

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FILOZOFICKÁ FAKULTA**

**DÔSTOJNÉ UMIERANIE AKO ZÁKLADNÉ ĽUDSKÉ
PRÁVO**

Diplomová práca

Študijný program: učiteľstvo histórie a etickej výchovy (Učiteľské štúdium, magisterský
II. st., denná forma)

Školiace pracovisko: KVAE - Katedra všeobecnej a aplikovanej etiky

Školiteľ: RNDr. Alena Minárová, PhD.

Nitra 2010

Bc. Silvia Lacková

UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE
FILOZOFICKÁ FAKULTA

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Meno a priezvisko študenta: Bc. Silvia Lacková

Študijný program: Učiteľstvo histórie a etickej výchovy (Učiteľské štúdium, magisterský II. st., denná forma)

Študijný odbor: 1.1.1 učiteľstvo akademických predmetov
1.1.3 učiteľstvo umelecko –výchovných a výchovných predmetov

Typ záverečnej práce: Magisterská záverečná práca

Jazyk záverečnej práce: slovenský

Názov: Dôstojné umieranie ako základné ľudské právo

Anotácia: Práca z rôznych pohľadov popíše a zhodnotí prejavy, zvládanie a zmysel ľudskej bolesti a utrpenia až po štádiá, pri ktorých človek začne rozmýšľať nad ukončením života. Navrhne spôsoby dôstojného umierania a jeho morálne a mravné dôvody a právne garancie.

Školiteľ: RNDr. Alena Minárová, PhD.

Oponent: ThDr. Mária Klobušická, PhD.

Katedra: KVAE – Katedra všeobecnej a aplikovanej etiky

Vedúci katedry: prof. PhDr. Cyril Diatka, CSc.

Dátum zadania: 5.11.2008

Dátum schválenia: 22.03.2010

.....

vedúci katedry

Abstrakt

LACKOVÁ, Silvia: *Dôstojné umieranie ako základné ľudské právo*. [Diplomová práca] Lacková Silvia: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Filozofická fakulta, Katedra všeobecnej a aplikovanej etiky. Školiteľ diplomovej práce: RNDr. A. Minárová, PhD. – stupeň: magister učiteľstva akademických predmetov - Nitra: 2010, s. 81.

Predkladaná diplomová práca má teoretický charakter. Je vypracovaná na základe štúdia odbornej literatúry, sú v nej zafinované najdôležitejšie pojmy a širšie rozobratá problematika dôstojného umierania. Cieľom tejto práce je poukázať na možnosť riešenia a zvýšenia záujmu o umierajúcich a o celkové dianie, ktoré súvisí s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, prostredníctvom hľadania optimálneho modelu zabezpečujúceho komplexnú starostlivosť. Diplomová práca pozostáva zo štyroch kapitol, v ktorých je poukázané na hodnotu a dôstojnosť osoby aj vtedy, keď do jeho života vstúpi utrpenie a bolesť. V prvej kapitole sa venujeme vymedzeniu základných pojmov, týkajúcich sa zdravotníctva, vysvetľujeme pojem lekárska etika a štyri základné etické princípy. Taktiež popisujeme historický pohľad na smrť a uvádzame postoj súčasného človeka k smrti, k zomieraniu. Hlavným zdrojom práce bola problematika ľudskej dôstojnosti a dôstojného umierania, ktorými sa hlbšie zaoberáme v druhej kapitole. Otázka dôstojného umierania je dôležitá, no v odbornej praxi neraz podceňovaným predpokladom výkonu povolania zdravotníka. V nadväznosti na Všeobecné ľudské práva je detailnejšie rozpracovaná problematika Práv pacientov. V tretej kapitole kladieme dôraz na potreby zomierajúcich, kvalitu ich života a zároveň sú tu uvedené aj požiadavky na postoje tých, ktorí sa chcú starať o umierajúcich. Záverečná kapitola práce je zameraná na predstavenie troch základných modelov starostlivosti a vyzdvihnutie hospicovej formy starostlivosti ako východiska v komplexnej starostlivosti o pacienta.

Kľúčové slová: lekárska etika, ľudská dôstojnosť, dôstojné umieranie, Práva pacientov, paliatívna a hospicová starostlivosť

Abstract

LACKOVÁ, Silvia: *Dignified dying as primary human right*, [Dissertation] Lacková Silvia: Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of philosophy, Department of general and applied ethics. Supervisor of the dissertation: RNDr. A. Minarová, PhD. – level: Master of Arts at teaching academic subjects - Nitra: 2010, p.81.

The offered dissertation has theoretical character. It is constructed on the basis of the study of technical literature, it defines the most important conceptions and deals widely with the problems of dignified dying. The aim of this dissertation is to refer to the possibility of solving and increasing interest in dying people and in general events that are connected with the providing of health care by means of searching the optimal model securing the complex care. The dissertation consists of four chapters that refer to the position and dignity of a personality even if suffering and pain enter its life. The first chapter deals with definition of fundamental conceptions of public health, it explains the term medical ethics and the four primary ethical principles. Also it describes the historical view of death and shows the attitude contemporary man to dying. Primary resources of this work were problems of human dignity and dignified dying that are handled more deeply in second chapter. The question of dignified dying is of consequence, however too many times underestimated in special practice as condition for the profession of a medic. The problems of patient law is well-developed in more details in connection to primary human rights. In the third chapter the stress is laid on the needs of dying people, the quality of their lives and at the same time we offer the demands to the attitude of those who want to take care of dying. The final chapter is focussing on the introduction of three basic models solicitude and the heave of hospice form of solicitude as a starting point in a complex solicitude about patient.

Key words: medical ethics, human dignity, dignified dying, law inmates, lenitively and hospice solicitude

Obsah

Úvod	7
1 Vymedzenie jednotlivých pojmov	10
1.1 Definície základných pojmov týkajúcich sa zdravotníctva	10
1.2 Stručný pohľad do dejín smrti	14
1.3 Smrť ako súčasť života	18
1. 3.1 Vedomie smrti	21
1. 3.2 Stanovenie smrti a typy smrti	26
2 Etické problémy v starostlivosti o zomierajúcich, ľudská dôstojnosť, úcta k životu	30
2.1 Problematika umierania	30
2.2 Prejavy v správaní zomierajúcich	34
2.3 Dôstojnosť, dôstojné umieranie	39
2.4 Problematika práv pacientov	44
3 Filozofia zdravotníckej starostlivosti, zlepšenie kvality života	50
3.1 Základné postoje a prístupy k umierajúcemu	51
3.2 Uspokojovanie potrieb zomierajúceho	54
3.3 Kvalita života umierajúcich pacientov	58
4 Iné súvislosti spojené so starostlivosťou o zomierajúcich	62
4.1 Domáci model starostlivosti	62
4.2 Inštitucionálny model starostlivosti	63
4.3 Iné formy starostlivosti	64
4. 3.1 Hospic a paliatívna starostlivosť	66

4. 3.2 Základné služby a formy hospicovej starostlivosti	70
4.4 Optimálny model umierania pre tretie tisícročie	73
Záver	76
Zoznam použitej literatúry	78
Zoznam príloh	82

Úvod

Čiaru života má každý od narodenia vpísanú v dlani, ale predovšetkým v duši. Tak, ako človek uvažuje o živote a chce pochopiť jeho princípy, mal by sa usilovať porozumieť aj smrti, lebo aj tá má svoje zákonitosti. Umieranie je proces, ktorý nerozlučne patrí k životu. Tento vzťah života a smrti ľudí oddávna zaujímal. Pravdepodobne to bolo tým, ako hlboko veriaci považovali fenomén smrti za súčasť života, hľadali v ňom nie koniec života, ale pokračovanie, určitý predel, hranicu, čiaru. Týmto smerom by sa malo uberať aj naše rozmýšľanie. Z histórie vieme, že k poznaniu podstaty života a smrti ľudia prichádzali rôznymi cestami, ale v bežnom chápaní napriek vzdelaniu, vedomostiam, skúsenostiam, objavom vedy, aj tak mnohé atribúty života a smrti zostávajú veľkým otáznikom, ktorý nosíme vo svojom najhlbšom vnútri.

Problematika konca ľudskej existencie je v súčasnosti aktuálna a rezonuje najmä preto, lebo percento starnúcich a umierajúcich v populácii narastá z roka na rok. Mnohí ľudia sú zraniteľnejší, citlivejší a náchylnejší na rôzne ochorenia. Tento aspekt je jeden z dôvodov, prečo sme si vybrali danú problematiku a následne sa rozhodli rozpracovať ju v diplomovej práci. V súčasnosti, kedy nás ničí „pliaga“ civilizačných, ale aj nádorových ochorení, je potrebné si uvedomiť, že je záležitosťou každého z nás zaoberať sa zmenami, ktoré proces umierania prináša, zabezpečiť si kvalitný spôsob života, premýšľať ako a s kým prežijeme poslednú etapu života a zároveň sa pripraviť na situáciu, ktorá raz postihne každého z nás.

Zamýšľajúc sa nad obdobím, v ktorom žijeme, naskytá sa pohľad na hierarchiu hodnôt súčasného človeka. Dnes sú v spoločnosti preferované hodnoty ako mladosť, zdravie, úspech a bohatstvo. Ľudia sa domnievajú, že to sú hodnoty, ktoré majú zmysel, ale ak sa stretnú s nevyliciteľne chorým a umierajúcim, myslia si, že ich sa to netýka a ani nebude dotýkať. Vzniká tak možné riziko, že začnú umierajúcich posudzovať ako bezcenné bytosti a podľa toho sa k nim aj správať. Ale na druhej strane sú to pokroky doby vyspelej technológie, medicíny a rôznych iných odvetví, ktoré môžu toto ťažké obdobie zmeniť, ale hlavne zmierniť, pretože najvyššou hodnotou aj pri úvahách o smrti stále zostáva život. Život každého človeka je veľký, krásny a vznešený už tým, že je, bez ohľadu na to, v akom prostredí a stave sa nachádza. Každá ľudská bytosť si zaslúži úctu a obdiv. Každý život, aj ten, ktorý je poznačený bolesťou a utrpením, má svoju obrovskú unikátnu hodnotu, a preto je dôležité, aby mu bola venovaná patričná pozornosť až do konca. Následne treba povedať, že aj negatívne stránky ako utrpenie a smrť môžu byť premenené

na niečo pozitívne, ak k nim zaujmeme správny postoj. Ide o nájdenie osobného prístupu k smrti, a to nájdením zmyslu vlastného života.

Cieľom diplomovej práce je preskúmať celú problematiku umierania z etického hľadiska, preniknúť do podstaty dôstojného umierania a všetkého čo s tým súvisí. Pretože práve tak, ako ľudská bytosť začína svoj život v slabosti a závislosti, potrebuje ochranu a podporu aj pri zomieraní. Povinnosť chrániť a mať v úcte dôstojnosť smrteľne chorých a zomierajúcich osôb vychádza z nedotknuteľnosti dôstojnosti človeka vo všetkých obdobiach jeho života. Táto úcta a ochrana nachádza svoje vyjadrenie v zabezpečení primeraného prostredia, umožňujúceho človeku dôstojne zomrieť. V práci upozorníme na nedostatky objavujúce sa v starostlivosti o zomierajúcich, poukážeme na potreby zmeny a skvalitnenia v oblasti zdravotnej starostlivosti a následne aj ukážeme ako zlepšiť starostlivosť o umierajúcich. Zároveň zdôrazníme, že uplatňovanie základných etických princípov v medziľudských vzťahoch zdravotníka a pacienta nie je iba prejavom elementárnej slušnosti a korektného správania v bežnom styku, ktoré by malo byť samozrejmosťou, ale je zakotvené aj vo viacerých významných dokumentoch (napr. Práva pacientov).

Obsahovo sme diplomovú prácu rozčlenili na štyri kapitoly. V úvodnej kapitole venujeme pozornosť vymedzeniu základných pojmov týkajúcich sa zdravotníctva. Vysvetľujeme pojem lekárska etika a súčasne rozoberáme štyri základné etické princípy, ktoré tvoria jednotu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Detailnejšie uvádzame postoj človeka k zomieraniu a smrti. Túto charakteristiku komparujeme aj v historickom kontexte poukazujúc na históriu chápania smrti. V druhej kapitole analyzujeme problematiku dôstojného umierania, prejavov správania sa umierajúcich z hľadiska individuálneho prežívania. Tiež poukážeme na to, že v praxi sú pre zdravotnícky rezort významné dokumenty, ktoré konkretizujú etické požiadavky pacientov i zamestnancov, a preto je dôležité ich spomenúť. Tretia kapitola je rozčlenená na tri podkapitoly a venujeme sa v nej potrebám zomierajúcich, kvalite života umierajúcich pacientov a zároveň opisujeme požiadavky na postoje tých, ktorí sa chcú starať o umierajúcich. Posledná štvrtá kapitola je venovaná otázkam starostlivosti o chorých a zomierajúcich v zdravotníckej praxi. Podrobnejšie rozoberáme tri modely starostlivosti, pričom hlavným zámerom tejto kapitoly je priblížiť pohľad na hospicovú starostlivosť, jej základné formy, ktoré vytvárajú priestor pre komplexnú starostlivosť. Popritom nezabúdame podotknúť, že aj napriek všetkému je pri výbere vhodnej starostlivosti určujúce subjektívne pranie každého jednotlivca.

Pri písaní teoretickej práce využívame komparačnú metódu, pomocou ktorej porovnáваме jednotlivé názory, stanoviská, definície či pohľady autorov. Zozbierané údaje najskôr triedime a následne medzi nimi hľadáme spoločné znaky. Využívame aj metódu syntézy, čiže zhromažďovania údajov a záznamov podľa témy diplomovej práce a následnú analýzu týchto údajov. Postupujeme viac induktívne, to znamená, že na základe preštudovaných názorov, údajov a teórií jednotlivých autorov sa snažíme vytvoriť vlastnú teoretickú časť.

Touto cestou vyslovujem poďakovanie RNDr. Alene Minárovej, PhD., ktorá mi odbornou konzultáciou pomohla objasniť skúmanú problematiku, za pedagogické usmernenie, cenné rady, pripomienky a všestrannú pomoc. Zároveň patrí vďaka aj mojej rodine, ktorá mi vytvorila podmienky na písanie diplomovej práce.

1 Vymedzenie jednotlivých pojmov

V súčasnej dobe sa používa v súvislosti s označením etických problémov v lekárstve (medicíne) veľa pojmov, ktoré sa svojím obsahom viac menej prekrývajú, ale nemožno ich považovať za synonymá. Aby sa predišlo v diskusiách nedorozumeniam, je treba jednoznačne vymedziť obsahy jednotlivých pojmov a zachovať ich čistotu.

Dnešná medicína je vedecká medicína, siaha ďalej za teoretický obzor – do lekárskej praxe. Jej typickým reprezentantom je lekár, ktorý sa vo svojej profesionálnej činnosti nezaobíde bez filozofických úvah. Zaujíma určité postoje a tie potom v nemalej miere ovplyvňujú jeho lekárske myslenie, rozhodovanie, konanie. Náplňou medicíny je úsilie zachovať či zlepšiť ľudský život a jeho kvalitu, teda aj zápas s umieraním a so smrťou. Vzťah života a smrti ľudí oddávna zaujímal. Zaoberajú sa ním tiež rôzne vedy a dívajú sa naň svojimi očami. V posledných rokoch máme možnosť stretnúť sa v prírodných i spoločenských vedách najmä v medicíne, biológii, filozofii, etike, psychológii, sociológii, v právnej vede i v ďalších vedných disciplínach s mnohými štúdiami, ktoré sa zaoberajú otázkami súvisiacimi so vzťahom života a smrti. Problematika umierania a smrti nie je teda privilegiom lekárstva, na druhej strane stretávanie sa so smrťou je charakteristickým atribútom lekárskej praxe. Podstatou medicíny bola vždy ochrana života, odpor k jeho ničeniu v otvorených (vojna) i skrytých podobách (epidémie, ekológia, hlad, podvýživa). Dnes sa však od lekára vyžaduje oveľa viac. A to zlepšovať kvalitu života každého jedinca. Lekár má tiež nemalú zodpovednosť za zachovanie a vylepšenie zdravia, ktoré je nepochybne jednou z najdôležitejších podmienok kvality jedinečného života. Dobrý lekár teda spája celé svoje profesionálne úsilie predovšetkým s ľudským životom, s rozvíjaním jeho hodnôt a smrť chápe ako podstatný moment života.

Kontinuita života a smrti je prirodzenou, absolútne typickou charakteristikou lekárstva.

1.1 Definície základných pojmov týkajúcich sa zdravotníctva

Lekárska etika je pojem, ktorý súhrne označuje etické problémy v medicíne (lekárstve). V odbornej literatúre je bližšie charakterizovaná ako profesijná etika, t. j. orientuje sa na skúmanie vzťahu lekár – pacient, ale aj na skúmanie normatívnej regulácie vzťahov v rámci medicínskej profesie. Predmetom lekárskej (medicínskej) etiky je riešenie morálnych problémov v špecifickej oblasti ľudského poznávania a konania, ktorej špecifickosť spočíva predovšetkým v tom, že lekár a sestra vykonávajú svoju prácu spravidla v podmienkach ľudskej núdze pacienta, t. j. ide zväčša o problémy späté

s liečením a ošetrovaním ľudí – o etické problémy v poskytovaní zdravotnej starostlivosti (napr. problematika ideálnej a dostupnej medicíny, práva pacientov, informovaný súhlas, paternalizmus lekára verzus autonómia pacienta, atď.) (Kovaľová, 2004, s. 6). Túto informáciu obohacuje Šoltés (2008, s. 14), keď uvádza že: „medicínska etika hovorí o konaní dobra pre človeka so zvláštnym zameraním na ochranu jeho života a zdravia.“

Štyri princípy, ktoré determinujú základné etické uvažovanie v oblasti medicínskej etiky (Šoltés, 2008, s. 15):

Prospešnosť (beneficiencia) – predpokladá konanie maximálneho dobra pre konkrétneho človeka, pacienta, a to tak počas jeho zdravia, ako i počas vzniknutej choroby a liečby. Princíp beneficiencie vyjadruje záväzok, aby lekár pre pacienta urobil všetko, čo je pre neho prospešné. Dobro je pre každého jednotlivca subjektívnym pojmom, takisto ako kvalita života a dôstojnosť. Dobro pre pacienta nemusí byť totožné s predstavou zdravotníka – je potrebné ho hľadať vzájomným dialógom, počúvaním a argumentáciou – ideálnym nástrojom je teda pravdivá a empatická komunikácia (Sláma, 2007, s. 320).

Neškodnosť (non-maleficiencia) – žiada vylúčenie akéhokoľvek úmyselného i neúmyselného poškodenia alebo ublíženia. Platí pravidlo: „Nihil nocere – nikdy neškodiť“. Neškodiť a nedovoliť uškodiť pacientovi. Akékoľvek konanie nesmie pacienta primárne a cielene poškodiť.

Autonómia (svojbytnosť) – rešpektovanie pacienta ako ľudskej bytosti v jej sférach telesných (somatických), duševných, sociálnych a duchovných. Autonómia znamená tiež spolurozhodovanie pacienta o sebe a svojich záležitostiach. Autonómia pacienta ale do istej miery obmedzuje jednoznačne dominantné postavenie lekára k pacientovi. Zvlášť v minulosti bol častý prístup lekára pri rozhodovaní v otázkach diagnostického a liečebného postupu bez ohľadu na konkrétne postoje a prania pacienta, ktorý sa označuje ako paternalizmus lekára. Paternalistický postoj zostáva oprávnený len v prípadoch náhleho ohrozenia života, keď sa lekár musí urgentne rozhodovať pre postoj – na záchranu života. Autonómia pacienta ako etický princíp predpokladá partnerský vzťah a spoluprácu lekára a pacienta.

Spravodlivosť (justice) – žiada nerobiť rozdiely medzi pacientmi a poskytovanie zdravotníckej starostlivosti a sociálnej pomoci každému, kto ju potrebuje, bez akejkokoľvek diskriminácie vo vzťahu k veku, pohlaviu, rase, národnosti, náboženstvu, svetonázoru, politickej príslušnosti či sociálnemu postaveniu.

V praxi môžu nastať prípady, kedy uvedené princípy budú vo vzájomnom etickom konflikte. Potom je potrebné zvoliť to kritérium, ktoré je viac prospešné pre riešenie aktuálnej situácie pacienta.

K týmto princípom sa ešte pridáva tzv. informovaný súhlas, lepšie súhlas informovaného. Dostatok informácií je predpokladom pre pacientovo racionálne uvažovanie. Pacient má právo byť plne informovaný o svojom zdravotnom stave, má ale i právo takúto informáciu odmietnuť. Pacient má právo uviesť, koho si praje informovať, poprípade komu informácie nepodávať.

Informovaný súhlas je základom vyváženej vzťahu medzi pacientom a lekárom. Takto vzniká väčšia „otvorenosť“ profesionálneho medziľudského vzťahu, kde je možná dôvera, ale aj ochrana pacienta a lekára. Informovaný súhlas umožňuje poznať pacientovi podrobnosti o svojej chorobe a detaily jej riešenia, zároveň chráni profesionálnu česť lekára. Pacient môže odmietnuť liečbu, ale aj lekár môže odmietnuť bezúčelnú alebo škodlivú liečbu pre daného pacienta. Na základe dostatočných informácií pacient vlastným podpisom potvrdí, že sa slobodne rozhodol podstúpiť navrhované procedúry. Informovaný súhlas sa vyžaduje pri všetkých výkonoch zasahujúcich do fyzickej alebo psychickej integrity pacienta (Bilasová, 2008, s. 110).

Ďalšou hlavnou úlohou medicínskej etiky je formovať náležité mravné postoje zdravotníckeho pracovníka, alebo môžeme tiež povedať určité etické požiadavky na zdravotníckeho pracovníka, s ktorými je vnútorne stotožnený a ktoré sú zahrnuté v etických požiadavkách na lekárske povolanie. Tieto požiadavky by mali vychádzať z profesionálnej funkcie, vysokej náročnosti a zodpovednosti povolania lekára a sestry. Podľa Šoltésa (2008, s. 16- 21) sú požiadavky na zdravotníckeho pracovníka tieto:

I. Telesne a duševne zdravý

Telesný fond pracovníka musí zodpovedať funkčnému zaťaženiu. Je povinný myslieť aj na seba a starať sa o svoje zdravie. Jeho zovňajšok by mal byť primeraný jeho stavu a poslaniu. K tomu patrí životospráva a stravovanie, obliekanie a celková hygiena. Pracovník by mal byť duševne zdravý a mal by sa vyhýbať konfliktným situáciám. Ak sa v nich ocitne, mal by mať určitý psychický a duchovný potenciál na ich zvládnutie, aby osobné konflikty neprenášal na pracovisko. Pracovník by mal udržiavať rovnováhu, harmóniu medzi jedincom a prostredím. Mal by sa vyhýbať nadmernému požívaniu alkoholu, nefajčiť a lieky užívať len v prípade choroby a jej prevencie.

II. Odborne a osobnostne zdatný

Odborná úroveň by sa mala doplňovať sústavným, celoživotným štúdiom. Prosociálnosť sa prejavuje pomáháním ľuďom bez rozdielu, malo by to vychádzať z jeho vnútornej potreby – robiť to, čo pomáha druhému. V prejavení súcitu s tými, čo majú dočasné alebo trvalé telesné a duševné ťažkosti, obetovať sa pre iných a nezávidieť iným úspech. Pracovník by mal byť empatický, mal by sa vcítiť do problémov iných, hlavne svojich pacientov, klientov a najbližších spolupracovníkov. Nemal by zabúdať na solidárnosť s chorými a ich príbuznými a nemala by chýbať u neho zodpovednosť voči chorým i spoločnosti. Ďalším osobnostným prvkom je svedomie. Je to najvlastnejší vnútorný hodnotiaci cit mysliaceho človeka k tomu, čo koná, konal a bude či mal konať. Pracovník by vo svedomí mal mať zvlášť zakódovanú požiadavku ochrany a dôstojnosti života a zdravia človeka. Toto by mal pestovať počas celého štúdia teoretického i praktického, empiriou z vlastnej praxe a vôľou konať v prospech života a zdravia – teda eticky. Sebavedomie pracovníka sa zakladá na vedomí o vlastnom „ja“. Znamená to aj vedomie o príslušnosti k rodine, k národu, profesionálnemu stavu. Zdravé sebavedomie mu dodáva odvahu na vykonávanie jeho povolania a presadenie sa, na obhájenie svojej práce a myslenia. Sebavedomie musí byť založené na správnom hodnotení seba samého, ako aj na hodnotení inými. So správnym sebavedomím je spojená ušľachtilá hrdosť, usilovnosť, iniciatíva i skromnosť, ale nie pýcha, namyslenosť alebo na druhej strane nesmelosť a malomyselnosť. Pracovník by mal vedieť aj komunikovať s chorými a ich príbuznými. Nadviazanie kontaktu vedie k postupnému narastaniu informovanosti o stave chorého. Súčasne rastie i jeho dôvera voči pracovníkovi. Komunikatívnosť znamená aj vhodný prístup k spolupracovníkom a kolegom. Sem patrí aj schopnosť nadviazať spoluprácu, nevtieravo ponúknuť alebo prijať pomoc. Sympatia, celkový zjav, oblečenie, správanie sa, ale i ostatné vyššie uvedené vlastnosti sú tak dôležité pre prácu zdravotného pracovníka.

III. Stavovské cnosti – cnosť je dobrá mravná vlastnosť, dobrý zvyk. Existujú ľudské kvality, ktoré sú mravne neutrálne a môžu slúžiť dobru i zlu. Skutočná cnosť orientuje správanie a konanie človeka k dobru. K základným stavovským cnostiam patria: láska k chorému, zodpovednosť, trpezlivosť, obetavosť, usilovnosť, dochvilnosť, vľúdnosť, sociálne cítenie, nezištnosť, veľkorysosť, taktnosť, ohľaduplnosť, diskretnosť, poctivosť, spoľahlivosť, ochota, optimizmus, sebaovládanie, tvorivosť, sústredenosť, otužilosť, cieľavedomosť, radosť, predvídavosť, pravdovravnosť, mlčanlivosť, kolegalita a pod.

1.2 Stručný pohľad do dejín smrti

Otázkou smrti, nesmrteľnosti a posmrtného života sa ľudia zaoberali už od nepamäti. V priebehu ľudských dejín sa menil postoj k umieraniu a smrti. Nazretie do historického a náboženského chápania smrti nám napomáha pochopiť a rešpektovať individuálny postoj k smrti a zomieraniu súčasného človeka. Tak ako uvádza Krusse (Tress, Krusse, Ott, 2007, s. 339) smrť bola považovaná za významnú udalosť, ktorou musel prejsť každý život. Naši predkovia chápali smrť ako prirodzenú súčasť života, ktorá so sebou prináša okrem bolesti aj množstvo záhad. Preto ju opriadli mnohými legendami a vytvorili okolo nej pevnú sieť najrozličnejších mýtov. Len tie umožňovali, že človek umieral bez strachu. Orientálne národy, africké kmene i zakladatelia našej duchovnej kultúry, starovekí Gréci, vedeli, že žiť šťastný život znamená vyrovnať sa aj so smrťou. Už za čias otrokárstva v Egypte ľudia verili v prevetľovanie duše. Pri kolobehu procesov rodenia sa a zomierania, ktorý podľa vtedajších obyvateľov Egypta trval tritisíc rokov, duša vstupuje postupne do všetkých živočíchov a do tela človeka. Podľa Herodota, antického spisovateľa, sú Egyptania prví, ktorí vyslovili učenie, že ľudská duša je nesmrteľná (Steindl, 2000, s. 33). Z tejto ich viery pramení aj charakter pohrebného rituálu, ktorý sa v tejto dobe a v tomto náboženstve nadmerne rozvinul do tej miery, že sa človek už počas svojho života staral o to, ako má byť po svojej smrti pochovaný. A tak si objednal pozemok pre hrob, postavil si hrobku a na jeho smrť nadväzoval tradičný pohrebný 72-dňový rituál. Bol však veľmi finančne nákladný a preto nebolo zriedkavosťou, keď si nižšie vrstvy obyvateľstva šetrili na svoj pohreb celý život. Pre toto obdobie je charakteristické vznik egyptských pyramíd, hrobiek veľkých mocnárov, ktoré sú vybavené rôznymi potrebnými, luxusnými a umeleckými predmetmi ako sú nástroje, šperky, mince, či predmety dennej potreby. Charakter predmetov vyjadroval zámožnosť zomretého človeka. V hrobke vysokého hodnostára vo viere, že život po smrti je pokračovaním pozemského života, s tým istým spoločenským postavením, boli okrem umiestnených predmetov pochované aj zvieratá. S kráľom pochovávali dokonca i jeho manželky. Zvlášť starostlivo zachované mŕtvolý, chrámy mŕtvych s bohatou výzdobou, obrovské pyramídy ako hrobky kráľov – to všetko robilo dojem, ako by veriaci Egyptan myslel viac na svoj život po smrti než na svoj život na zemi (Blumenthal-Barby a kol., 1987, s. 12-13). Dávny Egypt nám svoje posolstvo o smrti zanechal v podobe biblii zvanej Kniha mŕtvych. Tento papyrusový zvitok sa vkladal mŕtvemu do truhly. Podľa legendy sa mŕtvy po smrti obhajoval pred súdom, ktorý musel presvedčiť o tom, že žil na zemi spravodlivo. V prípade, že spravodlivosť svojho života neobhájil, súd ducha zomrelého

odsúdil. Vtedy duch použil Knihu mŕtvych, akúsi zbierku magických formlí, modlitieb a poučení, ktorými sa mal mŕtvy riadiť, aby prežil čo najlepšie prechod na druhý svet. Najdôležitejšou starosťou mŕtveho však bolo, aby obstál na súde v podsvetí, kde musel priamo pred bohmi vyhlásiť, že sa nedopustil ani jedného zo štyridsaťdeväť hriechov, o ktorých Kniha mŕtvych hovorí (Steindl, 2000, s. 40).

