

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Oddělení praxe

Bakalářská práce

Umírání a potřeby umírajících

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová

Autor práce: Ing. Božena Smilková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce, kombinovaná forma studia

Ročník: 3.

2013

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

21. 3. 2013

.....

Děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. Heleně Machulové za ochotu, cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Obsah

Obsah	4
Úvod.....	5
1. Umírání a smrt	7
1.1 Smrtelnost člověka	7
1.2 Postoj k umírání v historickém kontextu	9
1.3 Postoj k umírání dnes.....	10
1.4 Umírání	11
1.4.1 Stadia procesu umírání	12
1.4.2 Naděje	15
1.5 Lidská důstojnost	16
1.5.1 Lidská důstojnost uprostřed nemoci	18
2. Potřeby	19
2.1 Potřeby umírajících.....	20
2.1.1 Potřeby biologické	21
2.1.1.1 Zvládnutí bolesti	21
2.1.2 Potřeby psychologické.....	22
2.1.2.1 Rozhovory o pravdě.....	23
2.1.3 Potřeby sociální	26
2.1.3.1 Doprovázení umírajícího	27
2.1.4 Potřeby spirituální.....	28
2.1.4.1 Smysl života a utrpení	29
3. Urychlení smrti na přání nemocného	31
4. Hospicová péče	33
Závěr	35
Seznam použitých zdrojů	37
Přílohy	39
Abstrakt	43
Abstract	44

Úvod

Umírání a smrt jsou tématem, které se dotýká každého člověka, i v současnosti jsou tématem aktuálním. Žijeme v době, kdy je celospolečensky spíše preferovaný konzumní způsob života a kdy hodnota člověka se odvozuje od jeho výkonu. Tento trend se pak výrazně odráží i v přístupu k lidem na sklonku jejich životní cesty. Myšlenky na umírání či smrt se snažíme potlačit, stávají se něčím vzdáleným a obávaným, dochází k tabuizaci tohoto tématu. Umírání a smrt nejsou v dnešním chápání přirozenou součástí života, stávají se spíše medicínským selháním. Umírání se přesunulo z domovů do nemocnic, stalo se anonymním, zkušenost s umíráním a péčí o umírajícího se vytrácí. Za této situace se v posledních desetiletích začíná probouzet hospicové hnutí, poskytující paliativní léčbu a péči, s cílem pomoci umírajícím na jejich cestě k nalezení a prožití skutečně dobré a důstojné smrti. Jádrem myšlenky hospice je snaha učinit umírání součástí života a vyplývá z přesvědčení o smyslu a důstojnosti lidského života až do konce, tedy i v umírání. Smrt i umírání tak v tomto přístupu přestávají být tabu. Pro poskytování péče umírajícím a zajištění co možná nejlepší kvality jejich života je pak nezbytná znalost jejich potřeb, hodnot a individuálních preferencí.

Cílem této práce je shrnout poznatky o problematice umírání z pohledu souvisejícím s potřebami umírajících a podání uceleného přehledu potřeb umírajících.

Práce načrtne postoj člověka ke své smrtelnosti a seznámí s průběhem umírání dříve a dnes, kdy v důsledku změn ve společnosti i vědě sice dochází k velkému pokroku v oblasti zdravotní péče, zároveň ale přináší nové ohrožení umírajících v podobě jejich osamělosti, v době, kdy přítomnost, zájem a laskavá péče blízkých osob a prožívání plnosti vztahů bývá pro ně často tou nejvýznamnější hodnotou.

Umírající člověk prochází jistými fázemi psychické odezvy na závažné onemocnění, kdy se vyrovnává se svou chorobou a nevyhnutelností smrti, stejně tak jeho nejbližší. Porozumění významu jednotlivých stadií může pomoci i k pochopení, co nevyléčitelně nemocný prožívá a potřebuje.

S umíráním je těsně spjata otázka lidské důstojnosti. Důstojnost jako nezcizitelná a nezrušitelná hodnota by měla být zakomponována do poskytované péče na všech úrovních a v každém prostředí, tedy také s velkou naléhavostí i v péči o umírajícího člověka.

Potřeby umírajícího je nutno saturovat ve čtyřech základních oblastech, a to v biologické, psychologické, sociální a spirituální. Pořadí podle významnosti jednotlivých potřeb se může v průběhu onemocnění měnit. Většinou mají na počátku prioritou potřeby tělesné, po zvládnutí tělesných symptomů mohou začít postupně dominovat potřeby spirituální, kdy nemocný usiluje dobrat se pochopení smyslu svého života a smyslu všeho utrpení, která prožíval a nyní prožívá.

Otázka sdělení pravdy o závažnosti stavu, případně o neblahé prognóze, je stále žhavé a otevřené téma. Je otázkou zásadní a má z hlediska potřeb nemocného velký význam. Stejně významná je pro umírajícího i potřeba nezůstat v tuto dobu zcela osamocen, mít tedy po boku člověka, kterému důvěřuje, který jej tímto úsekem cesty s láskou a trpělivostí doprovází.

Z úcty k životu, z respektu člověka jako jedinečné a neopakovatelné bytosti vychází myšlenka hospicové péče. Jejím cílem je pomoci umírajícím na jejich cestě k nalezení a prožití skutečně dobré a důstojné smrti. Jedná se o takovou péči, která se snaží pomoci člověku ve všech jeho dimenzích: fyzické, psychické, sociální a spirituální. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, a to na kvalitu života až do konce, kdy se usiluje uspokojit všechny potřeby nemocného.

Klíčovými autory, z jejichž děl bude práce nad těmito tématy vycházet, jsou především Frankl¹, Haškovcová², Jankovský³, Kübler-Rossová⁴ a Svatošová⁵.

¹ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Praha: Cesta, 1995. ISBN 80-85319-39-X.

² HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

³ JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

⁴ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.

⁵ SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

a

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN neuvedeno.

1. Umírání a smrt

Téměř každý alespoň jednou zakusil blízkost smrti. Ať mělo toto setkání jakoukoli podobu, mohlo být připomínkou toho, že každý člověk, i on sám, jednou umře. Ať chceme nebo ne, myšlenka na smrt se člověk nevyhne. Je těžké si smrt, hlavně tu svou, představit a přijmout ji do svého života. S úvahami o smrti je spojena úzkost, strach ze ztráty, z neznáma, z osamělosti, strach z konce. Toto vědomí existence smrti však může být pro člověka výzvou k úvahám o životě, o jeho naplnění, o jeho smyslu, o sobě samém. Umírání tak nemusí být pouhým procesem ukončování života, ale zároveň i velmi významným krokem v osobním růstu a rozvoji. Je to ale krok, na který se většina lidí nijak netěší, a dokonce ani ti, kterým pomáhá víra, ho nepodstupují bez obav. Na fenomén smrti a umírání lze nahlížet z pohledu různých vědeckých disciplín, vždyť i lidská existence má více rozměrů, nejen fyzický, ale i sociální, psychický, emoční a duchovní. Umírání pak není pouze procesem fyzického zániku, ale projevují se v něm významně i všechny ostatní složky.

1.1 Smrtelnost člověka

Každému, kdo se narodí, je do vínku dána také smrt. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života.

Na Zemi žije několik milionů druhů organismů, ale jedině člověk si uvědomuje, že jednou zemře, člověk jediný si dovede svoji smrt představit. V našich genech máme naprogramováno přežití za každou cenu a náš mozek se podle toho řídí. Ale je to právě mozek, který nám dává možnost vidět do budoucnosti a uvědomovat si naši smrtelnost.⁶ Smrt je problémem živých, více než sama smrt ale spíše jistota, že i oni sami zemřou. Lidé se už od nepaměti snaží vyrovnat s nezvratnou skutečností, že život každého z nás musí skončit smrtí. Podle Kasanové máme dvě možnosti, jak se ke své smrtelnosti postavit: uznat, že smrt je součástí našeho života, anebo smrt popírat, což znamená, že se bráníme realitě života.⁷

⁶ Srov. KASANOVA, A. *Až za hranice života*, s. 23.

⁷ Srov. tamtéž.

Lidé si svou smrtelnost neradi připouštějí. Společnost orientovaná na výkon, idealizující mládí, si jen těžko přiznává svou pomíjivost. Otázky spojené se smrtí hluboko zasahují do citové oblasti každého člověka bez ohledu na způsob jeho života. Hovořit o smrti je pro nás těžké, stejně jako hovořit o něčem, co jsme neprožili, co neznáme a co je pro nás tabu.

Podle Eliase dochází k vytěšňování smrti, a to ve dvojitým smyslu, buď na individuální, nebo na sociální rovině. V prvním případě lze použít pojem vytěšnění ve více či méně freudovském smyslu a mít přitom na mysli celou skupinu sociálně zabudovaných psychologických obranných mechanismů, jež zabraňují, aby do vědomí pronikly příliš bolestné zkušenosti z dětství. Tyto zážitky pak ovlivňují vnímání a chování, z paměti však vymizely. Vytěšnění myšlenky na smrt je pak aspektem i všeobecnějšího civilizačního skoku, kdy v průběhu této změny jsou všechny elementární, animální aspekty lidského života, které ohrožují lidské soužití i jednotlivce, spoutány společenskými pravidly a zároveň i pravidly individuálního svědomí. Spojují se s pocity studu a trapnosti a smrt jakožto jedno z velkých biosociálních nebezpečí v lidském životě se přesouvá do zákulisí života společnosti. Pro umírající samotné to znamená, že i oni jsou zvýšenou měrou vykazováni do zákulisí, to znamená izolování.⁸

Člověk se většinou začíná vážně zabývat otázkami odchodu, i svého vlastního odchodu, když se dostává do druhé poloviny svého života. S mimořádnou naléhavostí si ale klade tyto otázky ve chvílích nemoci.

Pro křesťany je smrt událost, k níž přistupují s neochvějnou důvěrou v trvalou Boží lásku k nim, s odpuštěním a trvalou láskou ke všem lidem. Přijímají ji bez výčitek jako vůli milujícího Otce a prožívají ji tak, že se odevzdávají do Božích rukou.⁹ Podle Křivohlavého víra pomáhá překonávat strach ze smrti, které, jak zjišťuje u svých pacientů, se bojí každý. Oproti tomu Haškovcová na základě své klinické zkušenosti upozorňuje, že víra v Boha je sice vhodným předpokladem pro zvládnání extrémní zátěže, kterou je umírání, ale rozhodně není sama o sobě zárukou, že tomu tak bude. Podle ní tvrzení, že věřící lidé umírají snadněji, protože jim víra poskytuje naději na další, i když jiný život, je velmi schematické. Jisté je, že některým věřícím víra opravdu pomáhá. Jiní však prožívají pochybnosti o dobrotě Boha, který připustil jejich utrpení.

