důvod, jak se přiblížit k člověku, který je v mnoha ohledech omezen, ale zároveň má neomezené možnosti v oblasti svých přání a tužeb, je zván k vyššímu životu a i když má své slabosti a hříchy, je povolán k věčnému životu. Je to právě člověk, ve kterém se slévá veškerá činnost církve.¹³⁴

Církev je stále motivována základním principem identity, podle kterého se návštěva nemocného rovná počtě prokázané samotnému Pánu. Ježíš, který si sám vybral nejbolestivější formu utrpení, měl vždy pro nemocné pochopení.¹³⁵ Církev osvícená božským slovem Kristovým ví, že právě utrpení spolu s modlitbou může zachránit svět. Církev podporuje rozvoj medicíny v oblasti efektivní léčby nemocí fyzického rázu. Zároveň vyzývá nemocné, aby bolest, kterou prožívají, nabídli Bohu jako oběť očištění a dar spásy.¹³⁶

Duše člověka tvoří hlubinné centrum života, ve kterém se odehrávají naše nejzávažnější zkušenosti. Terapie není jen odstraňování bolesti a obtíží, ale je to způsob přijmout krizi jako šanci, příznaky jako cenné poselství, nemoc jako řeč, která vytěsňuje naše vytěsňené problémy a vybízí nás k všestrannému zrání. Duchovní cesta není jen pěstování zbožných pocitů a morálky, ale integrální růst osobnosti, zahrnující hlubší porozumění sobě samému, našim bližním i znamením doby.¹³⁷ Trpící, nemocní a lidé postižení jakoukoliv nemocí dávají zvláštním způsobem najevo důležitost vzájemného propojení s těmi, kteří jim pomáhají. Nemocní jsou obdařeni duchovní energií a ti, kteří jim pomáhají, spolupracují na milosti utrpení. I nemocného člověka lze zařadit podle jeho možností do života modliteb, činnosti obce a farnosti. Nezastupitelné místo v této oblasti zaujímají i různé instituce, zvláště pak charitativní.¹³⁸

Nemocný se začne měnit, pochopí-li svůj osobní smysl jako úkol, jako hodnotu,

¹³⁴ Srov. JAN Pavel II., *Nebojme se pravdy*, Zvon 1997, s. 67.

¹³⁵ Srov. tamtéž, s. 74.

¹³⁶ JAN Pavel II., *Nebojme se pravdy*, Zvon 1997, s. 74.

¹³⁷ Srov. T. Moore s předmluvou T. Halíka, *Kniha o duši*, Portál 1997, s. 9.

¹³⁸ Srov. JAN Pavel II., *Nebojme se pravdy*, Zvon 1997, s. 75–77.

kteřá jej přesahuje a ne jenom naplňuje. Začne rozpoznávat, zkvalitňovat schopnosti volby a rozhodování a orientovat se na pozitivní transcendentující smysl, hierarchizovat své cíle i plány jednání. Jsme zcela determinováni světem přírody, celkem relativně svobodně se pohybujeme ve světě společnosti a zcela naprostou svobodu volby máme ve světě ducha.¹³⁹ Někdy je odchylka od toho, co je obvyklé, zvláštním odkrytím pravdy.¹⁴⁰ Duchovní péče je v mnoha ohledech návratem k původní představě o tom, co je to terapie a začíná sledováním toho, jak se duše projevuje a jak působí.¹⁴¹ Oceňuje tajemství lidského utrpení a nevytváří iluzi bezproblémového života. Vyžaduje odlišný jazyk, než je ten, který používá akademická psychologie. Duchovní péče je uměním.¹⁴² (příloha č.5) Současná psychologie se z velké části neodvážila vstoupit do vlastní lidské dimenze, tedy do dimenze duchovní. V tomto smyslu není psychologíí bez duše, ale psychologíí, která je prosta duchovna. Nelze ale říci, že se stala psychologíí bez soucitu. Důvěra v Boha u dnešního člověka silně kolísá, rovněž tak i mezilidská soudržnost. V současné době by psychoterapeut měl mít na zřeteli fakt, že jsou situace, kde končí jeho věda, tam musí nastoupit jeho lidskost a za hranicemi pochopení musí cestu k bližnímu najít láska.¹⁴³

Známy je rovněž fakt, že každý nemocný člověk se může nechat svést od přímé cesty vlastního svědomí a sejít z cest, které Bůh vymezil v deseti přikázáních daných Mojžíšovi a jeho Syn Ježíš v evangeliu. To je důvod, proč dochází k porušení lidské důstojnosti a na bližních jsou páčány vážné škody. Důstojnost však není nikdy zcela zničena a lze ji získat zpět, jelikož Duch může zvítězit nad instinkty a zlem. Tato zkouška, i když příliš obtížná, může se stát zdrojem nových životních perspektiv a blahodárné proměny.¹⁴⁴

5.1 Duchovní doprovázení = rozhovor s trpícím

Hledat v duchovní péči možnost našeho jednání a vyčerpat možnosti našeho konání v praxi, to by měl být cíl duchovního doprovázení. Je mnoho těch, kteří se domnívají, že slova jsou zbytečná a platí jen činy. Čin, tedy odstranění bolesti

¹³⁹ Srov. Viktor E. Frankl, *Lékařská péče o duši*, Brno, nakladatelství Cesta, s. 232–233.

¹⁴⁰ T. Moore s předmluvou T. Halíka, *Kniha o duši*, Portál 1997, s. 37.

¹⁴¹ Srov. tamtéž, s. 24–25.

¹⁴² Srov. tamtéž, s. 39.

¹⁴³ Srov. E. Lukasová, *I tvoje utrpení má smysl*, Cesta 1998, s. 65.

¹⁴⁴ Srov. JAN Pavel II., *Nebojme se pravdy*, Zvon 1997, s. 77–78.

a nemoci bývají mnohdy nedosažitelné. Rozhovor je základním prostředkem duchovního doprovázení a pastorační péče.¹⁴⁵

Rozhovor s trpícím je velmi delikátní záležitostí, protože ten, kdo normálně takový dialog začíná, není postižen tímtéž zlem jako trpící. Tento rozhovor nemůže posilovat a povzbuzovat, pokud není prodchnut opravdovou sympatií. Jedná se o přijetí utrpení toho druhého v reálném úsilí o co nejhlubší pochopení... pouze ten, kdo trpí, totiž může vědět, co je utrpení.¹⁴⁶

Ten, kdo je dlouhodobě nemocný, má dost času na řešení spirituálních otázek a dlouhodobá těžká nemoc jej vyčerpává a to nejen tělesně. Duchovní život ale stále pokračuje, a to i ve stavech silně snížené komunikace. Rozhovor o tématech víry je velmi častý a pro pacienta mnohdy snadnější, pokud organicky vyplyne z řady hovorů na jiná, běžná témata. Bývá úspěšnější s člověkem, k němuž má nemocný důvěru. Tento se stává základním prvkem pro podporu duchovní dimenze nemocného člověka – je chápající partner rozhovoru – je otevřený ke všem tématům nemocného a musí splnit několik důležitých podmínek. Tento člověk, partner v rozhovoru, musí dát nemocnému poznat, že mu není lhostejný, že není jen číslem diagnózy a že mu na něm záleží. Velmi důležité je ctít svobodu nemocného, nic nevnučovat – ani svoji péči, lásku, nic. Nemocný se musí cítit svobodný, aby si zachoval svoji důstojnost. Velmi důležité je rozpoznat okamžik, kdy s nemocným lze mluvit. V tomto okamžiku je nejdůležitější dívat se nemocnému do očí – nestát nad člověkem a hlavně naslouchat. Nemocný musí poznat, že člověk, s nímž hovoří, má na něho čas. Velmi důležitý je vizuální a fyzický kontakt – podání ruky, lehký dotek. Pokud zdravý člověk vstoupí do bolesti těchto lidí, tak se začíná učit, co je v životě nejdůležitější. Kvalita pomoci, kterou nemocnému poskytuje jeho okolí, závisí na tom, jak okolí chápe duchovní dimenzi nemocného a do jaké míry jsou ochotni do této oblasti vstoupit.¹⁴⁷

Při rozhovoru není možné nemocnému člověku vyvracet jeho představy, i když se zdá, že nejsou zcela správné. Týká se to hlavně tzv. obranných mechanismů, jako je svádění viny na druhé lidi, snaha potlačit či vytěsnit něco z vědomí atd. Není možné necitlivě a násilně konfrontovat pacienta s realitou. Je důležité pokusit se, aby si nemocný dovolil v přítomnosti toho, kterému věří, bez obav vyjádřit své obavy, svou depresi, svůj hněv a případně i vztek a zlost. Tyto pocity jsou časově proměnné,

¹⁴⁵ Srov. A. Opatrný, *Malá příručka pastorační péče o nemocné, 2.(doplňená) verze*, Praha 2001, s. 18.