Aj ďalšie kmene a národy mali svoje kulty mŕtvych a každé náboženstvo vysvetľovalo, čo čaká ľudskú dušu, keď vstúpi za breh, kde biologický život končí. Či už verili, že po smrti splynú s veľkou dušou sveta, alebo opäť prejdú strastiplnú cestu návratu a prevetľovania, nie je rozhodujúce. Dôležité je, že na ňu mysleli, že ráтали s jej príchodom, že vedeli ako sa s ňou vyrovnáť. Nebola vždy tragédiou. V očiach starých náboženstiev bola dokonca nádejou na lepší život, dôvodom na radosť. Pre mnohých z nás je ich posolstvo prekonanou spomienkou, závanom minulosti. O smrti však nepochybujeme len my, už aj starovekí grécki filozofi sa ju pokúšali vysvetliť. Vymětal (2003, s. 267) uvádza, že starý grécky filozof Parmenidés nazval človeka smrteľníkom a vyjadril tým jeho bytostnú, základnú a určujúcu charakteristiku. Ďalej pokračuje v tvrdení, že ako jediný tvor pochováva človek svojich mŕtvych, lebo zvieratá hynú a človek umiera, teda má vedomie vlastnej smrteľnosti, i keď nevie, kedy zomrie. Smrť je podľa neho niečím budúcim a prichádzajúcim, niečím, k čomu sa stále a bez výnimky približujeme od samého začiatku a nemôže byť tomu inak. Týmto približovaním a vedomím konečnosti sa k smrti neustále vzťahujeme. Grécky filozof Epikuros však zastáva postoj, že smrť sa nás netýka, pretože keď sme tu my, nie je tu ešte smrť, a keď je tu už smrť, nie sme tu už my. A tak sa netýka ani žijúcich, ani mŕtvych, pretože pre prvých nejestvuje, a druhí už vtedy nejestvujú (Haškocová, 1975, s. 20). Epikuros búril hladinu verejnej mienky svojimi myšlienkami. Ľud raz uteká pred smrťou ako pred najväčším zlom, raz túži po nej ako po konci životných strastí. Mudrc sa však ani nezrieka života, ani sa nebojí žitia. Epikuros teda odporúča ignorovať smrť, nestarať sa o ňu, hľadať v prítomnosti správne vyváženú dávku rozkoše a vyhýbať sa bolesti. Problém smrti patrí medzi veľké a stále témy odvíjajúce sa v priebehu dejín ľudského myslenia, teda po celú dobu histórie ľudského rodu (Vymětal, 2003, s. 268).

Starí Gréci chápali smrteľnosť ako znak najvyššieho radu, ktorý je špecifický pre človeka. Oni si boli vedomí toho, že je len jeden život, a smrť teda pre nich bola niečím škaredým, predovšetkým preto, že končila život, ktorí milovali. Ale i oni mali potrebu sa s touto konečnosťou ľudského bytia vyrovnáť. Preto u nich vystupuje do popredia myšlienka: „Zvykneme si na smrť a ona nás prestane desiť“. Podobný názor vyslovil aj

Seneca: „Obávať sa smrti je nezmyselné, myslí stále na ňu, aby si sa jej nebál“ (Haškovcová, 1975, s. 21).

Základom gréckej spoločnosti je grécka mytológia na čele s hlavnou postavou Hádesom¹. Úmrtie človeka v starovekom Grécku bolo smutnou udalosťou. Všeobecne mravnou povinnosťou bolo verejne prejsť smútok. Nechýbali ani pohrebné hostiny na počesť mŕtveho. Posledným aktom pohrebu bolo spálenie mŕtvol, lebo len tak sa duša mohla dostať do ríše mŕtvych. Vstup do Hádesovej ríše a teda smrť, znamená koniec. Jediné, čo z mŕtveho ostane, je jeho povest'. Ak niekto zomrel hrdinskou smrťou, bolo to preňho vyznamenaním a česťou, a tak sa hrdinské položenie života za vlast' stávalo naplnením hodnôt štátu (Steindl, 2000, s. 55-56). Mŕtvy sa pochovával spolu s predmetmi každodenného života ako sú jedlo, nápoje. Bolo potrebné vybaviť ho všetkým, čo potreboval na dlhú cestu, ktorú musel nastúpiť. Niekedy však boli mŕtvoly zaťažené aj kameňmi. Neslúžili ako ochrana pred zvieratami, lebo hroby boli na to príliš hlboké a dobre postavené. Znamenalo to, že mali brániť mŕtvemu v návrate späť na svet (Blumenthal-Barby a kol., 1987, s. 13).

Rimania podobne ako Gréci rozlišovali medzi smrťou a umieraním. Smrť predstavovala niečo pekné, lebo znamenala večný pokoj a stav bez náruživosti. Marcus Aurelius sformuloval myšlienku: „Konaj, hovor a myslí vo všetkom tak, ako by si sa mohol v každom okamžiku rozlúčiť so životom“ (Haškovcová, 1975, s. 22). Táto myšlienka vedie človeka práve k určitej zodpovednosti, lebo práve ona eliminuje jeho ľahostajnosť k životu. Smrť je nerozlučne prepojená so životom, ktorý vie, že vedie ku smrti.

V 5. storočí vzrastá úloha cirkvi, čo sa odráža aj na pohrebných obradoch. Zosnulý bol ponechaný cirkvi. Vládla tak predstava, že cirkev sa stará a opatruje zosnulého až do dňa vzkriesenia. Pochovávalo sa anonymne a dary do hrobu boli len zriedkavé.

V 11.-12. storočí sa objavujú náhrobné nápisy. V tomto období smrť bola niečím prirodzeným, avšak ľudia sa obávali náhlejši smrti, pretože vtedy sa zomierajúci nemohol rozlúčiť a poprosiť o odpustenie hriechov. A ak sa mu nedostalo tejto sviatosti zomierania, znamenalo to, že ho pochovali mimo cintorínske múry. Súčasťou sviatosti umierajúcich sa stalo posledné pomazanie, ktoré predtým bolo používané ako liečivý prostriedok. Náhlu

¹ Podľa gréckej mytológie je Hádes alebo Plutonas boh mŕtvych a kráľuje v podsvetí. Vo svojom temnom kráľovstve je Hádes tvrdý a nesúcitný. Nedovolí nikomu vrátiť sa späť medzi živých. Služia mu rôzni démoni a duchovia, ktorí prevádzajú duše na druhú stranu, aby sa dostali do kráľovstva mŕtvych. Jeho odmenou je minca, ktorá sa dávala pod jazyk mŕtveho ako poplatok za prevoz (Souli, 1995, s. 55).

smrť, ktorú si vtedajšia medicína nevedela vysvetliť, považovali za boží trest. Často ju spôsobovali ochorenia, akými sú srdcový infarkt, akútna cievna mozgová príhoda alebo smrteľný úraz. Z dnešného hľadiska je táto otázka zvlášť zaujímavá, pretože si dnes väčšina ľudí praje zomrieť náhlou smrťou. Hlavnými príčinami stredovekého postoja boli práve všeobecná neistota a nedostatok informácií v oblasti medicíny.

V 16.-18. storočí sa smrť spájala s láskou a ideálom doby bolo zomrieť pre milovanú osobu. Mŕtvola sa stala predmetom nielen záujmu výučby anatómie, ale aj morbídneho pôžitku laických amatérov v sledovaní posmrtných zmien, ktorými začína rozklad. Zdá sa, že až do začiatku tohto storočia smrť nevzbudzovala strach a bola niečím prirodzeným. Chýbajúci strach však neznamenal, že sa za zomretým nesmútilo.

V 19. storočí nadobúda smútočný prejav hysterické rozmery. Dovtedy bola smrť verejnou vecou. Pri posteli zomierajúceho sa zhromažďovali rodinní príslušníci, priatelia, susedia, ba dokonca i deti neboli vynechané. Bolo teda pre nich prirodzené stretnúť sa s umieraním a so smrťou, pretože človek bol na smrť od detstva zvyknutý a prežíval ju s ostatnými. Na vidieku bolo samozrejmé, že ľudia zomierali v domácom prostredí a že sa o nich starali rodinní príslušníci, ale aj susedia prišli doprevádzať umierajúceho na jeho poslednom úseku životnej púte. Lekára privolávali len zriedka, lebo vtedy boli jeho služby nákladné. Ošetrovatelky v dnešnom slova zmysle neexistovali. Rodina niesla sama všetky náklady spojené so starostlivosťou o ťažko chorého a umierajúceho a bolo aj úlohou rodiny zabezpečiť všetky potrebné pohrebné záležitosti. Umierajúci bol až do svojej poslednej chvíle v domácom prostredí a bolo o neho dobre postarané. Pre každého zúčastneného bolo totiž samozrejmé, že aj on jedného dňa takým istým spôsobom zomrie. Smrť bola veľmi blízkym i keď väčšinou nevitánym druhom (Munzarová, 2005, s. 66). V mestách sa však zomieranie od polovice 20. storočia presúvalo z domáceho prostredia do nemocníc s anonymným personálom, oddeleným od sociálneho prostredia za nemocničnou bránou a plachtou. Smrť sa začala vzdávať, vytláčať z vedomia a stala sa niečím zvláštnym a neobvyklým (Blumenthal-Barby a kol., 1987, s. 14-17). V tejto súvislosti Munzarová (2005, s. 67) konštatuje, že 20. storočie charakterizuje orientácia popretia, odmietania smrti. Ďalej uvádza, že len malé percento ľudí umiera doma. Smrť nepatrí do bytu a do bežného života vôbec, je lepšie o nej nič nevedieť a ani o nej moc nepremýšľať.

Kedysi bol umierajúci „oficiálny“, jeho smrť bola sociálna udalosť, na ktorej sa zúčastňovalo všetko susedstvo, a jej rituál bol až pantičkársky nemenný. Keď roľník, cítiac svoju blízku smrť, zvolal svoje deti a hovoril s nimi bez svedkov, kruh bol už zmenšený. Odvtedy sa neprestal zužovať a teraz sa akoby patrilo zomrieť sám v nemocnici, často po

mesiacoch utrpenia. Spoločnosť, utopená v akomsi kulte biologickosti, zbožňovaní života ako jediného dobra, s tým veľmi ochotne súhlasí. V spoločnosti, ktorá živý mýtus krásy, bohatstva a mladosti, je pohľad na úpadok, biedu, závislosti a schátranosť neznesiteľný. Dnes, vďaka masovokomunikačným prostriedkom vieme, čo sa deje na celom svete. Každú minútu nás okrem iného zaplavujú informácie o katastrofách, násilí, vidíme ľudí umierať takmer v priamom prenose. O čo častejšie nám však médiá sprostredkujú záznamy o smrti, o to menej máme pocit, že sa nás dotýka. Je predsa len súčasťou života tam vonku, osudom iných, tých, ktorých nepoznáme. Keď však osudovosť menom smrť priamo vstúpi do nášho života, vyžaduje si našu zúčastnenosť, ba aj to, aby sme mali na ňu názor a vyrovnali sa s jej existenciou. Aby sme vedeli, aký zmysel má v živote.

Všetky uvedené faktory modelujú ambivalentný vzťah novovekého človeka k smrti. Na jednej strane z nej má strach, popiera ju, tabuizuje, časovo ju odkladá, na druhej strane ho však smrť fascinuje, priťahuje, stáva sa dennou súčasťou života, a to nielen zdravotníckych a iných profesionálov, ale celej populácie, napríklad pri dopravných nehodách, v televíznych spravodajstvách o vojnových konfliktoch a teroristických akciách, v akčných filmoch a atď. (Nemčeková a kol., 2004, s. 83).

1.3 Smrť ako súčasť života

„Život je kategória časovo obmedzená. Nevyhnutnosť smrti, ktorá je prirodzeným pudom sebazáchovy obklopuje strach zo zániku i z toho, čo smrti predchádza, je počas žitia až prekvapivo paralyzovaná dôležitou vlastnosťou ľudskej psychiky – trvalým zabúdaním na tento fakt. V bežnom rytme si nevyhnutnosť smrti neuvedomujeme a správame sa tak, ako keby sme mali žiť večne“ (Kovalčíková, 2001, s. 61).

O smrti vieme naisto len to, že príde, preto ak nemusíme, nehovoríme o nej, radšej používame eufemizmy: „Zaspal, spí večným spánkom“, „Odišiel“. Rozprávky tak isto končia: „Ak nepomreli, žijú dodnes“. Je to jedna z posledných stále tabuizovaných tém v spoločnosti. Smrť je stále zahalená tajomstvom, je akoby aktom prechodu cez dvere do neznáma, o ktorom nevieme nič, máme len domnienky a teórie. V našom živote však nastáva celý rad situácií, v ktorých si nevyhnutnosť smrti uvedomiť musíme. Naš život sa totiž odohráva v čase, je popretkávaný rôznymi činmi, skúsenosťami a chvíľami s emocionálnym nábojom, časmi. Medzi dvoma z nich, časom zrodu a odchodu, sa odohráva naša pozemská existencia. Dialektiku života a smrti nám každodenne pripomínajú tie najrozličnejšie oblasti a súvislosti ako napríklad východ a západ, vítanie

a lúčenie, otváranie a zatváranie, príchod a odchod. Znak začiatku, ale najmä konečnosti má na tomto svete všetko.

Počiatok aj koniec života sú zahalené tajomstvom, ktoré zostáva skryté aj napriek pokroku a poznaniu lekárskej vedy a iných odborov. Život je veľký dar, úžasná hodnota, ktorú si máme vážiť. Je základom pre iné dobré a je nevyhnutným prameňom každej ľudskej činnosti ako aj sociálnych vzťahov. Život človeka môžeme tiež prirovnať k ceste, ktorá má svoj začiatok – narodenie, svoj priebeh – detstvo, dospievanie a dospelosť a nakoniec aj svoj koniec – smrť (Lachytová, 2008, s. 6). Život prináša každému človeku zároveň nezmazateľnú podmienku – smrť, ktorá sa stala najistejšou istotou a realitou neodvratiteľne súvisiacou s bytím. Je kódom, prítomným v našom živote, ktorému dáva časový charakter (Brádňanská, 1999, s. 7). Človek má prirodzene strach o život, lebo smrť je kúskom života, i keď kúskom posledným.

Napriek tomu, že smrť je predovšetkým dej biologicko-fyziologický, týka sa človeka ako celku. Nielen dimenzie biologickej, ale i duchovnej, sociálnej a psychickej. Preto nie iba biológia a fyziológia, ale aj teológia, sociológia, psychológia, komunikácia, filozofia a iné vedné odbory, ktoré sa zaoberajú človekom, môžu prispieť k úplnému pochopeniu a definovaniu tohto pojmu. „Z biologického hľadiska je smrť udalosť, ktorá ukončí funkcie organizmu ako jednotného homeostatického systému a zaháji postupnú dezintegráciu jeho zložiek“ (Brádňanská, 1999, s. 7). Podobná definícia, ktorú uvádza Lachytová (2008, s. 19) je, že „smrť je zánik organizmu ako celku, trvalé a nezvratné poškodenie všetkého diania, prirodzený dôsledok života.“ Ako už bolo povedané, smrť je chápaná ako nenávratné zastavenie všetkých životných pochodov organizmu. Má podobu zaspania unaveného človeka, je to zastavenie všetkých funkcií organizmu súčasne. Ako úplná, trvalá strata vedomia je neoddeliteľnou súčasťou života. Smrť je neodvratným koncom každého života, je vpísaná do každého zrodenia, je najpredvídateľnejšou oblasťou nášho života, okolnosťou, ktorej istota je stopercentná. Smrť, ako konečná miera nášho života, nám môže v racionálnej a logickej rovine poslúžiť na zlepšenie života. Je pochopiteľné, že sa všetci snažíme o zmiernenie utrpenia a oddialenie smrti. Ľudský život je aj napriek pokroku medicíny uzatvorený smrťou (Centková, Balogová, 2007, s. 133). Je veľa výpovedí, ktoré sa z rôznych profesijných pohľadov, záujmov a cieľov pokúšajú definovať smrť, uviedli sme však len niektoré a za rozhodujúce pokladáme uviesť aj nasledovné stanovisko o smrti: Smrť vnímaná ako koniec – okamih – prechod - i začiatok zároveň. To predpokladá výrazné zmeny vo filozofickom chápaní života, vyžaduje si to novú filozofiu života, integrujúcu do života i zomieranie a smrť. Znamená to, že by sme si

mali uvedomiť jednoduchú múdrosť, ktorú možno nájsť na bráne mnohých cintorínov: „I my sme boli medzi živými, i vy budete medzi mŕtvymi“. Každý človek prechádza vo svojom živote rôznymi obdobiami, ktoré sa navzájom líšia, ale majú aj mnoho spoločných znakov. Objavujú sa v nich konflikty a spory, ku ktorým musí zaujať určité stanovisko. Musí sa vysporiadať aj s utrpením, ktoré je pre dané obdobie špecifické. Tento stav je podobný situácii ťažko chorého alebo umierajúceho človeka. O tom, že odchod je niečím, čo má záporné predznamenanie, nie je potrebné diskutovať. Keď ide o druhého človeka, o človeka nám blízkeho a milého, tak jeho odchod znamená bolesť, ba často až neznesiteľnú bolesť. Ak však ide o náš vlastný odchod, tak s myšlienkou naň nás celkom prirodzene prepadne obavy či strach. Je vôbec možné na takýchto udalostiach vidieť niečo pozitívneho? Niektorí majú odvahu pozerieť sa na veci z odstupu. Upozorňujú nás, že na vzdor všetkému ťažkému je možné vidieť určitý klad v pohľade na život ako časovo obmedzený úsek života. V čom sa dá vidieť tento klad? Keby sme existovali časovo neobmedzene, bolo by na všetko dostatok času. To, čo by sme chceli urobiť dnes, mohli by sme si odložiť na zajtra alebo pozajtra, takto by sme to mohli odkladať až do nekonečna. Keby náš život bol sledom nekonečnej rady dlhých dní, málo by sme si však vážili vzácných chvíľ a okamihov, pretože každý okamih života je vzácny a neopakovateľný. Iba skutočnosť, že náš život je obmedzený nás vedie k väčšej zodpovednosti v našom rozhodovaní vo všetkých obdobiach nášho života (Křivohlavý, 1995, s. 7-8).

Zvykli sme si, že odkaz života sa prepletá s odkazom smrti. Vytvárajú spolu harmóniu, ktorá sa vpisuje do života univerza a zároveň učia človeka, že svoju pozemskú púť stojí za to prežiť v humánnej spolupatričnosti so všetkým živým. Najvyššou hodnotou aj pri úvahách o smrti stále zostáva život. Život každého človeka je veľký, krásny a vznešený už tým, že je, bez ohľadu na to, v akom prostredí a stave svojej existencie sa nachádza. Každá ľudská bytosť si zaslúži úctu a obdiv. Každý život aj ten, ktorý je poznačený a zdeformovaný bolesťou a utrpením, má hodnotu a vyplatí sa, aby sa žil. Tak aj negatívne stránky života ako je utrpenie a smrť, môžu byť premenené na niečo pozitívne, ak k nim zaujmeme správny postoj. Ide o nájdenie osobného prístupu k smrti, a to nájdením zmyslu vlastného života. Rozumný vzťah k smrti predpokladá dobre poznať chápanie vzťahu života a smrti v ľudských dejinách. Rozhodne nie je správne o tejto otázke absolútne mlčať, úmyselne ju ignorovať, skrývať akoby bola hanbou, niečím ponižujúcim, niečím špinavým. Ľudia v nej vidia len hrôzu, zbytočné až absurdné utrpenie, neznesiteľné pokorenie, zatiaľ čo je vyvrcholením ľudského života, jeho dovŕšením, a to

jej dáva zmysel a hodnotu. V bežnom chápaní aj tak zostáva veľkým otáznikom, ktorý nosíme vo svojom najhlbšom vnútri.

1.3.1 Vedomie smrti

Individuálnosť človeka sa prejavuje v celkom odlišných spôsoboch správania. Veľa týchto reakcií v značnej miere podlieha osobným i medziosobným variáciám. Preto je pochopiteľné, že postoje ľudí k zomieraniu a smrti sú odlišné. Tendenciou spoločnosti je potlačiť myšlienky na smrť (Lachytová, 2008, s. 7). „Aby bolo možné zaujať postoj k smrti, treba vziať smrť na vedomie. Z fylogenetického hľadiska vznik vedomia vlastnej smrti a kryštalizácia zložitejších vzťahov k smrti predpokladá také zmeny vo vzťahu spoločnosti a prírody, ktoré vedú jednotlivca k tomu, aby si uvedomil seba samého ako bytosť zvrchovanú, svojbytnú, ako bytosť, ktorá je síce stále obklopená spoločenstvom ľudí, ktorá však súčasne môže vykročiť z tohto spoločenstva“ (Steindl, 2000, s. 26). Slovanami týchto autorov chceme v tejto podkapitole naznačiť otázku, či človek, najmä mladší, vôbec dokáže myslieť na smrť, či je na ňu pripravený? Či je prirodzené a potrebné riešiť túto otázku? Ved' zo skúsenosti vieme, že aj keď sme na smrť, napríklad svojich najbližších, akokoľvek pripravení, vždy nás zaskočí a nevieme ju prijať ako čosi prirodzené, neovplyvniteľné. Zakaždým si kladieme tú istú otázku (prečo práve on?), na ktorú nikdy nenájdeme odpoveď. Možno je toto uvažovanie nad životom a nad tým, čo nás čaká, keď sa naša pozemská púť skončí netypické, ale podstatné, lebo smrť je fenomén, ktorý nerozlučne patrí k životu.

Brádnianská (1999, s. 9-10) definuje tri kategórie postojov človeka k smrti. Prvý postoj je kladný a znamená, že smrť človeka priťahuje, možno ju aj z rozličných dôvodov vyhl'adáva, fascinuje ho a je dennou súčasťou života. Intuitívne cítime, že smrť zohráva v našich životoch dôležitú úlohu. Druhý postoj je neutrálny, kedy je človeku smrť ľahostajná. A posledný, tretí postoj je záporný, ktorý naznačuje, že smrti sa človek bojí, popiera ju, tabuizuje, časovo ju odkladá. Smrť ho odpudzuje, preto sa jej radšej vyhýba alebo s ňou bojuje. Človek sa pokúša zbaviť dotieravej myšlienky jej stálym odsúvaním, a tak zdanlivo uteká pred touto myšlienkou, nemyslí na smrť. Tento postoj reprezentuje napríklad Epikurov výrok: „Ak sme my, nie je smrť. Ak je smrť, nie sme my“. V tomto duchu Brádnianská (1999, s. 10) tvrdí, že vedomie konečnosti a obmedzenosti života, vedomie fakticity smrti ako aj vedomie vlastnej budúcej smrti spôsobuje, že ľudia prežívajú strach. Ten je z psychologického hľadiska najčastejšou obrannou reakciou. Ľudia sa boja smrti vlastnej, svojich blízkych a konca sveta. V súvislosti s vlastnou smrťou je to

strach z neočakávanej a predčasnej smrti, z procesu zomierania (samota, bolesť) a zo samotnej chvíľky konca. Strach zo smrti je príčinou, ale aj dôsledkom ďalšej obrannej reakcie – ignorancie. Ignorancia spolu so strachom tvorí akýsi začarovaný kruh, keď strachom ovplyvňovaní ľudia sa smrti vyhýbajú a táto snaha i jej konkrétne podoby vedú k zosilneniu postoja strachu a obáv. Brádňanská uvádza aspoň niektoré motívy uvedených postojov obrany, ktoré sú zároveň aj ich následkami: izolácia zomierajúcich, inštitucionalizácia (presun zomierania z rodín do nemocníc, zo súkromia na verejnosť), despiritualizácia (kňaza nahradil lekár a sestra, cirkev nemocnica), depersonalizácia (strata individuality a osobnej starostlivosti), dehumanizácia (človek je iba objekt), rutinizácia (zmechanizovanie starostlivosti). Postoj obrany súvisí s postojom boja. Neustálym bojom ide o úsilie smrť prekonať, dosiahnuť nesmrteľnosť a zvíťaziť nad smrťou. Človek súčasnej doby má ku smrti okrem negatívneho postoja vzťah dosť nejednoznačný, zmätený a neistý a to preto, lebo je nepripravený a nepripravovaný na smrť a preto, lebo sa problematizoval samotný život.

Z týchto troch zložiek, participujúcich na celkovom ľudskom postoji ku smrti, jasne prevláda negatívna, ktorá je zjavná neustálym postojom obrany a zároveň aj boja voči tejto realite. Paradoxom však naďalej zostáva, že nás tento fakt núti rozmýšľať a následne aj o smrti hovoriť. Máme ambivalentný vzťah k smrti. Človek si pripomína svoju vlastnú smrteľnosť, znova a znova a s oveľa väčším dôrazom mu ju však pripomína smrť druhých ľudí, najmä najbližších. V ľudskom vedomí sa tak buduje reflexia možnosti smrti. Fakt, že je človek smrteľný, si uvedomujú myslitelia, samozrejme, po celé storočia. Rozbory ľudskej psychiky ukázali, že vôbec nemyslieť na smrť je príznakom nedostatočne vyvinutého vedomia. Vedomie smrti sa vyvíja paralelne s individualizáciou človeka, s vytvorením jedinečnej individuality. Je bežnou výbavou vyspelého subjektu. (Steindl, 2000, s. 24-27).

„Pojem vedomie smrti chápeme širšie ako len v psychologickom zmysle. Ide o poznanie a sprítomnenie našej konečnosti, ohraničenosti, obmedzenosti, nutnosti zániku našej existencie a o dôsledky, ktoré z tohto faktu vyplývajú pre život človeka“ (Čáp, 2002, s. 152). Vedomie smrti je zložitý fenomén, pri ktorom predpokladáme, že keď človek postupne dochádza k vedomiu vlastnej smrteľnosti, zamýšľa sa nad ňou a vstupuje so sebou do dramatického dialógu, uvažuje o sebe ako o inom, totiž o bytosti, ktorá musí raz odísť zo spoločenstva svojich blízkych.

Termín vedomie smrti sme len vymedzili a teraz na základe uskutočneného prieskumu, sme ho posudzovali, popisovali a interpretovali ako celok. Naším cieľom bolo

zistiť aký je postoj k tejto problematike. Pre analýzu vedomia smrti je obzvlášť dôležité jazykové vyjadrenie, pretože nám dáva možnosť odkryť významovú rovinu tohto problému. Prvým krokom počas nášho zisťovania bolo oboznámiť účastníka rozhovoru s naším cieľom, problémom a podať presné inštrukcie. Ďalším krokom bolo zachytiť a zaznamenať všetky vyslovené asociácie k pojmu smrť a odkryť len tie pojmy, ktoré sa viažu k smrti. V tomto prieskume bola čiastočne použitá metóda brainstormingu. Táto metóda nám umožňuje vytvoriť schému k pojmu smrť a následne pouvažovať nad súvislosťami medzi jednotlivými slovami a hlavným pojmom. Z údajov, ktoré sme získali, sme vytvorili pojmovú mapu (Príloha A). Obsahuje najčastejšie asociácie na slovo smrť a hodnota pri jednotlivých slovách vyjadruje ich počet. Prostredníctvom tohto prieskumu sme získali len čisté asociácie, bez príslušných významov. Preto sme jednotlivé pojmy podrobnejšie popísali, čím sme prispeli k presnejšej interpretácii a k odkrytiu významovej roviny vedomia smrti.

Najčastejšie asociácie boli smútok, koniec a strach, ďalej strata a plač, pohreb a samota. Menej sa spomínali vykúpenie, choroba, večný život a kvety. A najmenej menovanými boli rakva, žiaľ a kríž.

Smútok, žiaľ a plač môžu byť emocionálne reakcie na stratu blízkeho. Sú spojené so spomienkou, so sprítomnením mŕtveho vo vedomí človeka. V tomto prípade ide vždy o smrť druhého, ktorého život pre nás skončil, o nemožnosť sa s ním viac stretnúť. Uchováваме si spomienky na osobu, ktorú sme stratili a navštevujeme miesta, ktoré si so zomrelou osobou spájajme, akoby sme ju chceli znova nájsť. Občas sa dokonca stane, že máme pocit, že ju vidíme alebo počujeme, ale tieto dojmy v nás skoro vyvolajú nové sklamanie. Hľadanie stratenej osoby môže pokračovať ďalej v snoch, v ktorých môžeme mŕtveho vidieť živého. Je obvyklé, že v spánku blúznime a vidíme mŕtve osoby, ale tieto halucinácie zmiznú hneď ako sa osoba prebudí. Na druhej strane môže pomerne často pretrvávajúť pocit, že mŕtva osoba je niekde na blízku. Krátko po smrti sú si ľudia vedomí toho, že osoba, ktorú milovali, je mŕtva, ale hovoria si, že nemôžu uveriť tomu, že je to pravda. „Viem, že je mŕtva, ale nemôžem sa s tým zmieriť“, prehlásil jeden muž po smrti svojej ženy. Rozpor medzi skutočnosťou a jej prijatím naznačuje, že pokiaľ sa človek zmieri s udalosťou, ktorá je pre neho nespochybniteľná, vyžaduje si to svoj čas (Parkes, 2007, s. 18-19). Každý človek má právo smútiť. Hovorí sa, že smútenie má svoj význam v tom, že stratu musí človek nejako spracovať, aby ju mohol prijať, musí si túto skúsenosť pretrpieť. Prvé minúty po úmrtí blízkeho príbuzného bývajú naplnené bezradnosťou. Čo bude ďalej? Ako majú citovo uveriť tomu, že zomrel, i keď racionálne hrozbu straty

akceptovali? Ako budú žiť bez človeka, ktorého mali radi? Zmätenosť, zvláštnosť okamihov a neistota sú prekrývané nutnosťou akceptovať stratu, pochopiť a prijať, že sa stalo, čo sa očakávalo (Haškovcová, 2000, s. 80).