⁸ Srov. ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*, s. 15.

⁹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 68.

I věřící člověk se tak musí rozloučit se všemi blízkými a se vším, co v tomto reálném světě poznal a prožil.¹⁰

1.2 Postoj k umírání v historickém kontextu

V historickém kontextu můžeme pozorovat rozdíly týkající se akceptace smrti. V dřívějších dobách bylo v jistém smyslu samozřejmější zemřít než žít. Celé generace byly srozuměny se smrtí a jednotlivci se v průběhu svého krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila. Smrt byla běžnou součástí života a byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu a ve špíně, bez jakékoli pomoci. Umírání bylo relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Smrt nebyla tabuizována, lidé věděli, jak se mají k umírajícím chovat, dokonce umírající věděl, co se od něj očekává.¹¹

Je známo, že každý rituál zklidňuje emotivně vypjatou situaci a že základní scénář umírání a smrti byl znám. Duchovní péče byla nejen součástí rituálu, ale byla jeho nejpropracovanější složkou. Odborné pomoci či lékařské péče se většinou nedostávalo, nikoli však vlídných slov.

Lidské umírání bylo kdysi mnohem veřejnější než dnes. Jen málokdo žil sám, obyčejní lidé žili neustále pospolu vedle sebe. Narození a smrt, stejně jako ostatní animální aspekty lidského života, byly považovány za veřejné společenské události, privatizované pouze nepatrnou měrou.

Mnoho umírajících a nemocných však rodinu nemělo, a tak péče o ně se ujímaly obce, šlechta i církve. Historický vývoj chudobinců, špitálů a pastoušek dobře ilustruje snahy o vznik funkční a dostupné pomoci potřebným lidem. Tendence k systémové změně, a tedy k institucionální péči, jsou zřejmé od středověku. Stinnou stránkou institucionálního modelu umírání je však chladná profesionální péče.

¹⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 74.

¹¹ Srov. tamtéž, s. 23, 24.

1.3 Postoj k umírání dnes

V průběhu intenzivního civilizačního vývoje, jenž se v evropských společnostech začal projevovat před čtyřmi až pěti sty lety, se změnil mimo jiné jak postoj lidí ke smrti, tak samotný modus umírání. Zásadní proměnu ve vnímání smrti vidí Elias v období 18. století, kdy začíná převládat přístup typický i pro naši současnost. Smrt začíná vzbuzovat tak silnou úzkost, že ji společnost postupně odsunuje mimo svůj zájem a předstírá, že neexistuje. Od svých předků se lišíme tím, jak málo se se smrtí setkáváme, dále pak značnou individualizací života zahrnující i individualizaci umírání a smrti, zároveň i všeobecně celospolečensky přijímanou strategií úspěchu, která si našla svůj analogický výraz i v medicíně.

Současný přístup ke smrti podle Eliase nejlépe charakterizuje vyhybavý způsob, jímž o faktu smrti hovoří dospělí s dětmi. Z pocitu, že by mohli dětem uškodit, skrývají před nimi prostá životní fakta, která však stejně děti musí poznat a pochopit, o konečnosti každého lidského života, tedy i života rodičů i jejich vlastního. Dospělí možná i cítí, že by na své děti mohli přenést své vlastní úzkosti, svůj strach ze smrti. Tato ostýchavost je nesporně vlastností dnes převládajícího civilizačního vzorce. Dříve byly přítomné u umírajících i děti.¹²

Moderní člověk nemá cenné praktické dovednosti i znalosti, neví, jak se v přítomnosti umírajícího člověka chovat, co říci, natož aby znal základní fyziologické procesy a fáze umírání a byl schopen bazálních ošetrovatelských úkonů.¹³ Většinou je přesvědčen, že péče o umírající je výhradně v kompetenci profesionálních zdravotníků. Konfrontace se smrtí v dětství i dospělosti bývá dnes vzácná, a tak setkání s umírajícím provází panický strach a bezradnost. Lidé dnes umírají jinak, než umírali kdysi.

V ekonomicky vyspělých zemích dochází k tabuizaci smrti a všeho, co hodnotíme jako neúspěch. Smrt je vnímána jako nutný, ale nepatřičný fenomén, který se vlastně nehodí do světa ovládaného vědou, technikou a médii, posedlého mládím, sexem, úspěchem a hromaděním hmotných statků. Smrt je skrývána a je vhodné o ní mlčet. Pro moderního člověka je samozřejmostí žít dlouho, úspěšně a šťastně. Stejně samozřejmé je spoléhání na mocnou medicínu, která umí zázraky.¹⁴

¹² Srov. ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*, s. 20.

¹³ Srov. ŠPAČEK, M. *Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů*, s. 9.

¹⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 22.

„A tak se stalo to, co důvěrně známe: moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně jako on pro ně, cizí lidé. Laická veřejnost odsunula těžce nemocné do nemocnic v pochopitelné naději, že vítězná medicína zabrání smrti, nebo zajistí důstojný odchod ze života. O to první se vítězná medicína snaží 'za každou cenu', tedy i za cenu dystanazie. V tom druhém selhává.“¹⁵

Ne všechny kultury pěstují kult mládí. Například Číňané tradičně považují stáří za vrcholné období života, také pro americké Indiány jsou staří lidé nositeli moudrosti a tradice, cennými rádci celého národa. Stárnutí a smrt pak mají v těchto společnostech své přirozené místo. Za těchto podmínek pak lze s větší pravděpodobností chápat smrt jako něco, co lze očekávat, jakkoli je to bolestné a nevídané.¹⁶

V posledních desetiletích dochází k posuvu a smrt přestává být jen tabu. Narážíme na ni pravidelně v hovoru a ve zprávách. Teze o vytěšňování smrti z vědomí moderního člověka a současné společnosti bývá nyní popírána. Míní se, že smrt není odsunována z vědomí, ale že se vytváří nové chápání smrti, které je založeno na vědě a racionální skutečnosti.

Důkazem posuvu v přístupu ke smrti a umírajícím je rozšiřující se hospicové hnutí, poskytující paliativní léčbu a péči zároveň s řešením psychických, sociálních a duchovních problémů umírajícího, s důrazem na důstojnost člověka, kvalitu jeho života i života jeho rodiny.

1.4 Umírání

Pojmy umírání i smrt můžeme definovat z různých hledisek a přístupů. Kasanová uvádí definici umírání dle Duška a kol. z knihy *Psychiatria*: „*Samotné umírání je nezvratný děj. Je procesem, který určitým způsobem a v určitém postupu, postupně zasahuje orgány a tkaniva těla. V mozku se na začátku procesu smrti uvolňují zvláště hormonům podobné látky – endorfíny. Mají ochrannou úlohu při umírání, tlumí bolest, odstraňují utrpení a činí smrt příjemnou.*“¹⁷

Umírání je však víc než biologický proces, jde o spolupůsobení psychických, sociálních, spirituálních a kulturních faktorů, které je nutno brát v úvahu a snažit se je

¹⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 30-31.

¹⁶ Srov. DIGIULIO, R. *O smrti*, s. 11.

¹⁷ KASANOVÁ, A. *Až za hranice života*, s. 74.

co nejvíce harmonizovat.¹⁸ Podle zakladatelky moderního hnutí za obnovu hospiců Dr. Cicely Saunders je umírání hledáním toho, co jste, co je svět kolem vás a jaké je vaše místo v něm.¹⁹ Haškovcová zase zmiňuje, že v posledních letech se o umírání hovoří jako o fázi posledního zrání a o posledním úkolu.²⁰

U každého jednotlivce má umírání individuální trvání. Z klinického hlediska se poslední fáze umírání označuje jako terminální stav, kdy průběh choroby nelze zvrátit a smrt nastane v relativně krátkém čase.

V současné době by většina lidí dala přednost umírat krátce, v poměrně dobré fyzické kondici a bez bolesti, nejlépe ve spánku. Proti tomu staví Harrison verše litaní z *Knihy obecných modliteb*: „*Před bleskem a bouří, před pohromami, ranami hladomorem, před válkou a vraždou a před náhlou smrtí chraň nás, ó Pane.*“ Náhlá smrt totiž představovala pramálo času na přípravu, a tak hrozilo nebezpečí, že právní a majetkové otázky, stejně jako duchovní záležitosti zůstanou neuspořádané, člověku tak nebude dopřáno času na odpuštění či smíření.²¹

Způsob umírání souvisí se způsobem života, souvisí s tím, zda a do jaké míry má člověk schopnost stanovit si pro svůj život nějaké cíle a dosáhnout jich, dávat sám sobě úkoly a plnit je. Souvisí i s pocitem, že život byl plný a smysluplný, nebo naopak nenaplněný a beze smyslu. Naplněnost života jednotlivce úzce souvisí s významem, který onen člověk získal během života pro druhé lidi, čím je pro druhé lidi a co pro ně dělá.²²

1.4.1 Stadia procesu umírání

Když v 60. letech minulého století publikovala americká psychologka rakouského původu Elizabeth Kübler-Rossová teorii o stadiích umírání, bylo jasné, že umírání je něco více než jen pokračující úpadek funkcí těla. Na základě rozhovorů s mnohými umírajícími zjistila, že v této etapě prochází člověk tzv. dráhou smrti, tj. jistými fázemi prožívání, psychickými změnami, které probíhají, než selžou důležité funkce organismu. V průběhu těchto pěti přípravných stadií, fází psychické odezvy na závažné

¹⁸ Srov. STUDENT, J. *Sociální práce v hospicích a paliativní péče*, s. 130.

¹⁹ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I*, s. 60.

²⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 75.

²¹ Srov. HARRISON, T. *Druhá strana smrti*, s. 132.

²² Srov. ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*, s. 48.

onemocnění, se člověk vyrovnává se svou chorobou a nevyhnutelností smrti. Nevnímá zde nemocného pouze izolovaně, ale také v jeho sociálních vztazích.