¹⁴⁶ Citace uvedena in: C. V. Pospíšil, *Teologie služby*, Kostelní Vydří 2002, s. 193.

¹⁴⁷ Přednáška MUDr. V. Svobodová, *Duchovní péče*, Rajhrad 10.10.2007

nahromaděné napětí se může uvolnit a po té se nemocný může lépe vypořádat s tím, co stojí před ním. V rozhovoru nesmí chybět prostor pro naději. Nejde o jakoukoliv naději. Pacient, který je utěšován jen nevážnými slovy, si tím víc uvědomuje svoji beznadějnou situaci. Naději a sílu dává nemocnému relativně dobré zvládnutí bolesti i pomocí analgetik. Nadějí je pro trpícího, když ví, že ho někdo přijde navštívit a může se na to spolehnout. Pro křesťana je nadějí, že není sám, že po jeho pravici stojí ten, který je Pánem života a smrti.¹⁴⁸

Každý těžce nemocný člověk, věřící nebo nevěřící, potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti lze přirovnat skutečnému stavu duchovní nouze. Nemocný tím trpí, a to tak, že si někdy i zoufá. Je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně.¹⁴⁹

Člověk, který sleduje duchovní hnutí s klidnou otevřeností a nechává si pomoci, ten kráčí vždy s velkou rovnováhou mezi stavy bezútěšnosti a útěchy, protože v podstatě nebere příliš vážně ani jedno ani druhé. Ví, že jsou to jen ukazatele a prostředky, ale že cíl je setkání s Pánem. Proto je třeba hlavní pozornost věnovat vytrvalosti. Jedná se o vytrvalost na započaté cestě až k jejímu naplnění v cíli. Je třeba připomínat především vytrvalost, když je vše těžké a člověk je zachvácen neútechou a malomyslností.¹⁵⁰ Vnitřní zralost a duchovní velikost v utrpení jsou ovocem vlastního obrácení a spolupráce s milostí ukřižovaného Vykupitele. On sám působí v hloubi lidských strastí svým Duchem pravdy, Duchem útěchy a mění samotnou podstatu duchovního života tím, že zjevuje trpícímu člověku svou spoluúčast. On sám – jako Učitel a duchovní Vůdce – poučuje trpící bratry a sestry o této podivuhodné výměně, spočívající v tajemství vykopení¹⁵¹

Bůh touží člověku dát účast na své přirozenosti a tím jej zbožstit (srov. 2 Petr 1,4). Člověk je povolán vrátit se k Otci se Synem a skrze Syna v Duchu svatém. Život člověka je cestou, která vede k cíli. Tím cílem je Bůh. Bůh do člověka vložil základní směřování k návratu k sobě a tím ho nasměroval spolu s celým stvořením i k určitému napětí, kdy „sténá a trpí“ (srov. Řím 8,22–23; a Kol 1,15–20), kdy se stává sebou samým, dokud všechno nebude završeno na konci časů. Člověk se nejprve rozhlíží

¹⁴⁸ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, Zábřeh 28.4.2007

¹⁴⁹ Srov. M. Svatošová, *Hospice a umění doprovázet*, Ecce homo 1999, 4. vydání, Praha 6, s. 23–24.

¹⁵⁰ M. I. Rupnik, *O duchovním otcovství a rozlišování*, Velehrad 2001, s. 103.

¹⁵¹ JAN PAVEL II., apošt. list *Salvifici doloris*, 26.

a volí cestu, jak se stát sebou samým, později volí jen tu, která je ve shodě s jeho duchovním nasměrováním a nakonec objevuje a překračuje nový práh v duchovním životě.¹⁵²

Utrpení a smrt – tyto věci patří ke zkušenostem každého člověka – a je pošetilé a scestné je ze života vytěsnit nebo odstranit. Naopak, každému člověku je třeba pomáhat, aby odhalil jejich nejhlubší tajemství v konkrétní a obtížné skutečnosti. Bolest i nemoc nacházejí svůj jedinečný význam, jsou-li vnímány v těsném spojení s přijímanou a sdílenou láskou.¹⁵³

Pravidla vedení pastýřského hovoru s nemocným

Středem rozhovoru musí být trpící člověk a přednostně je velmi důležité se zaměřit na jeho myšlenky, starosti a city. Nelze se zabývat věcnými údaji. Na pacientův dotaz se musí odpovídat bezprostředně (ihned a důkladně), aby tímto bylo nemocnému dáno najevo, že nám jde o jeho věci o to, co se děje v jeho duši a co jej znepokojuje. Je nutno se vyjadřovat krátce a to z důvodu, aby nemocný měl více času pro formulování svých dotazů a sdělení. V žádném případě nesdělovat trpícímu ihned své úsudky, své hodnocení, soudy, diagnózy a neplést do rozhovoru svá vlastní stanoviska. Dobré je snažit se nejdříve rozpoznat stanovisko nemocného, jeho myšlení, prožívání, domněnky a očekávání. Snažit se odpovídat obrazně a ne s použitím cizích slov.

Velkou pozornost je třeba věnovat hned první větě nemocného, která často míří k jádru jeho problému – i když zastřené. Zároveň je třeba dávat pozor na tzv. klíčová slova trpícího. Jsou to zvláště ta slova, která se nám zdají zvláště výrazně emocionálně nabitá. Může jít také o slova, kterým se snaží nemocný za každou cenu vyhnout, která obchází a vyjadřuje jinak – jen, aby je neřekl. I toto může být ukazatelem k pacientovu problému.

Jak se pozná, že rozhovor byl dobře veden ?

- nemocný je na konci rozhovoru klidnější a podařilo se mu uvolnit určité napětí
- nemocnému se podařilo dosáhnout určitého odstupu od bezprostředního problému
- nemocný získal poněkud více sebedůvěry
- zdá se, že pacientovo sebepoznání se prohlubuje

¹⁵² Srov. *Amen, časopis pro vzdělávání ve víře*, č. 2, ročník 6(2002), nakladatel. Krystal OP Praha 1, s. 15.

¹⁵³ JAN PAVEL II., encyklika *Evangelium vitae*, 97.

- zdá se, že se pacient snaží sám sobě lépe porozumět
- zdá se, že se pacient snaží samostatněji se rozhodovat

Cílem první fáze rozhovoru je snížit úroveň strachu a obav. Obav z přítomnosti druhého člověka, s nímž trpící hovoří. Strach člověka spoutává, svazuje a znemožňuje mu, aby se pokusil něco změnit – a změnit je toho třeba mnoho, má-li se člověk vyrovnat s těžkou nemocí. Umění naslouchat nutí toho, kdo s nemocným hovoří, v první řadě odložit vše, co o tomto člověku předem ví, co o něm slyšel a co si o něm myslí. Jen tak si může v srdci vytvořit prostor k nezaujatému vyposlechnutí všech bíd a nouzí pacienta, s nímž hovoří. Jde o to nenaslouchat jen ušima, ale i očima, ba celým fyzickým postojem. Je rovněž možné nemocnému naslouchat a nedívat se na něho, ale dívat se třeba z okna. Termínem naslouchat se rozumí i vidět, jak se nemocný tváří, co se mu odráží v obličejí. Je dobré si uvědomit, že nejen my nasloucháme trpícímu, ale že i on nás přítom vnímá. Týká se to např. toho, zda jsme k nemocnému obráceni čelem nebo bokem, zda máme ruce založené na prsou či naopak postavené tak, že pacient může vidět obě naše prázdné dlaně (tj. tzv. otevřený prostor pro uvítání partnera, velice důležitý pro sdělení přátelských vztahů).¹⁵⁴

Používání biblických veršů v pastýřském rozhovoru

Podle zkušeností mnohých – pastýřů i pacientů – má biblické slovo daleko větší váhu a moc ve srovnání s tlumočením myšlenek druhých lidí – i když moudrých a krásných. Avšak i při citování biblických veršů nejde jen o to „co“ říci, ale i „kdy“ a „jak“ to říci. Boží slovo má být řečeno s ohledem a s citlivostí na situaci, ve které se pacient nachází. Ne jako naučené rčení, ne jako slovo, kterým lze vyplnit hovor. V žádném případě ne jako „heslo“. Biblická slova jsou vzácný dar, a proto by se s nimi mělo jako s darem zacházet. Trpící člověk velmi dobře pozná, zda jemu sdělované biblické slovo oslovilo také toho, kdo jej připomíná a přednáší, zda je i jemu posilou – a podle toho je i slyší.¹⁵⁵

Modlitba

Člověk, zasažený nemocí je vyzýván, aby choval stejnou víru v Pána a obnovoval obzvláště hlubokou důvěru v toho, „který uzdravuje všechny nemoci“ (srov. Ž 103,3). Tam, kde se zdá, že již není žádná vyhlídka na uzdravení, i tehdy