Žiaľ je silnejšou formou smútku, obsahuje totiž v sebe bezvýchodiskovú túžbu zameranú do minulosti, túžbu po návrate toho, čo bolo stratené, je to predovšetkým reakcia na stratu blízkej osoby. Človek postihnutý takouto stratou pociťuje silnú túžbu po tom, aby k nej nedošlo, a je zúfalý z jej neodvratnosti. Môžeme skonštatovať, že tieto emócie sú aj reakciou na nutnosť existovať bez blízkeho, na otázku, ako budeme my žiť ďalej.

Samota, vzťahujúca sa k smrti, môže mať dve roviny interpretácie. Jedna je v samote človeka, ktorý stratil blízku osobu a druhá v samote ako predstave posmrtného bytia. Smútok, žiaľ a plač súvisia so samotou. S opustenosťou, ktorú pociťujeme ako neopakovateľnú. Matoušek (In: Centková, Balogová, 2007, s. 145) uvádza, že „osamelosť je stav, kedy človek má pocit, že okolo seba nemá nikoho, na koho by sa mohol obrátiť, zdôveriť sa mu a od koho by mohol očakávať podporu a povzbudenie.“ Ide v nej vždy o pozostalého, ktorého život sa radikálne mení, ktorý už nikdy nemôže počítať s prítomnosťou svojho blízkeho. Podobný význam má aj strata. Samota je zapríčinená stratou niečoho, čo bolo bežne prítomné a zrazu nie je, niečoho, s čím sa dalo počítať. Druhá rovina interpretácie je strata vlastného života, svojej existencie, svojho Ja, ktoré už viac nebude. Je to situácia, v ktorej sa stratíme zo života druhých a oni budú stratení pre nás.

Kvety, kríž a sviečky sú charakteristické symboly, ktoré sa tiež spájajú so smrťou. Stretávame sa s nimi pri hrobe, ale aj neskôr, pri návšteve cintorínov. Sú naviazané na mŕtvych, sú symbolom rozlúčky, ale aj spomienky. Kríž je náboženským, kresťanským symbolom symbolizujúcim utrpenie Krista, spásy, zmŕtvychvstania, večného života a kresťanskej viery vôbec. Kvety sú symbolom vďaky, úcty a lásky. Sviečka na jednej strane symbolizuje pietnu spomienku, na druhej strane ako svetlo symbolizuje nádej. Sviečka je aj symbolom pomínutelnosti, napríklad v prirovnaní „jeho život vyhasol ako sviečka“. V tomto význame symbolizuje čas, ktorý máme od narodenia po smrť, častokrát aj v chápaní, že nám bol vopred vymeraný.

Rakva alebo truhla je ďalším symbolom viažucim sa k smrti. Ľudia si často, ešte za svojho života, pripravujú oblečenie do truhly. Poznáme to z rozprávania našich starých rodičov. Pohrebníctva ponúkajú rôzne druhy komfortných rakiev, ktoré zároveň môžu vyjadrovať aj spoločenský status zosnulého. Rakva je posledným miestom, kde môžeme vidieť mŕtve telo.

Pohreb, posledná rozlúčka s mŕtvym človekom. Je pietnym aktom spojeným s prejavom úcty k zosnulému (kvety) a vyjadrením účasti na žiali pozostalých. Zároveň je spomienkou (sviečka) a akýmsi uzavretím pozemskej púte človeka (posledná cesta). Na pohrebe rovnako ako pozostalí, tak aj mŕtvy človek je prítomný ako mŕtve telo. V tejto chvíli je však jeho život zavŕšený, nemôže sa v ňom už nič stať, je celistvý, dokončený, je minulosťou. V náboženskom chápaní je pohreb spojený s vykonaním nevyhnutných náboženských obradov pred uložením pozostatkov.

Koniec má vzťah k časovému charakteru našej existencie. Máme evidenciu, že sme limitovaní a že minimálne forma existencie, ktorú máme počas nášho pobytu na Zemi, raz skončí. Vieme, že jedného dňa tu nebudeme. Nebudeme sa vyskytovať a stretávať sa s ostatnými ľuďmi a svetom vôbec. To znamená možnosť nemožnosti. Smrť, reprezentovaná koncom, je istotou, že náš život v budúcnosti skončí, zároveň však nevieme, kedy príde ten čas, kedy nastane ten okamih životného konca. Koniec je v každom okamihu nášho života potenciálne prítomný. Koniec je aj možnosťou prechodu do inobytia, alebo možnosťou stať sa ničím. Koniec je okamih, je to zlom v čase, po ktorom nastáva radikálna zmena.

Vykúpenie môžeme interpretovať v náboženskom zmysle ako vykúpenie z hriechov, alebo v zmysle výroku „smrť bola pre neho vykúpením“. V tomto prípade ide o vykúpenie z nezmieriteľného utrpenia, napríklad choroby. *Choroba* je jednou z možností, v ktorej sa nám smrť sprítomňuje. Najčastejšie sa stretávame so smrťou ako záverom ochorenia. *Večný život* je transcendentnou predstavou o spôsobe inobytia po smrti. Je úzko spätá s náboženstvom a vierou.

Strach je reakciou na prítomné alebo hroziace nebezpečenstvo, primárne, čiže vrodene, je strach reakciou na hrozbu bolesti a straty života. Problémom však zostáva, obrazne povedané: ako utiecť pred smrťou. V bežnom živote sú situácie, ktoré ohrozujú náš život, v nich je smrť potenciálne prítomná. Napríklad uhneme sa, keď nám niečo padá na hlavu, dáme si pozor pri prechádzaní križovatky, dobre sa oblečieme, aby sme neochoreli a pod. Za takýmito situáciami nájdeme motív vyhnúť sa ohrozeniu, ktoré vždy ako možný dôsledok, obsahuje aj smrť. Problémom sa však stáva čas. Nevyhnutne nastane situácia, keď sa už nebudeme môcť vyhnúť, keď nám strach ako úniková a mobilizujúca reakcia nepomôže. Už nebude kedy a kam uniknúť. Ďalšou možnou interpretáciou je strach ako reakcia na stratu blízkeho. Môže byť vyjadrením obavy, ako budeme žiť ďalej (Čáp, 2002, s. 155-156). Keď človek umiera, niekto blízky, vynoria sa v mnohých rôznych podobách dva emočné problémy a to strach a smútok. Strach je normálnou ľudskou reakciou na

nebezpečenstvo a smútok je prirodzenou reakciou na stratu akéhokoľvek druhu. Strach i smútok musíme prijať a pochopiť. Znie to ako samozrejmosť, ale kvôli tomu, že ľudia nechápu takéto normálne reakcie, vzniká veľa nedorozumení (Parkes, 2007, s. 16).

Každý z nás nosí vo svojom vedomí myšlienku individuálneho zániku. Je len na nás, ako sa s touto myšlienkou vyrovnáme a aký postoj k tomu dokážeme zaujať.

1.3.2 Stanovenie smrti a typy smrti

Smrť je prirodzený dôsledok života, pretože človek sa narodí, dospeje, zostarne a nakoniec zomrie. Všetko sa vyvíja, i smrť má svoje zákony, a isté je iba to, že ona je tou konečnou reakciou celku. Je to prirodzený zákon, ktorý nedokážeme zmeniť a s ktorým sa musíme vyrovnáť. Smrť je dej, ktorý sprevádza každé individuum konkrétnym životom a je to dej, ktorým taktiež všetko živé odchádza (Centková, Balogová, 2007, s. 139).

Pri otázke smrti sa stretávame aj s otázkou stanoviť jej hranice. Najskôr sa za smrť považoval okamih, keď srdce prestalo biť. Až neskôr sa objavuje termín smrť mozgu. Hoci sa smrť spája so zástavou dôležitých životných funkcií, z medicínskeho hľadiska sa smrť stanovuje až po odumretí mozgových buniek (Vymětal, 2003, s. 284). K hlavným systémom, ktoré zabezpečujú jedincovi život a sú pre neho dôležité, patria: činnosť srdca, mozgu a dychu. Zastavenie činnosti ktoréhokoľvek z nich znamená, bezprostrednú predzvesť smrti celého organizmu. „Z lekárskeho stanoviska treba pripomenúť, že po zastavení krvného obehu nastáva pre nedostatok okysličovania nenávratné poškodenie mozgových buniek a nemožno očakávať, že by sa zmeny na mozgových bunkách upravili. Bunky ľudského mozgu sú veľmi citlivé na nedostatok kyslíka. Už za desať sekúnd po zastavení krvného obehu sa poruší funkcia neurónov a nastane bezvedomie. Vo všeobecnosti sa vie, že prežitie nervových buniek je asi osem minút po prerušení prítoku krvi mozgom. Po tejto dobe nastáva pre nervové bunky v mozgu bez prívodu kyslíka ireverzibilná smrť (neodvratná)“ (Bošmanský, 1996, s. 144). Keď srdce v organizme zastane, nedostatok tohto plynu života ovplyvní predovšetkým najcitlivejšie a zároveň najdôležitejšie miesta, nervové bunky v mozgu. Tie sú veľmi citlivé na nedostatok kyslíka, dochádza k ich vážnemu poškodeniu, k mozgovej smrti. Diagnóza mozgová smrť sa pokladá za jednoznačný a definitívny dôkaz smrti daného človeka. Smrťou mozgu nastáva trvalá strata schopnosti fungovania organizmu ako celku. Organizmus predstavuje po mozgovej smrti iba súbor vzájomne nezávislých nekoordinovane pracujúcich subsystémov (orgánov, tkanív, buniek), ktorých dočasne fungovanie už nie je pre ďalšiu existenciu rozhodujúce. V prípade mozgovej smrti je teda osoba mŕtva, aj keď u nej pokračuje

srdcová činnosť a dýchanie, prípadne iné vitálne funkcie udržiavané pomocou technických prostriedkov (Šoltés, 1998, s. 211). „Voľakedy sa ľudia presvedčovali o smrti nastavením zrkadla pred ústa a nos zomrelého. Ak sa zrkadlo nezarosilo, tak konštatovali, že dotyčný je mŕtvy“ (Bošmanský, 1996, s. 142).

K uceleniu témy náuke o smrti je potrebné spomenúť typy smrti. Rýchlosť smrti je rôzna preto rozlišujeme: prirodzenú smrť, náhlu, rýchlu a pomalú (Longauer, Palaščák a kol., 2003, s. 78). K príčinám smrti sa často pričlení nejaká choroba, ktorá môže trvať rozlične dlho s rozličnou intenzitou. Smrť niekedy vnímame ako očakávanú návštevu. Človek je už starý, nemohúci a nevládze sa o seba sám postarať. Má bežné geriatrické ochorenie, ktoré je typické pre jeho vek. Ide napríklad o chorobné procesy postihujúce centrálny nervový systém, končiace demenciou a poruchou hybnosti. Sú to napríklad Alzheimerova choroba alebo senilná demencia, ktorá spôsobuje strácanie telesnej duševnej pružnosti organizmu. Proces uvedomovania zomierania a smrti je prahový alebo podprahový pre chýbanie mozgových štruktúr. Starostlivosť o takéhoto starého človeka je náročná, dlhodobá, čo môže viesť k depresii, pocitu márnosti, k psychickému a fyzickému vyčerpaniu, preto jeho smrť potom pre príbuzných znamená skôr uvoľnenie a uľahčenie. V minulosti bola samozrejماً existencia viacgeneračných rodín. Dnes sa ich výskyt znižuje. Viacgeneračná rodina je dobrou živnou pôdou pre lepšie pochopenie smrti. Je lepšie, keď človek zomiera v domácom prostredí v rodinnom kruhu *prirodzenou smrťou*. Má príležitosť si nevyriešené veci zariadiť a pokojne zomrieť. Pozostalí sa lúčia so zomierajúcim s pocitom, že preňho urobili všetko, čo bolo v ich silách. Druhým typom smrti je *dlhotrvajúce chronické ochorenie*. Zaťažuje pacienta i jeho rodinu ako fyzicky, psychicky, tak i ekonomicky a sociálne, častokrát až do tej miery, že smrť chorého vnímajú ako úľavu (Centková, Balogová, 2007, s. 139). *Rýchla smrť* a *náhla* sa prakticky prekrývajú. Pojem náhla je častejšie asociovaná s tragickou smrťou, pojem rýchla smrť reflektuje chorobu, ktorá je príčinou skorého skonu. V odbornej literatúre sa stretávame s výrazmi avizovanej a neavizovanej smrti (Lachytová, 2008, s. 17). *Náhla smrť* nasleduje v krátkom časovom intervale po impulze, t.j. po vyvolávajúcim momente. Ide napr. o usmrtenie bleskom, elektrickým prúdom, inými mechanizmami, o úraz, úkladné vraždy, mozgové a srdcové príhody s okamžitým poškodením vitálnych centier a pod. Sú to všetky stavy navodzujúce rýchlu smrť. Je to najtragickejší zážitok, pretože rodina stráca svojho milovaného bez nejakého varovania a bez možnosti vyrovnania sa so stratou. Najhoršou kombináciou je náhle úmrtie dieťaťa alebo celoživotného partnera. *Násilná smrť* rozvíri hladinu nenávisťi, túžbu po pomste a odplate. Nech príde smrť v akejkoľvek forme, vždy

sa hlboko vryje do pamäti podobne, ako aj vek zomretého. Je rozdiel i v tom, ako starý alebo ako mladý bol človek, ktorý zomrel. Ak rodičom zomrie dieťa, je to vždy zarmucujúce. Mladý človek však ešte nemá vzťahy tak pevne posplietané, hlavne ak nemá vlastnú rodinu. Má svoju prácu, svoje záujmy, avšak starší ľudia sú na sebe priam závislí. A tak sa stáva, že pri úmrtí jedného partnera z takto pevne zviazaného vzťahu zomiera ten druhý veľmi skoro a predčasne. Ľudovo sa tomu hovorí, že zomrel od žiaľu. Medzi najhoršie straty patrí strata dieťaťa, partnera, rodičov, prarodičov a priateľa. Nedá sa však presne určiť, ktorá strata je horšia a zarmucujúcejšia, pretože niekedy aj strata priateľa je vnímaná bolestnejšie ako strata rodiča. Veľa záleží na pomeroch v rodine, na výchove a na fungovaní vzájomných vzťahov (Centková, Balogová, 2007, s. 139-140). *Pomalá smrť* v relatívne dlhom čase sa ohlasuje teda avizuje. Zomierajúci, u ktorých proces zomierania prebieha pomaly, s veľkou intenzitou utrpenia a pri plnom vedomí sú napr. chorí pri onkologických ochoreniach. Proces uvedomovania smrti a zomierania je veľmi silný. Tento dlhotrvajúci proces prináša so sebou celý rad starostí a problémov. Pozitívne na tom je, že umožňuje dotyčnému v pokoji pripraviť sa na odchod a dať si do poriadku osobné veci. Na druhej strane je tu však aj negatívna stránka vecí, kedy choroba prináša nekonečný rad ťažkostí, bolestí a utrpenia. Príbuzní nezriedka prežívajú skon blízkeho človeka ako istý druh prekvapenia, ako skutočnosť, ktorú si nepripúšťajú (Lachytová, 2008, s. 17). Rozdiel medzi rýchlou a pomalou smrťou je nielen otázkou času, ale týka sa aj miesta, kde človek zomiera. Pri náhlom umieraní si zvyčajne človek miesto nevyberá. Príkladom je pracovisko pri pracovnom úraze, auto pri dopravnej nehode, ale pri akútnej mozgovej príhode to môže byť kdekoľvek. Pri pomalom zomieraní si do určitej miery môžeme vybrať miesto odchodu. Príčin väčšiny je zomrieť doma medzi najbližšími. Z lekárskeho hľadiska rozlišujeme *klinickú smrť*. „Je to dynamický stav organizmu, ktorý začína patologickou zástavou jednej z dvoch základných životných funkcií, t. j. dýchania alebo obehu, ktorá je obvykle behom 30 až 60 sekúnd sledovanou zástavou i druhej základnej funkcie. Bez cudzej pomoci prechádza nenávratne v biologickú definitívnu smrť“ (Lachytová, 2008, s. 21). Lachytová (2008, s. 20-21) tvrdí, že otázkou klinickej a absolútnej smrti sa zaoberal aj americký psychiater a filozof Raymond A. Moody. Z klinickej smrti, t. j. zo stavu, kedy už vymizol dych a srdcová činnosť vyšetril okolo 150 resuscitovaných osôb. Zistil tiež, že veľké množstvo z nich počuli rozhodnutie „je mŕtvy“. Títo ľudia podľa Moodyho si v klinickej smrti obyčajne uvedomovali, že zomreli, ale zachovávali si však vedomie svojej existencie, a po tom boli resuscitovaní. Ľudia opisujú tento zážitok ako prechod tmavým tunelom s jasným svetlom na konci, v ktorom mali

pocit bezpečia a spokojnosti. Niektorí videli svoje nehybné telo a pozorovali snaženie okolostojacich ľudí, ktorí im pomáhali. Niekedy prežívali rýchlu retrospekciu svojho života. Po navrátení vedomia neradi hovorili o tomto zážitku, čiastočne z obavy, že budú na smiech a nikto im to nebude veriť, alebo z obavy, že tento zážitok nebudú vedieť reprodukovať ako to býva pri niektorých snoch. Zaujímavé je to, že všetci tí, ktorí prežili tento zážitok, nemajú strach zo smrti a vyjadrujú sa o nej dokonca optimisticky. V absolútnej väčšine prípadov návrat z druhej strany prináša pozitívnu zmenu osobnosti človeka. Prijíma nové etické kvality, čiastočne alebo úplne mení svoj hodnotový rebríček, je rozhodnutý žiť lepšie, rozumnejšie, zodpovednejšie, viac myslí na iných ako na seba (Bošmanský, 1996, s. 136-145).

Fakt smrti je pre nás všetkých vzácnym podnetom k vzniku myšlienky nakoľko cenný je život, ako treba využiť každú voľnú minútu. Smrť je tajomstvom a záhadou, týka sa každého z nás, môže prísť kedykoľvek a kdekoľvek, pretože žijeme v jej blízkosti. Genéza smrti je podmienená životom a život je otvorený smrti.

2 Etické problémy v starostlivosti o zomierajúcich, ľudská dôstojnosť, úcta k životu

Zdravý človek sa príliš svojou smrťou nezaobrá. Venuje pozornosť problémom života, rodine, práci a záľubám. Smrťou sa najčastejšie zaoberajú ťažko chorí a umierajúci pacienti. Ak zomierajúci pochopí, že sa blíži koniec jeho života, je nútený vyrovnáť sa s týmto stavom. Reakcie sú rozdielne a závisia od mnohých okolností napríklad od typu osobnosti a temperamentu, veku životných skúseností, zdravotného stavu či rodinného zázemia. Väčšinou je správanie sprevádzané blúdením medzi nereálnou nádejou a ilúziami a vedomím prijatím svojho osudu. Ďalším javom je precitlivenosť voči svojmu okoliu, v chovaní sa prejavujú úzkostné stavy (strata ľudskej dôstojnosti, strach zo samoty, obava z bezmocnosti) a uzatváranie sa do seba pred samotným okolím. I keď sa umieranie považuje za jedno z najkritickejších období života, skúsenosti s umieraním do veľkej miery závisia na iných ľuďoch. Na sociálnej úrovni sa prikladá veľký dôraz humánnemu prístupu k umieraniu: ľudia majú potrebu, aby bola chránená ich dôstojnosť a dostalo sa im útechy, keď ju najviac potrebujú. Za posledné desaťročie sa Práva pacientov pertraktujú na scéne slovenského zdravotníctva veľmi často. Je to otázka, ktorá rovnako zaujíma prinajmenšom dve sociálne skupiny: poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a jej prijímateľov, čiže pacientov a klientov zdravotníckych zariadení, štátnych i súkromných.

2.1 Problematika umierania

Umieranie a smrť nie sú totožné. Umieranie je stav, kedy dochádza k postupnému a nezvratnému zlyhávaniu dôležitých vitálnych funkcií organizmu a jeho tkanív. Dôsledkom zlyhávania nastáva zánik organizmu ako celku, zánik jedinca a teda jeho smrť. Hoci sa bunky tkanív v ľudskom tele neustále obnovujú, znovu rodia, tak ich schopnosť obnovy rokmi klesá, čo spôsobuje starnutie organizmu. Ich schopnosť reparácie je však vyčerpateľná a preto nevyhnutne prichádza smrť. Na báze programu života, ktorý je vystriedaný smrťou alebo programom smrti, ku spusteniu ktorého dôjde až vtedy keď bol vyčerpaný program života, vznikol aj pojem smrteľné hodiny (Haškovcová, 2000, s. 74).

Človek je jediný tvor na zemi, ktorý vie, že musí zomrieť. Smrť je charakterizovaná aj ako stav, kde končí naša skúsenosť a je výzvou zmyslu života. Je samozrejmé, že bez smrti by ľudský život stratil svoj zmysel. Obrazne povedané, život sa podobá vete, ktorej porozumieme až keď je vyslovené posledné slovo smrť. Prijat' fakt konečnosti ľudského života je prejavom zrelosti a životnej múdrosti. Podľa Jankovského je smrť vnímaná „ako

posledná a prirodzená etapa života, ktorá k životu patrí, a preto by mala byť očakávaná v pokoji a dôstojne“ (Jankovský, 2003, s. 139).

Umieranie ako dôsledok choroby je cesta rôzne dlhým obdobím v čase. Kdežto smrť je, akoby akt prechodu cez dvere do neznáma, o ktorom nevieme nič, máme len domnienky a teórie. Táto neistota vzbudzuje v ľuďoch úzkosť a produkuje biologický strach zo smrti. Všeobecne môžeme o zomieraní hovoriť ako o prechodnej fáze medzi životom a smrťou, ale už samotný koniec tejto fázy je smrť. V biologickom zmysle je za zomierajúceho človeka pokladaný ten, kto sa ocitol v pokročilom štádiu zlyhania jednej respektíve viacerých životne dôležitých funkcií orgánov a vedie ho v dimenzii času k smrti. Samozrejme sa tu musí rozlíšiť štádium poškodenia a ako sa proces blíži k bodu smrti v časovom ohraničení. Neznamená to teda, že za zomierajúceho sa pokladá ten, kto je nevyliciteľne chorý. Predovšetkým to záleží od rýchlosti šírenia choroby, pod ktorou sú napadnuté k životu dôležité orgány. Naši predkovia vychádzali z toho, že každý človek cíti svoju blížiacu sa smrť. V súčasnosti sa to prenieslo tak nanajvýš do sféry snov, ako subjektívny znak alebo predtucha. Z psychologického a predovšetkým sociálneho hľadiska možno fázu zomierania považovať za ukončenú zmiznutím vedomia jedinca, čo je označované ako psychická smrť. Človek sa síce umieraniu bráni, no táto obrana neprichádza z najhlbšieho vnútra. Napokon už taký človek nechce žiť, lebo nemá nijakú radosť zo svojho bytia. Gulášová (In: Centková, Balogová, 2007, s. 106) hovorí, „že sociálnym umieraním možno označiť stavy, kedy človek síce žije, ale je vylúčený z dôležitých sociálnych a interpersonálnych vzťahov.“

Najširšie chápanie definuje zomieranie ako skutočnosť, ktorá netrvá len posledných pár rokov života. Pretože smrť je v živote zakódovaná, zomierame vlastne už od prvej chvíle našej existencie. Zomieranie začína narodením a možno až počatím, končí smrťou. Celý život je zomieranie. V literatúre sa okrem pojmu zomieranie stretávame aj s inými pojmami ako napríklad terminálne (konečné) štádium, latentné (smrteľné) obdobie, perimortálna fáza (vlastné zomieranie). Umieranie v lekárskej terminológii je synonymom terminálneho stavu a terminálny stav sa podľa Lachytovej (2008, s. 7) definuje „ako postupné a nezvratné zlyhávanie životne dôležitých funkcií a orgánov s následkom smrti individua, jedná sa teda o vlastné umieranie.“ Brádňanská (1999, s. 8) uvádza, že zomieranie z hľadiska eticko-psychologického je chápané ako dlhší časový úsek než terminálne štádium, je to širší pojem, než biomedicínsky poňaté terminálne štádium. Ďalej uvádza, že dnes je stále viac tento stav chápaný ako proces neustále sa meniaci, zvyčajne dlhotrvajúci a individuálny. Brádňanská v tejto súvislosti hovorí, že v Biblii je zomieranie

chápané ako proces, pri ktorom sa človek vedome približuje ku koncu svojho pozemského života. Proces zomierania končí smrťou. Ona uzavrie pozemský život (Brádňanská, 1999, s. 9).

Ako uvádzajú Clark a Seymourová (Payneová a kol., 2007, s. 219) umieranie možno prežívať ako jednu obrovskú námahu, lebo choroba postupuje a nároky na starostlivosť narastajú, taktiež ho možno vnímať aj ako príležitosť k osobnému rozvoju alebo naplneniu vo vzťahoch s inými. Jedným z najdôležitejších faktorov ovplyvňujúcich pokojné prijatie záveru života je spokojnosť s tým, čo človek prežil. V hodnotiacom dialógu so sebou samým je zrejme najintenzívnejšie uvedomenie si nedostatku času. Ako povedal A. Camus: „Aby bol človek šťastný, musí mať čas. Veľa času“. Človek končiaci svoj život v dôsledku choroby alebo veku tento čas nemá. Pretože nikto nemôže vziať človeku jeho umieranie, najdôležitejšie je nájsť si vlastný zmysel, vlastnú interpretáciu života a smrti (Smelá, 2005, s. 32). Umieranie je veľmi chúlостivým obdobím. V ideálnom prípade to môže byť čas duchovného uzmierenia a vnútorného spojenia so svetom. Môže to byť aj obdobie, v ktorom dominujú obťažujúce príznaky choroby a strachu, neistoty z toho, čo príde. Umieranie ako proces bolestnej kapitoly ľudského života neudivuje, že sa chorého i členov rodiny zmocňujú určité obavy ako to všetko primeraným spôsobom zvládnuť. Umierajúci má stále menej fyzických a psychických síl. Vzdďaľuje sa od vonkajšieho sveta a logicky klesá jeho záujem o ľudí, o noviny, televíziu a pod. Niekedy stále menej a menej si praje návštevy známych a susedov ale chce mať okolo seba iba tie najbližšie osoby. Niekedy si praje byť aj sám. Pomerne často spí a býva kľudný. Niekedy zásadne bdie. Môžeme tu pozorovať introvertnú orientáciu. V snoch alebo v polospánku niekedy vedie istý monológ, v ktorom rekapituluje celý svoj život alebo jednotlivé časti a bilancuje. Pacient sa otvorene alebo v skrytosti zaoberá otázkou: Koľko času mu ešte ostáva, alebo ako dlho bude ešte trpieť? Aj pre príbuzných je zaiste nie veľmi jednoduché spojiť podiel na namáhavej starostlivosti s nejasným očakávaním – kedy príde smrť a ako bude vyzeráť jej začiatok a akú bude mať konkrétnu formu (Tausch – Flammer, 1994, s. 20). Umierajúci sú závislí na lekároch, sestrách, opatrovateľoch, sociálnych pracovníkoch, ktorí ich liečia, ošetrujú, opatrujú a starajú sa o nich. Preto veľmi záleží na ich skúsenostiach, vedomostiach, starostlivosti, empatii a súcite. Umieranie síce patrí k životu a je jeho súčasťou, ale nikto by nemal zomierať bez blízkych, či už sú to príbuzní, alebo zdravotníci. Umierajúci potrebujú zdravých a zdraví opäť umierajúcich k tomu, aby sami strácali neprimeraný strach zo smrti a mohli žiť kvalitnejšie. V starostlivosti o umierajúceho pochopíme zmysel ľudského života i to, čo to znamená ľudská blízkosť a pospolitosť. Žiť

s ohľadom na vlastnú časovosť, teda smrteľnosť, znamená vo svojom dôsledku šanca ku kvalitnému ľudskému existovaniu (Vymětal, 2003, s. 283).

Eschatológia je teologická disciplína, ktorá sa zaoberá poslednými otázkami života. Je to vlastne učenie o posledných veciach človeka a sveta (Šoltés, 1996, s. 69). Veci posledné chápeme „ako určitý fyzický a psychický stav človeka, s ktorým sa spájajú určité situácie, postoje a činnosti, ktoré sa odohrávajú v poslednom časovom úseku života, teda v procese zomierania. Týkajú sa nielen zomierajúceho, ale aj jeho okolia (zvlášť ošetrojúceho personálu)“ (Longauer, Palaščák a kol., 2003, s. 78). V širšom slova zmysle za veci posledné považujeme všetko to, čo sa odohráva pri zomieraní. Zahrňujú v sebe špecifické deje nadväzujúce na konkrétne procesy, situácie, postoje či rôzne činnosti. V tomto úseku života nastáva prechod zo stavu fyzického bytia do stavu fyzického nebytia. Sú to tie posledné chvíle života, ktoré si človek väčšinou aj uvedomuje ako posledné, ako ukončenie svojej pozemskej existencie. Z hľadiska čisto materialistického prístupu, je to koniec konca, koniec všetkého, s výnimkou zanechania genetickej a pracovnej stopy v potomstve. Z hľadiska teistických prístupov ide o prekračovanie hranice života do života inej kvality (Šoltés, 2008, s. 152).