Prvním stadiem je popírání a izolace. Jde o počáteční šok, odmítnutí, negaci, tedy první reakci člověka na poznání pravdy o své nemoci. Pacient odmítá skutečnost, zpochybňuje klinické nálezy, podezřívá lékaře z možného omylu. Tímto stadiem procházejí téměř všichni pacienti, a to poté, co byli obeznámeni s diagnózou. Toto popření může znamenat, že se lidská psychika odmítá smířit s možností smrti proto, aby zmobilizovala další obranné mechanismy. Nakonec se musí vyrovnat s realitou své situace, avšak toto uvědomění může nějakou dobu trvat. Umírající lidé si mohou své popření chránit izolací, odloučením od těch, které mají rádi. V tomto stadiu pacient uvítá, když si s ním někdo o jeho nemoci a pocitech pohovoří. Tento rozhovor se ale musí uskutečnit, až když je pacient schopen unést tíhu umírání a smrti.²³ I přátelé a příbuzní mohou popírat smrt. Stává se, že lidé, kteří umírají, přijímají blízcí se smrt snadněji, než jejich okolí.²⁴

Na šok navazuje druhé stadium – zlost. Když už se nedá pokračovat v prvotním popírání, nastoupí pocity zlosti, vzteku, rozmrzelosti či agrese. Jde o zlost na celý svět, na život jako takový, ba dokonce i na Boha. Blízcí mohou zlost umírajícího člověka zvládnout, když budou vědět, že zlost je téměř vždy součástí umírání.

Po období hněvu nastupuje třetí fáze – smlouvání. Toto stadium je poměrně krátké, ale stejně důležité. Nemocný člověk se snaží docílit jakési dohody, jež by mu onu nevyhnutelnou událost pomohla alespoň oddálit. Smlouvání staví na nepatrné naději na „odměnu za dobré chování“, je vlastně pokusem o odklad, o prodloužení života, pokusem o několik dnů bez bolesti.²⁵ Z psychologického hlediska mohou být sliby spojeny s utajovaným pocitem viny. A smlouváním se umírající člověk vlastně svým způsobem snaží odčinit svou vinu dříve, než zemře.²⁶

Na období smlouvání navazuje čtvrté stadium – deprese. Je fází psychického utrpení. Nastupuje tehdy, kdy již choroba pokročila, pacient ztrácí fyzické síly a uvědomuje si, že jeho smrt je opravdu nevyhnutelná, jeho zlost a hněv vystřídal pocit velké ztráty. Je to stav otupělosti spojený s pocitem beznaděje a bezmocnosti. Doktorka

²³ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 35-44.

²⁴ Srov. DIGIULIO, R. *O smrti*, s.56.

²⁵ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, 74 -76.

²⁶ Srov. DIGIULIO, R. *O smrti*, s. 60.

Kübler-Rossová rozlišuje depresi jako následek minulé, už utrpené ztráty, a depresi v důsledku ztrát očekávaných, hrozících. Tato je nástrojem, jehož prostřednictvím se člověk připravuje na nastávající ztrátu všech milovaných a je cestou pro snazší dosažení konečného smíření, klidu a vyrovnání se se smrtí.²⁷

Pátým stadiem celé křivky vyrovnání se se závažným onemocněním je akceptace. Je to fáze smíření se s nemocí i se smrtí. Dochází k přijetí, uvědomění, že smrt postihne každého z nás a že je třeba se s ní vyrovnat jako s přirozeným zakončením života. Umírající dosáhne stavu, kdy není ani deprimován, ani necítí zlost na svůj osud. Je schopen vyjádřit své předchozí pocity a netruchlí nad hrozící ztrátou tolika pro něj důležitých lidí a věcí, nachází vnitřní klid a vyrovnanost a na svůj nadcházející konec pohlíží v jakémisi tichém očekávání.²⁸ Podle Jankovského nemusí toto přijetí pravdy vždy vyústit ve smíření, ale může mít i podobu rezignace a zoufalství. Úkolem všech, kteří jsou v této závěrečné fázi nemocným nablízku, je udělat maximum pro to, aby proces vyrovnávání se se závažným onemocněním nakonec vyústil do fáze smíření, a nikoliv rezignace. Ta je totiž zpravidla výrazem osobní prohry, a to jak nemocného, tak i jeho okolí, které mu nebylo schopno v této situaci pomoci.²⁹

Jednotlivá stadia nemusí probíhat v tomto pořadí, dokonce ani každé zvlášť. Délka a intenzita jednotlivých období se mění, období se prolínají, nejčastěji období hněvu, deprese a vyjednávání. Některá stadia mohou probíhat silněji, jiná být oslabená, za některých okolností mohou některá stadia i chybět. Umírající musí projít mnohými stadii svého zápasu, než se vyrovná se svou chorobou a smrtí.

Podobně jako umírající procházejí i členové rodiny těmito různými stadii přizpůsobení. Mezi stadiem, které prožívá nemocný, a fází, ve které jsou jeho blízcí, existuje zpravidla časový posun. Ideální by bylo, kdyby umírající i jeho rodina dosáhli a prožívali stadia smíření ještě před vlastní smrtí spolu.³⁰

Pokud si uvědomíme, co jednotlivá stadia znamenají, může nám to pomoci, abychom pochopili, co nevléčitelně nemocný prožívá a potřebuje. Můžeme pochopit jeho zlost i jeho agresi a nebrat si je osobně, i jeho smutek a depresi, přijmout všechny jeho pocity i přání a potřeby.

²⁷ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*, s. 77-79.

²⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 99-101.

²⁹ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 133.

³⁰ Srov. KASANOVÁ, A. *Až za hranice života*, s. 77-78.

1.4.2 Naděje

Kübler-Rossová zdůraznila také význam naděje. Nemyslela tak ani naději na uzdravení – ačkoli někteří pacienti opravdu chovají právě tuto naději – jako spíše naději, že smrt má smysl, naději, že smrt nabízí příležitost k vzájemnému odpouštění mezi přáteli či příbuznými, nebo naději na budoucí život.

Nadějí pro umírající se také zabývá Svatošová: *„Naděje je k životu nutná stejně jako její dvě rodné sestry, víra a láska. Naději se nelze naučit, je to svým způsobem dar.(...)Doufat znamená vidět před sebou možnost. Možnost dalšího kroku. A není-li již naděje na uzdravení, je nutno taktikou malých kroků a splnitelných cílů nemocného držet nad vodou. Není tak důležité, že na začátku doufal, že postaví domek, a dnes doufá, že se dožije promoce vnuka. Důležité je, že se raduje ze spousty malých, ale důležitých cílů, a i když krůčky jsou stále kratší, naděje zůstává. Dokud člověk před sebou vidí úkol, má proč žít.“³¹*

Naději a sílu dává pacientovi i relativně dobré zvládnutí bolesti, stejně jako jistota, že ho přijde navštívit blízký člověk. Naději posiluje i přítomnost doprovázejícího, věrného druha, který nemocného neopouští. Pro křesťana je silou a nadějí povědomí, že není sám, že po jeho pravici stojí ten, který je Pánem života a smrti, a ten ho má rád, neopustí jej a bude s ním na každém kroku, i třeba na tom posledním.³²

V každém z nás je kdesi v hloubi nevyvratitelně zakořeněna touha po nesmrtelnosti. Víra ve věčný život v plnosti je vždy pro věřícího člověka nenahraditelnou nadějí. Nevěřící člověk si ale zpravidla také nějak představuje svoji nesmrtelnost, v níž v hloubi duše doufá. Někdo se těší z toho, že bude žít dál ve svém potomstvu, jiný zase ve svém díle, které zde zanechává.³³

Naděje dává člověku důvěru a sílu a vede ho k jednání. Je nemocnému posilou, která mu pomůže jít dál ve chvílích, kdy nechce kapitulovat před nejistotou svého života a podrobit se zoufalství.

³¹ SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* s. 70.

³² Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 26.

³³ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* s. 70.

1.5 Lidská důstojnost

S umíráním je těsně spjata otázka lidské důstojnosti. Jde o morální a etickou kategorii, zdůrazňující vědomí člověka o významu člověka a významu jeho práv ve společnosti. *Důstojnost člověka je absolutní bytostná hodnota lidské bytosti plynoucí z její personality, která je charakterizována rozumovou přirozeností. Ta se projevuje hlavně ve svobodě a odpovědnosti, které jsou nutným předpokladem osobní vztahovosti.*³⁴ Význam pojmu důstojnost člověka vyniká v kontextu diskuse o hodnotách, kdy předpokládá relaci hodnotitel – hodnocené (hodnota). *Člověk ... jako subjekt praktického rozumu, tedy autonomní a svobodná bytost neboli osoba, se ocitá mimo sféru instrumentálně oceňovaných věcí a stává se hodnotou jakožto účel o sobě. Tato absolutní a bytostná hodnota lidské osoby, která není závislá na užitečnosti konkrétního jedince pro jiné jedince či společnost, je označována jako důstojnost.*³⁵ Považuje se za základ a cíl lidských práv a za paradigma právního systému. Normativně bylo stanoveno, že lidská důstojnost je nedotknutelná, a to ve všech obdobích života.

Havrdová uvádí, že v rámci studie *Důstojnost a starší Evropané* byl sepsán model důstojnosti, který zahrnuje čtyři typy důstojnosti: důstojnost zásluh, důstojnost mravní síly, důstojnost osobní identity a důstojnost člověka samého. Tento model pak lze hodnotit ze tří pohledů – z pohledu práva, z pohledu okolí a z pohledu vlastního. Právní vymezení důstojnosti hovoří o hodnotovém a právním nároku, který přísluší člověku, souvisí s univerzální hodnotou lidských bytostí, je v tomto smyslu zakotven v právním systému České republiky, a to v následujících dokumentech: v *Listině základních práv a svobod*, v *Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti s aplikací biologie a medicíny*, v zákoně č. 20/1996 Sb., o péči a zdraví lidu, v občanském zákoníku č. 40/1964 Sb.

Vnější pohled na důstojnost nám přisuzuje naše okolí tím, jak se k nám chová, jak nám dává najevo respekt a úctu, bývá spojena s postavením ve společnosti. Zdaleka se však netýká jen úspěšných lidí, vždyť každý člověk má své úspěchy, zásluhy a vztahy, které si vypěstoval během svého života. Tento typ důstojnosti může být podporován například určitou reminiscencí, biografickým přístupem, vzpomínáním na pozitivní skutečnosti, dále pak vždy individuálním citlivým přístupem ke každému člověku. Trpí

³⁴ MACHULA, T. *Encyklopedie sociální práce*, v tisku.

³⁵ Tamtéž.

v necitlivém institucionálním prostředí, které je místo na individuální péči zaměřeno na výkon oddělení.