¹⁵⁴ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, Zábřeh 28.4.2007

¹⁵⁵ Tamtéž, Zábřeh 28.4.2007

člověka majícího pevný vztah k Bohu, povzbuzuje nezlomná víra v oživující Boží moc. Nemoc ho neuvrhne do zoufalství, ale přivede ho k modlitbě, která je plná naděje.¹⁵⁶

Člověk má právo, Ježíšem vykoupené a nám zdarma darované, v modlitbě přinášet každou situaci nebo okolnost. Víra a zkušenost utvrzuje nemocného, že uzdravování může být účinné za hranice všeho, za co dokáže prosit a po čem může toužit. Nemusí chápat jak se to stane, nicméně tato skutečnost se děje. Křesťanská služba modlitby nespočívá ani tak v naší interpretaci, ale ve zřejmých výsledcích uzdravení.¹⁵⁷

Modlitba, když je správně pochopena, vysvobozuje člověka z izolace a je ujištěním, že nemocní se nemusí cítit osamocení a opuštění. Posiluje vědomí, že právě oni jsou součástí hlubší skutečnosti, ve které je víc moudrosti, víc naděje, víc odvahy a víc budoucnosti, než může mít kterýkoli člověk sám o sobě.¹⁵⁸

Prostřednictvím modlitby můžeme „rozeznat, co je vůle Boží“, a dosáhnout „vytrvalosti“, abychom ji „vykonali“. Ježíš nás učí, že do nebeského království se nevstupuje slovy, nýbrž tím, že člověk činí „vůli jeho nebeského Otce.“¹⁵⁹

Modlitba nemocného člověka nebývá prázdným opakováním naučených formulí. Jsou v ní výkřiky a bolestné vzdechy. V této modlitbě je, podobně jak tomu bylo u Joba, i pření s Nejvyšším. To vše patří k modlitbě nemocného člověka a není dobré tyto projevy potlačovat. V této modlitbě může trpící člověk dát průchod všem pocitům i otázkám a neskrývat nic, ani své slabosti a slabost své víry. Už samo vyslovení těchto pocitů a otázek v modlitbě pacienta osvobozuje. V modlitbě dokázali mnozí těžce nemocní lidé vnitřně zpracovat a přijmout situaci, do které se dostali, a nést bolesti, které by se jinak nést nedaly.¹⁶⁰

Modlitby jsou myšlenky, které mají svého adresáta. Modlitby beze slov nejsou vázány na posvátné prostory, nepotřebují žádný viditelný obraz. První křesťané vzbuzovali obdiv, protože všude, kde právě byli, mluvili se svým neviditelným Bohem. Jako děti mluví se svým otcem, tak může každý mluvit s Bohem. Tak bez zábran jako děti, když mají nějaké přání. Ano, Bůh zná každou naši myšlenku.¹⁶¹

¹⁵⁶ JAN PAVEL II., encyklika *Evangelium vitae*, 46.

¹⁵⁷ Srov. Kenneth McAll, *Uzdravení rodových kořenů*, Kostelní Vydří 2007, s. 95.

¹⁵⁸ Srov. Herold S. Kushner, *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*, Portál, Praha 1996, s. 118.

¹⁵⁹ *KKC*, čl. 2826.

¹⁶⁰ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, Zábřeh 28.4.2007.

¹⁶¹ J. Studený, *Myšlenky na cestu životem*, Olomouc 2002, s. 4.

Pro praxi křesťanského všedního života je důležité překonat propast mezi uzdraveními skrze modlitbu a „světsky“ chápanou nemocí. Pro křesťana mají být všechny životní procesy duchovní integrovány do jeho osobního vztahu k Bohu. Každá lékařská konzultace by měla být nesena modlitbou, jinak dotyčný dosud ještě neotevřel všechny oblasti života Duchu. To nevyklučuje jistou samostatnost duchovní a medicínsko – terapeutické oblasti. Jsou to však různé výchozí body pro uzdravení jediného, celého člověka. Křesťan právě z úcty před Tvůrcem a Vykupitelem půjde na nemoc vždy ze dvou stran: bude se ve své nouzi modlit k Bohu a současně bude přiměřeným způsobem využívat lékařskou, terapeutickou pomoc. Samostatnost těchto oborů vyžaduje, aby zároveň na sebe navazovala medicínsko psychologická i pastoračně duchovní pomoc a při tom, aby nikdo tomu druhému neupíral jeho „pole“ působnosti.¹⁶²

Každý člověk, zvláště pak nemocný a trpící, se modlí prosebné modlitby za uzdravení. To je jistě správné, ale z pohledu, který nám dává Bible, vidíme celou situaci v širším měřítku. Zní to z Getsemane: „Ne má, ale tvá vůle se staň“. Je velmi těžké přijmout tuto druhou možnost. Nejde zde o slova, ale o postoj srdce trpícího člověka.¹⁶³

V první části takové modlitby je dobré navázat na hlavní téma předcházejícího rozhovoru. Jde v podstatě o předložení v modlitbě Bohu toho, co se stalo s konkrétním trpícím člověkem. Předložit skutečnost a přitom prosit za uzdravení a připomenout v modlitbě slova zaslíbení o vyslyšení proseb tak, jak je známe z Písma. Potom by měla následovat prosba o naplnění srdce nemocného Boží láskou: tou by měla být vyplněna právě ta místa, ze kterých bylo v předcházející fázi vše negativní odstraněno. Může se stát, že nemocný bude v tak hluboké stísněnosti (depresi), že nebude ani schopen uvěřit, že ho ještě může mít Bůh rád. V tomto případě je na místě přímluvná modlitba za to, aby trpící poznal, že Boží láska se týká všech lidí – slabých, pochybujících a stísněných. Je vhodné při tom použít v přímluvné modlitbě křestního jména trpícího, aby si uvědomil, že Boží zaslíbení se týká i jeho samotného – osobně. Je na místě zdůraznit otcovský vztah Boží k člověku, např. Deut 1,31: „Hospodin, tvůj Bůh, nesl tě jako nosí muž svého syna, po celé cestě, kterou jste prošli!“

Při formulování proseb by měly být jmenovány zcela konkrétní starosti nemocného člověka (např. bolesti hlavy), ale nemělo by se zapomenout, že v podstatě

¹⁶² Srov. N. Baumert, *Na nemocné budou vkládat ruce*, Kostelní Vydří 1996, s. 61–62.

¹⁶³ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, Zábřeh 28.4.2007.

jde o víc: o to, že život trpícího se nesl „k Božímu obrazu“. Jde o uzdravení celého člověka – tzn. uzdravení jeho těla, duše i ducha.¹⁶⁴

5.2 Křesťanské chápání nemoci a utrpení

Utrpení a nemoc patří k tajemství Boží lásky, Jeho cesty nejsou našimi cestami (srov. Iz 55,9), a proto zejména na Bohu nesmíme vymáhat účty. Pán jedná různými způsoby. Vložit svou víru do rukou Ježíše neznamená zavrhnout lékařskou vědu a léčení z rukou lékaře. Znamená to přijímat léčení v té podobě, ve které nám je Bůh chce darovat.¹⁶⁵

Základní otázkou je – proč nás Bůh nechává trpět? Tady lidský rozum nezná žádné řešení; zde se jedná o tajemství. Tuto otázku je třeba vždy vidět v souvislosti časného i věčného života – jak to řekl sv. Pavel: „*Soudím totiž, že utrpení nynějšího času se nedají srovnat s budoucí slávou, která má být na nás zjevena*“ (Řím 8,18). Pro věřícího nemocného je to naděje, že jeho život v utrpení neztratí svůj vlastní životní cíl, jinak vyjádřeno: Bůh tak může člověka vychovávat k větší dokonalosti.¹⁶⁶ Nemoc a s ním spojené utrpení je možné brát jako příležitost k zastavení se na cestě života, k hledání smyslu života a jeho místa v širším obraze celého Božího světa – Božích plánů a záměrů s tímto světem. Smysl života a nemoci obvykle neleží na povrchu. Trpící člověk si musí zcela osobně položit otázku, co mu má být skrze jeho nemoc řečeno a k čemu a proč musí toto období života prožívat. Je to rovněž příležitost zrevidovat cíle našeho dosavadního snažení, vidět svůj život v jiném – Božím světle. K přijetí smyslu nemoci se člověk dobírá pouze vnitřní cestou, která má řadu etap.¹⁶⁷ Ježíš neřeší spekulativním způsobem otázku utrpení, jelikož v jeho praxi neexistuje intelektuální problém utrpení, ale pouze lidé, kteří trpí, kteří jsou spoutáni zlem a kteří umírají. Ti všichni potřebují pomoc. V Ježíšově příběhu má bolest, utrpení, nemoc vždy konkrétní lidskou tvář. Kříž je vrcholným projevem celoživotní Ježíšovy solidarity s těmi, kdo trpí, kdo umírají, tedy s námi se všemi. Ježíš se v evangeliu staví velmi radikálně proti rozličným podobám zla jako je nemoc, bolest a smrt. Především se staví proti zlu, které člověka odděluje od Pramene života, který je jediným důstojným Cílem realizace pravého a plného lidství, tedy od toho, jehož křesťané nazývají Bohem.