Od eschatológie je potrebné odlišiť thanatológiu, ktorú definujeme ako „náuka o príčinách a príznakoch smrti, ako aj o smrti všeobecne“ (Bošmanský, 1996, s. 136). Človek vie, že jeho život je len dočasný a že jeho srdce raz prestane biť. Jankovský (2003, s. 139) uvádza: „thanatologia je interdisciplinárnym odborom“, pretože sa ňou zaoberá nielen medicína, ale tiež filozofia, teológia, psychológia, sociológia či iné vedné disciplíny. Práve ona ako náuka o smrti a umieraní rieši problematiku finality života. Názov je odvodený od gréckeho slova thanatos, čo v preklade znamená smrť. Thanatos bol mytologicky zobrazovaný ako boh smrti (Šoltés, 2008, s. 152). Vo svete už dlhší čas existuje a aj u nás sa v poslednom čase presadzuje táto disciplína, hľadajúca optimálne riešenie najťažšieho ľudského problému: ako doviest' umierajúceho človeka dôstojne na prah smrti. Je to disciplína, ktorá okolo umierajúceho združuje odborne erudovaných ľudí, ktorí prejavujú aktívnu solidaritu a ochotu prejsť ten kus poslednej cesty s ním. Všeobecne povedané, v tanatológii je dôležité venovať sa tomu druhému, ktorý je potrebný, prejavovať mu solidaritu, avšak prejavovať ju aktívne, transparentne. Tanatológ by mal vedieť, že aj zomierajúci musí mať nejakú nádej napríklad na zmenšenie bolesti, na to, že ho príde pozrieť jeho blízky a pod. Zomierajúci sám povie, aké nádeje má a v tých reálnych ho treba podporovať. Dôležitou zásadou tanatológie je umenie načúvať, t.j. nehovoriť v príliš dlhých monológoch, ale predovšetkým odpovedať na problémy, ktoré

kladie zomierajúci. Zomierajúci nesmie mať pocit osamotenía. Nesmieme ho do osamotenía zahnať ani naším monológom. My ho sprevádzame, ale iniciatíva by mala byť na jeho strane. My hráme takpovediac druhý part (Steindl, 2000, s. 14-15).

Otázky umierania a smrti sú spojené s osobnými hodnotami a názormi na utrpenie, význam smrti a miesto každého jedinca v rodine a spoločnosti. Bola doba, keď táto tematika bola bežná, potom prišla iná doba, a spolu s ňou aj iný náhľad na smrť. Hovoriť o smrti v spoločnosti bolo neslušné. Mohlo sa hovoriť len o mladosti a radosti, nie však o nemocniciach a o umieraní. Situácia sa postupne zmenila, čo môžeme usúdiť z narastajúceho počtu kníh, ktoré sa venujú tejto problematike.

2.2 Prejavy v správaní zomierajúcich

Umierajúci trpí určitou neistotou a nikdy presne nevie, čo ho čaká. Každý sa s týmto stavom vyrovnáva po svojom, no u týchto ľudí pozorujeme rovnaké formy správania. Podľa Šoltésa (2008, s. 158) sú najčastejšie reakcie ťažko chorých ľudí, ktorí vstúpili do poslednej fázy svojho života: agresivita (hľadanie vinníka vo svojom okolí, napr. v lekárovi), projekcia (utešovanie sa, že aj iní sú podobne postihnutí), kompenzácia (hľadanie náhrady za stratené zdravie v pôžitkoch), regresia (unikanie do spomienok na úspechy, mladosť a pod.), racionalizácia (snaha vysvetliť všetko vo svoj prospech), sublimácia (hľadanie vyššieho zmyslu utrpenia v prospech iných).

Pre psychiku človeka je významné aj uvedomenie si celej situácie, v ktorej sa nachádza, ako sa zachová keď zistí, že definitívne niet nádeje na záchranu, akú bolesť a utrpenie mu choroba privolá a aká dĺžka života mu ešte ostáva. Choroba zasahuje do funkcií organizmu, a tým vyvoláva rôzne negatívne emócie ako sú: obavy, úzkosť a strach, pocit viny a pocit zlosti až nenávisti. Vágnerová (1999, s. 68) uvádza, že strach a úzkosť sú podobné emócie, ale líšia sa mierou uvedomenia vyvolávajúcej príčiny. Strach má konkrétny obsah, strach je vždy obavou z niečoho, umierajúci vie, čoho sa bojí (napr. strach z nehybnosti, z bolesti, z utrpenia, z nedokončenej práce, zo zlyhania, že v najťažšej skúške neobstojím, strach o rodinu, straty samostatnosti). Úzkosť je citový zážitok podobný strachu, ale predmet obavy nie je známy, alebo si ho pacient neuvedomuje (napr. má zlé tušenie, bojí sa, že všetko zle dopadne). V celej tejto situácii si človek vytvára postoje voči sebe samému, blízkeho okoliu, k zomieraniu a k smrti. V postojoch môže prevažovať zúfalstvo, ľútosť, zlosť a pod. Následne z týchto postojov sa prejavujú črty v správaní a konaní zomierajúceho.

Stern (Bošmanský, 1996, s. 137-138) podľa postojov k zomieraniu rozdeľuje pacientov do 8 skupín: 1. Pacienti, ktorí zomierajú pri plnom vedomí, sú vyrovnaní s odchodom, posledné chvíle prežívajú so živou a silnou vierou. Viera ich vedie ku statočnosti, dôvere a nádeji. 2. Pacienti, ktorí zomierajú pri plnom vedomí, bez strachu. K tomu, čo sa práve deje nie sú ľahostajní. Sú však pripravení odísť zo života a prijímajú smrť ako samozrejmé ukončenie života. Na smrť sa už predtým pripravovali. 3. Pacienti, ktorí sú na smrť pripravení. Tušia, že sa blíži ich koniec, i keď ľudia okolo nich o tom nehovoria. K ľuďom okolo seba sa správajú ticho. Mnohým okolo sa zdá, že sú už duchom na inom mieste, na druhom svete. 4. Pacienti, nápadne euforický, ktorí už stoja pred bránami smrti, ale na ňu nemyslia. Sú dobrej nálady, plánujú do posledného dychu, čo ešte všetko urobia. Patria sem mladí ľudia, ktorí prežili život plný bohatej činnosti. Domnievajú sa, že z toho všetkého vyviaznu a budú opäť zdraví. 5. Pacienti, ktorí zomierajú apaticky, ľahostajne a nevšímavo, i keď vedia, že prežívajú posledné chvíle svojho života. 6. Pacienti, ktorí za žiadnu cenu nechcú zomrieť. Domnievajú sa, že ich životná cesta sa ešte neskončila. Nahovárajú si svoju nenahraditeľnosť. Patria sem pravdepodobne ľudia, ktorí sa mali na tomto svete veľmi dobre, boli dobre zabezpečení a dobre sa im darilo. 7. Pacienti vyčerpaní, ktorí vydali všetku svoju energiu. Nemajú síl ďalej bojovať. Ľuďom okolo týchto zomierajúcich sa zdá, že už títo pacienti nechcú žiť. Sú plní bolesti, bezmocnosti a zúfalstva. 8. Pacienti, ktorí nechcú vziať na vedomie, že sa blíži ich koniec života. Nepripúšťajú si myšlienku na vlastný odchod, ale len filozofujú o sociálnom dopade ich možného odchodu.

Z rozdelenia vyplýva, že zomierajúci sa delia do dvoch typov: tí, ktorí sa zmierili s tým, čo ich čaká, teda vyslovili súhlas a pripúšťajú, že koniec je už blízky a tí, ktorí odmietajú vziať na vedomie, že zomierajú.

Antoine de Saint Exupéry (2002, s. 90) vo svojej knihe Malý princ posledné hodiny svojho princa popísal takto: „Tú noc som nezbadal, kedy sa vydal na cestu. Tichučko sa vytratil. Keď sa mi ho konečne podarilo dohoniť, odhodlane, rýchlo kráčal dopredu. Povedal mi iba – „Ach, ty si tu...“ A zobral ma za ruku. Ale znova ho to začalo trápiť: „Neurobil si dobre. Spôsobí ti to bolesť. Budem vyzerat' ako mŕtvy, ale nebude to pravda“. Na jednej strane môžeme vidieť radosť umierajúceho, že je mu v tomto dôležitom kroku života niekto nablízku a túto ponúknutú pomoc naozaj prijíma („Chytil sa ma za ruku“). Na druhej strane je vidieť i určitú protikladnosť a nebezpečenstvo identifikácie v danej situácii („Chytil sa ma za ruku. Ale znova ho to začalo trápiť: „Spôsobí ti to bolesť.“). Umierajúci teda pociťuje i zodpovednosť a povinnosť niečo odovzdať tomu, kto ho

sprevádza a uchrániť ho pred nebezpečenstvom, že by „umrel spolu s ním“. Jasne vidíme dve stránky správania sa umierajúcich. Za prvé, umierajúci sa „ticho vydáva na cestu“, čím je symbolicky vyjadrené, že umierajúci zostáva sám so sebou, jeho okolie si to v tejto fáze ešte časovo vôbec neuvedomuje, lebo o umierajúcom predpokladá, že o svojom osude nemá tušenie. A za druhé je tu vedomé prijatie osudu, „musím umrieť“ odhodlane, rýchlo kráča dopredu. Herianová (In: Centková, Balogová, 2007, s. 134) hovorí, že „umieranie musí ostať osobnou skúsenosťou, na ktorej sa nemôže zúčastniť nikto iný.“ Pre túto fázu je charakteristické to, že nik nemá vlastnú skúsenosť umierania a nemôže ju odovzdať ďalej a táto skúsenosť, pochopiteľne chýba tak profesionálom, ako aj laikom. Väčšina ľudí sa bojí viac umierania ako smrti samej.

Keď človek pochopí, že smrť sa blíži, začína sa vnútorne vyrovnávať s týmto procesom. Prechádza piatimi fázami, ktoré sú špecifické pre každého človeka a majú rôznu dĺžku a charakteristiky u rôznych ľudí. Ako prvá popísala tieto fázy Dr. Elizabeth Kübler-Rossová (Príloha B). Bola prvým vedcom, odborníkom, ktorý sa odvážil opakovane si sadnúť k zomierajúcim a pýtať sa ich, aké majú z toho pocity. Na základe týchto skúseností napísala dnes už klasickú prácu *On Death and Dying* (Rozhovory so zomierajúcimi). V nej uvádza, že akonáhle sa chorý človek dozvie, že má diagnózu nevyliciteľnej choroby, má tendenciu prechádzať emocionálnymi štádiami (Centková, Balogová, 2007, s. 124). Poznanie týchto fáz nám umožňuje lepšie pochopiť v akom stave sa chorý nachádza a dokážeme zaujať správny postoj voči nemu, hlavne pri agresívnych a depresívnych vzťahoch.

Prvá fáza: odmietanie prijať pravdu, popretie, izolácia, šok

Keď sa chorý dozvie, že jeho smrť je blízko, táto skutočnosť ním otrasie a jeho odpoveďou býva, že tomu neverí. Predpokladá, že je tu nejaká zámena lekárskeho materiálu, že sa lekári mýlia. Reakciou býva „ja nie“. Popieranie možnosti vlastnej smrti je typické pre celoživotný postoj väčšiny ľudí. Vedia si predstaviť, že zomrie ich známy, ale nepripúšťajú vlastnú smrť. V tomto období je chorý frustrovaný, izoluje sa do samoty, uzaviera sa, je nedôverčivý, dokonca môže uvažovať o samovražde. Preto je potrebné, aby sa mu v tomto období venovala zvýšená pozornosť. Výnimočne chorý zotrvá v tomto psychickom postoji až do smrti.

Druhá fáza: hnev, rozhorčenie, zlosť

Po zatváraní očí nad skutočnosťou nasleduje poväčšine obdobie zloby, nevraživosti a závidosti. Pacient si kladie otázku: „Prečo práve ja? Prečo nie tamten?“. Návštevy rodiny prijíma bez radosti a reaguje, akoby sa mu ťažko ubližovalo. Pacient nie je s ničím

spokojný. Myšlienka, že naozaj musí čoskoro zomrieť, ho naplňuje agresívnymi pocitmi protestu a hnevu. Kritizuje ošetrojúci personál. Kamkoľvek sa pacient pozrie, všade nachádza dôvod k hnevu. Hnev má svoje logické odôvodnenie. Pacient je vytrhnutý z normálneho života. Peniaze, ktoré si ušetril, aby ich neskoršie užil v pokoji, mu už nepomôžu. Druhí ľudia si veselo žijú a užívajú. To ho hnevá. Pacient si chce vyliat' zlosť na tých, ktorí môžu všetko užívať a pritom veselo pobiehajú okolo, kým on sa už nemôže udržať na nohách. Keď sa v tomto štádiu venujeme pacientovi, často sa upokojí. Vie, že sa s ním ešte počíta. Nie je dobré reagovať na jeho zlosť, ale skôr byť voči nemu vľúdny a pokojný.

Tretia fáza: vyjednávanie

Jeho otázka: „Prečo práve ja?“ sa mení na nové konštatovanie: „Áno, ja, ale..., možno to nebude celkom pravda, možno to nebudem ja“. Nastáva obdobie vyjednávania, to znamená snaha o oddialenie skutočnosti, ktorej neodvratnosť chorý akceptoval. Pre mnoho ľudí je typické, že sľubujú polepšenie svojho života, dobré skutky, ak sa im dopraje odklad neodvratnej skutočnosti. U chorých s chronickým priebehom ťažkého ochorenia a zomierania nemá vyjednávanie konca. Pacient si dáva stále nové a nové termíny, ktorých by sa chcel dožiť.

Štvrtá fáza: depresia, zúfalstvo, beznádej

Označuje sa aj ako fáza smútku a ľútoti. Keď chorý pochopí, že sa už sám nemôže klamať, že pristupujú nové príznaky jeho choroby, keď sa stáva stále slabším a bezmocnejším, pochopí, že už nemôže ďalej vyjednávať. Pacient si kladie otázku: „Čo to všetko pre mňa znamená, čo má čakať?“. Chorý často ľutuje všetko, čo zažil, aj všetko, čo opúšťa. Skutočnosť neodvratne sa blížiacej smrti vyvolá u pacienta hlboký smútok, ktorý je prípravou na to, že sa bude musieť so všetkým rozlúčiť.

Piata fáza: prijatie, súhlas, akceptovanie

Je to symbolizované vetou: „Áno, ja. Teraz už nemôžem ďalej bojovať“. A tak nastáva čas posledného uspokojenia pred dlhou cestou. Umierajúci sa začína lúčiť so svetom. Niekedy chce naposledy vidieť svojich najdrahších. Nechce sa mu už hovoriť. Je radšej, keď tí čo prichádzajú k nemu, tíško krátko posedia a chytia ho za ruku. Nie všetci zomierajúci dosiahnu takýto psychický stav, ktorý sa označuje ako zomieranie a prijatie skutočnosti smrti. Často je chorý spokojný a uvedomuje si, že jeho čas prišiel a že je všetko v poriadku. Nastáva odovzdanie do Božej vôle (Bošmanský, 1996, s. 138-140).

Psychickými zmenami, t.j. fázami prežívania, ktorými umierajúci človek prechádza, prebiehajú oveľa skôr, než začnú zlyhávať životne dôležité funkcie organizmu. Spolu

s ním ich prežívajú aj jeho najbližší, navyše sa od nich očakáva niekedy až nadľudský výkon. Tieto fázy, aj keď sú zaradené za sebou, sa nemusia vždy vyskytnúť v uvedenom poradí. Naopak, často sa niektoré z nich opakovane vracajú a striedajú a môžu sa prelínať (dve alebo tri), niekedy aj počas jedného dňa. Toto vyrovnávanie sa s extrémne záťažovou situáciou má podobu akejsi špirály. Ak sa nájde podnet, ktorý v niektorej z predchádzajúcich fáz nebol dostatočne spracovaný, človek môže odznova prechádzať všetkými piatimi fázami (Smelá, 2005, s. 30).

Iný model vypracoval Horwitz, ktorý rozlišuje štádium výkriku, popierania, intrúzie, vyrovnávania a zmierenia. Termínom výkrik (1.štádium) označuje psychický stav pacienta, ktorý sa dozvedel, že jeho ochorenie je vážne a znamená ohrozenie života. Výkrik, strach, šok až panika sú typickou reakciou. Pacient je nečakanou správou zaskočený, prejavy nebojácnosti sa striedajú s výbuchmi hysterického strachu, plaču a zúfalstva. Môžeme sa stretnúť s omdlievaním, s psychickou otupenosťou, malomyselnosťou, depresiou, úzkosťou až upadnutím do bezvedomia. V štádiu popierania (2.štádium) pacient vedome či nevedome zastiera skutočnosť (nechce ju vidieť a nevidí ju). Potláča existenciu krízovej situácie, zdá sa úplne apatický k tomu, čo sa deje, bez záujmu o všetko, čo sa týka jeho zdravotného stavu, často nejaví záujem o svoje okolie. Intrúzia (3.štádium) sa vyznačuje vtieravým, nutkavým myslením na to, čo pacienta šokovalo.² To je jediný obsah jeho myšlienok a rozhovorov. Neustálym opakovaním pacient ukazuje, čo ho trápi a deptá. V noci nemôže spať, čo ho nesmierne vyčerpáva a berie mu silu a nádej. V štádiu vyrovnávania (4.štádium) pacient hľadá cestu z bezvýhodiskovej situácie, no potrebuje na to čas, energiu a odvahu. Niekedy sa obracia na liečiteľov, skúma alternatívne formy liečenia. Ideálne je, ak dospeje od odmietavého postoja k akceptácii. Dôležitú úlohu má v tomto období blízky človek. Zmierenie (5.štádium) znamená podľa Horwitza nielen akceptáciu situácie, ale aj vyrovnanie sa s touto situáciou, „postavenie sa nad vec“ (Nemčeková a kol., 2004, s. 160-161).

Treba pripomenúť, že všetky tieto fázy, nie sú vždy tak ostro vyjadrené. Každá osoba má svoj vlastný štýl, svoju osobitnú kultúrnu, náboženskú, etickú, a inú formáciu. Z toho vyplýva požiadavka, aby ani samotní chorí, ani ich príbuzní neboli ponechaní sami na seba, ale aby našli oporu a pomoc u tých, ktorí pracujú v zdravotníckom prostredí (Lachytová, 2008, s. 35).

² Latinsky intra, intrare – vstupujem, vchádzam, až násilne niekoho napádam

2.3 Dôstojnosť, dôstojné umieranie

Smrť podobne ako život sa stáva skutočným etickým problémom, a preto si zasluhuje serióznú etickú diskusiu. Jej výsledkom by malo byť, že sa dobrá smrť stane koncom, ku ktorému by sme mali smerovať. V tomto zmysle môže byť pranie dobrej smrti alebo pranie zomrieť dôstojne morálnou záležitosťou, pri ktorej sa človek aktívne a zodpovedne angažuje v umieraní rovnakým spôsobom, akým sa obvykle angažoval v živote. Slovné spojenie dobrá smrť a dôstojné umieranie akokoľvek sú neúplne, sú vlastne vyjadrením novo si uvedomovaných a zvýšených morálnych možností v prežívaní života po celú jeho dobu vrátane procesu umierania (Thomasma, Kushner, 2000, s. 207). Dobrá smrť sa chápe nie ako spôsob umierania, ale ako spôsob zaobchádzania s umierajúcimi. Umierajúci si snáď zaslúži, aby sa s ním jednalo s dôstojnosťou a takým spôsobom, ktorý by sa usiloval o zachovanie dôstojnosti, ktorú má, alebo mu pomohol obnoviť pocit dôstojnosti, ktorý už stratil.

Ak máme v praxi uplatňovať zásadu k ľudskej dôstojnosti, musíme si objasniť, čo konkrétne rozumieme pod dôstojnosťou a zároveň vymedziť jej kritériá. Na tomto základe bude možné sledovať jej prejavy v špecifickej situácii chorého človeka, ktorý je odkázaný na pomoc. Ak vychádzame z adjektíva dôstojný ako označenia človeka, ktorý má vážnosť a úctu, môžeme sa v úvahách chápania ľudskej dôstojnosti zamerať na poznávanie vzájomných súvislostí teoretických názorov a praktických predpokladov uplatňovania úcty k človeku a na analýzu podmienok ich porušovania.

Takýto prístup vyvoláva mnoho otázok: V čom spočíva hodnota človeka? Môžeme pokladať za hodného, hodnotného, rovnocenného každého ľudského jednotlivca, alebo existuje hodnotová hierarchia, na základe ktorej sú ľudia selektovaní a diskriminovaní?

Vážnosť a úctu možno prejavovať zabezpečením sociálnych a individuálnych práv jednotlivca v ekvivalencii, vyvážene, s požiadavkami a povinnosťami na neho kladenými, utváraním podmienok na ich realizovanie a sankcionovaním ich dodržiavania na všetkých úrovniach života jednotlivca.

Dôstojnosť teda môžeme chápať ako pojem morálneho vedomia, ktorý vyjadruje predstavy o hodnote ľudského jednotlivca ako bytosti rovnocennej (rovnaká hodnotová a významová úroveň s inými), rovnoprávnej (rovnaké práva i povinnosti), slobodnej (spôsobilosť voliť alternatívy a rozhodovať sa) a autonómnej (možnosť rozhodovať o sebe). Jednotlivé atribúty dôstojnosti sa navzájom prelínajú. Na základe uvedených skutočností dôstojný prístup k človeku znamená: 1. prejavovať úctu k hodnote ľudskej bytosti, jej osobnosti a individualite vrátane jej ochrany 2. rešpektovať slobodu, ktorá je

špecifickým znakom ľudského bytia, konštitutívnym prvkom ľudskej existencie, ide o možnosť rozhodovať o sebe priamo alebo sprostredkované, na základe nezávislej vôle, bez donútenia 3. dodržiavať spravodlivosť (sociálnu, individuálnu), t.j. nežiadať ani nedostávať viac z hľadiska nezaslúženej osobnej výhody, čo nevylučuje kompenzáciu nevýhod, ide o rozdeľovanie hodnôt na základe rovnosti nie ako rovnakosti (potrieb, zásluh), ale ako rovnocennosti (v možnostiach prístupu bez znevýhodňovania) 4. dodržiavať rovnoprávnosť (opak diskriminácie), ktorú možno chápať aj ako spravodlivosť z hľadiska realizácie a ochrany práv a povinností 5. vytvárať možnosti na uspokojovanie potrieb a záujmov ľudí.

Z hľadiska vzájomného vzťahu medzi sociálnym a individuálnym môžeme úvahy o dôstojnosti viesť v troch navzájom sa podmieňujúcich rovinách: 1. v makrosociálnej – ide o vzťah spoločnosti a jednotlivca, jeho hodnoty, na základe ktorého sú v určitom sociálnom systéme vymedzené sociálne a individuálne práva v jednote s povinnosťami, ako aj ich ochrana. 2. v mikrosociálnej a interpersonálnej – vzájomná úcta a dodržiavanie práv a povinností v medziľudských vzťahoch. 3. v intrapersonálnej – vo vzťahu človeka k sebe samému, ide o vedomie vlastnej hodnoty a dôstojnosti, založené na sebaúcte (Nemčeková a kol., 2004, s. 35-36). V súvislosti s tým Lachytová (2008, s. 21-22) uvádza, že ľudská osoba vo svojej dôstojnosti je v našom svete najvyššou hodnotou. Len čo strácame schopnosť doceniť vlastnú hodnotu a radosť sa z vlastnej existencie, vytvára sa v našom živote prázdnota, ktorú okamžite naplnia všetky možné odtiene jednotvárnosti a smútku. Potreba úcty voči sebe samému a potreba ceniť si svoju vlastnú osobu je základná potreba človeka. Je taká zásadná a podstatná, že ak sa táto potreba uspokojí, ostatné potreby sa určite zosúladiť do všeobecného pocitu šťastia. Ľudská osoba predstavuje jedinečné a neopakovateľné individuálne bytie, súčasne však podstatne zviazané s inými osobami. Je spoločenským tvorom a bez interpersonálneho vzťahu nemôže žiť, ani rozvíjať svoje schopnosti. Človek má dôstojnosť osoby, nie je len niečím, ale aj niekým. Je schopný poznať seba, byť pánom seba samého, slobodne sa dávať a vstupovať do spoločenstva s inými osobami. Rešpektovanie ľudskej osoby zahŕňa v sebe rešpektovanie práv, ktoré vyplývajú z jej dôstojnosti. Tieto práva existujú skôr ako spoločnosť a tá ich musí uznať. Bližšie o tom v nasledujúcej podkapitole.

Podľa Centkovej (2007, s. 134) „dôstojná smrť znamená, že ani v najťažšej hodine života nemožno ľudskú náklonnosť prejavíť niečím iným ako pozornosťou, pomocnou rukou a úprimnou osobnou účasťou.“ Seidl a Ott konštatujú: „čo umierajúci nevyhnutne potrebujú, je ľudská blízkosť a citová opora“ (In: Centková, Balogová, 2007, s. 29). Preto

najdôležitejším prvkom dôstojného umierania a dôstojnej smrti je osobná blízkosť druhého človeka. Haškovcová (2000, s. 129) hovorí, že „nikto sa nerodí sám a nikto by nemal umierať sám.“ Prítomnosť druhých ľudí činí z procesu zrodu i sklonku sociálny akt. Dôstojnosť smrti môžeme vidieť v dôslednom a obetavom ošetrovaní človeka, ktoré naši profesionáli i laici prevádzajú. Títo spolu so znalosťami základného rituálu láskavého odprevádzania skutočne môžu vytvoriť reálny predpoklad pre dôstojný rámec umierania a smrti. Naším tohto času smutným konštatovaním reality je, že máme málo ľudí pre pochopenie tohto ideálu. Práve preto si myslíme, že je nevyhnutne potrebné hovoriť v širšom ponímaní o tejto záverečnej fáze, ako to bolo doteraz tabuizované (o všetkom sa bavme, len o umieraní a smrti nie), čo v nás evokuje potrebu zmeniť filozofiu takéhoto zmýšľania, t.j. detabuizovať smrť (Centková, Balogová, 2007, s. 131). Každý človek má právo nielen na dôstojný život, ale aj na dôstojnú smrť. Má právo na rešpektovanie svojej individuality, osobnej autonómie a intimity. Odprevádzanie zomierajúceho sa týka nielen jeho, ale i našej dôstojnosti, preto je morálnou povinnosťou a čťou žijúcich zabezpečiť ho na primeranej úrovni. Posledná fáza umierania človeka je charakteristická tým, že nik nemá vlastnú skúsenosť umierania a nemôže ju odovzdať ďalej. Umieranie musí ostať osobnou skúsenosťou, na ktorej sa nemôže zúčastniť nikto iní. Na druhej strane je známa vďačnosť umierajúceho, že v tejto chvíli stojí niekto po jeho boku (Lachytová, 2008, s. 50). Pretože každý človek chce ľudsky dôstojne žiť a ľudsky dôstojne zomrieť, vyplýva z toho kategorický mravný imperatív – každému zomierajúceму pomáhať na jeho poslednej ceste, aby i nám raz pomohli (Steindl, 2000, s. 14).

Liečiť a ošetrovať pacienta s úctou k jeho ľudskej dôstojnosti je morálnou povinnosťou lekára, sestry ako aj všetkých ostatných členov ošetrojúceho tímu. To znamená, že vo svojej práci by mali dodržiavať tieto zásady: 1. Rešpektovať potrebu sebaúcty človeka, ktorá môže byť znížená práve na základe závažného ochorenia a jeho dôsledkov, umocňovanú nedôstojnými podmienkami a podriadeným postavením. 2. Zabráňovať akejkoľvek diskriminácii pacienta, podmienenej vekom, pohlavím, etnickou príslušnosťou, sociálnym postavením alebo charakterom ochorenia. 3. Umožňovať prejavy jeho slobodnej vôle a voľby zodpovedného konania, čo vyžaduje ohľaduplnú, ale obsiahlu informovanosť o podstate ochorenia, možných diagnostických, liečebných a ošetrovateľských postupoch, o ich pozitívnom význame pre pacienta, prípadne o ich negatívnych dôsledkoch i o predpokladanej prognóze. Je potrebné získať informovaný súhlas pacienta s diagnostikou, terapiou, ošetrovaním alebo akceptovať ich informované odmietnutie. 4. Zmierňovať utrpenie chorého v súlade s aktuálnymi poznatkami o človeku

ako celostnej osobnosti. Popri inštrumentálnej terapii poskytovať mu aj emocionálnu a duchovnú podporu v súlade s jeho svetonázorovou orientáciou a individuálnymi potrebami, ktoré súvisia s ochorením. Takýto prístup je predpokladom vyzdravenia, zlepšenia alebo udržania kvality života alebo dôstojného umierania. 5. Dostatočne pripravených zdravotníkov, ktorí poznajú nielen zložitosť patologických procesov v ich prevažne telesných prejavoch, ale dokážu interdisciplinárne spolupracovať pri liečení a ošetrovaní chorého človeka, ktorý sa dostal do životnej núdze komplikovanej ochorením a osobnou odozvou naň (Nemčeková a kol., 2004, s. 96). Tak ako v bežnom živote, aj v medicíne a ošetrovatelstve sú ľudia slobodní a rovní v právach a dôstojnosti na fungovaní princípu nediskriminácie a princípu rovnosti všetkých ľudí.