Třetí pohled je vnitřní a zahrnuje to, jak vnímáme sami sebe. Jde o důstojnost osobní identity a důstojnosti mravní síly. Důstojnost mravní síly je popisována jako přechodná, závislá na našem chování, jednání a postojích, někdy vynucená situací a související se sebeúctou. Je to mravní standard každé osoby, který se může navzájem velmi lišit. Důstojnost osobní identity je pak nejzranitelnější místo každého jedince. Ústředními prvky jsou identita, pevné vědomí vlastního já, začlenění do pospolitosti a schopnost nalézat smysl ve všem dění, na němž je člověk účasten. Právě v této oblasti mohou zdravotníci snížit či poškodit důstojnost člověka nesčetnými způsoby: od pronikání do soukromí, omezování autonomie, nerespektování studu, ošetřováním pacienta jako objektu, až po devaluaci nevhodnou komunikací a přehlížením.

Kromě právního zakotvení důstojnosti existuje i zakotvení etické. Respektování důstojnosti je deklarováno nejenom v kodexech profesních (*Etický kodex České lékařské komory, Kodex pro zdravotní sestry vydaný ICN, Etický kodex sociálních pracovníků České republiky*), ale i v chartách a kodexech týkajících se pacientů či jiných specifických skupin osob (senioři, umírající, tělesně postižení).

Posilování a také zraňování důstojnosti člověka je problém, který vede napříč společnostmi a týká se rodinných i pracovních vztahů, humanizace zdravotní a sociální péče i kultivace celé soudobé společnosti. To je důvod, proč je třeba se věnovat respektu k lidské důstojnosti i z pohledu pečujících osob. Důstojnost jako nezcizitelná a nezrušitelná hodnota (*Listina základních práv a svobod*) by měla být zakomponována do poskytované péče na všech úrovních a v každém prostředí.

Zachování důstojnosti patří k základním lidským hodnotám. V souvislosti s poskytováním zdravotní nebo sociální péče je potřeba přemýšlet více o lidech a jejich hodnotách než o výkonech. Perfektně provedený výkon je pro pečující mnohdy ukazatelem kvality poskytované péče, ale klient tento pocit nemusí zdaleka sdílet, pro něj je mnohdy důležitější citlivý a individuální přístup, respektování jeho potřeb, skutečnost, že je respektován. Je proto zapotřebí více naslouchat lidem, vnímat jejich přání a potřeby, respektovat jejich představy o kvalitně poskytované péči.³⁶

³⁶ Srov. HAVRDOVÁ, Z. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, s. 126.

1.5.1 Lidská důstojnost uprostřed nemoci

Pro většinu lidí neexistuje horší bolest než to, když cítí, že přišli o svou důstojnost. Umírající člověk se nemusí umět sám obléknout a najíst nebo vyprázdnit střeva či močový měchýř. Může být naprosto závislý a odkázaný na každodenní péči svých blízkých nebo dokonce cizích lidí. Lehce tak může pomalu přijít o ony kousky identity, které vyrůstaly z vlastní reputace a obrazu sebe sama jako člověka, který umí leccos udělat, zařídit či uživit rodinu. Během umírání může zcela zaniknout pocit vlastní ceny, když už člověk nedokáže plnit své role a odpovědnost spolupracovníka, člena společenství nebo rodiče. Člověk již nejen těmto prostředím ničím nepřispívá, ale navíc se stane břemenem právě těm lidem, jimž chce sloužit. To vše dávalo lidskému životu smysl.

Ve společnosti bohužel panuje silné přesvědčení, že ztráta obvyklých schopností a nezávislosti zanechává člověka v nedůstojném postavení. Tělesné známky nemoci nebo pokročilého stáří se považují za osobní degradaci a chátrání těla se stává zdrojem rozpaků, místo aby na ně lidé pohlíželi jako na nevyhnutelný vývoj člověka.

Dokud jsme aktivní a zdraví, odvozujeme svou důstojnost z věcí, jež děláme dobře, a ze svých kvalit, kterých si nejvíc ceníme. Bez ohledu na to, z čeho důstojnost čerpáme, provází ji úcta k sobě samému i úcta v očích druhých lidí.

Je skutečností lidského života, že při umírání potřebujeme péči. Je to snad už samo o sobě nedůstojné? Byockova odpověď je hlasitě *ne*. Závislost může umírající přijmout jako sice nepříjemnou, ale nevyhnutelnou skutečnost svého stavu a potřebnou péči přijmout s laskavostí a důstojně.

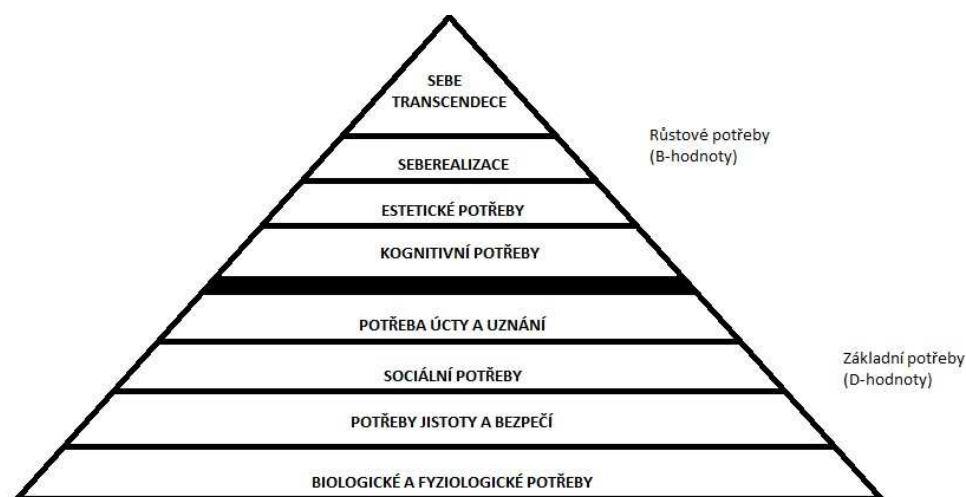
Důstojnost si žádá, aby byla spojována s pozoruhodnými úspěchy v osobním růstu, k němuž může v době umírání dojít. Závěrečná fáze lidského života si zaslouží být obdobím spokojenosti, v němž se mají probouzet pocity hrdosti na sebe sama a vlastní hodnoty.³⁷

³⁷ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 109.

2. Potřeby

Pro poskytování péče umírajícím a zajištění co možná nejlepší kvality jejich života je nezbytná znalost jejich potřeb a preferencí. Ondrušová uvádí Smékalovu definici potřeby jako „stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné (nebo se jeví jako nutné) pro přežití a rozvoj, stav podněcující osobnost k činnosti, zaměřeným na odstranění tohoto rozporu“.

Teorií lidských potřeb se zabýval jeden z představitelů humanistické psychologie A. H. Maslow. Základní stupnice lidských potřeb, kterou Maslow vytvořil, bývá znázorňována jako pyramida (obrázek č. 1). Seřadil lidské potřeby hierarchicky podle důležitosti od těch nejnaléhavějších – biologických, přes potřeby psychosociální až po zdánlivě nejméně naléhavé potřeby růstu rozvoje (seberealizace). Obecně v této teorii platí, že alespoň částečné uspokojení níže položených základních potřeb je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však nelze říci zcela bezvýhradně, a jak dokládají někteří autoři (srov. V. E. Frankl, M. Svatošová), naplňování vyšších potřeb (duchovních) může napomoci v mezních situacích lidského života, ve kterých je možnost uspokojování nižších potřeb značně omezena. K takovým patří například období strádání, těžkého utrpení nevléčitelné nemoci.



Obrázek č. 1: Maslowova pyramida potřeb

I Maslow později svoji koncepci revidoval a zformuloval seznam D-hodnot jako hodnot základních, deficitních a B-hodnot jako hodnot růstu, bytí. Zatímco základní potřeby jsou důležité k tomu, aby organismus ve zdraví fungoval, naplnění růstových potřeb vede ještě k větší chuti po rozvoji. Do seznamu potřeb růstu zařadil ve svých posledních publikacích i smysluplnost života.³⁸

2.1 Potřeby umírajících

Jsou-li umírající lidé nebo lidé, kteří se již se svou smrtelností intenzivně vyrovnávali, dotázáni na svá přání se zřetelem k vlastnímu umírání, jejich odpovědi jsou podobně rozmanité jako odpovědi zaměřené k životu a můžeme je přiřadit ke čtyřem životním rozměrům: sociálnímu, tělesnému, psychickému a spirituálnímu.

Nejnaléhavější přání se dotýká sociálního rozměru existence, jde o přání neumírat osamocen, nýbrž obklopen svými nejbližšími, často spojené s nadějí na možnost zemřít důvěrném prostředí, nejlépe doma. Druhé nejčastější přání je zemřít bez bolesti a zahrnuje nejen tělesné obtíže, ale i znetvoření a duchovní trýzeň. Třetí skupina přání je spojena s psychickým rozměrem a jde o dostatek času a prostoru pro vyřízení posledních věcí, hlavně vyjasnění vztahů. Spirituální rozměr má pak touhu vysledovat smysl života i smysl umírání, stejně tak nalézat odpověď na otázku, co bude potom.³⁹

Všechna tato přání korespondují s naším vnímáním člověka jako bytosti bio-psycho-sociální a v posledních letech jsme si zvykli hovořit též o sféře duchovní (spirituální). Všechny sféry člověka tvoří navzájem jednotu, jejich vzájemný vztah a hierarchie jsou však mnohem složitější.⁴⁰

Rovněž potřeby umírajícího je nutno saturovat v těchto čtyřech základních oblastech, a to v biologické, psychologické, sociální a spirituální. Priority, resp. pořadí jednotlivých potřeb, se mohou v průběhu onemocnění měnit. Většinou mají na počátku prioritou potřeby tělesné, v preterminálním a terminálním stadiu, po zvládnutí tělesných symptomů, mohou začít postupně dominovat potřeby spirituální.⁴¹

³⁸ Srov. ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*, s. 41-42.

³⁹ Srov. STUDENT, J. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 36.

⁴⁰ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 15.

⁴¹ Srov. tamtéž, s. 143.

2.1.1 Potřeby biologické

Mezi biologické potřeby patří vše, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i zvláštním způsobem upravenou. Pak se potřebuje co možná nejpřirozenějším způsobem zbavit produktů vlastního metabolismu. Zároveň je nutno dodat buňkám dostatek kyslík, což nemusí vždy být jednoduché, zvláště když nemoc postihla dýchací ústrojí nebo srdce. O většinu biologických potřeb, včetně tišení bolesti, bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, jakkoli nemusí tomu tak být vždy. Například podmínky pro nerušený spánek může mít pacient mnohem lepší doma.⁴²

2.1.1.1 Zvládnutí bolesti

Když člověk umírá, často prožívá fyzickou bolest způsobenou svojí nemocí. Tato může být navíc vytrvalá a urputná, nedovolí nemocnému myslet na nic jiného. Bolest, která trvá bez úlevy jeden den za druhým, vzbuzuje pochopitelně strach, úzkost, nespavost a podrážděnost. Je rovněž pochopitelné, že toto citové vyčerpání zpětně vyživuje bolest a zvyšuje utrpení nemocného.