¹⁶⁴ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, Zábřeh 28.4.2007.

¹⁶⁵ Srov. E. Tardif, *Na nemocné budou vkládat ruce*, Kostelní Vydří 1996, s. 13–14.

¹⁶⁶ Srov. G. Stoff, *Dobré slovo u lůžka nemocných*, Kostelní Vydří 1994, s. 10–12.

¹⁶⁷ Srov. J. Křivohlavý, *Křesťanská péče o nemocné*, Praha 1991, s. 62–63.

Kristův kříž není pasivním snášením nevyhnutelného zla, ale je v plném souladu s aktivním postojem, který Ježíš vůči zlu zastával po celý život a navíc, že představuje maximální možné vyvrcholení tohoto aktivního postoje.¹⁶⁸

Nemoc a bolest patřily vždycky k největším problémům, které zužovaly lidstvo. I ten, kdo je hluboce věřící, cítí tento problém a má stejnou zkušenost jako ostatní. Věřící nachází ve světle víry pomoc, ale tajemství utrpení a bolesti ani on zcela nepochopí, jen je statečněji snáší. Věřící lidé totiž vědí a nepochybují o tom, že právě nemocné a trpící miluje Kristus, který za svého života vyhledával a uzdravoval nemocné.¹⁶⁹

Utrpení je staré jako lidstvo samo, protože vyjadřuje hloubku člověka až po jistou hranici, a svým způsobem ji převyšuje. Tkví v neopakovatelném a konkrétním nitru člověka. Zdá se, že směřuje k povýšení člověka a je to jedna z věcí, která je určena k tomu, aby člověk překonal sám sebe, k čemuž je zřejmě, nepochybně a skrytě povolán.¹⁷⁰ Lidská bolest totiž vzbuzuje soucit, ale také působí úctu a svým způsobem nahání strach: skrývá se v ní totiž určitá tajemná síla.¹⁷¹ Utrpení je také mnohem obsáhlejší než nemoc. Je složitější a hlouběji obsaženo v samotném lidství. To proto, že je zde prvek tělesný a duchovní jako nejvlastnější a nejpřímější subjekt utrpení. Bolest fyzická je to, čím nějakým způsobem bolí tělo, avšak duševní utrpení je bolest duše, tj. utrpení duchovní povahy, ne jen psychická stránka utrpení, která souvisí jak s fyzickou, tak s morální bolestí. Tato bolest se dá však mnohem hůře rozpoznat a léčit.¹⁷²

Starý zákon pohlízející na člověka jako na celek tělesně – duchovní často spojuje mravní útrapy ducha s bolestí některých částí těla jako kostí (srov. Iz 38,13; Jer 23,9), ledvin (srov. Job 16,13; Pláč 3, 13; Ž 73/72,21), jater (srov. Pláč 2,11), vnitřností (srov. Iz 16,11; Job 30,27) nebo srdce (srov. 1Sam 1,8; Jer 4,19; Pláč 1,20-22). Nelze tedy popírat, že mravní utrpení se přenáší i do části tělesné a často působí na celý organismus člověka.¹⁷³ Utrpení je považováno za zvláštní svět, který existuje současně s člověkem, objevuje se v něm a zaniká, ale mezi tím se v něm upevňuje a neoblomně tkví.

¹⁶⁸ Srov. C. V. Pospíšil, *Teologie služby*, Kostelní Vydří 2002, s. 188–191.

¹⁶⁹ Srov. J. Studený, *Myšlenky na cestu životem*, Olomouc 2002, s. 235.

¹⁷⁰ Srov. JAN PAVEL II., apošt. list *Salvifici doloris*, 2.

¹⁷¹ JAN PAVEL II., apošt. list *Salvifici doloris*, 4.

¹⁷² Srov. JAN PAVEL II., apošt. list *Salvifici doloris*, 5.

¹⁷³ Srov. tamtéž, 6.

Je nepochybné, že je obsažen v každém člověku jako subjektu.¹⁷⁴ Člověk Starého zákona prožívá nemoc před Bohem. Před ním také proléval slzy nad svou nemocí; od něho, Pána života a smrti, si snažně vyprošuje uzdravení. Nemoc se stává cestou obrácení a Božím odpuštěním začíná uzdravení. Izrael zakouší, že nemoc je jakýmsi tajemným způsobem spojena s hříchem a zlem a že věrnost Bohu podle jeho Zákona navrácí život: „Neboť já jsem Hospodin, já tě uzdravuji“ (Ex 15,26). Prorok nahlíží, že utrpení může mít i výkupný smysl za hříchy druhého. Na konec Izaiáš ohlašuje, že Bůh dopřeje Sionu čas, kdy odpustí každou vinu a vyléčí každou nemoc.¹⁷⁵

Také První list Petřův je zaměřen na utrpení. Křesťan, který trpí, má jít ve šlépějích Ježíše Krista, svoji víru prokázat v životě a pro ni dokázat snést utrpení. Apoštol Petr v tomto listu píše: „K tomu jste přece byli povoláni; vždyť i Kristus trpěl za vás a zanechal vám tak příklad, abyste šli v jeho šlépějích“.¹⁷⁶ Následování Krista je možné jen ve společenství s Kristem, v hlubokém a milostiplném spojení s našim Pánem. Jeho následování nesmí být chápáno nebo formulováno jako morální nárok. Spíše by mělo být vedeno přáním mít stejnou podobu s Kristem a následovat jeho cestu utrpení, svízeli a odmítání; to vplývá ze skutečnosti „být v Kristu“.¹⁷⁷

5.2.1 Utrpení a otázka zla

Lze tvrdit, že člověk trpí, když zakouší cokoli zlého. Podle jazyka Starého zákona bolest a zlo znamenají totéž. Chybí v něm totiž zvláštní slovo, které by označovalo výraz utrpení. Z toho důvodu je všechno, čím člověk trpí, označováno jako zlo.¹⁷⁸ Proto i utrpení je tedy vždy zkušenost nějakého zla. Tato skutečnost nás přivádí k otázce, kterou nelze oddělit od tématu utrpení a tou je původ zla. Křesťanská odpověď se liší od té, která je dána jinými kulturními a náboženskými tradicemi, podle nichž se lidská existence považuje za jakési zlo, od něhož je třeba se osvobodit. Křesťanství vyznává dobro jako podstatu existence a všeho, co je; hlásá dobrotu Stvořitele a dobro stvoření. Člověk je kvůli zlu postižen utrpením, jež je jakýmsi nedostatkem či znetvořením dobra. Lze říci, že člověk trpí proto, že nesdílí nějaké dobro, od kterého je určitým způsobem vzdálen nebo o které se připravil. Nejvíce však trpí tehdy, když by

¹⁷⁴ Srov. JAN PAVEL II., apošt. list *Salvifici doloris*, 8.

¹⁷⁵ *KKC*, čl. 1502.

¹⁷⁶ 1Petr 2,21.

¹⁷⁷ Srov. J. Studený, *Myšlenky na cestu životem*, Olomouc 2002, s. 66.

¹⁷⁸ JAN PAVEL II., apošt. list *Salvifici doloris*, 7.

měl být v obvyklém běhu věcí účasten tohoto dobra, ale ve skutečnosti není. Z křesťanského způsobu myšlení vyplývá, že zlo se vždy nějak vztahuje k dobru.¹⁷⁹ Svátý Tomáš Akvinský říká: „Nic nebrání tomu, aby lidská přirozenost byla určena k vyššímu cíli po hříchu. Bůh totiž dopouští existenci zla, aby z něho vytěžil větší dobro“.¹⁸⁰

Hříchy, které leží u kořene nemocí, mají patrně nejčastěji podobu dluhu, opomenutí, zanedbání toho, co měl člověk udělat a neudělal. Někdy jsou tyto sklony hluboce zakořeněné životní postoje. Jsou potlačovány do podvědomí a tam v hloubce člověka stále skrytě pracují.¹⁸¹ V dnešním světě je právě oslabené chápání zla tím nejhorším nebezpečím. Slovo „hřích“ je pro mnohé jen prázdným pojmem znamenajícím deviaci psychologických mechanismů, které pomocí vhodného terapeutického léčení lze uvést na správnou míru. Někteří omezují hřích na sociální nespravedlnost a odpovědnost nese ten, kdo přispívá k jejímu přetrvávání. Jiní považují hřích za nevyhnutelnou realitu, která je důsledkem neovladatelných sklonů lidské povahy. A ti, kteří připouštějí skutečnou možnost hříchu, interpretují morální zákon libovolnými způsoby, a to je důvod, proč se vzdalují od požadavků církevního magisteria a slepě následují běžné permissivní chování. Z těchto postojů vidíme, jak je obtížné dojít k podstatě hříchu. Pokud bychom se spolehli pouze na člověka a jeho omezené a jednostranné vidění, dojdeme k formě morálního otroctví.¹⁸²

Každý touží překonat utrpení, ale je srážen obavami, slabostí a nedostatečností vlastních sil. Odmítání Boha stojí u kořenů každého existujícího zla. To je důvod, jak s veškerou mírností, ale i svatou odvahou, hlásat evangelium.¹⁸³

5.3 Postoj víry

Nemocný i jeho duchovně doprovázející si musí být vědomi, že stojí před Boží tváří a celou situaci staví do Božího světla. Při veškeré důležitosti spolu – bytí, spolu – myšlení a spolu – cítění s pacientem, tj. pastýřská péče o nemocného, není to duchovní pastýř, kdo se v první řadě stará o pacienta, ale je to jediný Dobrý pastýř, který má

¹⁷⁹ JAN PAVEL II., apošt. list *Salvifici doloris*, 7.