Zdravotná starostlivosť je komplikovaný fenomén, ktorý sa dotýka prevažnej väčšiny ľudí. Vzhľadom k tomu, že ide o zdravie, život a ľudskú dôstojnosť, neprekvapuje, že zdravotná starostlivosť je stredom pozornosti a predmetom štúdia mnohých vedných odborov. Pre účely lekárskej etiky bol vymedzený pojem zdravotnej starostlivosti, kedy sa chorý človek stretáva s ošetrojúcim profesionálom a cieľom tohto stretnutia je v ideálnom prípade uzdravenie z choroby, a pokiaľ toto nie je možné, tak aspoň určitou úľavou, úpravou postihnutých funkcií a zachovaním ľudskej dôstojnosti (Šimek, Špalek, 2003, s. 33)

Právo človeka na dôstojnú smrť ako základný etický princíp iste nikto nebude spochybňovať. V praxi to však býva omnoho zložitejšie. Tí, ktorí by mohli a mali umieranie chorému uľahčiť, sa často dopúšťajú veľmi hrubých chýb. Príčiny môžu byť rôzne, ale takmer vždy možno nájsť spoločného menovateľa, ktorým nebýva zlý úmysel, ale neadekvátne chápanie procesu umierania a smrti. Ak lekár v smrti chorého nevidí nič iné ako len svoje zlyhanie, pretože nevedomky popiera smrteľnosť svoju i svojich pacientov, tak ľahko podľahne pokušeniu terapeutickému posadnutosti a nedôstojnému alibistickému jednaniu. Taktiež ak pacientova rodina nechápe proces umierania ako mimoriadne dôležitý a neopakovateľný úsek ľudského života, tak vedome či nevedome umierajúceho vylúči zo svojho spoločenstva a odovzdá ho odborníkom. Za takejto situácie sa umierajúci, izolovaný od svojich najbližších, môže cítiť ako prípad, ako vec. Jeho predstava o dôstojnom umieraní a o láskavej starostlivosti tak naberá iný pohľad. Pre ilustráciu ponúkame predstavu jedného umierajúceho pacienta, ktorý na otázku, čo si predstavuje pod pojmom láskavá starostlivosť, odpovedal krátko pred svojou smrťou takto: „keď ku mne prídete aj napriek tomu, že viete, čo všetci vieme, že zomieram, keď ku mne prídete, aj keď reprezentujete profesiu, ktorá zlyhala v zaistení môjho uzdravenia, keď ku

mne prídete a veríte vo mňa, bez ohľadu na uzdravenie, či neuzdravenie, keď so mnou trávite čas, hoci vám to nemôžem vrátiť, keď ma beriete ako individualitu, keď si spomeniete na maličkosti, ktoré sú mi milé, keď spomínate i na mojich blízkych, keď sa zaujímate i o moju minulosť a dokážete hovoriť o mojej budúcnosti, keď sa nesústredíte na moje nálady, ale na mňa ako na osobu, keď počujem svoju rodinu ako o vás pekne hovorí a raduje sa, že sme spolu, keď sa dokážete smiať a byť šťastní uprostred vašej ťažkej práce. Tým sa vo vašich rukách cítim bezpečne a dáva mi to istotu, že zvládnem aj okamih smrti, až príde“ (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005, s. 195).

Uvedené informácie dopĺňa Munzarová (Glasa, 2006, s. 12), ktorá sa venovala pohľadu na dôstojnosť človeka v situácii umierania. Dôrazne poukázala na paradoxne zrejmú, i keď akoby zabúdanú skutočnosť, a to, že človek aj počas zomierania žije, a môže (má mať možnosť) svoje zomieranie dôstojne, ľudsky prežiť. Dnes sa však okolie neraz správa k zomierajúcemu ako k už sociálne, ľudsky mŕtvemu. Zomierajúci sa vytláča z pozornosti a záujmu okolitých ľudí i najbližších. Prežíva svoje posledné chvíle opustený blízkymi a neraz i zdravotníkmi a opatrovateľmi. Útek pred realitou smrti sa však všetci zúčastnení ochudobňujú aj o možnosť prežiť hlboké, ľudsky hodnotné a neopakovateľné okamihy. Ublížujú tak nielen svojmu zomierajúcemu príbuznému, priateľovi, či pacientovi, ale aj sami sebe. Odchod človeka sa tak stáva psychickou a sociálnou traumou, než príležitosťou na dôstojnú rozlúčku a zavŕšenie ľudského života. Pritom súčasná paliatívna liečba a starostlivosť umožňujú vytvoriť pre takýto cieľ vhodné a dôstojné podmienky (viď kapitola 4).

Aj keď je starostlivosť o zomierajúcich ťažká a náročná, potreba dôstojného vzťahu k umierajúcim je reálnou potrebou a zaraďuje sa k najhumánnejším formám postoja k životu. Je v nej zisk, ktorý je obsiahnutý v každom dávaní, a to nielen pre obdarovaného, ale aj pre darcu. Je dôležité usilovať sa o to, aby pacient umieral dôstojne a zachoval si aj v tejto situácii človečenstvo a jedinečnosť. Ide aj o to, aby cítil, že ho rešpektujeme ako ľudskú bytosť, ktorá nie je na príťaž. Pacient sa totiž stále obáva, že je rodine na príťaž, lebo jej členovia kvôli nemu nemôžu chodiť do práce, musia zarábať, platiť účty a pod. Len čo by vycítil, že je na príťaž aj personálu, odložený niekde v kúte za plentou a nik si ho nevšima, prežíva veľmi dehonestujúcu fázu života. Taká situácia by nemala nikdy nastať (Erdziaková, 2007, s. 31).

Ošetrovateľstvo terminálne chorých preberá povinnosť poslednej služby človeku. Práca ošetrovateľského personálu je z takýchto dôvodov namáhavá nielen z fyzického hľadiska, ale predovšetkým z psychického. Je veľmi relevantné si túto skutočnosť v praxi

uvedomiť a nezabúdať na to, že pacienti, ktorí nemôžu dosiahnuť zlepšenie zdravotného stavu, zostávajú ľudskými bytosťami zasluhujúcimi si rešpekt. Je potrebné mať na zreteli hodnotu pomoci pacientom smerujúcim k postupnej degradácii a napokon prirodzenej smrti s čo najväčšou dôstojnosťou (Nemčeková a kol., 2000, s. 27). Ochrana dôstojnosti a života človeka, zvlášť v situácii jeho oslabenia a ohrozenia starobou, chorobou, alebo v situácii blížiacej sa smrti, je konštitutívnym základom súčasnej civilizácie. Je potrebné dostať do povedomia spoločnosti, že každý človek má právo dôstojne žiť až do posledného výdychu svojho života.

2.4 Problematika práv pacientov

Človek je tvor spoločenský. Žije a rozvíja sa vo vzťahoch s inými ľuďmi. Očakáva od nich pomoc, povzbudenie a pocit bezpečia. Zároveň musí rešpektovať ich požiadavky a byť k nim ohľaduplný aj napriek nedostatkom. Už tu možno vidieť určité práva a povinnosti, ktoré vyplývajú zo vzťahu ľudí. Práva a povinnosti sa nachádzajú vo všetkých rovinách vzťahov: Boh-človek-štát. Ako hovorí pápež Ján XXIII. na to, aby bolo spolužitie ľudí usporiadané a plodné, je potrebné uznať zásadu, že každý človek je osobou majúcou rozum a slobodnú vôľu, a preto ako taký má práva a povinnosti, ktoré vyplývajú priamo z jeho prirodzenosti. Je teda nositeľom všeobecných a neporušiteľných práv a povinností, ktoré pramenia z tejto povahy (Ján XXIII., 1997, dostupné na internete: <<http://www.kbs.sk/?cid=1117035321>>). V modernej dobe sa pojmom právo veľmi hýri a nazýva sa ním všetko, čo by si človek prial, aby mal alebo získal. Podľa Lachytovej (2008, s. 23) „právo je to, čo prináleží jednotlivcej osobe alebo spoločenstvu osôb ako im patriace, ako to, čo si môžu nárokovať a čo im druhí musia dať. Právo z hľadiska človeka, ktorý je jeho subjektom, spočíva v morálnej schopnosti domáhať sa nejakej veci ako vlastnej, vlastniť ju, nakladať s ňou, vykonať určitý skutok alebo si ho nárokovať od iných.“ Obsahom práva je niečo, o čom sa predpokladá, že je v záujme alebo záujmom danej osoby, čiže nositeľa tohto práva. Funkciou pojmu práva je zabezpečiť, aby toto konkrétne dobro patrilo tomu, kto má naň nárok.

Každý človek je nositeľom prirodzených ľudských práv v primeranej miere už od svojho počatia až do okamihu svojej prirodzenej smrti na základe toho, že je ľudskou bytosťou, človekom (Glasa, Glasová, 1999, s. 6-8). Ľudská osoba je nositeľom práv a povinností, ktoré vyjadruje a predpisuje prirodzený mravný zákon. Tento zákon nemožno považovať len za biologickú normu, ale treba ho definovať ako racionálny poriadok, podľa ktorého je človek povolaný žiť, ovládať a riadiť svoje konanie, osobitne používať svoje

telo a mať z toho úžitok. Tieto práva založené na ľudskej dôstojnosti sa nazývajú všeobecné práva človeka (Lachytová, 2008, s. 23). Najzákladnejší rys ľudských práv je teda v tom, že sú odvodzované len z podstaty človeka.

Ľudské práva a slobody sú pevne spojené so životom každého človeka, prislúchajú tak každému na základe toho, že je človekom. Ich rozsah je vymedzený stupňom vývoja v spoločnosti, a to v jej základnej právnej norme – ústave. U nás boli ľudské práva zakotvené v Listine základných práv a slobôd (ústavným zákonom č. 23/1991 Zb.), ktorá sa neskôr začlenila a tvorí Druhú hlavu Ústavy Slovenskej republiky. Ľudia sú slobodní a rovní v dôstojnosti i v právach. Základné práva a slobody sú neodňateľné, nescudziteľné, nepremlčateľné a nezrušiteľné (2.hlava, 1. oddiel, článok 12, odsek 1). Základné práva a slobody sa zaručujú na území Slovenskej republiky všetkým bez ohľadu na pohlavie, rasu, farbu pleti, jazyk, vieru a náboženstvo, politické či iné zmýšľanie, národný alebo sociálny pôvod, príslušnosť k národnosti alebo etnickej skupine, majetok, rod alebo iné postavenie. Nikoho nemožno z týchto dôvodov poškodzovať, zvýhodňovať alebo znevýhodňovať (Kasanová, 2008, s. 121). Ľudské práva garantované občanovi Ústavou Slovenskej republiky, sú základným etickým východiskom. Pre zdravotnícky rezort je záväzný početný rad ďalších významných dokumentov, ktoré konkretizujú etické požiadavky pacientov, zamestnancov i tretích osôb.

V súčasnosti na základe poučenia z histórie i v dôsledku technických možností nadobúda osobitný význam problematika ochrany osobnosti a jej ľudských práv v rámci činností spätých so starostlivosťou o človeka. Potreba chrániť dôstojnosť človeka a jeho prirodzené práva prebudila záujem aj o problematiku medicínskej etiky. Medzinárodné organizácie – od Organizácie spojených národov, cez orgány európskych spoločenstiev a orgány ďalších regionálnych zoskupení až po medzinárodné stavovské a profesijné organizácie na čele so Svetovou zdravotníckou organizáciou – si uvedomili, že treba výrazne zvýšiť záujem o dianie súvisiace s poskytovaním zdravotníckych služieb a o právne otázky lekárskeho vied, že každý občan by mal vedieť o znásobujúcich sa víťazstvách, ale aj o rizikách medicínskej starostlivosti, ako aj o medzinárodných dokumentoch prijímaných na ochranu chorého (Drgonec, 1996, s. 299).

V 20. storočí, po skúsenosti ľudstva s dvoma svetovými vojnami, prijalo (10.decembra 1948) Valné zhromaždenie Organizácie spojených národov (OSN) v Paríži Všeobecnú deklaráciu ľudských práv, ktorá stanovuje, že každý má právo žiť v slobode a osobnej bezpečnosti. Vypracovaná bola v rokoch 1947-1948 komisiou OSN pre ľudské práva. V jej preambule sa zdôrazňuje význam prirodzenej ľudskej dôstojnosti a rovnakých

neodňateľných práv pre všetkých ľudí, ktoré sú základom slobody, spravodlivosti a mieru vo svete (Skoblík, 2004, s. 177). Šoltés (2008, s. 13) hovorí, že: „termín prirodzená dôstojnosť značí, že dôstojnosť človeka je nezvratne spätá s existenciou každej ľudskej bytosti. Pojem nezrušiteľné alebo neodňateľné práva znamená, že človeku nesmú byť jeho práva odňaté nikým, ani samotnou osobou. Deklarácia konštatuje, že nie je možné budovať slobodný, spravodlivý a mierový svet bez toho, aby sa neuznala dôstojnosť každej ľudskej osoby.“ Valné zhromaždenie OSN v tomto dokumente apeluje na všetky národy a štáty, aby princípy Všeobecnej deklarácie ľudských práv nielen dodržiavali, ale výchovou a vzdelávaním zároveň prehlbovali úctu k právam a slobodám každého človeka. Tak ako uvádza Nemčeková (2004, s. 10) koniec 20. a začiatok 21. storočia je poznamenaným cieľavedomým úsilím oboznamovať ľudí s týmito právami a ich praktickou realizáciou. V niektorých krajinách je však uplatňovanie ľudských práv dôslednejšie, v iných krajinách sú zas na okraji spoločenského záujmu. Dejiny sú aj dejinami skúsenosti človeka samého so sebou a prinášajú veľa dôkazov, že kódexy a morálne normy nie vždy dokázali korigovať ľudské konanie. Ak človek chce, nájde si spôsob, ako ich obísť, zdôvodniť ich relativitu a konať výlučne v mene egoistických záujmov, individuálnych či skupinových, resp. teoreticky ich deklarovať, ale v praxi čiastočne či úplne ignorovať.

Rovnako ako zdravotnícke zariadenia, ktoré v priebehu svojej histórie prekonali radu zmien od primitívnych stredovekých špitálov po dnešné moderné zdravotnícke zariadenia, menilo sa a vyvíjalo i postavenie hlavného subjektu zdravotníckej starostlivosti – pacienta. Po dlhé stáročia nemali pacienti žiadne práva. Môžeme však konštatovať, že ich ani nepotrebovali, pretože pacient bol v minulosti plne závislý na lekárovi ako v rovine odbornej, tak v rovine ľudskej. Tento asymetrický vzájomný vzťah potom viedol k vzniku paternalistického modelu vzťahu lekár a pacient. V 20. storočí a to najmä po druhej svetovej vojne prebiehal výrazne vedecký a technický vývoj, čo so sebou prinieslo i celú radu zásadných zmien ovplyvňujúcich medicínu. Vplyvom týchto zmien je iná medicína, iní sú lekári a iní sú aj pacienti. Paternalistický model vzťahu lekár a pacient je naďalej neudržateľný a preto sa postupne mení, respektíve by sa mal postupne meniť na viac prijateľnejší model partnerstva. K partnerstvu ako k stratégii dochádzalo spontánne už v priebehu povojnových rokov. Dôvodov, ktoré sa stali predpokladom vynútenej zmeny je celá rada, ale medzi najpodstatnejšie patrí: ľudské práva a individuálne slobody, vzdelanie, rozvoj vedeckej medicíny, nové dilematické situácie. Po skončení druhej svetovej vojny boli v mnohých krajinách prijaté dôležité dokumenty s cieľom, aby všetky vojnové hrôzy zostali navždy len minulosťou a nemohli sa nikdy v budúcnosti opakovať. V tejto

súvislosti bol zákonite kladený dôraz jednak na ľudské práva a individuálne slobody ako aj na etické cnosti. Sloboda a úcta k ľudským právam našla svoj výraz už v spomínanej Všeobecnej deklarácii ľudských práv a slobôd. Už v jej úvode sa píše, že všetci ľudia sa rodia slobodní a seberovní čo do dôstojnosti a práv. Na základe toho sa dá odvodiť, že aj lekár aj pacient sú si rovní, ale špecializovaná vzdelanosť medzi nimi odlišuje občiansku rovnosť. V partnerskom modeli by mal pacient opustiť svoju pasívnu úlohu a musí prijať zodpovednosť za svoje zdravie a spoluzodpovednosť za svoje uzdravenie z choroby a len tak môže byť rešpektovaný v pozícii chorého. V tomto modeli sa pacientova úloha zásadne mení a pacient sa stáva, alebo by sa mal stať plnoprávnym partnerom lekára, aj keď táto plnoprávnosť má svoje úskalia a medze. Mali by sme si uvedomiť, že je nutné rešpektovať skutočnosť, že konkrétna choroba je chorobou konkrétneho človeka, že je to jeho príťaž, jeho osud, čo znamená, že aj on má právo rozhodovať či spolurozhodovať o realizácii lekármi navrhnutých postupov. Ustáliť nové formy spolupráce medzi lekárom a pacientom je dlhodobá úloha a obe strany sa to musia naučiť. V tomto smere môžu zohrať dôležitú úlohu Práva pacientov, lebo rešpektujú najčastejšie a opodstatnené prania chorých. Prvú Chartu práv pacientov vypracoval lekárnik David Anderson v USA v roku 1971 a o dva roky neskôr ju prijala Americká asociácia nemocníc. V nasledujúcom období aktuálnosť danej problematiky vyústila k počiatku ďalších a ďalších podobných dokumentov a súhrnne tak môžeme konštatovať, že do súčasnosti existuje značné množstvo kódexov, ktoré sa týkajú pacientov. Vyspelé štáty najskôr vyhlásili všeobecnú verziu Práv pacientov a následne tiež špecializované etické kódexy, ktoré sa týkajú určitej skupiny chorých. Skutočnosť kladenia väčšieho dôrazu na práva chorých a na ich vymedzenie viedla k tomu, že v 80. rokoch boli práva pacientov považované za samozrejmosť vo všetkých vyspelých štátoch. Zároveň s nárastom aktuálnosti a záujmu o práva pacientov prebiehala aj humanizácia nemocníc – boli zrušené veľké izby a začalo sa s budovaním príjemného, teda domáceho nemocničného prostredia. Etické kódexy sú podľa potreby v priebehu času obmeňované, a to buď doplňované, alebo je ich obsah revidovaný, keďže niečo sa stane postupne v zdravotníctve nepísaným pravidlom, prirodzenou samozrejmosťou, či dokonca súčasťou právnych noriem a je preto z kódexu vypustené a nahradené novou úlohou. Práva pacientov sú morálnym kódexom, takže záväznosť takého práva je len morálna, čo však väčšinou k ich naplneniu nestačí. Z tohto dôvodu sa zvažujú rôzne formy právnej zákonnej úpravy a hovorí sa aj o nutnosti tzv. Pacientskeho zákona. Práva pacientov majú len krátku históriu a diskusie o nich budú určite aj naďalej pokračovať a to aj napriek tomu, že sú takisto súčasťou Európskej konvencie ľudských práv a boli schválené aj Svetovou

zdravotníckou organizáciou a Organizáciou spojených národov (Tóthová, 2002, s. 17-19). Deklarácia o právach pacientov v Európe bola prerokovaná v roku 1994 (Príloha C). Asociácia nemocníc Slovenska (ANS) sa už v roku 1992 pripojila k iniciatíve Slovenskej únie pre mier a ľudské práva prehĺbiť vedomosti občanov o ľudských právach. Výsledkom iniciatívy boli Práva pacientov (Príloha D) a ASN ich predložila odbornej verejnosti v monotematickom vydaní svojho periodika Moderný medicínsky manažment v roku 1995 (Šoltés, 2008, s.129). V Charte práv pacientov, ktoré spracovala skupina odborníkov pri Asociácii nemocníc Slovenska a ktoré boli publikované roku 1995, je 11.bod venovaný problematike utrpenia, zomierania a smrti: „Pacient má právo na zmiernenie utrpenia a bolesti v súlade so súčasným stavom medicínskeho poznania a zásadami ľudskosti, na humánnu terminálnu opateru a dôstojné umieranie, ako aj na pietne zaobchádzanie s jeho mŕtvym telom“ (Nemčeková a kol., 2004, s. 141-142).

Právo človeka na dôstojné umieranie a dôstojnú smrť je základným etickým princípom, ktorý rešpektuje každá humánná a demokratická spoločnosť, rešpektujúca medzinárodné deklarované ľudské práva (Centková, Balogová, 2007, s. 131). Pacient, ktorý v nemocničnom zariadení prežíva svoje posledné dni, má tiež svoje práva a zdravotníci by ich mali zohľadniť ako tú poslednú službu, ktorú ešte môžu pre umierajúceho pacienta s empatiou, altruizmom a úctou urobiť. Lachytová (2008, s. 52) hovorí, že Práva pacientov, či už vo svojich všeobecných alebo špecializovaných verziách, vyjadrujú opodstatnené potreby a želania chorých. A práve preto pre svoju opodstatnenosť sú povýšené na mravné normy, ktoré vyzývajú k naplneniu. Príkladom vyjadrených potrieb umierajúcich môže byť i Zoznam práv zomierajúcich (Príloha E), ktorý uvádza Centková a Balogová (2007, s. 132). Dodržanie týchto práv je predpokladom pre pokojnú a dôstojnú smrť. Ako uvádza Haškovcová (2000, s. 38), tento dokument „Práv umierajúcich a terminálne chorých bol schválený 25.6.1999 parlamentom Rady Európy.“

Povinnosť rešpektovať a chrániť dôstojnosť všetkých smrteľne chorých a umierajúcich osôb je odvodená z nedotknuteľnosti ľudskej dôstojnosti vo všetkých obdobiach života. Rešpekt a ochrana nachádzajú svoj výraz v poskytnutí primeraného prostredia, umožňujúceho človeku dôstojné umieranie. Ako ukázali mnohé súčasné i minulé skúsenosti s utrpením, je potrebné tieto opatrenia uskutočňovať zvlášť v záujme najzraniteľnejších členov spoločnosti. Práve tak, ako je človek slabý a závislý na začiatku svojho života, potrebuje ochranu a podporu i pri umieraní (Munzarová, 2005, s. 79).

Byť pomocou a oporou v posledných dňoch a chvíľach klientovho života si vyžaduje mať úprimný vzťah, kvalitné vedomosti, čo znamená odovzdať zo seba tri najcennejšie atribúty:

rozum, srdce i svoje ruky ťažko chorému človeku, ktorý na to čaká a veľmi to potrebuje. Zároveň aj poznanie jeho práv a povinností prispeje k vzájomnému rešpektu, kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zvýši úctu k dokonalosti ľudského bytia.

Základné práva odvodené z dôstojnosti smrteľne chorých alebo umierajúcich osôb sú dnes ohrozené mnohými faktormi. V období zásadných systémových zmien v rezorte zdravotníctva sa dodržiavanie a presadzovanie Práv pacientov nejaví ako prioritné vo všetkých zariadeniach. Z organizačných a časových dôvodov sa informovanie o právach často obmedzuje na rozdanie letákov Charty, prípadne na kratučkú zmienku počas hospitalizácie pacienta o tom, že ich má. Chýba systémové manažovanie na úrovni vedenia nemocníc a tiež audit dodržiavania a informovania pacientov, rovnako ako spätná väzba a realizácia náprav. Zanedbávanie tejto situácie a jej bagatelizovanie sa však veľmi ľahko môže zdravotníckemu zariadeniu vrátiť ako bumerang v podobe sťažností pacientov, znižovania kreditu nemocnice či negatívnej medializácie a, žiaľ, aj označovaním zdravotníkov ako neprofesionálne konajúceho celku (Košťová, 2006, s. 15). K riešeniu týchto problémov by malo prispieť skutočné rešpektovanie, zvnútornenie a uplatňovanie práv pacienta v zdravotníckej praxi.

3 Filozofia zdravotníckej starostlivosti , zlepšenie kvality života

Každý jednotlivec má hodnotu a dôstojnosť osoby aj vtedy, keď do jeho života vstúpi utrpenie a bolesť. Má právo na kvalitnú zdravotnú starostlivosť, udržanie čo najvyššej kvality života, a to zabezpečením fyzickej, psychickej, sociálnej a duchovnej pohody. Chorí umierajúci vyžadujú skutočne ľudskú a odbornú ošetrovateľskú starostlivosť.

Pápež Ján Pavol II. v apoštolskom liste *Salvifici doloris* napísal, zastavenie sa pri trpiacom nesmie byť zvedavosťou, ale ochotou pomôcť. Je to otvorenie vnútornej dispozície srdca. Milosrdný Samaritán je každý, kto je citlivý na cudzie utrpenie, koho dojíma a zaujíma cudzie nešťastie. Preto je potrebné, aby sme pestovali onen cit srdca, ktorý svedčí o spolucítení s trpiacimi. Po čase sa toto spolucítenie stane hlavným výrazom našej lásky a solidarity s trpiacim bližným. Najkrajší príklad medziľudskej a zároveň náboženskej komunikácie nachádzame v evanjeliu Ježiša Krista, v podobenstve nazývanom Milosrdný Samaritán.³ Toto podobenstvo ukazuje, aký má byť vzťah každého človeka voči trpiacim ľuďom. Aj z čisto humánneho hľadiska je neprijateľné obchádzať obďaleč človeka v núdzi, s nezaujmom, ale je vysoko hodnotená komunikácia – pristúpiť k trpiacemu. Milosrdným Samaritánom je každý, kto sa zastaví pri utrpení iného, nech je akékoľvek. Milosrdný Samaritán v biblickom príbehu nezostáva iba pri dojatí a pociťte spolupatričnosti. Udalosť je preňho inšpiráciou k činom, ku komunikácii, ktorá má za cieľ pomôcť zranenému. Milosrdný Samaritán je teda ten, kto poskytne pomoc v utrpení, nech je akejkolvek povahy. Vkladá do pomoci svoje srdce a neľutuje ani materiálne prostriedky. Možno povedať, že dáva seba, svoje ja, otvárajúc sa druhému (Ján Pavol II., 1998, dostupné na internete: <<http://www.kbs.sk/?cid=1117277163>>). Preto aj v hovorovom jazyku sa akákoľvek činnosť pre dobro trpiacich nazýva samaritánskou. Iste nie bezdôvodne. Tento druh komunikácie nielen slovami, ale predovšetkým skutkami dvíha človeka a dodáva mu pravú hodnotu a dôstojnosť (Centková, Balogová , 2007, s. 70).

³ Kristus chce dať týmto podobenstvom odpoveď na otázku: „A kto je môj bližný?“ Spomedzi troch okoloidúcich na ceste z Jeruzalema do Jericha, na ktorej ležal ozbíjaný a zranený človek, sa práve Samaritán ukázal opravdivým bližným anonymného nešťastníka, keďže splnil prikázanie lásky k bližnému. Tou istou cestou prechádzali aj iní dvaja ľudia, jeden bol kňaz a druhý levita (príslušník židovského kmeňa Levi), ale každý z nich sa len pozrel a išiel ďalej. Iba Samaritán sa ho ujal. Prišlo mu ho ľúto. Pristúpil k nemu, nalial mu na rany oleja a vína a obviazal mu ich. Potom ho odviezol do hostinca a postaral sa o neho. Keď odchádzal, starostlivo zveril trpiaceho človeka do opatery hostinskému, pričom uhradil náklady s tým spojené (Ján Pavol II., 1998, dostupné na internete: <<http://www.kbs.sk/?cid=1117277163>>).

3.1 Základné postoje a prístupy k umierajúcemu

Špecifické uspokojovanie starých, ťažko chorých umierajúcich ľudí je veľmi náročné. Vyžaduje to nielen odborné znalosti a schopnosti, ale i eticky jednoznačne pozitívne postoje lekárov a ostatného ošetrojúceho personálu. Kto je ochotný pri ošetrovaní nasadiť celú svoju osobnosť, musí najprv poznať vlastné postoje.

Kto sa chce starať o umierajúcich, musí zaujať postoj sám k sebe.

Starostlivosť o umierajúcich kladie predovšetkým nároky na naše emočné schopnosti, to znamená hlavne na citovú účasť a nie na odborné znalosti. Chorý sa nepýta na naše znalosti, ale na naše správanie a na náš postoj. A práve v tejto oblasti nás vlastná neistota nezriedka zvádza k núdzovým reakciám, ktorými zakrývame svoju vlastnú bezmocnosť.

Starostlivosť o umierajúcich vyžaduje postoj k vlastnej smrti.

Každý človek vie, že jeho život raz skončí. Väčšina ľudí sa tým ale odmieta konkrétne zaoberať. Táto skutočnosť je tabuizovaná nielen obyčajnými ľuďmi, ale i odborným personálom ako sú sestry a lekári. Toto odmietanie sa odôvodňuje tým, že je ešte dost času zaoberať sa myšlienkami vlastnej smrti a keď k tomu raz príde, nejako sa tento problém už zvládne. Na otázku pacienta, či bude musieť veľa trpieť, keď bude umierať, neskúsená sestrička odpovedala: „Neviem, ešte som nezomrela“. Takto vlastne vyjadrila, že nemá skúsenosť s touto tematikou a touto odpoveďou dala najavo, že nie je ochotná sa ňou zaoberať. Iba ten, kto premýšľa o vlastnej smrti, sa môže dobre starať o umierajúcich a neuspokojí sa len s optimálnou starostlivosťou.

Kto sa stará o umierajúcich, musí vedieť byť skutočný.

Byť skutočným znamená, že s chorým sa rozprávame aj o vlastných pocitoch neistoty a úzkosti. Iba tak sa môže umierajúci zdôveriť o svojich obavách, starostiach a potrebách. Byť skutočný znamená, že umierajúci môže poznať, že mu na blízku stojí človek, ktorý sa neschováva do závoja neomylnosti. Každý ošetrojúci sa nesmie ukrývať za svojím profesionálnym postojom, ale musí vystupovať ako osoba, taká aká je. Má vnímať svoje pocity (hnev, súciti, úzkosť, sympatiu) počas starostlivosti o pacienta, naučiť sa s nimi zaobchádzať, to nie je ľahké, ale terapeuticky nutná úloha. Ku každému umierajúcemu sa má správať otvorene, povedať čo si o ňom myslí a nie v sebe dusiť hnev a dať mu to potom pocítiť iným spôsobom (vedome alebo podvedome).

Kto chce pomáhať umierajúcemu, musí vedieť byť pravdivý.

Pacient má právo na to, aby bol oboznámený o svojom zdravotnom stave. Poskytnutie týchto informácií je v kompetencii lekára, a preto lekár nemá právo klamať. Za istých

okolností nemusí povedať celú pravdu, ale to, čo povie, musí byť pravda. Byť oboznámený s pravdou je podmienkou pre vyrovnaný odchod z tejto reality.

Kto sa chce starať o umierajúcich, musí byť pripravený prijať toho druhého takého, aký je a zriecť sa akéhokoľvek hodnotenia.

Nie je správne vnucovať pacientom svoj hodnotový systém, svoje predstavy bez toho, aby sme brali ohľad na ich emocionálne potreby. Akceptovať umierajúceho, znamená tiež tolerovať jeho vlastnosti a prijímať jeho spôsob prežívania a reakcií (Blumenthal-Barby, 1987, s. 47-56).