Léčba bolesti udělala v posledních letech veliký pokrok a moderní prostředky k jejímu odstranění nebo alespoň zmírnění jsou dostupné. Lékaři mají profesionální a mravní povinnost používat veškeré patřičné, v dané situaci adekvátní dostupné prostředky, jež nemocného zbaví bolesti a ostatních příznaků vedoucích k jeho utrpení. Medicína a především její nový obor paliativní medicína používá širokou škálu přípravků a nejrůznějších technologií, s jejichž pomocí umí zmírnit i tu nejtěžší a nejurputnější bolest. Byock na základě své dlouholeté klinické hospicové praxe uvádí, že *„fyzické utrpení lze vždy zmírnit (...) a lékařská péče o umírajícího člověka selhává pouze tehdy, když ji vzdáme“*.⁴³

Důležité pravidlo při tišení bolesti v péči o nemocného vychází ze skutečnosti, že bolest má subjektivní povahu a je vždy taková, jak ji vnímá pacient. Proto je nutno nemocnému věřit a zároveň i respektovat pacientovo rozhodnutí i v případě, že se vědomě a svobodně rozhodne bolest až do určité míry snášet. I na to má nemocný právo a zcela jistě k tomu má svůj důvod. Svatošová se domnívá, že se nemocný tímto

⁴² Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 19.

⁴³ BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 248.

způsobem snaží zmenšit dluh, kterého si je vědom, někdy dokonce splácí dluhy jiných.⁴⁴

Dobrá léčba bolesti se nemůže omezit pouze na léky. Správné uložení pacienta, čistotné nakládání s jeho tělem mohou bolest často překvapivě rychle odstranit nebo alespoň zmírnit. Zmírnění bolesti zlepšuje kvalitu života umírajícímu a zároveň mu otevírá, stejně jako jeho nejbližším, pohled na další rozměry života. Dobrá léčba tělesné bolesti je proto předpokladem pro vnímání a překonávání bolestí jiných než tělesných.

2.1.2 Potřeby psychologické

Utrpení umírajícího má také psychický rozměr a vyvolává odezvu v oblasti myšlení, v oblasti emocí i v oblasti motivace. V oblasti emocí jde především o soubor negativních emocí jako úzkost a strach. Úzkostí rozumíme dosti neurčitý pocit obav a tísně. Jde o obavy z vlastní existence, z vlastního bytí. Strach chápeme jako obavy až hrozivý pocit, když stojíme před nějakým nebezpečím. U umírajících jde hlavně o strach ze smrti. Nezřídka se u něj vyskytuje deprese vyvěrající z tíhy jeho situace a bolestná zkušenost, že sami se svými blízkými mají již jen omezený čas pro vyřízení posledních záležitostí a šťastné uzavření nevyřešených konfliktů. Co se po celý život nedařilo, se nyní jeví o to více zatěžující. Znamená to, že je potřeba hovořit o všech bolestných věcech: o nemoci, přehlížení, nespravedlnostech. Pouze tam, kde se podaří bolestný proces vyjádřit a protrpět, může se i vše ostatní stát věrohodným.

Mezi psychologické potřeby patří především potřeba respektování lidské důstojnosti, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. Člověk není pouze množinou orgánů. Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním, a jako takového je nutno jej chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy završuje svůj život.⁴⁵

V roce 1999 vydalo parlamentní shromáždění Rady Evropy doporučení „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“, známé také jako „Charta práv umírajících“. V tomto dokumentu uvedeném v Příloze I se hovoří o povinnosti členských států věnovat se potřebám umírajících a zachovat kvalitu a důstojnost jejich života i na jeho sklonku.

⁴⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 27.

⁴⁵ Srov. tamtéž, s. 20.

V praxi se takové jednání respektující lidskou důstojnost může projevit v mnoha situacích. Nemocní ocení empatii, práci beze spěchu, respektování názoru, přání, práv i soukromí, respektování studu. Je potřeba volit vhodnou komunikaci, svou roli sehrává podání ruky, způsob oslovování, pozdrav, představení se nemocnému, vedení rozhovorů v soukromí či sdělování informací vhodným způsobem.

Další potřebou je potřeba autonomie. Pod tímto pojmem rozumíme právo člověka rozhodovat sám za sebe. Určitě nemůžeme autonomii chápat jako nezávislost, protože také člověk, který je například závislý na péči jiných, může být autonomní. A podle hierarchie potřeb, kterou vypracoval Maslow, musíme počítat i s přirozenou lidskou potřebou bezpečí. Nevyléčitelně nemocný člověk musí mít jistotu, že o něj bude dobře postaráno, že může důvěřovat všem zdravotnickým pracovníkům a své rodině.⁴⁶

Zvláštní důležitost zde zaujímá právo nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a na respektování přání jedince, který nechce být informován.

2.1.2.1 Rozhovory o pravdě

Sdělit nebo nesdělit nemocnému pravdu o jeho závažném stavu, případně o neblahé prognóze, je stále žhavé a otevřené téma. V České republice je každému lékaři uložena povinnost přiměřeně informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. Haškovcová vidí ve slově přiměřeně velký prostor pro všechny myslitelné varianty, tedy od plného pravdivého sdělení až po úplné zatajení. Zatímco ještě v nedávné minulosti byl obecný příklon k milosrdné lži (tzv. *pia fraus*), tedy oklamání, dnes je evidentní posun k pravdě. Důvodů je celá řada, např. bezpodmínečný individuální a partnerský přístup k nemocnému, obecné principy práva na sebeurčení i forenzní důsledky pro lékaře při nesdělení, jakož i fakt, že dnes je velmi těžké před umírajícím pravdu zatajit.⁴⁷

S problémem týkajícím se sdělování pravdy, její míry a způsobu, souvisí určité otázky, jež Haškovcová shrnula do šesti okruhů: komu, kdy, jak, co, kde a kdo. Víme již, že tato nesnadná úloha je svěřena ošetřujícímu lékaři. Ten je odpovědný za informování nemocného a koordinuje jak tok informací, aby byl vždy jednotný a vyvážený, tak i míru a způsob jejich podání. Ale například z výzkumu mezi lékaři

⁴⁶ Srov. DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. a kol. *Nevyléčitelne chorí v súčasnosti*, s. 75.

⁴⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 46.

v americké Philadelphii týkající se ochoty lékařů sdělovat pacientovi vážnou diagnózu vyplynulo, že ze 444 lékařů jich 12 % pacientům tuto informaci nikdy nesdělilo, 57 % obvykle nesdělilo, 28 % lékařů tuto informaci obvykle sdělovalo a pouze 3 % lékařů svým pacientům tuto informaci sdělili vždy. Řada lékařů uváděla jako bezprostřední důvod odmítnutí sdělit diagnózu obavu z nadměrného stresu pacienta, původním důvodem byl ale spíše pocit jejich bezmoci.⁴⁸ I Haškovcová poukazuje na obavy ze suicidiálních pokusů pravdivě informovaného pacienta a naznačuje, že neochota sdělovat pravdu může pramenit také z terapeutického nihilismu, z nedostatku komunikačních dovedností nebo z osobní nevyzrálosti.⁴⁹

Pravda o jeho nemoci a prognóze má být sdělena v zásadě každému dospělému člověku, neboť je to jeho právo i ve vztahu k Listině základních práv a svobod. Nesdělit pravdu vlastně znamená vracet vážně nemocného zpět do období tápání, nejistot a duševních trýzní. Naopak se nejeví jako účelné sdělovat pravdu vážně duševně nemocnému člověku. V případě, že si nemocný nepřeje slyšet pravdu, vzniká poměrně komplikovaná situace, neboť nemocný nezřídka říká něco jiného, než ve skutečnosti cítí. Argumentace v tom smyslu, zda je nemocný vůbec schopen pravdu unést, je zavádějící. Pacient vlastně ani nemůže o své nemoci nevědět, neboť ji vždy musí určitým způsobem prožívat (nést).

Informace se podávají také rodinným příslušníkům, rovněž zde velmi obezřetně a citlivě, navíc by měly být sděleny zpravidla až po souhlasu nemocného. Znamená to, že první, kdo by měl být informován, je právě sám nemocný.⁵⁰

A kdy má být pravda sdělena? Podle Jankovského tehdy, když se nemocný dokáže podívat pravdě do očí, tedy ke konci období tápání. Mimořádně důležitou podmínkou je, aby byla diagnóza definitivně potvrzena. Bylo by krajně neetické zatěžovat pacienta v situaci, kdy má lékař pouze podezření na závažné onemocnění. Svatošová nabádá k tomu, aby pravda byla sdělena nemocnému v pravý čas, ne příliš brzy a ne pozdě. Pozdě může být tehdy, když nemocný se pravdu dohaduje, zatímco všichni okolo již jsou s diagnózou obeznámeni a tiše mlčí. Rovněž zdůrazňuje, že s nemocným je nutno otevřeně hovořit o nemoci i smrti, a to nejlépe tehdy, kdy to nemocný potřebuje, kdy si o to sám řekne. Kübler-Rossová pak dobře popsala, že vysoká potřeba informací

⁴⁸ Srov. ULRICOVÁ, M. *Různé tváře smrti*, s. 83.

⁴⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 46.

⁵⁰ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 137.

koreluje především s počátkem onemocnění. Právě tehdy pacient potřebuje vědět, co bude dál a jak se má se vzniklou situací vyrovnat. Podle ní pak umírající, který se nachází v terminálním stavu, potřebuje především informace o „drobnostech“, tedy o tom, co ho čeká za hodinu, večer nebo zítra. Velké téma pravdy mělo být probráno dříve.