¹⁸⁰ *KKC*, čl. 412.

¹⁸¹ Srov. M. Svatošová, *Hospice a umění doprovázet*, Ecce homo, 1999 Praha 6, s. 97.

¹⁸² Srov. JAN PAVEL II., *Nebojme se pravdy*, Zvon 1997, s. 17–18.

¹⁸³ Srov. tamtéž, s. 19.

o nemocného péči.¹⁸⁴

5.3.1 Modely duchovního doprovázení

Duchovní doprovázení má tradici, která v dějinách církve procházela dlouhým vývojem, ve kterém lze vysledovat základní modely. Počátky duchovního doprovázení nacházíme u **pouštních otců**. Byli to muži, odcházející do samoty pouště, byli izolováni a stáli v první linii v boji proti zlému a snažili se prožívat život neustálého napojení na Boha. Za doprovázeného se poustevník modlil. Avšak vyhýbal se rozhodování za doprovázeného. Někdy mlčení bylo jejich odpovědí. Toto individuální charismatické vedení si dodnes udrželo svoji hodnotu. **Benediktinský model** – užívají jej řeholníci, kteří žijí v komunitě a jsou povzbuzováni k bratrské poslušnosti a pokoře. **Středověký nemnišský model** – jeho zvláštností byl fakt, že duchovními vůdci se stávaly ženy, např. dominikánská terciářka Kateřina Sienská. Byla nazvána matkou své rodiny doprovázených. **Jezuitský (intervenční) model** – toto doprovázení bylo vhodné pro lidi ve světě, kteří žili v aktivní službě pro druhé. Tento model nezávisí na mnišském způsobu života. **Vůdce svědomí** – tento model duchovního doprovázení vznikl na Tridentském koncilu jako odpověď na reformaci. Jedná se o vedení spjaté se zповědí.

5.3.1.1 Současný model duchovního doprovázení

Vzniká po II. Vatikánském koncilu. Lidé si volí svobodně svého duchovního vůdce, muže či ženy. Nic nenasvědčuje tomu, že by v současné době pokroku v psychologii, sociologii, medicíny atd. měl zaniknout. Každý, nejen křesťan, může tuto službu vyhledávat. Každý křesťan může být k této službě druhým povolán.¹⁸⁵ Současným modelem duchovního doprovázení je biblický přístup. Utrpení nemusí zničit vše dobré v člověku. Nemusí stát ani v protikladu k Boží lásce. Je-li utrpení konfrontováno s vírou a věrností Bohu, může přinést mnoho cenného. Utrpení a nemoc umožňuje zrání člověka jako osobnosti i zrání jeho víry. Jak úspěch, tak i bída, jak zdraví, tak i nemoc, jak život, tak i smrt jsou stejně v rukou Hospodinových – a to jsou ruce nejen spravedlivé, ale i milostivé. Mezi nejdůležitější znaky biblického přístupu patří:

¹⁸⁴ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, Zábřeh 28.4.2007.

¹⁸⁵ Srov. *Amen, časopis pro vzdělávání ve víře*, č. 2, ročník 6 (2002), nakladatelství Krystal OP Praha 1, s. 16–19.

– boj s utrpením

V Bibli se setkáváme s řadou výzev k trpělivosti. Avšak je v ní možno nalézt i výzvu k boji s nemocí i utrpením. Řada lidí se se svými bolestmi obracela ke Kristu s žádostí, aby je uzdravil. Příkladem boje s nemocí nám může být i apoštol Pavel. Sám říká, že „třikrát volal k Pánu, aby ho uzdravil“ (srov. 2 Kor 12,8).

– hledání smyslu utrpení

Nesmyslné utrpení je nejtěžší formou utrpení: vede k zoufalství. Podaří-li se však nalézt smysl nemoci, dá se utrpení lépe unést. Pokud však člověk nemůže smysl utrpení nalézt, pak je lépe být s ním, neopouštět ho a spolu s ním sdílet jeho tíži. Mnohdy z této situace vyplyne, že to byl právě tento vztah, který trpícímu pomohl unést tíži nesmyslné bolesti, nemoci a utrpení.

– odevzdanost do dobrých rukou

Pozná-li nemocný smysl toho, co se děje, pak se může plně odevzdat do rukou toho, jemuž plně důvěřuje, a to s plnou důvěrou. První fází tohoto odevzdání se „do dobrých rukou“ je ono „staň se tvá vůle“. Nejde o ojedinělý postoj. Již ve Starém Zákoně se lze setkat s obrazem otce, který nese na zádech (na ramenou) svého syna nebo matky, která bere do náruče své dítě.

Zde je na místě ještě zdůraznit: Zastavení na cestě života – najednou má člověk možnost a čas zamyslet se nad tím, kam vlastně spěchá a zda to, co dělá, je správné. Hledání smyslu života – mnozí nemocní v odstupu po nemoci chápou tuto dobu jako čas, kdy se jejich život změnil a prohloubil. V čase nemoci našli vlastní smysl života. Nemoc jim pomohla k tomu, aby viděli svůj život v jiném – Božím světle. Toto poznání a situace není však tak jednoduchá, aby se dalo říci, že bez nemoci a utrpení se člověk nezmění a že každá nemoc a každé utrpení vede automaticky ke kladným změnám v životě člověka. Je to jen příležitost, které může, ale nemusí být využito.

Je tu příležitost k poznání, že nejsem sám a že mne má Bůh rád. Nemoc může být příležitostí k jistotě, že je se mnou ten, který je Pánem života a smrti, že nejsem opuštěn, když se všichni přátelé vzdálili. O této skutečnosti se nemocný nejvýrazněji přesvědčuje právě v utrpení a nemoci. Je to příležitost k prohloubení důvěry v toho, který se mnou jde a příslibem, že se mnou půjde třeba i roklí šeré smrti.¹⁸⁶

¹⁸⁶ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, Zábřeh 28.4.2007.

5.3.2 Kladné charakteristiky pastýřského postoje

a) být s nemocným

je třeba myslet tak jako bychom měli s pacientem jednu mysl, jedno srdce a tak být s ním zajedno. Tento postoj bývá někdy nazýván latinským termínem habitus pastýře

b) bezpodmínečná úcta k nemocnému

zde je nutné zdůraznit, že tato úcta musí být stoprocentní i tam, kde se duchovní pastýř setká s něčím, co v pacientově jednání mluví proti tomu

c) bezpodmínečná akceptace – přijetí pacienta

a to i tehdy, pokud nám jsou lidé příjemní a druzí příjemní méně

d) pozitivní hodnocení nemocného

na nemocném se duchovnímu pastýři může mnohé nelíbit. Vzdor tomu, chce-li s ním navázat opravdu důvěryhodný kontakt – je zapotřebí dát si jako příkaz: kladně pacienta hodnotit

e) emocionální (citová) vřelost

je možné k nemocnému přistupovat ledově, stavět se k němu chladně nebo netečně. Pastýřský postoj však vyžaduje vřelost. Není to přístup netečný, lhostejný a neutrální.

f) ryzost

jedná se o čistotu, poctivost, opravdovost, autenticitu, nefalšovanost. Jde o odstranění či zbavení se všeho, co není pravé, třeba i toho, co se vyjadřuje termínem „je to nahrané“, nepravé, předstírané. Duchovní pastýř nedělá nic „za zády“ nemocného, neříká zde to a jinde ono

g) spolucítění

slovo empatie je příbuzné se známými termíny sympatie, antipatie či apatie – lhostejnost. Termínem empatie se rozumí nejen soucítění ve smyslu „chápu, že vás to bolí“, ale doslova spolu – cítění.¹⁸⁷

¹⁸⁷ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, Zábřeh 28.4.2007.