Umieranie a smrť človeka sa čoraz viac inštitucionalizuje. Menej sa už zomiera doma, čoraz častejšie v ústavoch a v nemocniciach. Posledné veci človeka sú preto zväčša v rukách lekára. Lekár sa často dostáva do ťažkostí, ako sa správať, keď sa musí starať o svojho pacienta, ktorého choroba trvá už dlhšie a neúprosne vedie k smrti. Najmä mladý lekár tu stojí na neistej pôde. Nemáme však dostatočne prepracovanú prípravu lekára a ďalších zúčastnených na to, ako pomáhať človeku v jeho najväčšej kríze tesne pred príchodom smrti alebo počas smrteľných chorôb. Každý, kto sa podieľa na starostlivosti o umierajúceho pacienta či už profesionáli alebo laici majú aj tak svoje nezastupiteľné miesto. Preto by si mali podľa Gulášovej (Centková, Balogová, 2007, s. 107) osvojiť tieto základné zásady prístupu k umierajúcemu pacientovi: 1. Predovšetkým je potrebné s pacientom hovoriť. Nie je nevyhnutné a často ani vhodné s pacientom otvárať komunikáciu v extrémnej polohe. Každé vážne oznámenie týkajúce sa diagnózy, závažnosti zdravotného stavu alebo programu terapie patrí do kompetencie lekára. Vrcholne dôležité a terapeuticky prospešné je otvoriť reálnu komunikáciu, hovoriť o všetkom, o čom potrebuje pacient hovoriť. 2. Počúvať a dať najavo, že chápeme obavy a problémy pacienta. Uznať, že je v situácii, ktorá nie je jednoduchá. Profesionálne prijať citové prejavy strachu, úzkosti zomierajúcich pacientov, ale neuvažovať o tom, že by sme situáciu mali meniť. Vyvarovať sa frázam typu: „Nesmiete na také veci myslieť; nesmiete sa ľutovať; vy sa určite uzdravíte...“ Pacient je predsa v situácii, kedy je logicky primerané a normálne, aby na také veci myslel, ľutoval sa a bál sa. Treba si však pamätať, že nemusíme nič robiť, že aj prosté vypočutie znamená pre pacienta veľa. 3. Nehľadáme riešenie pacientových osobných problémov, musí ich vyriešiť sám, ale pýtame sa: „Čo pre vás môžem konkrétne urobiť?“ 4. Pacient potrebuje a očakáva od nás predovšetkým profesionálnu účasť. Poskytujeme mu ju opakovanými slovami: „Rozumiem vám, nie je to ľahké, atď.“ Nehľadáme za každú cenu riešenie, bolo by to násilné. Môžeme priznať, že ani my nevieme, čo by sme v takej situácii robili. Pomoc bude tým efektívnejšia, čím viac

budeme dávať najavo, že pacienta rešpektujeme ako zrelého dospelého človeka a že veríme, že riešenie svojich problémov nakoniec nájde. 5. Poskytujeme predovšetkým pomoc, nie záchranu. Vytvoríme pre pacienta vždy priestor pre jeho aktivitu. Podnecujeme chorého, aby sa sám o seba postaral, aby dbal o svoj zovňajšok, aby niečo robil, niečomu sa venoval. Keď sa chorému darí, nešetrimo pochvalou. 6. To, že je človek vážne chorý, neznamená, že sa prestane na niečo alebo niekoho tešiť, že prestane žiť. 7. Nemusíme veriť, že sa pacient uzdraví, ale sme povinní veriť, že sa to stať môže. Prijmeme preto chorého takého, aký je. Vypočujme jeho obavy, pochopme ich a snažme sa dodať psychické sily pacientovi v čase, keď „je na dne“, práve tak ako v dobe, keď je „nad vecou“, korigujeme nereálne ciele do polôh dosiahnuteľnej skutočnosti.

Starostlivosť o umierajúceho kladie predovšetkým nároky na naše emočné schopnosti, to znamená na citovú stránku a nie na odborné znalosti. Umierajúceho pacienta nezaujímajú odborné vedomosti, ale správanie nemocničného personálu a ich postoj. Zdravotnícky personál či ide o lekára alebo o sestry by sa nemali len skrývať za svoj profesionálny postoj, ale musia vystupovať ako osoby so svojimi silnými aj slabými stránkami a zvláštnosťami. Mali by vnímať svoje pocity (hnev, súcit, úzkosť, sympatiu) počas zdravotníckej starostlivosti o umierajúceho pacienta, naučiť sa s nimi zaobchádzať a neprenášať ich pri styku s pacientom bez kontroly. Nie je to síce ľahká vec, ale pre nich terapeuticky nevyhnutná úloha. Umierajúci hľadá komunikáciu a výmenu myšlienok s ľuďmi okolo seba ešte zúfalejšie než iní pacienti. Preto starostlivosť o umierajúceho by nemala byť zjednodušená na základnú ošetrovateľskú starostlivosť, ale veľmi dôležitým prostriedkom je aj pozorné počúvanie zdravotníckeho personálu, aby skutočne vnímali čo pacient hovorí. Umieranie sa vyznačuje osamelosťou a ľudská blízkosť a pochopenie sú jediné liečebné prostriedky. Zdravotnícki pracovníci musia zvládnuť prirodzené umieranie človeka, čo ich robí zodpovednými vziať bremeno druhého na seba. Sú rôzne kritéria na upresnenie toho, aký má či nemá byť zdravotnícky pracovník. Avšak nie každý zdravotnícky pracovník sa dokáže aspoň trochu priblížiť k obrazu toho, kto dokáže počúvať, potešiť a uľahčiť v tom najťažšom období choroby, v jej konečnej fáze. Práve starostlivosť o umierajúcich pacientov je intímne spojená s požiadavkami na sebaútváranie a sebaformovanie osobnosti zdravotníckeho personálu. Tiež musia vedieť zaujať postoj k sebe samému, vlastnému životu i smrti (Lachytová, 2008, s. 47-48).

V tejto podkapitole uvedené požiadavky, na postoje tých, ktorí sa chcú starať o umierajúcich, sa niekomu môžu zdať veľmi vysoké. Tak ako sa však od umierajúcich požaduje ľudská zrelosť, platia rovnaké požiadavky i pre ošetrojúcich. Nikto nemá tú moc

splniť tieto nároky hneď, ale musí rásť so svojimi úlohami. Jednou z najťažších chvíľ je sledovať zomieranie pacienta a byť mu pritom nápomocný na správnom mieste v správnej chvíli. Konfrontácia tejto problematiky veľmi úzko súvisí s kvalitou života umierajúceho človeka, o ktorej sa dá uvažovať z viacerých hľadísk. O tejto problematike sa však zmienujeme až v nasledujúcej podkapitole 3.3.

3.2 Uspokojovanie potrieb zomierajúceho

Ľudské potreby majú kľúčové postavenie, pretože v živote človeka pôsobia ako základný motivačný činiteľ. Ľudské potreby sú určené spoločenskými podmienkami života. Hoci vývoj potrieb každého človeka je determinovaný jeho životom, je určovaný spoločenskými vzťahmi a miestom, ktoré určitý človek v sústave takýchto vzťahov zaujíma (Farkašová a kol., 2001, s. 57). Uspokojovanie potrieb je prirodzenou súčasťou nášho života, či už sme zdraví alebo chorí. Človek potrebuje uspokojiť svoje potreby obzvlášť v takom stave, keď čaká na svoju smrť. Charakteristika základným potrieb je spoločná všetkým ľuďom, no modifikované sú kultúrnym štandardom danej osoby. Potrebu možno vo všeobecnosti definovať ako deficit, stav nedostatku, to, čo bytosti chýba k zaisteniu jej organického života, alebo prebytku niečoho, čo jednotlivca vzdialuje od jeho životného optima (Nemčeková, 2004, s. 70). „Potrebou sa nerozumie iba niečo, čo človeku chýba, ale tiež hlavne to, k čomu človek prostredníctvom nej smeruje. Potreba je prejavom bytostného priania“ (Kasanová, 2008, s. 107). „V koncepcii teórii potrieb je viacero definícií, avšak súhrnne možno povedať, že potreba je niečo, čo je potrebné, užitočné a nevyhnutné“ (Centková, Balogová, 2007, s. 120). Východiskovým bodom v práci s umierajúcimi sú ich potreby. Ľudia majú potreby, kapacity a tendencie, ktoré sú geneticky založené. Niektoré sú typické pre všetkých, iné sú vysoko individuálne. A. Maslow sformuloval teóriu ľudských potrieb, lebo tie podľa neho motivujú správanie jednotlivca. Tento model potrieb človeka zahŕňa aj fyziologické aj psychologické potreby, ktoré hodnotí podľa ich významu pre prežitie. Podľa Maslowa potreby na jednej úrovni treba uspokojiť prv, než sa začnú uspokojovať potreby na nasledujúcej úrovni. Ľudia sa po celý život usilujú zabezpečiť svoje potreby na všetkých úrovniach. Čo sa týka hierarchie potrieb, tak na prvom stupni Maslowej hierarchie stoja potreby fyziologické, čiže základné potreby, ktorých neuspokojenie sa môže odraziť na celkovom zdravotnom stave jedinca. K fyziologickým potrebám patrí: výživa, vylučovanie, dýchanie, spánok a odpočinok, pohyb a chôdza, hygiena, zdravie, fyzické kontakty. Na druhom stupni stojí potreba bezpečia, ktorá je prirodzenou potrebou pre každého človeka. V súvislosti s touto

potrebou rozlišujeme tri stupne bezpečia. Prvou je potreba ekonomického zabezpečenia, ako vedomie človeka, že má dostatok peňazí na živobytie. Druhou je potreba fyzického bezpečia, ktorú možno saturovať rôznymi kompenzačnými pomôckami, podaním pomocnej ruky a pod. Treťou je potreba psychického bezpečia, ktorá znamená mať pocit istoty, nemať strach, necítiť sa stratený napr. v čase. Tretí stupeň v Maslowej hierarchii tvoria sociálne potreby, ktoré v sebe obsahujú možnosti a kontakty s inými ľuďmi, možnosť byť a komunikovať s nimi. Sociálne potreby v sebe zahŕňajú hneď niekoľko druhov potrieb, a to: potreba informovanosti (mať informácie o svete, v ktorom človek žije, vedieť, čo sa deje v meste a pod.), potreba náležitosti ku skupine (byť členom nejakej skupiny, či už rodiny, priateľov alebo nejakého klubu), potreba lásky (mať niekoho rád a prijímať tento pocit od druhého), potreba vyjadrovať sa a byť vypočutý (mať možnosť s niekým hovoriť, konverzovať, vyjadrovať svoj názor). V poradí už štvrtý stupeň tvorí potreba autonómie v zmysle byť slobodný, rozhodovať sám za seba. Súčasťou potreby autonómie je aj potreba uznania, vážnosti, pocitu užitočnosti, potreba niekomu alebo niečomu slúžiť. Vrchol pyramídy potrieb uzatvára potreba sebarealizácie, rozvoj vlastnej činnosti. V tejto potrebe človek nachádza zmysel života, či už v spojitosti s rodinou, prácou, záľubami, vierou, či inými hodnotami (Kasanová, 2008, s. 107-108). V nadväzujúcej na Maslowu hierarchiu potrieb možno pripomenúť, že vo všeobecnosti potreby členíme na primárne a sekundárne. Primárne sú tie, ktoré majú vzťah k existencii organizmu, a preto sa nazývajú aj organické, fyziologické či biologické, prvotné a vrodené. Utvárajú sa predovšetkým vo vzťahu jednotlivec – príroda a patrí sem potreba potravy, dýchania vzduchu, vyprázdňovania, spánku, bdenia, činnosti, tepla, polohy, bezpečnosti, informácie, zachovania rodu. Sekundárnymi potrebami sa označujú tie, ktoré vznikajú na základe primárnych v interakcii s prostredím. U človeka vzniká v procese socializácie počas jeho individuálneho vývoja, preto ide o psychické, kultúrne, sociálne a spirituálne potreby.

Naskytá sa nám otázka, ktoré potreby žiada uspokojovať pacient a ktoré mu aj uspokojujeme. Inými slovami, práca, ktorú vykonávame a pokladáme práve za to, čo zodpovedá potrebám pacienta, zďaleka nemusí byť tým, čo tento pacient skutočne potrebuje a očakáva. Pri Maslowej pyramíde potrieb človeka je potrebné si uvedomiť aj jej záporné hodnotenie. Zdravotnícky personál, ktorý nie je pripravený pre prácu s ťažko chorými a umierajúcimi, často pri bežnej starostlivosti predpokladá, že najdôležitejšie je uspokojiť fyziologické potreby. Opak je pritom pravdou. Maslowu pyramídu potrieb človeka znázorňuje obrázok v grafickej úprave, ktorý predstavuje neuspokojené potreby chorých ľudí v každej situácii (Príloha I).

Na základe uvedeného rozlišujeme štyri druhy potrieb ťažko chorého: biologické, psychologické, sociálne a spirituálne. Je to užitočné aj z praktického hľadiska. Ľahšie si tak uvedomíme, čo všetko pre chorého môže a čo nemôže urobiť lekár, čo môžeme naopak urobiť my a konečne aj to, čo pre seba, trebárs s našou podporou a pomocou môže urobiť sám pacient. Na neho by sme nemali zabudnúť, pretože i on si môže vlastným pričinením svoj údel uľahčiť, alebo naopak sťažiť. Maslowova pyramída potrieb pomáha zdravotníkov ľahšie sa v nich orientovať, a tak zamerať pozornosť a starostlivosť na základné potreby. Priorita potrieb sa v priebehu choroby mení. Keďže na začiatku boli prvoradá potreby biologické, v záverečnej fáze je veľmi často vystupňovaná potreba spirituálna. Starostlivosť o zomierajúcich je služba väčšmi zameraná na uspokojovanie potrieb, než na špecifické aspekty chorôb.

Uspokojovanie fyziologických (biologických) potrieb.

V rámci uspokojovania týchto potrieb patrí sem všetko to, čo choré telo potrebuje. Predovšetkým sa treba zamerať na dodržiavanie osobnej hygieny, kontrolu bolesti, zmiernenie dýchacích ťažkostí, pomoc pri pohybovaní, primeranú výživu, dostatočný prívod tekutín, vylučovanie a sledovanie senzorických zmien. Na udržanie životných aktivít vrátane jedenia, pohybu a spánku je nevyhnutné zmierňovať, tíšiť bolesť. Niekedy je potrebné vykonať aj lekárske zákroky a následne pravidelnú kontrolu. V nemocniciach je väčšinou o biologické potreby dobre postarané, lebo v pokynoch na pomoc zomierajúcim sa zdôrazňuje, že hlavnou úlohou lekára je všetkými dostupnými prostriedkami, ktoré má k dispozícii, uchovávať životné funkcie ľudského organizmu. Pretože prvou a najvyššou povinnosťou lekára je samozrejme zachovanie života, ktorý mu bol zverený do starostlivosti, ale aj pomoc a zmiernenie bolesti, až kým nenastane smrť.

Uspokojovanie psychologických potrieb.

Patrí sem predovšetkým rešpektovanie ľudskej dôstojnosti a to nezávisle na stave telesnej schránky. Dôstojnosťou rozumieme schopnosť fungovať ako významná a integrovaná osoba. Na tomto sa zakladá aj chápanie skutočnej dôstojnosti v bežnom živote. Človek je jedinečnou bytosťou vo svojom vlastnom a neopakovateľnom poslaní. K uspokojovaniu psychologických potrieb je potrebná komunikácia, verbálna i neverbálna, predovšetkým dobre počúvať, a to hlavne srdcom. K neverbálnym prejavom súcitu zaraďujeme pohladenie, stisk ruky. Chorý potrebuje so svojím okolím komunikovať a my často zabúdame, že viac než naše slová hovorí naša mimika, pohyby, gestá, pokoj v našich očiach. Ďalšou zásadou je hovoriť chorému len toľko, koľko chce počuť a len vtedy, keď to chce počuť. Nenahraditeľnú zložku predstavuje láska, nádej, úsmev, zmysel pre humor,

pretože on je známym zdrojom síl. Ďalej sem môžeme zaradiť porozumenie, empatiu, zvládanie negatívnych emócií (strach, úzkosť, pocit viny, hnev, zlosť), získanie dôvery. Práve tieto negatívne emócie ako depresia, hnev, úzkosť, strach a osamelosť sa spolu s fyzickou bolesťou podieľajú na celkovej bolesti pacienta. Nezanedbateľný vplyv tu majú aj narušené sociálne vzťahy. Preto je pre pacienta dôležité rešpektovanie jeho ľudskej dôstojnosti, psychickej pohody a zmiernenie duševného utrpenia. Pacientovi je dobré nechávať nádej, ktorá v ňom prebúda novú životnú energiu.

Uspokojovanie sociálnych potrieb.

Človek je tvor spoločenský, potrebuje ľudský kontakt a tak ako izolovane nežije, ani neumiera. Žije v určitom sociálnom prostredí, má svoju rodinu, prácu, vieru, problémy a záujmy, ktorým sa venuje. Vytrhnutím človeka zo spoločnosti sú narušené jeho sociálne vzťahy, preto je potrebné umožniť mu, aby sa mohol naďalej stretávať so svojimi priateľmi, rodinnými príslušníkmi. Vzhľadom na to mal by mať právo sám si návštevy usmerňovať a my by sme ho mali plne rešpektovať. Ak mu aj táto možnosť bola odopretá, je pre neho dôležité, aby mu týchto ľudí aspoň čiastočne nahradil ošetrojúci personál. Uspokojovanie sociálnych potrieb vyplýva zo statusu človeka.

Uspokojovanie spirituálnych (duchovných) potrieb.

Uspokojovanie spirituálnych potrieb je zamerané predovšetkým na rešpektovanie náboženskej slobody, a to poskytnutím možnosti zúčastňovať sa náboženských úkonov, prijímanie sviatosti (posledné pomazanie), umožňovať pacientovi vyjadriť sa o náboženskej potrebe, náboženskej meditácii. Duchovná útecha prináša pacientovi pocit úľavy a vyrovnanosti. Uspokojovanie týchto potrieb nie je výsadou len veriacich, ale majú veľký význam aj pre neveriacich, ktorí hľadajú v posledných dňoch či mesiacoch význam a zmysel svojho života. V tejto najdokonalejšej potrebe človeka máme pomôcť zomierajúcemu spojiť sa s Bohom (omše, modlitby, spovede). Nenaplnenosť tejto potreby zmysluplnosti sa rovná skutočnému stavu duchovnej núdze. Človek trpí a do popredia sa dostáva zúfalstvo. Je preto potrebné ukázať mu, že v každej situácii sa dá žiť zmysluplne. Nejde o presvedčenie, ale doprevádzanie. Zároveň je táto potreba postavená na vzájomnej dôvere, otvorenosti a zblížovaní (Centková, Balogová, 2007, s. 121-122).

Na základe uvedeného uspokojovania potrieb by starostlivosť nemala byť iba technikou, ale aj schopnosťou a zručnosťou a musí byť nutne spojená s láskou. Pochopenie a láskavé slovo môže znamenať pre pacienta oveľa viac, ako ordinovaná liečba. Lekár by mal preto zistiť, aké potreby má pacient, akú starostlivosť v danej chvíli potrebuje, či mu ošetrovateľské úkony prinášajú úľavu alebo mu viac pomôže ľudský kontakt.

3.3 Kvalita života umierajúcich pacientov

V posledných desaťročiach, viac v posledných rokoch, sa v zdravotníckej starostlivosti stále dôraznejšie hovorí o kvalite života. Kvalita života sa stáva jedným z cieľov ošetrovateľských intervencií. Kvalita života sa môže vzťahovať aj na zdravotný stav (Testa, Nackley, 1994, s. 535-559). Vyliečenie, zlepšenie zdravotného stavu, či aspoň zmiernenie príznakov ochorenia nepochybne ku kvalite života prispievajú. Z hľadiska umierajúceho však môže mať kvalita života iný rozmer, keďže o vyliečení hovoriť nemožno, zlepšenia zdravotného stavu sú skôr prechodné a zameranie sa len na zmiernenie príznakov by bolo nedostatočné. Súčasné trendy v starostlivosti o chorých možno charakterizovať ako odklon od zamerania sa na chorobu k dôrazu na pacienta, od liečenia k rehabilitácii, od predĺženia života k zlepšeniu jeho kvality, od objektívnych k subjektívnym ukazovateľom, od výhradne biologického zamerania k sociálnemu a od monopolu odborníkov na starostlivosť k široko chápanému novému rozdeleniu zodpovedností (Fetisovová, Mažgútová, 2001, s. 33-34). Kvalitná zdravotná starostlivosť rozhoduje o celkovej úrovni starostlivosti v každom zdravotníckom zariadení. Docenenie jej významu v komplexnej starostlivosti o pacienta musí byť súčasťou zvyšovania kvality v zdravotníctve. Za kvalitnú považujeme takú starostlivosť, ktorá je relevantná okamžitému stavu pacienta, je pre neho prínosom, je efektívna z hľadiska optimálneho využitia zdrojov, presne dokumentovaná a je ohľaduplná k pacientovi. Medzi charakteristické znaky kvalitnej starostlivosti je možné zahrnúť jej jasnú koncepciu, poskytovanie takej starostlivosti, ktorá je zameraná na potreby pacienta, tímovú prácu zdravotníckeho personálu, jeho vysokú odbornú pripravenosť a motiváciu, stanovenie reálnych cieľov starostlivosti, zapojenie pacienta do starostlivosti a účinnú medziodborovú spoluprácu (Kilíková, Nemčeková, 2006, s. 22). Komplexná starostlivosť v sebe zahŕňa rozmery zdravotnej, psychologickkej, ekonomickej i sociálnej starostlivosti a predpokladá, že spoločnosť bude podľa individuálnych pacientových potrieb poskytovať a zabezpečovať také formy pomoci a podpory klienta, ktoré sú reakciou na jeho aktuálne zdravotné, psychické, ekonomické a sociálne potreby (Tomašovičová, 2001, s. 21). Z uvedeného vyplýva, že ťažisko kvalitnej zdravotnej starostlivosti spočíva v poskytovaní kvalifikovanej ošetrovateľskej starostlivosti, v dôslednom odstraňovaní symptómov choroby a zmiernovaní utrpenia, v poskytovaní psychickej, sociálnej a duchovnej podpory pacientovi, jeho rodine, priateľom a blízkym a v dodržiavaní etických zásad a práv zomierajúceho.

V úvahách o kvalite života Centková a Balogová uvádzajú, že „kvalita života je obtiažna kategória, po márných snahách ju objektívne klasifikovať dospeli odborníci k záveru, že je to výrazne subjektívna hodnota. Rozpor medzi vyznávaným ideálom a realitou je niekedy značný a predsa nie je príčinou nekvalitného prežívania života. Mnohí handicapovaní a vážne chorí ľudia sú neklamným dôkazom toho, že i cez mnohé ťažkosti a nerovnosť šancí dá sa žiť kvalitný život s chorobou a v chorobe. Väčšina z nás má určité intuitívne chápanie toho, čo je kvalita života, pričom túto svoju intuíciu musíme byť schopní aj nejako pojmovo zachytiť. Jedna z definícií vymedzuje kvalitu života ako subjektívne globálne hodnotenie vlastného života“ (Centková, Balogová, 2007, s. 109). Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie sa kvalita života charakterizuje ako celková pohoda dosiahnutá vo všetkých oblastiach ľudského života, pričom túto pohodu možno interpretovať ako to, čo je pre človeka dôležité, významné, čo ho motivuje, ako koná a čo prispieva k jeho pohode. Sádovská, ktorá sa zaoberá kvalitou života nevyliciteľne chorých pacientov uvádza, že kvalita života vyjadruje charakter a stupeň fyzickej a psychosociálnej pohody, nezávislosti, uspokojenia so životom a pocit úspechu vo viacerých oblastiach každodenného života (Nemčeková a kol., 2004, s. 68-69). V kontexte sa väčšina odborníkov zhoduje na dvoch základných charakteristikách takto koncipovanej kvality života, a to mnohorozmernosti (multidimenzionalite) a subjektívnosti. Mnohorozmernosť znamená, že sa kvalita života týka vždy viacero oblastí. Týmito oblasťami sú: oblasť telesných ťažkostí (napr. bolesť, nevoľnosť, únava), funkčná zdatnosť (napr. schopnosť zvládať bežné denné aktivity), oblasť psychologická, emocionálna (napr. nálada, úzkosť, depresia), oblasť sociálna (napr. vplyv choroby na vzťahy v rodine, vzťahy s priateľmi, sociálne postavenie, oblasť finančných ťažkostí), oblasť existencionálna a duchovná (napr. otázky zmyslu života, nádeje, zmiernenia a odpustenia). Subjektívnosť vyjadruje skutočnosť, že dvaja rôzni pacienti budú tú istú chorobu prežívať úplne rozdielne. Osobnostné charakteristiky, stupeň sociálnej podpory a taktiež schopnosť adaptácie sú len niektorými z faktorov, ktoré ovplyvňujú konečný výsledok. Kvalita života je teda pojem subjektívny a relatívny, pre každého znamená niečo iné. Napríklad rovnaký spôsob života, aktivity, rovnaký stupeň subjektívnych ťažkostí je pre niekoho neprijateľný, iný ho považuje za plnohodnotný a teší sa z každého dňa. V tejto súvislosti Sádovská (In: Centková, Balogová, 2007, s. 110) hovorí, že: „subjektívne prežívanie a vnímanie objektívnej skutočnosti, teda života, či životných podmienok a z toho vyplývajúci pocit životnej pohody každého chorého, je podmienené mnohými aspektmi, ktoré môžu toto prežívanie zlepšiť alebo aj zhoršiť a zároveň tak ovplyvniť kvalitu života človeka.

Napríklad samotná prítomnosť nevyliciteľnej choroby nemusí byť príčinou zhoršenia kvality života. Chorý je často schopný dobre sa prispôbiť zmeneným podmienkam jeho života a postupnému obmedzovaniu vplyvom choroby. Človek, ktorý sa ocitne v podmienkach dlhodobého ochorenia sa prispôbi tak, aby bol so životom spokojný. Kvalita života ako subjektívny pocit spokojnosti, ktorý je navonok prezentovaný správaním sa, viaže sa na všetky sféry osobnosti človeka, jeho fyzickú, psychickú, sociálnu a duchovnú zložku. Ak je niekto v najlepšom možnom fyzickom a emocionálnom stave zmierený so svojím zdravotným stavom, má najlepšiu šancu dosiahnuť vysokú úroveň kvality života, nech už to pre danú osobu znamená čokoľvek. To, čo kvalitu života zhoršuje, je nedostatočné odstraňovanie symptómov choroby, strata samostatnosti a sebestačnosti, nedostatok porozumenia, pomoci a podpory od príbuzných, či ošetrojúcich.“ Na základe toho Sadovská rozlišuje tieto základné komponenty a faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života: 1. fyzické aspekty (ťažkosti, vyplývajúce z choroby a jej symptómov, utrpenie, funkčný stav pacienta, sebestačnosť, nezávislosť), 2. psychické aspekty (celková nálada pacienta, od pocitu duševnej pohody až k úzkosti, obavy zo straty sebakontroly, nezávislosti, či pocity, že je príbuzným na ťarchu), 3. sociálne aspekty (medzilidské vzťahy pacienta, udržiavanie kontaktov s rodinou, spolupracovníkmi, orientácia na budúcnosť, plnenie bežnej sociálnej roly), 4. duchovné aspekty (zmysel vlastného života, pocit odpustenia, potreba lásky, potreba nádeje, schopnosť vyrovnáť sa so súčasnou situáciou). Tieto jednotlivé komponenty kvality života sa navzájom ovplyvňujú. Bližšie pre ilustráciu uvádzame v prílohe J vplyv jedného symptómu, konkrétne bolesti, ktorá pôsobí na rôzne aspekty ovplyvňujúce kvalitu života. V starostlivosti o nevyliciteľne chorých a umierajúcich by sa malo dosiahnuť to, aby pacient strávil každý deň svojho života na vrchole svojich možností, pokiaľ možno bez subjektívnych ťažkostí so zachovaním aktivity a pozitívnych sociálnych vzťahov, každý deň bez bolesti a utrpenia. Práve optimizmus, sociálna integrácia, udržanie si dôstojnosti a sebestačnosti vytvára podmienky pre udržanie vysokej kvality života napriek objektívnym nepriaznivým obmedzeniam choroby. Prispôbenie sa objektívnym obmedzeniam života v dôsledku choroby vedie k vytýčeniu si nových cieľov a iných priorít určujúcich plnohodnotný život. U nevyliciteľne chorých sa denno-denne menia hodnoty a priority, ktoré určujú kvalitu ich života. Utrpenie vedie často k uvedomeniu si významu drobných radostí života. To naplňa život radosťou, pocitom úspechu a uspokojenia z dosiahnutia nových cieľov. Kvalitu života človeka možno zlepšiť buď ovplyvnením predstáv pacienta – čo najpravdivejším informovaním o chorobe, jej

prognóze, možnostiach ovplyvnenia priebehu choroby, alebo ovplyvnením samotného stavu pacienta liečbou základného ochorenia a odstránením symptómov choroby a dôslednou starostlivosťou. Zlepšenie kvality života si vyžaduje dostatok času, schopnosti vcítiť sa do situácie umierajúceho a jeho rodiny. Ďalej sú potrebné dostatočné vedomosti, hlavne z oblasti odstraňovania symptómov a poskytnutia psychickej podpory, porozumenia, ale i dostatočná dôveryhodnosť a autorita pre pacienta a jeho rodinu. Naopak nedostatočné odstraňovanie utrpenia, strata nezávislosti, sebestačnosti, nedostatok pomoci, pochopenia a duševnej podpory či už zo strany príbuzných alebo ošetrojúcich spôsobuje práve zhoršenie kvality života. Kvalitu života posudzuje sám chorý a jeho hodnotenie je potrebné zásadne rešpektovať. Pri komplexnom hodnotení kvality života pacienta je potrebné ešte upozorniť na tri veci, ktoré sú z psychologického hľadiska dôležité a pacient si ich najviac vyžaduje. Každý z nás, a pacient zvlášť, potrebuje k životu úctu – úctu k sebe ako k človeku. Čím menej života človek pred sebou má, tým viacej tejto úcty k sebe potrebuje. Úcta k človeku sa v praxi prejavuje sociálnym kontaktom a sociálnou komunikáciou. V sociálnej komunikácii ide o dobré slovo v pravý čas. A aby to bolo skutočne dobré slovo, potrebuje to z našej strany takt. Taktom sa rozumie citlivý vzťah k druhému človeku a ohľaduplné spoločenské správanie k druhým ľuďom. Ako tretie pranie pacienta je láskavosť, ktorú rozumieme ako priateľský prístup k druhým ľuďom, ochota vyjsť im v ústrety a byť im nápomocný, prívetivosť a preukazovanie úslužnosti, milosrdný prístup k trpiacemu (Centková, Balogová, 2007, s. 110-116).