A jak pravdu říci? Rozhodně je zapotřebí citlivý, vnímavý, kompetentní, důvěryhodný, taktní a šetrný přístup. Lze těžko formulovat, jak by měl vypadat optimální postup, neboť se vždy jedná o naprosto jedinečnou a svým způsobem neopakovatelnou situaci. Schopnost vést citlivě a pravdivě rozhovor orientovaný na pacienta a na konkrétní fázi jeho choroby je tak důležitá, že by si ji měli zdravotníci osvojovat už v době studia a pak ji dále rozvíjet. Právě cílem této komunikace je posílit u pacienta vědomí jeho vlastní hodnoty a dodat mu odvalu v jeho těžké situaci.⁵¹ Etickou zásadou při tomto rozhovoru s těžce nemocným by mělo podle Kübler-Rossové být: sdělit pravdu a nevzít naději. Naději na to, že v posledních chvílích nebude sám, že bude respektována jeho lidská důstojnost, že nebude vystaven utrpení plynoucí ze zbytečných pokusů o zachování života, že bude moci odpustit těm, kterým ublížil, a pro věřícího člověka je touto nadějí rovněž víra v posmrtný život. Ulrichová je přesvědčená, že tvrdé a nemilosrdné vysvětlení, při němž je pacient najednou zavalen úplnou informací a kdy je ponechán sám sobě, neslouží ani pravdě, ani pacientovi.⁵²

Pravda má z hlediska potřeb nemocného zásadní význam. Svatošová uvádí její nezpochybnitelný vliv na komplexní naplňování potřeb takto:

- Potřeby tělesné je těžko upokojit, nemohu-li získat od nemocného souhlas s léčbou.
- Potřeby psychické lze těžko uspokojit, jestliže nemocného lži a neupřímností připravíme o pocit bezpečí a zažene jej tak do izolace.
- Potřeby sociální. Zabezpečit rodinu nebo firmu může jen pacient, který je včas a pravdivě informován, dokud je ještě schopen si svoje věci uspořádat.

⁵¹ Srov. ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti*, s. 83.

⁵² Srov. tamtéž.

- Potřeby spirituální. Pouze sdělení pravdivé prognózy mnohým pomůže mobilizovat poslední síly k možná největšímu a nejdůležitějšímu životnímu rozhodnutí a činu.⁵³

2.1.3 Potřeby sociální

Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá. Nejnáléhavější a nejdůležitější přání umírajícího člověka se tak dotýká sociálního rozměru jeho existence a zní: „Nechtěl bych zemřít osamocen.“ Je tím vyjádřeno přání, aby byl člověk při umírání obklopen svými nejbližšími, často spojené s nadějí na možnost zemřít v důvěrném prostředí, nejlépe doma. Jde o potřebu sociálního kontaktu a komunikace.

Sociální kontakt s prostředím je potřeba zabezpečit nemocnému i při příchodu do zdravotnického zařízení, nemocný proto většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Nejsilnější vazby má obvykle s rodinnými příslušníky, ale samozřejmě nejen s nimi. Svou roli zde sehrávají přátelé, sousedé, zdravotníci a ošetřující personál či dobrovolníci. Pacient by měl mít plné právo své návštěvy usměrňovat a my bychom to měli respektovat.

K pocitu osamělosti umírajícího může přispívat vyhýbání se komunikaci s nemocným. Může být projevem neznalosti, nejistoty a strachu blízkých i zdravotníků dotknout se vážnosti situace, často z obav, aby nemocnému hovorem spíše nepřitížili.

Je důležité zamyslet se i nad materiální situací a zdroji celé rodiny, zda nemocný a rodina vystačí s penězi. Zde může pomoci vyřízení sociálních dávek, na které v souvislosti s nemocí a fyzickým omezením člověku vzniká nárok, např. příspěvku na péči, ale také rehabilitační pomůcky, které mohou výrazně péči ulehčit. Důležité mohou být otázky, zda nemocný nemusel přerušit nedokončenou práci či nestihl dostavět dům, a tak zabezpečit svou rodinu. Často si umírající potřebuje urovnat své majetkové záležitosti, například sepsání závěti.

Aby nemocný dokázal naplňovat tyto své potřeby, potřebuje mít určitou sociální oporu. Na makroúrovni ji poskytuje stát, na mezoúrovni je to určitá skupina lidí, která

⁵³ Srov. SVATOŠOVÁ, M. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*, s. 197.

se snaží pomoci jednomu ze svých členů. Mikroúroveň sociální opory poskytuje terminálně nemocnému člověku většinou osoba, která je mu nejbližší.⁵⁴

2.1.3.1 Doprovázení umírajícího

Doprovázet umírajícího člověka znamená nenechat jej na tomto úseku jeho životní cesty samotného. Znamená prožívat s nemocným ty samé momenty, které prožívá on sám. Většinou se jedná o bolest, nepochopení situaci, otázky, na které se hledá odpověď, smutek, zklamání, ale také radost, smíření, proměny, odevzdání se Bohu. Doprovázení je vždy záležitostí lásky. Až do posledního kroku cesty člověk potřebuje být s někým, koho má rád a kdo ho dokáže svou moudrostí a radou podepřít, kdo mu pomáhá napravovat nesrovnalosti a konflikty, smířovat se se svým údělem, zbavovat se bolestí tělesných i veškerého utrpení včetně nejrůznějších strachů, úzkostí, pocitů ztráty důstojnosti nebo ztráty smyslu života. Kdo mu pomáhá vidět, že není jiným na obtíž, ale naopak, že je milován a že je pro své blízké (i pro personál, který se stal jejich blízkými) nesmírně důležitý.

Kdo tedy může nemocného doprovázet? Každý dospělý člověk – lékař, sestra, ošetřovatelka, dobrovolník, příbuzný, kněz, psycholog, který si uvědomuje, že umírání patří k životu, že smrt je přirozené vyústění lidského života a který je sám vnitřně zkonfrontovaný se svojí vlastní smrtí. Rovněž pochopení vlastní zranitelnosti, vlastních pocitů je nezbytným předpokladem schopnosti chápat druhé. To potom nebrání otevřenému dialogu o všech problémech, které umírání doprovázejí.

Není pochyb o tom, že většina nemocných se cítí nejlépe doma, mezi svými, v laskavé péči svých nejbližších, v důvěrně známém prostředí. Často mívají na počátku strach z toho, že se jim stanou přítěží, závislí na jejich péči. Podle Byockových zkušeností bývá toto břímě pro pečující zřídka příliš těžké, spíše jim připomíná posvátnou odpovědnost, jíž se chtějí zhostit, jíž se zhostit potřebují. Ti, kteří o své blízké pečují, často považují tyto poslední chvíle za vzácné, péče o milovaného člověka je pro ně mohutnou příležitostí k vyjádření lásky, oddanosti, úcty.⁵⁵

Členům rodiny může tato péče pomoci i v jejich vlastním žalu. Umožní-li umírající člověk svým blízkým, aby o něho pečovali, poskytne jim tím svůj poslední dar.

⁵⁴ Srov. DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. a kol. *Nevyliečitelne chorí v súčasnosti*, s. 77.

⁵⁵ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 188.

Připuštění vlastní bezmocnosti a zranitelnosti je obtížné rozhodnutí, přijetí péče a lásky svých blízkých pak může pomoci zmírnit jejich bolest.⁵⁶

Tato část života skrývá pozoruhodné příležitosti. Navzdory její svízelné povaze lidé, kteří se cítí relativně klidní a vědí, že nezůstanou opuštěni, nacházejí často způsoby, jak posílit pouta s lidmi, jež milují, a jak v závěru svého života vytvořit chvíle hlubokého významu.

2.1.4 Potřeby spirituální

Ještě donedávna byly spirituální potřeby více méně tabu. Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí, včetně zdravotníků, domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Není tomu tak, vždyť podle holistického pojetí člověka má spirituální stránku osobnosti každý člověk, věřící i nevěřící, a musí se během svého života vypořádat s pocity viny, potřebou odpuštění a zaobírat se otázkami smyslu života. Náboženská dimenze je tedy člověku vlastní a záleží pouze na tom, jakým způsobem bude tento rozměr lidského žití naplňován. Dá se říci, že každý člověk něčemu věří, ať již se jeho víra týká dimenzí, které jej přesahují (transcendentno), anebo se předmětem jeho víry stávají věci každodenního života. Pro některé to může být láska, lidé, práce, příroda, pro jiného například víra v ideologii, ve stranu.

Věřící pacient má podle Svatošové samozřejmě také své duchovní potřeby, ví ale, co má dělat, a obvykle se podle toho dovede zařídit. Horší to může být s lidmi, kteří z víry nežijí. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti a odpuštění přináší člověku stav duchovní nouze, člověk tím trpí, někdy si i zoufá.⁵⁷ Otázka „proč“ je asi nejčastější otázkou, kterou nás nemocný upozorňuje na strádání v oblasti duchovních potřeb. Není ale jediná, přicházejí otázky po smyslu nemoci, smyslu života, smyslu utrpení, tedy otázky existenciální, otázky po skutečnostech, jež nás přesahují.

V našich podmínkách obecné nedůvěry v institucionalizované formy náboženství není spiritualita nutně vázána na náboženské struktury. Narůstá počet lidí, kteří mají zájem o duchovní život, ale nehlásí se k žádné náboženské tradici. Spiritualita je tak věcí osobní volby a je vyjadřovaná svým vlastním způsobem.

Situace členů různých náboženských společností je při hledání spirituální služby obecně mnohem jednodušší a zpravidla se překrývá se specifickými náboženskými

⁵⁶ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání*, s. 189.

⁵⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 23.

potřebami. Ty se mohou lišit podle toho, jaké náboženství pacient vyznává, u nás se nejvíce lidí hlásí k římskokatolické církvi. Kromě duchovního rozhovoru, pomoci při modlitbě nebo četby z Bible může nemocný vyslovit přání přijmout některou svátost. Římskokatolická církev má svátostí sedm a nejčastěji jde v těchto situacích o eucharistii čili svaté přijímání, které může donést i pověřený laik. Svátost nemocných uděluje kněz a věřící ji má přijmout jako posilu při vážné nemoci, nikoli jako špatně chápané „poslední pomazání“. Mezi často poskytované svátosti u umírajících patří svátost pokání čili zpověď či svátost smíření. Vyznání vin a přijetí plného odpuštění vyvolá v nitru nemocného zpravidla radost a posílí důvěru a klid.

Pastorační péči o nemocné a trpící v širším smyslu definuje Opatrný jako „*takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozic věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání, pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry*“.⁵⁸ Pastorační péče se tak především dotýká duchovní oblasti člověka a bylo by velkým nedorozuměním se domnívat, že je určena pouze věřícím lidem (křesťanům), rovněž není pouze doménou duchovních (kněží, jáhnů, pastorů atp.).