5.3.3 Záporné charakteristiky nepastýřského postoje

a) snaha o nadvládu

může se stát, že ten, kdo nemocného navštíví, se bude snažit držet slovo za každou cenu. Za této situace se vztah vzájemné důvěry zřejmě nevytvoří.

b) nucení (musismus)

proti vůli pacienta, kterou návštěvník nevidí nebo se nesnaží ji poznat, nemocného k něčemu nutí a někam jej tlačí. Po odchodu takové návštěvy si nemocný oddychne.

c) přebírání odpovědnosti za pacienta

je možné, že nemocný zesláblý bolestí a nemocí, uvítá, pokud někdo chce to či ono rozhodnout za něj. Toto jednání má však negativní dopad. Nemocného toto uvrhá do pasivity, která není v žádném případě dobrou podmínkou uzdravovacího procesu. Proto všude tam, kde je to jen trochu možné, snažit se neodnímat pacientovi jeho odpovědnost a vést ho k aktivitě.

d) hodnocení nemocného

je důležité neposuzovat, neodsuzovat a nehodnotit, protože nemocnému se mnohé nedaří z důvodu jeho nemoci, která jej určitým způsobem paralyzuje a omezuje.

e) dogmatizování

nelze druhého člověka vtěsnat do předem připravené formy. To je nepříjemné vždy a vždy to bolí – a v nemoci dvakrát. Nemocný je na vše citlivější a někdy docela přecitlivělý ne svoji vinou.¹⁸⁸

5.4 Logoterapie

Základním cílem každé fyzické nebo psychologické péče je zmírnit utrpení. Ve vztahu k samotnému příznaku však pozorování znamená v první řadě pečlivě naslouchat a sledovat, co se v utrpení zjevuje.¹⁸⁹ Věřící člověk se ve své bolesti odevzdává Bohu, skutečnému pánu nad životem (Sir 38, 9–14). Boží slovo odpovídá na existenciální otázky člověka a současně je i vysvětlením smyslu našeho života.

¹⁸⁸ Přednáška P. A. Krasucki, *Rozhovor o víře*, 28.4.2007.

¹⁸⁹ T. Moore s předmluvou T. Halíka, *Kniha o duši*, Portál 1997, s. 29–30.

Je poselstvím o spáse, v jehož centru je zachraňující Bůh. Boží slovo je darem Ducha svatého, je darované a zaslíbené a je to souhrn jistot, na kterých spočívá víra v Boha. Člověk nevěřící však jistotu v Boží slovo postrádá, a proto je důležité najít jiná řešení. Řešením je pozitivní orientace na smysl, který se stává prostředkem léčby.

Zatím jedině logoterapie vyvinula principy, jimiž je možno najít správně dávkovanou míru aktivit, ale také upevnit a uchovat zdravou stabilitu, a to zcela osobním individuálním naplněním smyslu a orientací na četné hodnoty. Obojí má vliv na zaměření stresu do budoucna a na smysluplné uvolnění vzhledem k minulosti.¹⁹⁰ Jedná se o zvláštní formu psychoterapie, kdy vedle psychofyzických a psychosociálních rozměrů je ještě místo pro duchovní dimenzi člověka, dimenzi lidské svobody, která nepodléhá deterministickým zákonům. Člověk není svobodný od svých tělesných a psychických podmíněností, ale může mít svobodný postoj k těmto podmíněnostem a podmínkám.¹⁹¹ (příloha č.6)

Logoterapie hovoří o tragické triádě – utrpení, vině a smrti – jako o něčem, co dává příležitost pro nejhlubší lidský růst: „*Kdykoli je člověk vystaven nevyhnutelné situaci, z níž není úniku, kdykoli se musí postavit osudu, který nelze změnit,...dostává tím poslední příležitost naplnit vyšší hodnotu, naplnit nejhlubší smysl, smysl utrpení. Neboť na čem nejvíce záleží, je postoj, který zaujme vůči utrpení.*“¹⁹²

Logoterapeut by měl na základě hippokratovské přísahy, usilovat o to, aby se logoterapeutická technika a metodika dala použít na každého člověka – věřícího nebo nevěřícího. Je velmi důležité, aby zůstala použitelnou pro každého lékaře a to bez ohledu na jeho světový názor. Náboženství je fenomén na člověku, na pacientu, fenomén mezi jinými fenomény, s nimiž se logoterapie setkává. Náboženství může být a je pro logoterapii předmětem, nikoli však stanoviskem. Cílem psychoterapie je duševní uzdravení, ale cílem náboženství je spása duše.¹⁹³

Trpící člověk se stává hrdinou tehdy, když promění své utrpení v morální vítězství a tím objeví konečný smysl v životě.¹⁹⁴

¹⁹⁰ E. Lukasová, *I tvoje utrpení má smysl*, Cesta 1998, s. 55–56.

¹⁹¹ Srov. E. Lukasová, *I tvoje utrpení má smysl*, Cesta 1998, s. 11–12.

¹⁹² Srov. Viktor E. Frankl, *Lékařská péče o duši*, Brno, nakladatelství Cesta, s. 114.

¹⁹³ Srov. tamtéž, s. 196–197.

¹⁹⁴ Srov. tamtéž, s. 151.

ZÁVĚR :

Lidské tělo je malý zázrak ne proto, že by vzdorovalo přírodním zákonům, ale proto, že se jimi řídí. Naše tělo je příliš citlivé, musí to tak být, aby mohlo dělat, co po něm žádáme. Chápeme-li Boha jako Stvořitele a původce všech věcí, je téměř samozřejmé, že všechno, co nás obklopuje, co prožíváme a děláme, může být cestou k němu.

Lidé onemocní, když jsou deprimovaní, když se jim nic nedaří a nemohou se těšit na budoucnost. Vím, že se lidé uzdraví z nemoci nebo nemoc lépe chápou a nesou, pokud vědí, že na nich někomu záleží a když se mají na co těšit. Nemoc a utrpení, které postihuje člověka, není problém pouze jeho a jeho rodiny. Je to problém každého, kdo chce věřit ve spravedlivý a poctivý svět, v němž se dá žít. Hledáme-li smysl životních zkoušek, což nemoc obzvláště dlouhodobá a chronická určitě je, můžeme dospět k názoru, že život v daném okamžiku je nespravedlivý a že trpí nevinní. Pokud ale nějakou dobu počkáme, vidíme, že spravedlnost Božího plánu se postupně vynořuje.

Bůh stvořil přírodu velmi smysluplně a svoji smysluplnou funkci má i bolest. Bolest musí existovat v zájmu zachování tělesného zdraví a je nutná k zajištění lidské existence. Stejně tak je tomu i s psychickým utrpením. Kdyby nebylo, neexistovaly by ani pevné a hluboké mezilidské vazby.

Naproti tomu touha po uzdravení je oprávněná. Je to normální a Boží slovo na mnoha místech takové přání legitimizuje. Ježíš se ptal nemocných, co si přejí a jejich touha po uzdravení jim nikdy nebyla odepřena. Ani jednou neslyšeli slova, že mají nečinně snášet svou nemoc a utrpení. Pokud člověk, který doprovází trpícího nemocného, vstoupí do bolesti těchto lidí, začíná poznávat, co je v životě důležité.

Život těch, kteří jsou odkázáni na umělou ledvinu a kteří čekají na transplantaci, je zúžen na dny, kdy probíhá dialýza a na dny relativního klidu. Každý druhý den pociťují bolest fyzickou z napichování dialýzy a velké obavy psychické, jestli jejich nemocné tělo tuto proceduru zvládne. Jakoukoliv jinou nemoc člověk přijme a zpracuje – doma bere léky, je-li nutná operace, vše se urychlí a po potřebné době rekonvalescence se nemocný zařadí do normálního pracovního procesu. Nemocní s chronickým selháním ledvin jsou trvale odkázáni na dialyzační přístroj a ani po zdárně zvládnuté transplantaci nemají jistotu, zda orgán, na který tak dlouho čekali, je ten poslední a jestli toto utrpení,

tj. opětná dialýza a čekání na vhodný orgán, nebudou muset absolvovat ještě jednou, či dvakrát za svůj život. Tito nemocní lidé svým postojem ukazují svému okolí, jak zvládnout život s každodenním utrpením.

Náš Pán netrpěl proto, abychom my nemuseli trpět, ale aby nás naučil, jak máme utrpení snášet. Bůh dopouští utrpení, dopustil je i u Ježíše. To je tajemství a my je zde na zemi nikdy nebudeme moci vysvětlit.