Väčšina ľudí oslabených chorobou potrebuje pomoc a podporu, pretože sa ocitajú v novej, pre nich neznámej situácii. Ich podporovanie umožňuje viacerým ľuďom prežiť zmysluplne, užitočne a niekedy i vyslovene šťastne, aj keď v bolestnej fáze života. Veľkú životnú rolu skúšok, utrpenia a smrti musí prejsť každý sám osobne, nemôže ju delegovať na druhých, ale to nevylučuje naše verné sprevádzanie, pochopenie a posilu našej pomoci. Kto pomoc s porozumením poskytne, je sám obdarovaný. Cieľom spoločnosti by preto malo byť vytvorenie takých podmienok pre chorých a umierajúcich, ktoré by vo svojej podstate implikovali predovšetkým záujem o kvalitu života človeka až do posledných okamihov.

4 Iné súvislosti spojené so starostlivosťou o zomierajúcich

Ľudská bytosť v poslednom dejstve svojho života za každých okolností potrebuje pomoc. To, čoho má najmenej, je čas. V tomto okamihu života jej jeho najväčším nepriateľom. Preto by zdravotnícki pracovníci mali konať vtedy, keď je to potrebné a všade tam, kde je to potrebné. Je totiž najsmutnejšie, ak človek zomiera sám, veľmi často bez svojich príbuzných a blízkych, ale aj bez prítomnosti ošetrojúcich. Odprevádzanie zomierajúceho sa týka jeho i našej dôstojnosti a je morálnou povinnosťou a čťou žijúcich zabezpečiť ho na primeranej úrovni. Obdobie od polovice 20. storočia, u nás na konci tohto storočia, je poznamenané intenzívnou aktivitou starostlivosti o záverečnú fázu života človeka (Lachytová, 2008, s. 50). Preto je veľmi potrebné, aby všetci, ktorí sa zaoberajú prácou s umierajúcimi, chorými ľuďmi venovali týmto otázkam viac pozornosti. Každý človek rovnako ako má právo na dôstojný život, má právo aj na dôstojnú smrť.

Ukončenie života človeka malo až do začiatku 20. storočia ritualizovanú podobu a smrť sa chápala ako jeho nevyhnutná súčasť. Novoveká civilizácia priniesla radikálne zmeny takmer do všetkých oblastí ľudského života vrátane jeho konečnej fázy. Prudký rozvoj vied na prelome 20. a 21. storočia a následná technizácia medicíny umieranie a smrť do istej miery sproblematizovali. Dnes už možno zachraňovať aj také stavy, ktoré boli v minulosti nezlučiteľné so životom. Dominujú tzv. civilizačné choroby, často nevyliciteľné, s dlhotrvajúcim priebehom a narastá počet ľudí, ktorí potrebujú zvýšenú starostlivosť v poslednom úseku svojho života. Keďže zanikli niektoré funkcie rodiny vrátane starostlivosti o tretiu generáciu a posledné veci človeka, ťažisko starostlivosti o zomierajúcich, ich opatera sa presúva predovšetkým do inštitúcií (nemocnice, liečebne pre dlhodobo chorých a pod.). Mnoho ľudí zomiera v nemocniciach, v neznámom prostredí. Takýto záver ľudského života je však často spojený s nedostatkami v eticko-psychologickej a duchovnej oblasti, s nedostatkom intimity, s chýbaním atmosféry dôvernosti, ktorú poskytovalo domáce prostredie a prítomnosť blízkych (Nemčeková a kol., 2004, s. 143). V tejto súvislosti uvádzame domáci model starostlivosti, inštitucionálny model starostlivosti a následne uvádzame aj iné formy starostlivosti o zomierajúcich.

4.1 Domáci model starostlivosti

Ľudia po stáročia zomierali doma, v kruhu svojej rodiny. Najväčšou prednosťou tohto modelu bola emocionálna podpora blízkych ľudí a tiež určitá istota, že sa to stane tak a nie inak. Každý člen rodiny mal predpísanú rolu, vedel, čo má robiť. Najdôležitejším

momentom vo vzťahu k umierajúcemu bolo to, že odchádzal do neznáma zmierený, obklopený svojou rodinou, deťmi od útleho veku nevynímajúc. Skutočnosť, že deti neboli vylúčené z kruhu rodiny, že sa zúčastňovali na rozhovoroch a zdieľali spoločne s dospelými úzkosť a obavy, im dávalo istotu, že nie sú vo svojom zármutku samy. Táto skúsenosť ich postupne formovala a pomáhala im vidieť smrť ako nevyhnutnú súčasť kolobehu života a zároveň zrieť a rásť. Rituál mal teda nezanedbateľný význam. Aj umierajúci vedel, aké sú formy pomoci a čo môže očakávať. Domáca starostlivosť o zomierajúceho bola predovšetkým laická. Významnú úlohu zohrával duchovný, ktorý sa v rámci svojich možností staral o umierajúceho a neskôr o príbuzných. Lekár ako reprezentant odbornosti vstúpil na túto scénu zhruba pred 200 rokmi.

Treba však pripomenúť aj nevýhody domáceho modelu umierania, ktorý sa dnes značne idealizuje, pretože mnohí ľudia zomierali bez akejkolvek pomoci. Možnosti odbornej pomoci boli zredukované, kvalitná ošetrovateľská starostlivosť neexistovala a praktické výkony ošetrovania boli v rukách príbuzných. V súčasnosti je zapojenie rodiny do starostlivosti o zomierajúcich rovnako významné ako v minulosti. Z viacerých dôvodov to však v tradičnej podobe nie je možné. Príbuzní nielen pre neochotu, ale aj pre pocit bezmocnosti, nespôsobilosť a mnoho ďalších dôvodov nemôžu poskytovať zomierajúcemu primeranú podporu a odbornú pomoc v domácom prostredí. Častou príčinou bývajú nevyhovujúce bytové priestory (neumožňujú bývanie viacerých generácií), nepripravenosť na niektoré výkony (ošetrovanie, špeciálna hygienická starostlivosť, podávanie rôznych foriem liekov a i.), nevhodné podmienky a nedostupnosť zapožičania špeciálnych pomôcok (mobilné lôžka, pomôcky na udržiavanie hygieny, jednorazové pomôcky a i.), nemožnosť čerpať dlhodobu neplatenú voľno, potreba odbornej starostlivosti a pod.

Domáca starostlivosť môže spôsobiť vyčerpanie, ba až úplné zlyhanie rodiny. Prax ukazuje, že domáci model starostlivosti si v súčasnosti vyžaduje nové prvky a formy. Ich vhodným spojením by sa mohli vyriešiť aspoň niektoré problémy zomierajúcich a ich rodín, aj keď to nemožno pokladať za systémové riešenie (Nemčeková a kol., 2004, s. 144).

4.2 Inštitucionálny model starostlivosti

V nemocniciach, ktorých rozvoj zaznamenávame najmä v 20. storočí, sa poskytuje profesionálna starostlivosť. Prudký rozvoj vied na prelome 19. - 20. storočia a následná technizácia medicíny umožnili zachraňovať aj stavy, ktoré boli v minulosti nezlúčiteľné so životom. Na základe vedecko-technického rozvoja predovšetkým po druhej svetovej vojne

zavládol optimizmus a presvedčenie, že budeme nad chorobami pomocou nových progresívnych praktík víťaziť a že moderná technická špecializovaná medicína nemá hranice. K inštitucionalizácii smrti prispelo aj pravidlo, že zomierať sa malo len v nemocnici. Všetko ostatné sa mohlo pokladať za zanedbanie starostlivosti. Aj vzdelávanie bolo zamerané viac na zvládnutie akútnych stavov a prinavrátanie zdravia ako na starostlivosť o dlhodobo chorých a zomierajúcich. Ešte i dnes mnohí zdravotníci rozmýšľajú, čo sa neurobilo pre záchranu života, resp. kde sa stala chyba a smrť pacienta chápu ako zlyhanie medicínskej starostlivosti (Nemčeková a kol., 2004, s. 145).

V dôsledku inštitucionalizácie ako upozorňuje Lachytová (2008, s. 46) vzniká situácia, keď je chorý, umierajúci v krízových situáciách svojho života osamotený v prostredí jemu neznámom a cudzom. Pochopenie a láskavé slovo môže znamenať vtedy pre neho oveľa viac, ako ordinovaná liečba. Chýba mu ľudský kontakt, pohladenie. Ošetrojúci sú cudzí, ktorí zaisťujú len čistotu, poriadok, prinesú jedlo a lieky. Je preto veľmi dôležité umožniť mu návštevy príbuzných a priateľov podľa želania aj mimo návštevných hodín. Nikde nie je zaručené, že vo chvíli smrti bude niekto u chorého. Smrť môže nastať v dobe, kedy príbuzní nemôžu byť v nemocnici. Tí najbližší nemajú možnosť sa rozlúčiť, povedať si posledné slová. Umierajúci nechce byť sám a vo väčšine prípadov túži po prítomnosti druhého človeka. Prirodzená a opodstatnená je aj požiadavka zo strany chorého na prítomnosť kňaza pri posteli. Duchovná útecha prináša pacientovi pocit úľavy a vyrovnanosti. Avšak osamelé umieranie v nemocniciach je zdrojom nespokojnosti a kritiky takej intenzívnej, že sa ňou zatieňujú i nesporné pozitíva, ktoré nemocničná starostlivosť o ťažko chorého a umierajúceho prináša. Tým sa ukazuje, že nemocničné zariadenia síce poskytujú odbornú starostlivosť na vysokej úrovni, ale v starostlivosti o zomierajúcich však podceňujú sociálne a duchovné aspekty. Kontakt s rodinou umožňujú len v popoludňajších hodinách (z hľadiska práv pacientov to možno pokladať za obmedzovanie), málo pozornosti sa venuje aj zármutku a žiaľu pozostalých a neakceptuje sa, že pri vyrovnávaní sa s krízovou situáciou potrebujú pomoc, rovnako ako predtým chorý. Z toho vyplýva, že do starostlivosti o zomierajúceho a rodinu treba zaviesť zmeny, ktoré by pomohli odstrániť nedostatky uvedených modelov.

4.3 Iné formy starostlivosti

Predtým boli ľudia zvyknutí umierať doma, obklopení v posledných dňoch, hodinách a minútach svojho života svojimi príbuznými a blízkymi, v prostredí predmetov, nábytku, fotografií a pamiatok, ktoré boli s nimi neustále. Dnes ľudia umierajú doma

veľmi zriedka. Väčšinou umierajú v nemocniciach alebo v ústavoch pre starých či dlhodobo chorých. Preto je potrebné nájsť vhodný prístup, ktorý by bol prijateľný pre obidve strany, a ktorý by rešpektoval kombináciu tradičného, domáceho modelu umierania a modernej lekárskej formy pomoci a starostlivosti. Každý z týchto modelov má svoje výhody aj nevýhody. Napríklad v domácom modeli chýba profesionálna odborná starostlivosť, v nemocničnom zas láskyplná účasť zdravotníckeho personálu, komplexný individuálny prístup k chorému jedincovi. Pri nástupe do zdravotníckeho zariadenia jednoznačne chorý, umierajúci niečo stráca. V prvom rade je to časť jeho sociálneho zázemia, potom strata sebahodnotenia (má pocit, že je len „prípado“, pocit bezpečia (zvyčajne nastupuje pocit osamelosti a odcudzenia, zaujímavý je len jeho chorobopis, nastupuje nový denný režim). Niekedy nadobúda i dojem, že stráca časť svojho človečenstva, obzvlášť, ak nemá možnosť prejavíť žiadnu vlastnú iniciatívu či nedostáva odpovede na svoje otázky. V prípade hospitalizácie má teda rozhodujúcu úlohu podpora blízkych, ale niekedy pomôže i prosociálny a empatický prístup personálu či priateľskosť. Riešením je nepochybne kompromis, ktorý z obidvoch modelov zachová to dobré, nosné a účelné. Vo svete sa hovorí o tzv. alternatívnej nemocničnej starostlivosti a znovu zapojení rodiny do procesu umierania (Haškovcová, 2002, s. 211-212). Cieľom je umožniť umierajúcejmu, aby mohol stráviť posledné obdobie života v kruhu rodiny, napomôcť mu uskutočniť rozhodnutia, ktoré považuje za dôležité, dať mu základnú medicínsku a ošetrovateľskú starostlivosť a pomôcť mu zlepšiť kvalitu jeho života. V súčasnej dobe sa budujú rôzne špeciálne zariadenia pre umierajúcich, ktoré ponúkajú alternatívne riešenie. Klasickým príkladom sú tzv. hospice. Najvhodnejším prostredím pre chorých stále zostáva domáce prostredie, lebo v ňom sa cítia najlepšie. Najpevnejšie putá a najhlbšie pocity spolupatričnosti vždy vznikali v rodine. Avšak starostlivosť o chorého v rodine alebo s pomocou rodinných príslušníkov v jeho vlastnej domácnosti je možná iba pri splnení troch základných podmienok: aby sa rodina o nesebestačného chorého človeka chcela starať, aby sa o neho starať mohla, aby sa o chorého človeka starať vedela. Lachytová (2008, s. 82) konštatuje: „starostlivosť o chorého člena rodiny bola vždy morálnou normou charakterizujúcou európsku kultúru. Vychádzala z predpokladu, že je morálne a ľudské starať sa o starších, bezmocných a chorých členov, a to v rodine, ako aj v spoločnosti. Vzťahy v rodine by mali byť naplnené láskou a úctou.“ Táto starostlivosť sa však nedá nariadiť. Je určovaná morálnymi kvalitami rodiny, hodnotovou orientáciou jej členov a momentálnou situáciou v rodine. Vyžaduje si kompromisy, obetovanie napr. voľného času, práce a pod. Mnohí sa chcú starať o ťažko chorých, ale treba však vedieť ako. Nejde

len o techniku ošetrovania, ale tiež o umenie sprevádzať ťažko chorého týmto nie ľahkým, často i posledným úsekom života. Ak sa rodina nemôže, nechce, alebo nevie o svojho chorého plnohodnotne postarať, prichádza do úvahy forma hospicovej starostlivosti. V súčasnosti tak dochádza k mohutnému hnutiu s novou orientáciou, s bojom za skutočne dobrú a dôstojnú smrť, k hnutiu hospicovému. Jeho cieľom je, v duchu dobrej paliatívnej starostlivosti, pomôcť chorým a ich rodinám: uľahčiť umieranie, prijať smrť a vyrovnať sa s bolestnou stratou blízkeho človeka. Jedná sa o takú starostlivosť, ktorá sa snaží vnímať a ošetrovať všetky vzájomne previazané a neoddeliteľné dimenzie človeka (fyzická, psychická, spirituálna, sociálna). Cieľom hospicu nie je ani vyliečenie choroby, ktorú už vyliečiť nejde, ani oddialovanie smrti za cenu predlžovania utrpenia, ale ani urýchľovanie smrti (Munzarová, 2005, s. 69). Základnou zásadou, ktorú uplatňujú všetky hospice, je: „Pomáhať v zomieraní ÁNO, pomáhať k smrti NIE“ (Porubčanová, Radková, Kovalčíková, 2002, s. 7).

4.3.1 Hospic a paliatívna starostlivosť

Zriaďovanie hospicov ako zariadení pre ošetrovanie nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich sa začalo až začiatkom 20. storočia. Na celom svete vzrástol záujem o koniec života a opakovane sa prezentovala požiadavka dôstojného zomierania. Kolískou moderného hospicového hnutia sa stalo Anglicko. V jednej z tamojších nemocníc pracovala po druhej svetovej vojne ako sociálna sestra a zdravotná sestra Cecily Saundersová. Pri lôžku zomierajúcich veľa uvažovala o tom, že nemocnica nie je vhodné miesto na zomieranie. Často premýšľala o tom, ako zlepšiť situáciu zomierajúcich. Aby mohla zrealizovať svoj zámer, vyštudovala medicínu a na základe svojich skúsenosti z práce založila v Londýne v roku 1967 prvý hospic moderného typu – Hospic sv. Krištofa (St. Christopher's Hospice). Autorky Centková a Balogová (2007, s. 28) dopĺňajú tieto informácie a hovoria, že Dr. Cecily Saundersová v rámci svojho pozorovania a výskumu aplikovala špecifické potreby zomierajúcich ľudí – kontrolu bolesti a dôstojný prístup k zomierajúcemu ako k celostnému bytiu s cieľom zlepšiť kvalitu života, ktoré neobsahoval doterajší štandardný nemocničný prístup. Tento prvý všetkým dostupný hospic sa stáva modelovým centrom pre celé svetové hospicové hnutie. Saundersová na základe toho, že zasvätila svoje úsilie uľahčeniu života umierajúcim, je považovaná za zakladateľku modernej paliatívnej starostlivosti. Týmto podnietila vytvorenie početných hospicov v Anglicku, Kanade, USA, neskôr v Nemecku, v Rakúsku a postupne i v Čechách a na Slovensku. Hospic sv. Krištofa sa tak stal inšpiráciou zakladania

podobných zariadení na celom svete. Hospicové hnutie – myšlienka dôstojného umierania postupne, nenápadne prenikla aj k nám a dala podnet k založeniu Nadácie Hospice v roku 1995 v Martine. Bol to prvý subjekt na Slovensku, ktorý sa začal venovať hospicovému programu. Za úlohu si tiež vytýčili zvyšovať informovanosť obyvateľstva o hospicovom hnutí i zapájať sa do medzinárodných projektov. Smrť, dôstojné umieranie, úcta k životu a jeho odprevádzanie na poslednej ceste má byť chápané ako súčasť prirodzenosti života. Takto správne ponímané súvislosti medzi životom a smrťou oslovilo už viacero ľudí a na ich základe sa postupne pripravujú projekty na realizáciu hospicov na Slovensku, ale problémom zostávajú peniaze. V súlade platných právnych noriem týkajúcich sa hospicov na Slovensku uvedieme, že do slovenskej legislatívy sa od 1. apríla dostal termín „hospic“. Od 1. apríla 2000 nadobudla platnosť novela Zákona č 80/2000 z 15.2.2000 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa Zákon NR SR č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. NR SR sa uzniesla na tomto zákone, kde v článku I., bod 11. v paragrafe 24, ods. 1 sa za písmeno m) sa vkladá nové písmeno n), ktoré znie: n) zariadenia, ktoré poskytujú paliatívnu starostlivosť (ďalej len „hospic“) (Porubčanová, Žáková, Botek, 2002, s. 75). V súčasnosti existuje vo vyše sto krajinách sveta viac ako 8000 inštitúcií paliatívnej a hospicovej starostlivosti.

Pojmy ako paliatívna starostlivosť a hospic v slovenskej verejnosti za posledných päť rokov sú skloňované v rôznych pádoch. Napriek tomu rezonujú určité rozpaky v chápaní náplne definícií a tak otázka, čo je paliatívna starostlivosť a hospic, je stále aktuálna v snahe o prijateľný kompromis. Existujú definície viacerých organizácií a asociácií, univerzálnou zostáva definícia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO). Forma paliatívnej starostlivosti tvorí „súhrn odborných lekárskejších, ošetrovateľských a rehabilitačných činností, poskytovaných preterminálne a terminálne chorým, u ktorých boli vyčerpané možnosti kauzálnej liečby, ale pokračuje liečba symptomatická s cieľom minimalizovať bolesť a zmierniť všetky ťažkosti vyplývajúce zo základnej diagnózy i jej komplikácií a zohľadňujúc bio-psycho-sociálno-spirituálne potreby chorého. Táto integrovaná forma zdravotnej, sociálnej, psychologickéjšej a spirituálnej starostlivosti sa poskytuje pacientom všetkých vekových skupín“ (Fetisovová, Mažgútová, 2001, s. 33). Paliatívna starostlivosť je teda aktívna, celková starostlivosť o pacientov v čase, keď ich choroba už neodpovedá na kuratívnu liečbu a kontrola bolesti alebo iných symptómov a psychologických, sociálnych a duchovných problémov je prvoradá. Celkovým cieľom paliatívnej starostlivosti je najvyššia možná kvalita života pacienta a jeho rodiny, zmiernenie jeho utrpenia a bolesti, stabilizácia jeho zdravotného stavu. Ponúka podporu

pacientovi žiť tak aktívne, ako je to len možné až do jeho smrti, ako aj podporu jeho rodine vyrovnáť sa s danou situáciou (Šimková, 2003, s. 1-2). Tieto informácie obohacujú Centková a Balogová (2007, s. 33-35), ktoré uvádzajú, že: „paliatívna starostlivosť predstavuje osobitý druh zdravotnej starostlivosti, ktorá vyžaduje bohaté skúsenosti s medziľudskými vzťahmi a súcitnou starostlivosťou. Na spomenuté aspekty kladie väčší dôraz než na liečbu. Je možné ju poskytovať v hospicioch, v domácnostiach alebo v nemocniciach. Hospic je teda iba jednou z foriem, kde sa poskytuje paliatívna liečba a starostlivosť o bolesti trpiaceho človeka.“ Základné algoritmy fungujúce v paliatívnej starostlivosti sa odlišujú od tých, ktoré sa denne používajú v medicínskej praxi. Prvou zásadou v paliatívnej a hospicovej starostlivosti je prijatie prichádzajúcej smrti. Druhou zásadou je starostlivosť o dobrú kvalitu pacientovho života, ktorú si definuje sám pacient, čo je zvratom v tradičnom paternalistickom medicínskom myslení. Treťou zásadou je vedenie hospicovej starostlivosti tímom. Základnou zásadou tímovej práce je harmonická spolupráca mnohých odborníkov pod vedením kompletnej osobnosti vedúceho, ktorý manažuje členov tímu k spoločnému cieľu. Štvrtou zásadou je holistický prístup, čo znamená uspokojovanie všetkých dôležitých potrieb pacienta ako aj starostlivosť o jeho rodinu. Piata zásada zdôrazňuje rešpektovanie základných etických princípov ochraňujúcich okrem iného pacientovu autonómiu – jeho právo na sebaurčenie, súkromie, právo na pravdu, právo robiť rozhodnutia a konať (Centková, Balogová, 2007, s. 39-40).

Pojem hospic, napriek svojmu jasnému koncepčnému ohraničeniu, nie je ešte v súčasnosti na Slovensku jednoznačne rozoznávaný. Niektorí ho vnímajú ako dom smrti, iní ako luxusnú liečbu pre dlhodobu chorých, ako zariadenie pre všetkých umierajúcich, prípadne ako charitatívnu inštitúciu. Hospic však poskytuje starostlivosť, ktorá umožňuje chorým aj v blízkosti smrti žiť dôstojný a hodnotný život, okrem iného systémom paliatívnej medicíny (Fetisovová, Mažgútová, 2001, s. 33). Hospic totiž nie je iba budova, ako si to mnohí mylne predstavujú, ale je určitý spôsob prístupu k umierajúcemu, prístup komplexný, ktorý zohľadňuje všetky jeho potreby. Pohodlie a utíšenie bolesti sú často najdôležitejšie potreby umierajúcich. Je to teda špecializované zariadenie poskytujúce paliatívnu starostlivosť a určený je pre terminálne chorých. Autorky Centková a Balogová (2007, s. 40) charakterizujú hospic takto: „ako program starostlivosti o chronicky chorých v terminálnom štádiu. Začína sa vtedy, keď už nemožno dúfať v predĺžovanie života a sústreďuje sa na kontrolu obťažujúcich symptómov a udržanie kvality zostávajúceho života tak, aby odchádzajúci mal až do konca dosiahnuteľný primerane možný komfort, vedel a cítil, že je to pomoc aj pre jeho rodinu.“ Hospic sa podstatne líši od nemocnice.

Úlohou nemocnice je pacientov liečiť. Dnešná nemocnica zväčša neposkytuje vo svojom technizovanom, paternalistickom chápaní dostatočne celostnú starostlivosť o zomierajúceho človeka. A práve preto má svoje opodstatnenie hnutie zakladajúce hospic.

Ambícou hnutia je aj to, aby sám chorý človek rozhodoval o tom, ako chce stráviť svoju poslednú životnú fázu. Cieľom hospicu je prostredníctvom vhodnej opatery a citlivého prístupu spríjemniť nevyliciteľne chorým posledné dni a duchovne ich pripraviť na smrť. Pre týchto ľudí je dôležitejšia starostlivosť ako liečba. Nevnášajú sa tu dni do života, čiže život sa tu umelo neskracuje, ale vnáša sa viac života do dní, ktoré človeku zostávajú. Ďalšou zvláštnosťou hospicovej starostlivosti je, že sa zameriava nielen na chorého, ale aj na jeho rodinu. Milujúce osoby taktiež trpia a sú vystavené neustálemu tlaku. Preto sa pracovníci hospicu venujú aj členom rodiny, pomáhajú im uvoľniť strach a vyrovnat' sa so stratou. Hospicová starostlivosť je tak ideálnym riešením nielen pre ťažko chorého pacienta, ktorý tu nájde útočisko v čase, keď je jeho rebríček hodnôt už úplne zmenený, ale aj pre jeho najbližších. Jedným zo základných princípov hospicovej starostlivosti je pochopenie, že umieranie je normálny proces a smrť je prirodzenou súčasťou ľudského života, a to bez ohľadu na to, či je alebo nie je dôsledkom choroby (Puškár, Samová, 2000, s. 302-304). Snahou je minimalizovať bolesť a poskytnúť chorému útočisko, v ktorom bude môcť zomrieť bez pocitu samoty alebo poníženia. Hospic plne rešpektuje vieru pacienta i jeho rodiny a snaží sa robiť všetko preto, aby boli splnené ich osobné, filozofické, náboženské, duchovné a morálne potreby.

„Myšlienka hospicu vychádza z úcty k životu k človeku, ktorý je jedinečnou a neopakovateľnou bytosťou. Hospic chorému garantuje, že nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou, v každej situácii bude rešpektovaná jeho ľudská dôstojnosť a v posledných chvíľach svojho života nezostane sám“ (Porubčanová, Žáková, Botek, 2002, s. 76).

Aj keď už chorý nemá nádej na uzdravenie, prejavy lásky a úcty pri hospicovej starostlivosti mu dávajú pocit ľudskej dôstojnosti, čo sa niekedy prejaví aj zlepšením zdravotného stavu a takmer vždy zmierením sa so svojím údelom, so svetom i s Bohom (Martinková, 2009, s. 12). Povinnosť rešpektovať a chrániť dôstojnosť všetkých smrteľne chorých a umierajúcich osôb je odvodená z nedotknuteľnosti ľudskej dôstojnosti vo všetkých obdobiach života. Rešpekt a ochrana poskytujú primerané prostredie, ktoré umožňuje človeku dôstojné umieranie. Práve tak, ako je človek slabý a závislý na začiatku svojho života, potrebuje ochranu a podporu i pri umieraní (Munzarová, 2005, s. 79). Hospice poskytujú rovnakú dôstojnosť odchodu človeka z tohto sveta, akú poskytujú pôrodnice pri jeho príchode. To by si mala spoločnosť uvedomiť.

4.3.2 Základné služby a formy hospicovej starostlivosti

Hospice sú nepochybne vítaným a doplnkovým typom najrôznejších spôsobov starostlivosti o umierajúcich. Do programu hospicovej paliatívnej starostlivosti je prijatý každý pacient bez ohľadu na vek, náboženstvo, pohlavie, národnosť, sociálny stav či etnickú príslušnosť na základe vlastnej žiadosti alebo odporúčania lekára. Prijatie chorého do hospicu sa teda riadi určitými zreteľne vymedzenými pravidlami. Základnou podmienkou je, že musí byť poučený o svojom zdravotnom stave, o spôsobe starostlivosti, ktorú mu hospic ponúka. V niektorých krajinách je dokonca lekár povinný oboznámiť chorého, ktorému navrhuje hospicovú starostlivosť, aj s jeho prognózou (Centková, Balogová, 2007, s. 45). Iniciátorom do hospicu je buď pacient, osobný lekár alebo člen rodiny. Ľudia sem chodia preto, lebo sa zhorší ich zdravotný stav, alebo ich blízky, ktorí sa o nich starajú, musia pracovať, alebo keď ochorejú, prípadne ich trápia trvalé bolesti. Ľudia sem chodia dobrovoľne. Nie je to teda miesto, kam sa odloží človek, ktorý si vyžaduje väčšiu starostlivosť a pozornosť, akú mu jeho rodina nevie poskytnúť, alebo ak je na obtiaž. Každý sem prichádza dobrovoľne, s vedomím, čo od pobytu môže očakávať a čo nie. Preto je dôležitý slobodný informovaný súhlas. Jeho potvrdenie je podmienkou pre prijatie. Tu totiž pacient svojím podpisom potvrdí, že sa pre hospicovú starostlivosť rozhodol slobodne, po zrelom uvážení a riadnom poučení. A zároveň, že si je vedomí toho, že sa nebudú používať medicínske postupy na predĺženie jeho života, ale sa bude ordinovať všetko, čo môže skvalitniť jeho život. K tomuto tlačivu lekár pacienta priloží vyplnenú žiadosť o prijatie pacienta do hospicu, kde predáva ďalej informácie o pacientovi. Zo žiadosti sa pracovníci hospicu dozvedajú s kým býva, kto sa o neho doteraz staral, kto sa o neho postará po odchode z hospicu, či je pacient fajčiar, akú má diétu, s akou diagnózou prichádza, ako bol doteraz liečený a čo od pobytu v hospici očakáva sám pacient, prípadne jeho rodina.