Otázkou univerzální duchovní potřeby se zabývá Svatošová. I když jsou duchovní potřeby individuální, přece lze najít jednoho jmenovatele, společného nám všem. V nejširším slova smyslu je to podle ní touha po lásce, touha milovat a být milován. Ta je ve skutečnosti hluboce zakořeněnou touhou po živém Bohu, i když to takto každý nepojmenuje. Jako kdyby láska, ta života nosná vztahovost, byla kódem veškerého bytí, a tím jediným, co si každý z nás odsud odnese, je láska, kterou rozdal.⁵⁹

2.1.4.1 Smysl života a utrpení

V 21. století jsou medializovány a mnohými uznávány materiální hodnoty, výkon, úspěch, zdraví a mládí. Smysl má pro člověka jen takový život, ve kterém něco vybudoval, dosáhl materiální zisk, případně moc a obdiv okolí. Člověk uvažuje nad tím, že pokud toho již není schopen, je zbytečný. Právě nemoc jej činí vnímavějším a utrpení doprovázející lidské životy může radikálně změnit dosavadní život člověka. Každé

⁵⁸ OPATRŇÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, s. 5.

⁵⁹ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 41-43.

utrpení má svůj význam a představuje nezaměnitelný, i když mnohdy velmi bolestný přínos pro kvalitu našeho života. Je příležitostí k růstu, ke zrání, k dotváření hodnotového systému s lepším rozlišováním mezi věcmi podstatnými a nepodstatnými, je událostí, ze které lze těžit lidskost, pokoru a životní moudrost.

Křesťanský pohled neglorifikuje bolest a utrpení, ani jej neodmítá. Nachází v utrpení prostředek spojení člověka s Kristem, a tím nachází smysl i v utrpení.

O rozpracování konceptu smysluplného života se zasloužil V. E. Frankl, který přichází s důrazem na objevování a realizaci jedinečného smyslu a hodnot v každé životní situaci. S tímto přístupem k člověku spojuje specificky lidské fenomény – svobodu a odpovědnost. Podle Frankla je člověk na smysl orientovaná bytost, která je schopna nést odpovědnost vzhledem k sobě i k svému okolí, touží žít smysluplně a sám určuje, co v příštím okamžiku učiní – je tedy svobodný a odpovědný v uskutečňování hodnot a zaujímání postojů. Právě hodnotám přisuzuje Frankl nezastupitelnou úlohu a uvádí tři okruhy hodnot, jejichž prostřednictvím člověk smysl života nachází a realizuje: hodnoty tvůrčí, prožitkové a postojové. Tvůrčí hodnoty se uskutečňují v tvůrčí činnosti. Nemocný člověk, který již nemůže pracovat tak, jak byl zvyklý, může ještě milovat, obdivovat krásu umění nebo přírody. Jde o uskutečňování zážitkových hodnot v prožívání člověka. *„Existuje ještě třetí kategorie možných hodnot. Neboť život se jeví v zásadě také ještě tehdy jako smysluplný, i když není ani tvořivě plodný, ani bohatý na zážitky. Existuje totiž další hlavní skupina hodnot, jejichž realizace spočívá právě v tom, jak se člověk staví k omezení svého života... Tyto hodnoty bychom nazvali hodnotami postojovými. Neboť zde záleží, jak se člověk postaví vůči nezměnitelnému osudu... jak ho však nese, jak ho jako svůj kříž bere na sebe... o to jde.“*⁶⁰ Nejtypičtější situací pro uskutečňování postojových hodnot je lidské utrpení. Schopnost snášet utrpení nemá člověk od narození, tu musí nabýt během svého života, musí se učit trpět.

Utrpení člověka zastaví a toto zastavení je příležitostí pro zamyšlení, člověk se stává vnímavějším. Nezcizitelná duševní svoboda umožňuje člověku do posledního okamžiku nalézat příležitost k smysluplnému utváření svého života. Neboť smysl má podle Frankla nejen život činný, ve kterém se uskutečňují hodnoty tvůrčí, nebo život naplněný prožíváním krásy, ale i život, jemuž je dána už jen jediná, poslední možnost mravně vysoce cenného chování, totiž způsob, jakým se člověk k omezení svého bytí staví. Pokud se život jeví jako smysluplný, umírání může být méně obtížné.

⁶⁰ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, s. 62.

3. Urychlení smrti na přání nemocného

Ideálem člověka je zemřít v klidu, bez bolesti. Ve skutečnosti však spousta nemocných umírá v osamocení, někdy i v bolestech. Strach ze svízelného umírání je strachem z něčeho, co nemohu kontrolovat. Potřeby umírajících a jejich blízkých se podle Studenta sbíhají ve snaze získat moc nad situací, která děsivě prozrazuje lidskou bezmoc. Není-li k dispozici žádná možnost a pomoc, jak strach překonat, volí se agresivní způsob, kdy se smrtí bojuje proti smrti. Přivodit předčasně vlastní smrt se stává posledním východiskem, jak uniknout vnučenému osudu.⁶¹

Diskuse o různých možnostech umírání probíhá ve společnosti pod pojmem eutanazie. Touto „dobrou, bezbolestnou smrtí“ by nějaká osoba zkrátila utrpení nemocného nebo by to bylo přímo přání nemocného.

Eutanazie má různé formy. Ve vztahu k člověku, který nese břímě nevléčitelné choroby s velmi neblahou prognózou, se můžeme setkat s eutanazií aktivní, kdy pacient přímo požádá o urychlení vstupu smrti. Pacient trpí nesnesitelnou bolestí a od ní může být velmi blízko k úvahám či žádostem o eutanazii, k úvahám či pokusům o sebevraždu.

Katolická církev považuje přímou eutanazii za mravně nepřijatelnou, odporující důstojnosti lidské osoby a úctě k Bohu. Mnozí účastníci diskuse o lékařské etice jsou dnes jiného názoru, a to, že usmrcení na vlastní žádost lze za určitých předpokladů odpovědně zdůvodnit s ohledem na důstojnost člověka. To platí pro případ, že se lidské utrpení stane nesnesitelným a kdy je nelze sladit s pacientovým hodnotovým systémem. Tehdy by se mělo vyhovět pacientovu přání a respektovat jeho autonomii.⁶²

Podle zkušeností Svatošové nemocný, jemuž se dostává správné a všestranné péče, o urychlení smrti nikdy nepožádá. Výjimkou jsou ovšem pacienti s duševní chorobou. „Vysloví-li nemocný přání skoncovat co nejrychleji se životem, musí to pro nás být okamžitou výzvou ke zpytování svědomí. Nikoliv pacientova, ale našeho! To proto, že jsme nezvládli péči. Takové přání pacienta je důkazem, že nejsou uspokojeny všechny jeho potřeby.“⁶³ Kořeny tohoto pacientova rozhodnutí mohou být v kterékoli ze čtyř oblastí: bio-psycho-socio-spirituální. Příčinou mohou být bolesti, případně jiné nezvládnuté příznaky nemoci. Může však jít i o strach z nesnesitelné bolesti, strach ze

⁶¹ Srov. STUDENT, J. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 81.

⁶² Srov. ULRICHOVÁ, M. *Různé tváře smrti*, s. 87.

⁶³ SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 58.

ztráty lidské důstojnosti, strach ze samoty, obava pacienta, že bude na obtíž své rodině apod. Jeho žádost může být ve skutečnosti voláním po pomoci, po příležitosti k vyjádření smutku a svého zoufalství. Často jde o nenaplněnou touhu po lásce, což se v různých obměnách vyskytuje v žádostech o eutanazii, jindy láska neschází, ale může scházet pokora, v souvislosti s tím pak i schopnost službu druhých přijmout a nebýt jiným na obtíž. Přijímat péči je obzvláště těžké pro člověka, který býval vždy aktivní nebo dominantní.

Příčinou může být i prožívaná hluboká spirituální bolest, a to v některé z těchto oblastí: potřeba odpustit, odpuštění přijmout, ztráta smyslu života, strach z neznámého, strach z trestu či pocit marnosti. Nejčastější příčinou žádostí o urychlení smrti je však bohužel nezáměr a neúcta k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti.

Svatošová uvádí, že pokud jsou uspokojeny všechny pacientovy tělesné, duševní, sociální a duchovní potřeby, o eutanazii nepožádá.⁶⁴

⁶⁴ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*, s. 58.

4. Hospicová péče

Z úcty k životu, z respektu člověka jako jedinečné a neopakovatelné bytosti vychází naopak myšlenka hospicové péče. Jejím cílem je pomoci umírajícím na jejich cestě k nalezení a prožití skutečně dobré a důstojné smrti. Všechně se snaží usnadnit umírání, smrt přijmout i se s bolestnou ztrátou člověka vyrovnat. Jedná se o takovou péči, která se snaží pomoci člověku ve všech jeho dimenzích: fyzické, psychické, sociální a spirituální. Cílem hospice není ani vyléčení choroby, kterou již vyléčit nelze, ani oddalování smrti za cenu prodlužování utrpení, ale ani urychlování smrti. Jde vždy o pomoc v umírání, nikoliv pomoc ke smrti. Jádrem myšlenky hospice je snaha učinit umírání součástí života a vrátit ho zpět do každodenního života. Vyplývá z přesvědčení o smyslu a důstojnosti lidského života až do konce, tedy i v umírání. Těžiště hospicové práce nespočívá jen na paliativní léčbě, poskytuje rovněž psychosociální a spirituální doprovázení a také doprovázení při truchlení. Hospic nemocnému garantuje, že:

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

Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, a to na kvalitu života až do konce, doslova do posledního vydechnutí. Jde o doprovázení nemocného, ale i jeho blízkých, kteří, protože trpí zároveň s nemocným, zde hrají nesmírně významnou a do značné míry nezastupitelnou roli. Hospice nespouštějí ze zřetele rodinu ani po smrti nemocného a právě toto zjištění představuje pro některé umírající pomoc nejcennější.⁶⁵

Hospicová péče má tři formy:

Domácí hospicovou péči, která je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Podmínkou je fungující rodinné zázemí. Pacient je v prostředí, které důvěrně zná, v laskavé péči svých nejbližších. Většina nemocných si přeje umírat doma. Limitujícím faktorem je dosažitelnost odborné péče a přirozeně též značné zatížení rodiny, jež může vést až k vyčerpání. V takovém případě je vhodné využít další dvě formy hospicové péče.

⁶⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 115.

Stacionární hospicovou péčí, jež spočívá v denních pobytech nemocných v hospicových stacionářích. Pacient je sem přijat ráno a týž den se vrací domů. Limitem může být vzdálenost bydliště nemocného od stacionáře. Důvody k pobytu ve stacionáři bývají různé, např. diagnostické, psychoterapeutické, léčebné a přirozeně i respitní, odlehčující rodině.