Jestli je osobní hřích příčinou nemoci na to Bible jednoznačnou odpověď nedává. Když nás Pán neuzdraví, znamená to, že jeho plán lásky je jiný. On je Bůh – Prozřetelnost. Možná nám chce dát odměnu na věčnosti. Někteří budou trpět dál, avšak v pokoji. Pracují pro spásu světa tím, že doplňují na svém těle to, co ještě chybí do plné míry utrpení Kristových. Uzdravení nejsou jedinými důkazy Boží lásky. Ve své konkrétní situaci vždy budme svědky Boží lásky, ať už je naše svědectví svědectvím v radosti utrpení nebo svědectvím tělesného uzdravení. Je velmi důležité si uvědomit, že na této cestě k Pánu nejsme ani sami ani jediní a ani ti nejlepší. Přijmout Kristův kříž je nesmírně obtížné, protože člověk musí překonat sebe sama ve zkoušce vlastního utrpení a musí se cele vydat Tomu, který je od věčnosti sebedarováním až na dno.

LITERATURA :

- Amen, časopis pro vzdělávání ve víře.* Ročník VI., číslo 2. Praha: Krystal OP, 2002.
- Baumert, N. *Na nemocné budou vkládat ruce.* Kostelní Vydří: 1996. ISBN 80-7192-128-9.
- Baxter renal časopis, Jak lépe porozumět možnostem léčby při selhání ledvin.* Evidenční číslo: 2007031.
- Bednářová, V. – Dusíková Sulková, S. *Peritoneální dialýza.* Druhé rozšířené a přepracované vydání, Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-005-2.
- Bulletin, Transplantace ledvin žijících dárců.* Číslo 1. Medical Tribune CZ 2004.
- Cuskelly, E. J. *Současná spiritualita. Duchovní život z hlediska současné psychologie.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994. ISBN 80-85527-70-7.
- Drapela, Victor J. *Přehled teorií osobnosti.* Čtvrté vydání, Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-766-3.
- Duplaci, J., Georgie, A., Grelot, P., Guillet, J., Lacan, M. F., Léon-Dufour, X., přeložil Kolář, E. *Slovník biblické teologie.* Páté vydání, Velehrad: Křesťanská akademie, Řím, 1981.
- Frankl, E. Viktor. *A přesto říci životu ano.* Kostelní Vydří: 2006. ISBN 80-7192-866-6.
- Frankl, E. Viktor. *Lékařská péče o duši.* Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.
- GEO, Objevovat a chápat svět, časopis.* Listopad 2005. Praha: 2005.
- Hána, J. *Léčba umělou ledvinou, Hemodialyzační středisko.* Praha: Středisko vědeckotechnických informací IKEM, 1993. ISSN 1210-0153.
- Haškovcová, H. *Lékařská etika.* Třetí vydání, Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
- Kořenek, J. *Lékařská etika.* První vydání, Olomouc: 2001. ISBN 80-244-0324-2.
- Krasucki, A. *Rozhovor o víře.* Přednáška, Zábřeh 2007.
- Křivohlavý, J. *Křesťanská péče o nemocné.* První vydání, Praha: Advent, 1991.
- Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci.* První vydání, Praha: Grada Publishing, 2002.
- Kübler – Rossová, E. *Hovory s umírajícími.* Čtrnácté vydání, nakladatelství Gütersloher Verlagshaus Gert Mohn: SIGNUM UNITATIS 1992. ISBN 80-85439-04-2.
- Kuschner, S. Herold. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem.* Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-452-4.
- Lukasová, E. *I tvoje utrpení má smysl.* Cesta 1998. ISBN 80-85319-79-9.
- Marsch, M. *Uzdravování skrze svátosti.* Praha: Portál, 1992. ISBN 80-85282-34-8.
- McAll, Kenneth. *Uzdravení rodových kořenů.* Kostelní Vydří: 2007. ISBN 978-80-7195-019-6.
- Moore, T. *Kniha o duši.* Portál 1997. ISBN 80-7178-529-6.
- Mráz, M. *Problém utrpenia a jeho riešenie v medicínskej etike.* Trnava: Dobrá kniha 2000. ISBN 80-7141-301-1.
- Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I., Smrt a umírání.* 2. opravené vydání, Brno: Masarykova universita 2002. ISBN 80-210-3017-8.

- Munzarová, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II*. První vydání, Brno: Masarykova universita 2000.
- Ondráčková, K. *Bolest jako ošetřovatelská diagnóza*. Přednáška, DLBsH Rajhrad: 2008.
- Opatrný, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Druhá (doplněná) verze, Praha: 2001.
- Peschke, K.-H. *Křesťanská etika*. Druhé vydání, Praha: Zvon, 2004. ISBN 80-7021-718-9.
- Pospíšil, C. V. *Teologie služby*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-748-1.
- Prokop, J. Maxmilián. *Etická dilemata v paliativní péči a práci sestry*. Přednáška, DLBsH Rajhrad 2008.
- Radovský, F. *Transplantace a etika*. Střežeň. 12, 2001. č.2, ISSN 1210-0153.
- Reader's Digest časopis*. Ročník X. Praha: 2008.
- Rotter, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
- Rucki, Š. *Je někdo z vás nemocen?* První vydání, Praha: Návrat domů, 2007. ISBN 978-80-7255-159-0.
- Rupnik, I. M. *O duchovním otcovství a rozlišování*. Velehrad: 2001. ISBN 80-86045-69-2.
- Slabý, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha: Karolinum, 1991.
- Stoff, G. *Dobré slovo u lůžka nemocných*. Kostelní Vydří: 1994. ISBN 80-85527-46-4.
- Studený, J. *Myšlenky na cestu životem*. Olomouc: 2002.
- Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1999. ISBN 978-80-902049-2-9.
- Šimek, J. – Špalek, V. *Filosofické základy lékařské etiky*. Praha 2003.
- Tardif, E. *Na nemocné budou vkládat ruce*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. ISBN 80-7192-128-9.
- Teplan, V. *Praktická nefrologie*. Druhé zcela přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1122-2.
- Tesař, V. – Schüch, O. *Klinická nefrologie*. První vydání, Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-0503-6.
- Universum, revue české křesťanské akademie 3/2008*. Ročník XVIII. ISSN 0862-8238.
- Vokurka, M. – Hugo, J. *Praktický slovník medicíny*. Páté rozšířené vydání, Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-81-0.
- Zerhau, L. *Duchovní péče*. Přednáška, DLBsH Rajhrad: 2007.

PRAMENY :

Katechismus katolické církve. Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-132-6.

Instrukce Kongregace pro nauku víry Donum Vitae. První vydání, Brno: 2007. ISBN 978-80-903949-0-2.

Jan Pavel II. *Evangelium vitae.* Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-139-3.

Jan Pavel II. *O křesťanském smyslu utrpení.* Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-151-2.

Jan Pavel II. *Nebojme se pravdy.* Praha: Zvon, 1997. ISBN 80-7113-196-2.

Jan Pavel II. *Salvifici doloris.* Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-151-2.

V textu použité biblické citace a odkazy:

Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih). Český ekumenický překlad, 8. vydání (1. opravené). Praha: Česká biblická společnost, 2001. ISBN 80-85810-29-8.

PŘÍLOHY :

Příl. 1: Pohled laické veřejnosti na transplantace orgánů – otázky a odpovědi	74
Příl. 2: Model č.1 Procesuální model interakce a komunikace v dyádě sestra - klient/pacient.....	77
Příl. 3: Fáze podle Kübler - Rossové.....	78
Příl. 4: Jobovo vyznání (Job 42,1-6).....	79
Příl. 5: Lékařská péče o duši.....	80
Příl. 6: Může psychoterapie poskytnout útěchu?.....	81

Příloha č.1 - Pohled laické veřejnosti na transplantace orgánů – otázky a odpovědi

Proč se dělají transplantace ledvin od živých osob?

V současné době je hlavním limitem celé transplantální medicíny nedostatek orgánů k transplantacím. Proto řada příjemců na „svůj“ orgán čeká velice dlouho nebo se jej vůbec nedočká. Tedy nedostatek orgánů je hlavním důvodem. Dalším důvodem je, že výsledky transplantací ledvin od žijících dárců jsou významně lepší.

Jaké jsou výsledky těchto transplantací?

Hlavní prioritou je skutečnost, že se jedná o předem plánovaný a pečlivě připravený výkon. Dárce i příjemce jsou velmi dobře vyšetřeni. Obě operace – odběr i transplantace ledviny probíhají téměř současně, a tudíž doba ischémie ledviny (doba, po kterou se ledvina nalézá mimo tělo) je velice krátká. To je jeden z hlavních důvodů, že ledvina začíná bezprostředně po transplantaci ještě na operačním sále fungovat.

Jakou životnost má ledvina od žijícího dárce a jakou od zemřelého dárce?

Obecně platí, že ledviny transplantované od žijících dárců fungují déle, než ledviny od dárců zemřelých.

Kolik transplantací ledvin od žijících dárců se provádí ve světě a kolik u nás?