Ošetrovateľské programy hospicov sa sústreďujú na maximalizáciu kvality zostávajúceho života pacientov poskytovaním komplexnej starostlivosti a služieb, ktoré zahŕňujú fyzické, citové, sociálne a duchovné potreby pacientov a ich rodín. Program starostlivosti sa vypracúva osobitne pre každého pacienta a upravuje sa podľa toho, ako sa potreby pacienta menia (Strelka, 1999, s. 9-10). Pokiaľ ide o potreby pacientov, medzi nimi dominujú potreba pocitu bezpečia a potreba individuálnych hodnôt. Jednou z najväčších biologických potrieb je pocit bezpečia, ktorá v situáciách života a smrti má nezvyčajný význam. Ak táto potreba nie je uspokojená, pacient sa môže dostať do stavu úzkosti a vytvoriť si negatívne emócie, čím sa znižuje kvalita jeho života. Potreba

individuálnych hodnôt, týkajúcich sa dôstojnosti, môže byť často dotknutá rôznymi situáciami, v ktorých sa pacient môže ocitnúť. Môže ísť o úplnú závislosť na iných ľuďoch, progresívne obmedzenia výkonnosti, či zanedbaný vzhľad a pod. Sociálne potreby umierajúceho sú obmedzené tým, že do kontaktu prichádza len s najbližšími príbuznými, prípadne so zdravotníckym personálom. U chorých pacientov sa stáva najdôležitejšou potreba zmyslu života. Týka sa otázok o zmysle choroby a utrpenia. Niekedy si tieto otázky kladú pacienti po prvýkrát, niekedy je to len potvrdenie starého problému v novej zložitej situácii. Iná dôležitá duchovná potreba, ktorú je potrebné poskytnúť, je potreba slobody. Zdravý človek dosiahne slobodu, keď sa stane dospelým a je schopný robiť rozhodnutia. Nezávislé rozhodnutia a ťažkosti, ktoré život prináša sú dôležitou súčasťou životného uspokojenia. Boj s ťažkou a nevyliciteľnou chorobou môže byť obdobím frustrácie, strachu a fyzického nepohodlia, najmä pre aktívnych ľudí je to ťažká skúsenosť. Medzi mnohými inými potrebami sú tiež potreby dôstojnosti, jasného vedomia, harmónie s okolitým svetom, odpustenia, viny atď. Tieto ľudské potreby majú veľa spoločného s duchovnými potrebami ako vierou v Boha a potreba užšieho vzťahu s Bohom (Galuszko, 2004, s. 57-58).

Z hľadiska hospicovej starostlivosti vychádzame z jej filozofie, kde úzkosť prežíva a do hraničnej situácie sa človek dostáva v období blížiacej sa smrti. V čase, v ktorom sa to v človeku odohráva, by tento jednotlivec, podľa hospicovej filozofie, mal byť obklopený nielen špeciálne organizovanou starostlivosťou, ktorá je jedinečná v tejto situácii, ale aj dostatočným počtom dobre pripravených zdravotníkov a iných profesionálov. Technicky dokonalé prístrojové vybavenie je síce v medicíne veľmi dôležité a osočné, ale ľudský prístup, lásku k povolaniu a vzťah k ľuďom to nemôže nahradiť. Táto skutočnosť bola podnetom pre vytvorenie interdisciplinárneho tímu, ktorí sa podieľa na starostlivosti o umierajúceho. Tento tím tvoria: samotný pacient a jeho rodina, ošetrovateľ, hospicový lekár, hospicová sestra, sociológ (starajúci sa o rodinu a pozostalých), duchovný (kňaz, psychológ), sociálny pracovník, dobrovoľníci a ďalší špecialisti podľa aktuálnych potrieb pacienta ako fyzioterapeut, filozof, stážisti atď. (Valentová, 2007, s. 123). Pre chorého má veľký význam aj účasť takých subjektov, akými sú spolupacient, upratovačka, domáce zvieratá, sanitár, diétna sestra, priatelia, alternatívna medicína a iné. Dobrovoľníci majú v hospicovej starostlivosti nezastupiteľné miesto. Ich zaradenie do modelu nápomocného vzťahu vyžaduje nielen vhodný nábor pre túto prácu, ale aj základnú a sústavnú prípravu. Podmienkami pre výber dobrovoľníkov sú vlastnosti, ako je schopnosť pracovať v tíme, zrelá osobnosť, dôvera, poznanie svojich osobných hraníc, senzitivita, zmysel pre humor.

Dobrovoľníci sú plnohodnotní členovia tímu a ich práca je vysoko spoločensky hodnotená. Dôvodom je možno i to, že sa tu častejšie dostávajú do kontaktu s umierajúcim klientom a so smrťou, ich práca je náročnejšia, ale aj dôležitejšia. Alebo iným dôvodom môže byť to, že svoju prácu vykonávajú pre radosť a vďaka nim sa miesta, kde ľudia zomierajú, podobajú viac láskyplnému a útulnému domovu. Zásadou pri výbere vhodných dobrovoľníkov je to, že na nich musí byť spoľahnutie. Preto sú pre túto prácu nevhodní tí, ktorí prídu len vtedy, keď sa im to hodí. V hospicových zariadeniach dobrovoľníci môžu vykonávať práce v pomocných prevádzkach, ako je napríklad práčovňa, žehliareň, starajú sa o záhradu, o kvetiny, môžu poskytovať kadernícke služby a manikúru, starajú sa o knižnicu, recepciu, navštevujú osamelých pacientov, robia im drobné nákupy, starajú sa o kultúrny program a podobne. Aj keď ponúkajú svoj voľný čas iným, sú často sami obohacovaní o cenné skúsenosti, ktoré sú k nezaplateniu.

Režim v hospici nie je nemocničný a ak sám pacient neruší ostatných pacientov, nachádza tu všetko, čo potrebuje. Služba je 24 hodín denne, režim sa prispôsobuje potrebám pacientov, návštevne hodiny sú tiež prakticky 24 hodín denne, ak je to nutné a je to vôľa pacienta, najbližší sa tu môžu aj ubytovať. Samozrejmosťou je tiež cestovanie pacientov v priestoroch hospicu a ak sa dá, aj mimo budovy. Pohybliví pacienti, ale aj tí na invalidných vozíkoch alebo posteliach, sú podľa želania premiestňovaní do spoločenskej miestnosti, kaplnky, záhrady a pod.

Realizovať myšlienky hospicového programu je možné v rámci rôznych foriem starostlivosti o nevyliciteľne chorých a umierajúcich aj z časového hľadiska procesu umierania. Rozlišujeme tieto štyri základné formy: domáca, ambulatná, stacionárna a lôžková hospicová starostlivosť. Domáca hospicová starostlivosť je najprijateľnejšia, pretože pacient ostáva v prostredí, ktoré je mu najmilšie. Starostlivosť sa tak poskytuje v domácom prostredí pacienta, kde za ním dochádza hospicový tím profesionálov. Pacientovi je zabezpečená odborná lekárska starostlivosť, ide najmä o tlmenie bolesti, ošetrovanie rán, psychologickú pomoc a podávanie liekov. Táto starostlivosť je ideálna, čo sa týka uspokojenia psychologických a sociálnych potrieb. Zomierajúci nie je vytrhnutý zo svojho prostredia, nie je oddelený od každodenného kontaktu s najbližšími. Pre rodinných príslušníkov je to však veľmi únavné a vyčerpávajúce, ale pomáhajú im školení a kvalifikovaní pracovníci. Táto starostlivosť však na Slovensku nie je dostatočne rozvinutá. Pri ambulatnej starostlivosti, pacient prichádza za odborníkmi, pokiaľ mu to jeho zdravotný stav dovoľuje. V rámci tejto starostlivosti ide o pomoc umierajúcim zmierňovať príznaky, ktoré sprevádzajú umieranie, prostredníctvom intervencií odborníkov.

Stacionárna hospicová starostlivosť alebo tzv. denné pobyty sa poskytujú spravidla v stacionároch. Sú určené na poskytovanie starostlivosti, ktorá je kratšia ako 24 hodín vtedy, ak chorý a zomierajúci vyžaduje denne ošetrovateľskú starostlivosť a rodina ju nevláda zabezpečiť. Pacient je do stacionára prijatý ráno a poobede alebo večer sa vracia domov. Dopravu chorého zabezpečuje hospic (napr. dobrovoľníkmi) alebo rodina. Tento spôsob prichádza do úvahy u chorých z blízkeho okolia hospicu. Lôžková hospicová starostlivosť sa poskytuje vtedy, ak nie je možná domáca starostlivosť alebo pobyty v dennom stacionári. Samotná budova hospicu a jej vybavenie pôsobí veľmi rodinne a priateľsky a nie sú tu rigidné pravidlá pre pacientov. Starostlivosť poskytuje tím odborníkov 24 hodín denne a je možné, aby s pacientom bývali v hospici aj jeho rodinní príslušníci. Tímová práca znamená, že každý v tíme je rovnako dôležitý, nikto nepocit'uje nejakú nadriadenosť alebo podriadenosť. Po zlepšení zdravotného stavu sa pacient môže hocikedy vrátiť do domácej starostlivosti (Kasanová, 2008, s. 99).

Ku všetkému je potrebné dodať, aj keď domov je miesto, ktoré každý najviac potrebuje, pre zomierajúceho nie je dôležité miesto úmrtia. V čase zomierania je preňho najdôležitejšia opatera, ľudský prístup s pocitom solidarity a primerane možný komfort. V kontexte humanity je potrebné u komunity zomierajúcich zamyslieť sa nad neodkladnosťou realizácie myšlienky sv. Otca, pápeža Jána Pavla II.: „Kto žije v núdzi, nemôže ďalej čakať, lebo to nevyhnutné pre život potrebuje teraz. Preto má právo, aby to dostal ihneď“ (Kráľovičová, 2008, dostupné na internete: <<http://www.velkeorviste.sk/doc/on022008.pdf>>).

4.4 Optimálny model umierania pre tretie tisícročie

Umieranie je stále spoločenským tabu. Aj keď sa o tom oficiálne nehovorí ako o probléme, intenzívne sa hľadá optimálny model zomierania a smrti, a to nielen u nás, ale na celom svete. V minulosti bolo zomieranie prirodzeným ľudským aktom, spojené s kolobehom prírody. Smrť bola v rodine, doma, mala rituál, bola humánna a mala svoj morálny a sociálny význam. Týkala sa celej komunity. V dnešnom industrializovanom svete sa situácia dramaticky zmenila, mení sa miesto smrti, opúšťa sa domov, oslabujú sa rodinné tradície a vzťahy. Dnes sa smrť inštitucionalizuje, stáva sa medicalizovanou, riadenou a utajovanou, zbavenou svojej láskavosti a pokoja. Smrť sa v zdravotníctve považuje za neúspech, smrť sa jednoducho len konštatuje. Naše zdravotníctvo ignoruje realitu života ako celku a v cieľoch je jednoznačne orientované na diagnostiku, liečbu a vyliečenie, možno ešte sem-tam aj na prevenciu. Medicína sa tak stáva technickou,

chladnou vedou, chorý je zakrytý za prístrojmi a personál častejšie viac zaujímajú ich monitory, ako on. S ťažko chorým pacientom sa v nemocniciach zaobchádza ako s predmetom a upiera sa mu právo na vlastný názor, prestáva byť osobou, ktorá túži po pokoji, dôstojnosti, úprimnosti, láskavom ľudskom pohľade. V posledných rokoch sme svedkami toho, že aj napriek mnohým pozitívnym zmenám v slovenskom zdravotníctve sa väčšine umierajúcich nedostáva adekvátna starostlivosť, sú vydaní na milosť a nemilosť. Záver života mnohých ľudí je často sprevádzaný zbytočným utrpením, osamelosťou a stratou dôstojnosti. Paliatívna starostlivosť sa do budúcnosti rysuje ako jedna z prioritných oblastí rozvoja zdravotníctva a sociálnej starostlivosti. Paliatívna starostlivosť je moderný, celosvetovo rýchlo sa rozvíjajúci typ starostlivosti, ktorý ponúka umierajúcim a ich rodinným príslušníkom pomoc tam, kde prostriedky bežných liečebných postupov, ale tiež sily a schopnosti najbližšieho okolia často zlyhávajú. Pomáha všetkým prijať realitu smrti ako prirodzenej súčasť života a povzbudzuje nájsť duchovný zmysel života. Dokáže dosiahnuť konsenzus medzi chorým, rodinou a zdravotníkmi, nastoliť rovnováhu vedeckého prístupu a humanizmu, zvyšuje kvalitu života, humanizuje proces zomierania, vytvára jednotiaci model paliatívnej a inštitucionalizovanej starostlivosti o zomierajúcich. Typickým zariadením takto chápanej paliatívnej starostlivosti je hospic ako posteľové zariadenie alebo program komplexnej starostlivosti, ktorá je poskytovaná v domácom alebo náhradnom sociálnom prostredí (Németh, Baník, 2005, s. 25-26). Na základe uvedeného môžeme povedať, že v súčasnosti sa za optimálny, aj keď ekonomicky nie najlepší model považuje hospicová filozofia zomierania, ktorá zohľadňuje aj rodinu zomierajúceho. Pretože kvalita života chorého má mať prednosť pred ekonomikou a neraz práve z tohto dôvodu zlyháva v bežnom živote hlavná myšlienka hospicu (Nemčeková a kol., 2004, s. 46). Je dôležité dostať do povedomia spoločnosti, že každý človek má právo na zdravotnú starostlivosť, ktorá sa vyznačuje vysokou profesionálnou úrovňou, využívaním modernej techniky, ale aj dôstojným, etickým a humánnym prístupom. Treba vyvinúť úsilie, aby sa zdravotníctvo humanizovalo. Aj keď sa hospicové hnutie ukazuje ako ideálne riešenie, ako možno v danej situácii zmierniť útrapy chorých ľudí na poslednej ceste životom, v závere je potrebné ešte zdôrazniť, že v súčasnosti nie je prijatý jednotný názor, kde prežiť posledné dni života. V tejto súvislosti môžeme konštatovať, že neexistuje spôsob starostlivosti o umierajúcich, ktorý by bol univerzálny, optimálny pre každého človeka alebo spoločnosť. Ako perspektívna sa síce ukazuje kombinácia pozitívnych prvkov jednotlivých typov starostlivosti s akceptáciou potrieb zomierajúceho a jeho

rodiny, ale aj napriek tomu by malo byť určujúcim subjektívne pranie každého jedinca, ktoré sa môže považovať za optimum.

Záver

Jednou z charakteristických črt ľudského života v jeho sociálnej aj individuálnej forme je existencia v čase. V súčasnej hektickej dobe ľudia riešia mnohé problémy a pritom si málokto uvedomuje, že človek má jeden veľký problém a tým je nepokoj. Všetci sa ponáhľame, naháňame, na nič nemáme čas. S ničím nie sme spokojní, sme nevyrovnaní, v duši máme málo miesta pre ticho. A potom to, čo nemáme, chceme nahradiť hromadením materiálnych statkov. V tom zhone si neuvedomujeme, že práve materiálne hodnoty sú dočasné, ohraničené smrťou. Žiaľ, hodnoty dnešného vonkajšieho a vnútorného sveta sú prehádzané. Všetko sa však zmení, keď do nášho života vstúpi utrpenie, ktoré musíme prežiť, preboľieť, kým načisto odídeme z tohto sveta. Človek sa veľmi bojí smrti. No viac ako smrti samotnej sa bojí spôsobu zomierania. Má strach, že bude zomierať dlho, v bolestiach, ale hlavne sa bojí zomrieť osamote. Nič tak neodkladá ako myšlienky na vlastnú smrť. V závere svojho života človek potrebuje profesionálnu pomoc, technické zabezpečenie, ale hlavne čo potrebuje je ľudská blízkosť. Na to, aby sme mohli poskytnúť kvalitnú starostlivosť, musíme byť vyrovnaní s vlastnou smrteľnosťou. Treba ju brať ako samozrejmosť prirodzeného života, pretože tak ako všetko má svoj začiatok, má i svoj koniec.

V diplomovej práci sme popísali pojmy ako ľudské utrpenie, jeho zmysel, umieranie a smrť. Poukázali sme na potreby riešenia a zvýšenia záujmu o umierajúcich a o celkové dianie, ktoré súvisí s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Cieľom bolo nájsť spôsob zabezpečujúci komplexnú starostlivosť o umierajúcich a posúdiť či je optimálny a univerzálny pre každého človeka. Ukazuje sa, že medicína na základe vedeckých poznatkov a stále dokonalejšej techniky posunula strednú dĺžku života, a tým i hranice smrti do vyšších vekových kategórií, z ktorých je väčšina zomierajúcich. Na druhej strane sa však zabúda, že zomierajúci nie je klient – číslo, ale je to človek so srdcom a dušou. Nemocničné zariadenia síce poskytujú odbornú zdravotnú starostlivosť na vysokej úrovni, v starostlivosti o zomierajúcich však podceňujú sociálne a duchovné aspekty. V záverečnej fáze života je žiaduce venovať pozornosť emocionálnemu stavu chorého, jeho myšlienkam, potrebám a snahám, vžiť sa do pacientovej situácie, vidieť svet a všetko, čo sa v ňom deje z jeho pohľadu. Je teda nevyhnutné zdôrazniť, že uspokojovanie potrieb umierajúceho je veľmi potrebné, užitočné a nevyhnutné v zdravotníckej starostlivosti.

Uvedené tvrdenia smerovali k tomu, aby aj vzdelávanie lekárov v SR zodpovedalo súčasným poznatkom. To znamená, že k umierajúcemu človeku nemajú pristupovať ako k pasívnemu biologickému objektu starostlivosti, ale majú vytvoriť vhodné podmienky pre dôstojné umieranie a súčasne poskytnúť kvalitnú starostlivosť v čase umierania. Preto hlavnou úlohou a povinnosťou lekárov a všetkých pracovníkov v oblasti starostlivosti o ťažko chorých a umierajúcich je samozrejme zachovanie života, ktorý im bol zverený do starostlivosti, všetkými dostupnými prostriedkami, ale aj pomoc, zmiernenie bolesti a liečenie celého človeka, dôsledne sa usilovať o to, aby pacient umieral dôstojne a zachoval si aj v tejto súvislosti človečenstvo a jedinečnosť. Na to, aby mohol človek zomrieť dôstojne a bez straty svojej tváre, je potrebné zabezpečiť priaznivé prostredie, psychickú podporu rodiny a profesionálneho tímu.

V závere práce sme na základe štúdia a uvedených zdrojov dospeli k tomu, že ako perspektívna sa ukazuje kombinácia jednotlivých typov starostlivosti s akceptáciou potrieb zomierajúceho a jeho rodiny. Ponúkané riešenie má názov hospic, ktorý pacientom v najťažších, zvyčajne posledných fázach života vytvára dôstojné prostredie. Aj keď už chorý nemá nádej na uzdravenie, prejavy lásky a úcty pri hospicovej starostlivosti mu dávajú pocit ľudskej dôstojnosti. Použitím aktuálnej literatúry sme poukázali na význam tejto starostlivosti a jej nezastupiteľnosť v systéme starostlivosti o terminálnych pacientov. Preto je dôležité klásť požiadavku na zriaďovanie hospicových zariadení. Keďže táto forma starostlivosti ja na Slovensku dobre známa, je potrebné ju podporovať a zdokonaľovať. Harmonické prostredie s príjemnou atmosférou je základom kvalitnej starostlivosti a možno ho vytvoriť len s úsilím ľudí, ktorým na tom ozaj záleží, ktorí svoju prácu berú ako poslanie. Časom každý príde na to, že ľudský život má svoj prirodzený začiatok i koniec, že človek nesmie zostať sám v okamihu narodenia, ani v období blížiacej sa smrti. Zo štúdia zahraničných i našich dokumentov, aj zo zistených skutočností z uplatňovania práv pacientov v dennej praxi vyplýva ďalšie odporúčanie, ktorým je naliehavá potreba zabezpečiť nielen zachovávanie práv pacientov v procese zdravotnej starostlivosti, ale aj zvýšiť právne vedomie občanov v tejto oblasti. Charta práv pacienta v Slovenskej republike je výberom najdôležitejších práv pacienta podľa právnych predpisov Slovenskej republiky, jej cieľom je uľahčiť každému občanovi orientáciu v jeho základných právach.

V konečnom dôsledku by mala diplomová práca nadobudnúť aplikačný charakter, ktorý by bol prínosom v oblasti zdravotníctva.

Zoznam použitej literatúry

- BILASOVÁ, V. 2008. *Etika a medicína*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. 179 s. ISBN 978-80-68-809-7.
- BLUMENTHAL-BARBY, K. a kol. 1987. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum, 1987. 149 s.
- BOŠMANSKÝ, K. 1996. *Človek vo svetle pastorálnej medicíny a medicínskej etiky*. Spišské Podhradie: Kňazský seminár biskupa Jána Vojtaššáka, 1996. 150 s. ISBN 80-7142-039-5.
- BRÁDŇANSKÁ, N. 1999. *Pastorálny postoj k smrti človeka*. Bratislava: ECM, 1999. 71 s. ISBN 80-85733-60-9.
- CENTKOVÁ, M., BALOGOVÁ, B. 2007. *Filozofia sociálnej starostlivosti o terminálne chorých*. Prešov: Akcent Print, 2007. 167 s. ISBN 978-80-89295-01-2.
- ČÁP, J. 2002. Jazykové aspekty vedomia smrti. In *Človek, spoločnosť, myslenie*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2002. ISBN 80-8055-692-X, s. 152-157.
- DRGONEC, J. 1996. *Ústavné práva a zdravotníctvo*. Bratislava: Archa, 1996. 338 s. ISBN 80-7115-034-7.
- ERDZIAKOVÁ, A. 2007. Hospic – prevencia eutanázie. In *Forum scientiae et sapientiae*. ISSN 1335-566X, 2007, roč. 14, č. 1, s. 27-31.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2001. *Ošetrovatelstvo – teória*. Martin: Osveta, 2001. 135 s. ISBN 80-8063-086-0.
- FETISOVOVÁ, Ž., MAŽGÚTOVÁ, A. 2001. Hospicová starostlivosť a kvalita života. In *Medicínsky monitor*. ISSN 1335-0951, 2001, roč. 7, č. 2, s. 33-34.
- GALUSZKO, K.W. 2004. Filozofia paliatívnej starostlivosti – teória alebo prax? In *Hospicová a paliatívna starostlivosť*. Trnava: Slovak Academic Press, 2004. ISBN 80-89104-56-8, s. 57-58.
- GLASA, J. 2006. Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a umieraní. In *Zdravotnícke noviny*. ISSN 1335-4477, 2006, roč. 11, č. 12, 2006, s. 12.
- GLASA, J., GLASOVÁ, M. 1999. Ľudské práva v podmienkach zdravotnej starostlivosti. In *Medicínska etika a bioetika*. ISSN 1335-0560, 1999, roč. 6, č. 3-4, s. 6-10.
- GLASA, J., ŠOLTÉS, L. a kol. 1998. *Ošetrovateľská etika*. Martin: Osveta, 1998. 211 s. ISBN 80-217-0594-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 1975. *Rub života a líc smrti*. Praha: Orbis, 1975. 175 s.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2000. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

- HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- JÁN XXIII. 1997. *Pacem in terris*. [online]. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 1997. [cit. 15. marec 2010]. Dostupné na internete: <<http://www.kbs.sk/?cid=1117035321>>.
- JÁN PAVOL II. 1998. *Salvifici doloris*. [online]. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 1998. [cit. 15. marec 2010]. Dostupné na internete: <<http://www.kbs.sk/?cid=1117277163>>.
- KASANOVÁ, A. 2008. *Sprievodca sociálneho pracovníka II*. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška, 2008. 162 s. ISBN 978-80-8094-254-0.
- KILÍKOVÁ, M., NEMČEKOVÁ, A. 2006. Manažment kvality ošetrovateľskej starostlivosti. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. 93, č. 9-10, s. 22-23.
- KOŠŤOVÁ, T. 2006. Práva pacientov. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. 90, č. 3-4, s. 15.
- KOVALČÍKOVÁ, N. 2001. Umieranie – tabu? In *Sociálna práca a zdravotníctvo*. 2001, roč. 2, č. 1-2, s. 61-68.
- KOVAĽOVÁ, D. 2004. *Aplikované etiky II*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2004. 76 s. ISBN 80-8055-996-1.
- KRÁĽOVIČOVÁ, M. Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti IMAG. In *Orvištské noviny* [online]. 2008, roč. 2, č. 2 [cit. 15. marec 2010]. Dostupné na internete: <<http://www.velkeorviste.sk/doc/on022008.pdf>>.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat Domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.
- LACHYTOVÁ, L. 2008. *Súčasný formy starostlivosti o seniorov*. Prešov: Vysoká škola medzinárodného podnikania, 2008. 111 s. ISBN 978-80-89372-04-1.
- LONGAUER, F., PALAŠČÁK, J. a kol. 2003. *Vybrané kapitoly pre semináre z lekárskej etiky*. Košice: Univerzita P.J Šafárika, 2003. 92 s. ISBN 80-89138-05-5.
- MARTINKOVÁ, J. 2009. Hospic je pôrodnica pre večnosť. In *Katolícke noviny*. ISSN 0139-8512, 2009, roč. 124, č. 7, s. 12-13.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MUNZAROVÁ, M. 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

- NEMČEKOVÁ, M. a kol. 2004. *Práva pacientov: Medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. Martin: Osveta, 2004. 213 s. ISBN 80-8063-162-X.
- NÉMETH, F., BANÍK, M. 2005. Umieranie v našich podmienkach. In *Geriatrics*. ISSN 1335-1850, 2005, roč. 11, č. 1, s. 24-27.
- PAYNEOVÁ, S. a kol. 2007. *Paliatívni péče: princípy a praxe*. Brno: Spoločnosť pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- PARKES, C.M. 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 180 s. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PORUBČANOVÁ, P., RADKOVÁ, L., KOVALČÍKOVÁ, N. 2002. Hospic – alternatíva eutanázie a dystanázie. In *Práca a sociálna politika*. ISSN 1210-5643, 2002, roč. 10, č. 12, s. 6-7.
- PORUBČANOVÁ, P., ŽÁKOVÁ, M., BOTEK, O. 2002. História hospicovej starostlivosti. In *Sociálna práca a zdravotníctvo*. ISSN 1336-1031, 2002, roč. 3, č. 3-4, s. 75-79.
- PRÁVA UMIERAJÚCEHO PACIENTA. In: *Revue profesionálnej sestry*. 2001, č.1, s. 8.
- PUŠKÁR, P., SAMOVÁ, M. 2000. Hospicová starostlivosť. In *Životné prostredie*. ISSN 0044-4863, 2000, roč. 34, č. 6, s. 302-305.
- SAINT EXUPÉRY, Antoine. Malý princ. 11. vydanie. Praha: Albatros, 2002. 93 s. ISBN 80-00-01038-0.
- SKOBLÍK, J. 2004. Přehled křesťanské etiky. Praha: Karolinum, 2004, 316 s. ISBN 80-7184-357-1.
- SLÁMA, O. 2007. *Paliatívni medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
- SMELÁ, A. 2005. Sprevádzanie nevyliciteľne chorých a zomierajúcich. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2005, roč. 4, č. 9, s. 30-32.
- SOULI, S. 1995. *Řecká mythologie*. Athény: Michalis Toubis, 1995. 175 s. ISBN 960-540-121-5.
- STEINDL, R. 2000. *O smrti*. Bratislava: Iris, 2000. 135 s. ISBN 80-88778-90-5.
- STRELKA, J. 1999. Čo vieme o hospicoch? In *Revue profesionálnej sestry*. ISSN 1335-1753, 1999, roč. 6, č. 2, s. 9-10.
- ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. 2003. Filozofické základy lekárskej etiky. Praha: Grada, 2003. 112 s. ISBN 80-247-0440-4.
- ŠIMKOVÁ, M. 2003. Konceptia paliatívnej starostlivosti. In *Humanita*. ISSN 1336-2208, 2003, roč. 12, č. 2, s. 1-8.

- ŠOLTÉS, L. a kol. 1996. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Bratislava: Slovac Academic Press, 1996. 104 s. ISBN 80-85665-74-3.
- ŠOLTÉS, L. a kol. 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta, 2008. 257 s. ISBN 978-80-8063-287-8.
- TAUSCH – FLAMMER, D. 1994. *Die letzten Woche und Tage*. Stuttgart: Diakonisches Werk EKD, 1994.
- TESTA, M.A., NACKLEY, J.F. 1994. Methods for quality of life studies. In *Rev. Public. Health*. 1994, č. 15, s. 535-559.
- THOMASMA, D.C., KUSHNER, T. 2000. *Od narodení do smrti*. Praha: Mladá Fronta, 2000. 389 s. ISBN 80-204-0883-5.
- TOMAŠOVIČOVÁ, A. 2001. Starý človek ako objekt sociálnej práce. In *Sociálna práca a zdravotníctvo*. 2001, roč. 2, č. 1-2, s. 21-24.
- TÓTHOVÁ, V. 2002. Míra informovanosti pacientů o svých právech – problematika dodržování etického kódezu Práva pacientů ve zdravotnických zařízeních. In *Sociálna práca a zdravotníctvo*. ISSN 1336-1031, 2002, roč. 3 č. 3-4, s. 7-29.
- TRESS, W., KRUSSE, J., OTT, J. 2008. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
- VALENTOVÁ, M. 2007. Interdisciplinární přístup v péči o umírajícího klienta. In *Mozaika hospicovej starostlivosti*. Martin: Hospice, občianske združenie, 2007. ISBN 978-80-9697336-2-0, s. 123.
- VÁGNEROVÁ, M. 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese – Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
- VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.