Lůžkovou hospicovou péčí, která je uzpůsobena pro krátkodobé i opakované pobyty nemocných v nejlépe jednolůžkových pokojích, zajišťující soukromí. Hospic umožňuje nejen neomezené návštěvy, ale i pobyt těch nejbližších.⁶⁶ Nemocní sem přicházejí zcela svobodně a dobrovolně, tehdy, kdy oni sami cítí, že je to pro ně dobré. Když vidí, že doma se to již dobře nezvládá, a přitom pobyt v nemocnici není nutný. Režim dne zde se od nemocnice dosti výrazně liší, a je-li to trochu možné, určuje si ho sám pacient. Všichni se snaží maximálně vycházet vstříc přáním a potřebám umírajících pacientů.

Uspokojit všechny potřeby nemocného a vytvořit kolem něho atmosféru lásky a pokoje samozřejmě nemůže jen jeden člověk. Týmová spolupráce, zahrnující kromě zdravotníků i duchovního, psychoterapeuta, sociálního pracovníka a také dobrovolníky, ale i nemocného, jeho rodinu a přátele, je naprosto nezbytná. Pacient je zde plnoprávným členem týmu a současně středem, cílem zájmu, všichni sledují jeho dobro. Všechno, co může zlepšit kvalitu života nemocného, je žádoucí, co ji zlepšit nemůže, tím by neměl být obtěžován. Princip týmové práce je v hospicové péči velmi důležitý, bez ohledu na to, zda je poskytována v hospici nebo doma. I proto, že v konečné fázi bývá pro nemocného ze všeho nejdůležitější přítomnost blízkého člověka.

Hospic a hospicová péče je úzce spojena s pojmem doprovázení. Právě filosofie hospice je založena na tom, že nemocný v hospici nezůstane sám, že bude mít kolem sebe člověka, který se ho ujme a ponese s ním vše dobré i zlé.

⁶⁶ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 118.

Závěr

Není překvapením, že většina umírajících si přeje neopouštět své rodiny namísto odevzdání se do péče institucí, kde je o ně po stránce zdravotní s mírnějším často krutých bolestí postaráno dobře. Potřebu sounáležitosti a láskyplného prostředí nelze většinou jinde naplnit. Pomalu se rozšiřující a na významu rostoucí paliativní a hospicová péče je tím krokem, který respektuje člověka a jeho důstojnost, poskytuje úlevu od bolesti a začleňuje do péče sociální, psychické i duchovní aspekty. Budoucnost však může mít především její domácí podoba, kdy je tato péče a podpora poskytována v přirozeném rodinném prostředí a umírající je obklopen svými blízkými, jejich zájmem a péčí. Rodiny, které mají takovou zkušenost, jsou vděčné za tuto pomoc, která jim umožnila neopouštět svého blízkého a být mu po boku a oporou v tak těžkou a zásadní chvíli. Možnost spoluprožívat cestu ke smíření, vyjadřovat své city a lásku může být obohacující pro obě strany.

Právě umírání a potřeby člověka v kontextu blížící se smrti se staly centrálním tématem práce. Zabývá se smrtelností člověka a jeho vyrovnáváním se s touto neodvratitelnou skutečností, nabízí možnost porovnat postoje k umírání dnes a v dřívější době se všemi svými klady i zápory. Seznamuje čtenáře se stadii, kterými umírající i se svými rodinnými příslušníky procházejí, aby toto poznání mohlo pomoci pochopit, co nevyléčitelně nemocný prožívá a potřebuje, přijmout všechny jeho pocity, přání a potřeby. Zabývá se i motivem naděje, která má svůj význam v tomto období, stejně tak tématem lidské důstojnosti, které se táhne jako ústřední motiv přístupu k člověku celým životem až do jeho konce a je jedním z hlavních kritérií i cílů poskytování péče jak laiků, tak i odborníků.

Poměrně podrobně jsou v práci rozebrány lidské potřeby, a to nejen z obecného pohledu, ale hlavně potřeby umírajících nemocných. Jedny z nejlépe naplňovaných potřeb jsou potřeby biologické v popředí s léčbou symptomů nemocí. Jsou také hlavním důvodem pro umístění nemocných do zdravotnických zařízení. Umírající však mají v tomto svém období vyrovnávání se blížícím se koncem i potřeby v oblasti sociální, psychologické a v neposlední řadě i potřeby spirituální. Právě spirituální dimenze člověka je stále oblastí, která je dosud na okraji zájmu v péči o nemocné. Její

problematicke se věnuje dosti zevrubně Svatošová⁶⁷. Ačkoli důležitost tohoto tématu zdůrazňují mnohé zdravotnické dokumenty, včetně publikací Světové zdravotnické organizace, je pozornost věnovaná této oblasti péče zcela minimální. Studijní programy lékařských fakult téma spirituality u umírajících vesměs vůbec neobsahují a v praxi je duchovní službě ve zdravotnictví často poskytován minimální a nedostatečný prostor.

V Česku existují příklady kvalitní péče o umírající. Jsou jimi jednotky paliativní péče a především hospice zohledňující i duchovní dimenzi člověka. V práci je věnována kapitola právě hospicové péči, která klade jednoznačně do popředí zájmy a potřeby pacientů ve všech jejich dimenzích. Tato péče je ale dostupná jen velmi malé části umírajících. Ve skutečnosti však spousta nemocných umírá v osamocení, strachu, někdy i v bolestech. Proto je v této práci věnována kapitola i důvodům žádostí pacientů o urychlení smrti. Dávají nám také poznat, že bezprostřední potřeby pacientů vyžadují naši pozornost a že musíme znovu objevit staré metody péče a doprovázení nemocných.

Umírání a potřeby umírajících je téma široké. Práce zahrnuje poznatky, které s potřebami umírajících souvisí a podává poměrně ucelený přehled těchto potřeb, přičemž se vybraným důležitým tématům věnuje blíže. Z hlediska naplňování potřeb se zabývá hospicovou péčí. Zajímavým pokračováním práce by byl výzkum, jak jsou potřeby umírajících skutečně v praxi naplňovány, a to nejen v hospicích, ale i v jiných zařízeních a také v domácím prostředí nemocných.

⁶⁷ SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9

Seznam použitých zdrojů

BYOCK, I. *Dobré umírání*. Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-797-9

DIGIULIO, R.; KRANZOVÁ, R. *O smrti*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997.
ISBN 80-7106-210-3

DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ, P. a kol. *Nevyliečitelne chorí v súčasnosti*. Trnava:
Spolok svätého Vojtecha – Vojtech, 2005. ISBN 80-7162-581-7

ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*. Jihlava: Nakladatelství France Kafky, 1998.
ISBN 80-85844-39-7

FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Praha: Cesta, 1995. ISBN 80-85319-39-X

HARRISON, T. *Druhá strana smrti*. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-035-7

HAVRDOVÁ, Z. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta
humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, 2006. ISBN 978-80-87398-06-7

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7

KASANOVÁ, A. *Až za hranice života, I. diel, Súvislosti medzi životom a smrťou*. Nitra:
Univerzita Konštanína Filozofa v Nitre, 2009. ISBN 978-80-8094-525-1

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON, 2003.
ISBN 80-7254-329-6

KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. ISBN neuvedeno

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993.
ISBN 80-900134-6-5

MACHULA, T. *Encyklopedie sociální práce*. V tisku.

ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011.

ISBN 978-80-246-1997-2

OPATRŇY, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1995. ISBN neuvedeno

RIVOIREOVÁ, B. *Naděje tváří v tvář umírání*. Praha: PAULÍNKY, 2007.

ISBN 978-80-86949-27-7

STUDENT, J.; MÜHLUM, A.; STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1

SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN neuvedeno

SVATOŠOVÁ, M. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X

ŠPAČEK, M. *Spiritualita u vážně nemocných a umírajících pacientů*. Praha: Sít', 2007.

ISBN neuvedeno

ULRICOVÁ, M. *Různé tváře smrti*. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2009.

ISBN 978-80-7041-743-0

Přílohy

Příloha I

Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících“ („Charta práv umírajících“).

Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“

Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyлéčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyлéčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

Jak v minulosti, tak v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, že je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

Základní práva odvozená z důstojnosti nevyлéčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti.
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby.
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním lékařských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného.
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči.

- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích.
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží.
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli.
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících.
- Sociální diskriminací, která je vlastním umírání a smrti.

Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.).
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli.
- Umírání o samotě a v zanedbání.
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží.
- Omezováním léčby udržující život (life-sustaining) z ekonomických důvodů.
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpurnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

- Že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
 - Aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech.
 - Aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči.
 - Aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče.
 - Aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně.
 - Aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
 - Aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající.
 - Aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i

- kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince.
- Aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy.
 - Aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii.
 - Aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti.
 - Aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.
 - Tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:
 - Aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován.
 - Aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího.
 - Aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činen nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem.
 - Aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.
 - Aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou

respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností.

- Aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.
- Že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
 - Uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“.
 - Uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby.

Uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Charta práv umírajících. Dostupné na [www:http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html](http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html)

Abstrakt

SMILKOVÁ, B. *Umírání a potřeby umírajících*. České Budějovice 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Oddělení praxe. Vedoucí práce Mgr. Helena Machulová.

Klíčová slova: umírání, smrt, potřeby umírajících, lidská důstojnost, naděje, bolest, doprovázení umírajících, smysl života a utrpení, hospicová péče, eutanazie

Práce se zabývá tématem umírání z pohledu souvisejícím s potřebami umírajících osob a usiluje o ucelený přehled potřeb umírajících. V první části porovnává umírání v dřívější době a dnes, rozebírá stadia, kterými umírající prochází, věnuje se tématům naděje a lidské důstojnosti.

Další část se zaměřuje na potřeby umírajících, jejich zpřehlednění a členění, speciálně pak na témata zvládání bolesti, rozhovory o pravdě, doprovázení umírajících a smyslu života a utrpení. Z hlediska naplňování potřeb umírajících se věnuje hospicové péči a pro porovnání se dotkne i eutanazie na přání nemocného.

Abstract

SMILKOVÁ, B. Dying process and needs of dying persons.

Key words: dying, death, needs of dying persons, human dignity, hope, pain, accompanying dying persons, meaning of life and suffering, hospice care, euthanasia

The thesis studies the process of dying with a special focus on the needs of dying persons, aiming to provide a complete outline of typical needs. The first section compares and contrasts the process of dying in the past and the present, identifies the stages of the dying process and addresses the psychological issues of hope and human dignity.

The next section clearly outlines the needs of dying persons, in particular it discusses the issues of pain management, conversations about truth, accompanying a dying person and understanding the meaning of life and suffering. In order to see how these needs are met, the thesis looks at hospice care, in comparison to euthanasia requested by the ill person.