Například v USA či v Norsku je více než 50% všech transplantací ledvin od žijících dárců, v České republice v posledních letech tvoří takové transplantace pouze 3 – 5%.

Kdo v příbuzné posloupnosti je nejvhodnějším dárce?

Nejvhodnějšího dárce je nutno posuzovat vždy individuálně. Neexistuje jednotný postup.

Může mi ledvinu darovat manželka?

Manželé jsou geneticky nepříbuznými osobami. V posledních letech jsou tyto dvojice stále častěji akceptovány jako dárce ledvin k transplantaci. Výsledky těchto transplantací jsou plně srovnatelné s transplantacemi od rodičů či jiných pokrevních příbuzných.

Jaké právní kroky je třeba podniknout v případě, že dárcem bude můj vlastní bratr nebo můj vlastní dospělý syn?

Zákon žádné překážky neklade, pokud se jedná o osoby způsobilé k právním úkonům.

Může být dárcem člověk s alergií?

Běžná alergie není v žádném případě překážkou pro darování ledviny.

Může být dárcem onkologicky nemocný?

Dárcem ledviny může být člověk, který v minulosti prodělal onkologické onemocnění a úspěšně se vyléčil. Odstup mezi vyléčením a případným darováním ledviny je individuální, liší se podle typu nádoru.

Předpokládá se vlastní iniciativa nemocného při vyhledávání možného dárce?

Ano, nemocný by měl informovat své blízké o své situaci a všech existujících způsobech jejího řešení.

Jaká vyšetření musí dárcem podstoupit?

Kromě určení krevní skupiny a křížové zkoušky (test slučitelnosti lymfocytů dárce s krevním sérem příjemce) je každý potenciální dárcem ledviny pečlivě vyšetřen – tj. biochemické vyšetření krve, je stanovena funkce ledvin, je opakovaně vyšetřována moč, proveden ultrazvuk ledvin a břicha, EKG, RTG hrudníku, vyšetřena funkce ledvin pomocí vylučovací kontrastní látky a nakonec je provedeno zobrazení tepen a žil ledvin kontrastní látkou.

Jak dlouho trvá operace, při které se ledvina odebírá? Jak velká je jizva a je to operace bolestivá?

Operace je to středně těžká, prováděna v celkové anestézii, trvá asi dvě hodiny. Jizva bývá dlouhá asi 15 cm. První pooperační dny by mohly být bolestivé, proto se podávají analgetika (léky proti bolesti).

Jak dlouho trvá rekonvalescence pacienta po transplantaci ledviny?

Pobyt v nemocnici obvykle trvá dva týdny. Po propuštění je nutné se několik týdnů vyvarovat nadměrné fyzické námaze, aby se zamezilo vzniku kýly v jizvě. Doba pracovní neschopnosti se liší podle typu zaměstnání.

Jak dlouho je dárce sledován?

Dárce ledviny je sledován trvale v Transplatcentru IKEM v Praze.

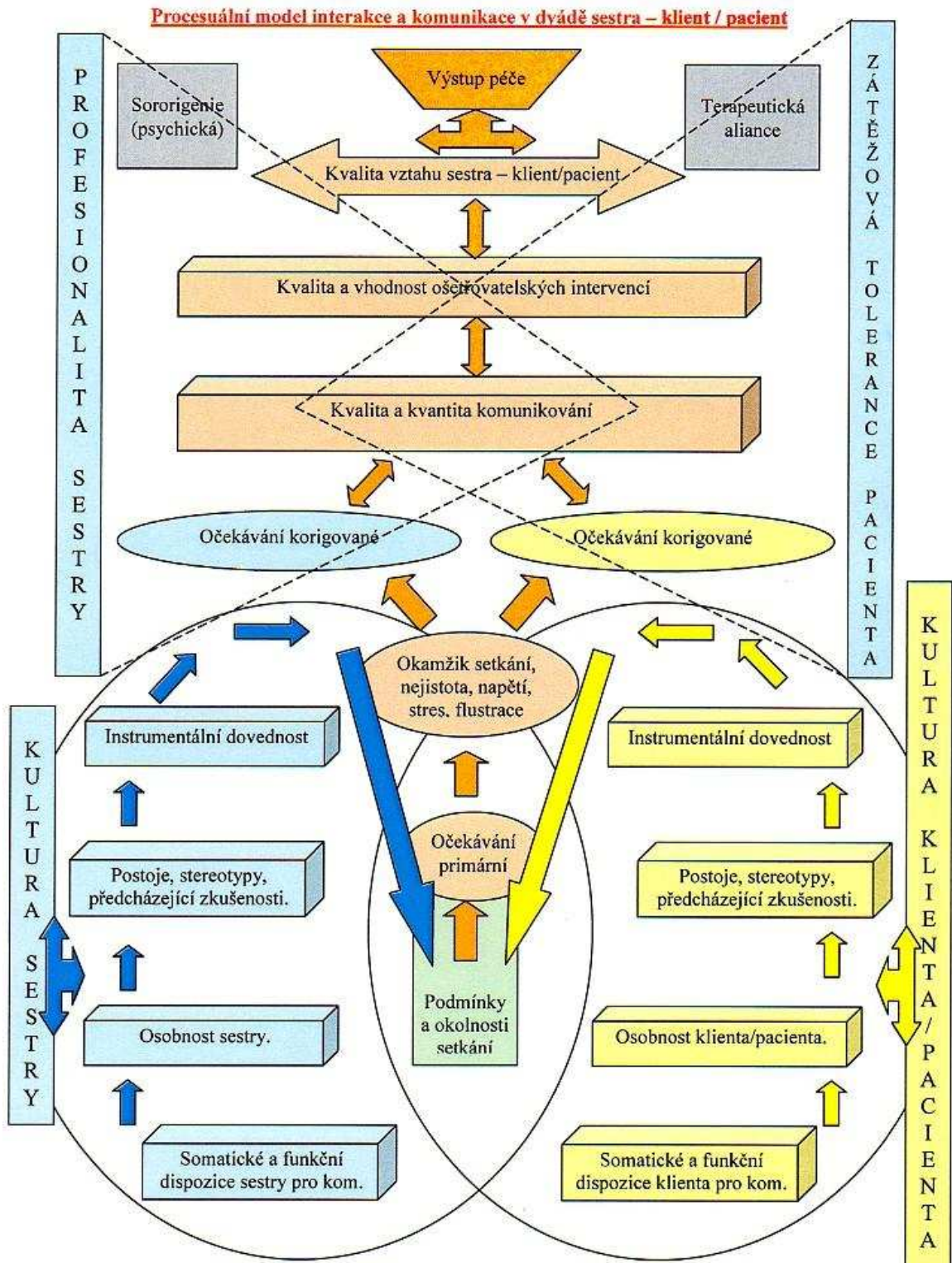
Co se stane s ledvinou, kterou tělo příjemce nepřijme?

Ledvina, u které funkce definitivně zanikla, se v těle příjemce ponechává až do doby, kdy působí komplikace (nejčastěji se jedná o infekci štěpu). Pouze v takovém případě se z těla chirurgicky odstraní.

Je možná opakovaná transplantace po předchozím selhání transplantace ledviny?

Je naprosto běžné, že po selhání štěpu je nemocný delší nebo kratší dobu léčen dialýzou. Poté mu bývá nabídnuta další transplantace. Jen u velmi malého počtu nemocných je riziko selhání dalšího štěpu tak vysoké, že další transplantace nebývá indikována.

Příloha č.2



Příloha č.3

FÁZE PODLE KÜBLER - ROSSOVÉ

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

Příloha č.4

Jobovo vyznání (Jób 42,1-6)

Jób na to Hospodinu odpověděl:

**„ Uznávám, že všechno můžeš
a že žádný záměr tobě není neproveditelný.
Kdo smí nerozvázně zaměňovat úradek Boží?**

Ano, hlásal jsem, čemu jsem nerozuměl.

Jsou to pro mě věci příliš divuplné, které neznám.

Rač mě vyslyšet a nech mě mluvit;

budu se tě ptát a poučíš mě.

Jen z doslechu o tobě jsem slýchal,

ted' však jsem tě spatřil vlastním okem.

Proto odvolávám a lituji všeho

v prachu a popelu“.

Příloha č.5

LÉKAŘSKÁ PÉČE O DUŠI	
modelová situace	možné řešení
věřící lékař + věřící pacient	snadno se domluví,lze využít i terapeuticky
nevěřící lékař + věřící pacient	zprostředkovat kontakt s duchovním
věřící lékař + nevěřící pacient	Franklova metoda lékařské péče o duši
nevěřící lékař + nevěřící pacient	Franklova metoda lékařské péče o duši

Příloha č.6

MŮŽE PSYCHOTERAPIE POSKYTNOUT ÚTĚCHU

