

DŮSTOJNÝ ODCHOD

Doc. PhDr. Václav Břicháček

Odchod ze života se v posledních desetiletích odehrává většinou ve **vysokém věku**. S prodlužující se délkou života přibývají zejména v euro-americké kultuře lidé, kteří se dožívají více než 80 let. V německé literatuře se objevil údaj, že 90 % populace si **přeje zemřít doma v rodině**, ale ve skutečnosti 70-80 % odchází ze života ve **zdravotnických zařízeních či v různých typech domovů pro seniory** (Schmitz-Scherzer 1999). Proto se prohlubuje smysl debat o **kvalitě života v posledních etapách života**, a to jak ve veřejných institucích, tak při hledání cest k odchodu z přirozeného prostředí rodiny. Šíří se snaha **rozvíjet paliativní medicínu** jako součást lékařské praxe i vědy. Od r. 1997 vychází **Journal of palliative care**, vydávaný v USA Centrem pro bioetiku. Rozvíjí se **hospicové hnutí** (viz např. časopis Die Hospiz-Zeitschrift v Německu) a hledají se racionální cesty, jak pečovat o odcházející osoby v rodinách, ale zároveň jak rodiny na tento úkol připravovat.

Obtížný proces umírání nebývá chápán v obecné populaci jako přirozená součást života. Vyrovnávání se s vlastní konečností se prosazuje v biodromální vývojové psychologii, která sleduje jedince od narození (mnohdy již prenatálně) až ke smrti. V celkovém povědomí většiny populace však působí **archetyp strachu ze smrti**, proto je smrt vytlačována z běžného života. Na **popírání konečnosti života** se podílí řada faktorů, mezi které patří:

- **Kultura mládí**, která podněcuje a podporuje rychle se měnící styl života mladých lidí. Znamky stárnutí (vrásky, šediny, tělesné potíže aj.) se uměle a často složitě odstraňují – snad s pocitem, že vývoj je možno zastavit či ošálit.
- **Klesá význam náboženství** v jeho plném prožívání. Život se chápe jako konečný, život posmrtný se popírá a uvažuje se o něm většinou jen ve výjimečných chvílích.
- **Smrt přestává být součástí života**, stárnoucí osoby umírají v ústraní, jaksi „neviditelně“. Mizí zkušenost mnoha generací, které ji prožívaly jako přirozenou součást života, byly s ní smířeny a vytvořily si řadu rituálů, jak se s umírajícím rozloučit, i jak vzpomenout jeho památku.
- Současná televize a další mediální prostředky předvádějí smrt jako mnohokrát denně opakovanou skutečnost. Je **nereálná**, odehrává se na obrazovce jako něco, co se diváka osobně nedotýká.

Při výzkumu významných životních událostí se prokazuje, že **smrt blízké milované osoby je velkou zátěží**. Zvládnutí smutku může být stejně obtížné, jako je **zvládnutí postoje k vlastnímu odchodu**. V nejběžněji užívané **stupnici obtížných životních situací (Holmes; Rahe 1967) je smrt manžela či manželky průkazně hodnocena jako událost nejtěžší**. I to je jeden z důvodů, proč uvažovat o přípravě na odchod jak blízkých osob, tak i na odchod vlastní, který by byl pro pozůstalé co nejméně svízelný.

Dnešní **psychologie zdraví** se často zabývá podporou a posuzováním kvality života. Rozumí se jí obvykle spokojenost jedince (ale i rodin, skupin, obce aj.) s dosahováním cílů, které směřují život, promítají se do běžných činností, sociálních aktivit i celkové pohody. Používané metody pro posouzení kvality života zvažují vliv různých zátěží, konfliktů či symptomů a vytvářejí celkový index pohody či rozlady.

Ve vysokém stáří se však objevují nové, specifické potíže či poruchy. Bývá nezbytné ledacos z běžných činností opustit, například léčení stále obtížnějších příznaků nemoci, a **přesunout pozornost na celkovou přípravu na blížící se závěr života**. Nejde již jen o „boj“ s nemocí, o její mnohdy složitě léčení, často zkomplikované postupující demencí. Usiluje se o **důstojný doprovod na konci životní stezky**, kdy se objevují jiné potřeby lidí.

V poslední době vykrytalizovaly **nové náměty k zamyšlení**:

- **Léčit v prvé řadě osobu a ne pouhou nemoc**. Umírající potřebuje pociťovat kolem sebe osobní péči a vstřícné pečování. Pojem „gerontologický pacient“ je neosobní a vlastně i znevažující.
- **Být k odcházejícímu zcela otevřený**. Smíření s osudem se ulehčí, jestliže člověk zná, co ho čeká, a může se spolehnout, že o něj bude pečováno.
- **Vyplnit přání odcházejícího**, byť se i někdy zdá nepřiměřené, malicherné či neracionální. Proto je žádoucí ptát se, co si přeje a jak jeho přání vyplnit. Často slyšíme například: „Sedni si ke mně“, „Postarejte se o strýce Rudolfa“, „Řekněte mu, že mu vzkazují...“ atd.
- Rozhodující bývá **zvládnout strach ze smrti a odchod humanizovat**. Umírající by neměl mít pocit, že je na obtíž, ale že **je přijímán** se všemi svými možnými chybami či životními omyly.
- **V poslední fázi života jsou psychologické i spirituální podpůrné aktivity minimálně stejně důležité jako péče somatická**. Objeví-li se **lítost** nad tím, že člověk nesplnil své úkoly, ledacos pokazil či nedokončil, je potřebné **upravovat zpětný pohled na běh života a pomoci dodávat mu smysl**. I tím se značně zvýší kvalita života v jeho konci. Někdy bývá prospěšné přizvat někoho „cizího“, kdo dokáže **ocenit život odcházejícího**. Mnohdy to může být duchovní či jiná osoba, která je jistou autoritou.

Před nástupem posledních etap života se rýsuje několik cest, které mohou **usnadnit a zlepšit životní kvalitu** (viz též Wilkening; Martin 2003):

1. **Využívat rezervy**, které stále ještě má stárnoucí jedinec a kterými může nahradit schopnosti, které ubývají a ztrácejí se. Některé činnosti se postupně omezují, jiné se zdůrazňují a hledají se nové cesty pro jejich využití. Baltes (Baltes; Lackman 1994) formuloval **stárnutí jako výběrovou optimalizaci s kompenzací**. Stárnoucí člověk musí omezit své

aktivity, soustředit se jen na některé a najít nové formy, jak postupovat při jejich uskutečňování. Snad právě v tom je zmoudření stáří.

Příklad: *Když se kdysi osmdesátiletého klavírního virtuosa Artura Rubinštejna po jednom z jeho úspěšných koncertů ptali, jak se udržuje v tak dokonalé formě, odpověděl: „Dnes hraji již méně skladeb než před lety (to znamená výběr a snížený rozsah činnosti). Mám tak více času jednotlivé skladby pilovat (optimalizace). Našel jsem nový způsob hry: prsty již nejsou tak pohyblivé, hraji proto pomaleji a získám možnost zrychlit tempo, když je to třeba, a jen málokdo pochopí, že tak docilují potřebnou dynamiku hry (kompenzace).*

2. Erikson (1999) používá pojem **generativita stárnoucích**. Využívají vlastní zkušenosti, myslí na stopy, které za sebou zanechávají a na poselství, které předávají následníkům. Někdy se užívá pojem **gerontranscendence** (Tornstam, 1996) pro vyjádření **osobní identity a integrity stárnoucích**. Stávají se v umírání příkladem pro následníky.

„Na počátku jsme to, co jsme dostali. Uprostřed života, když jsme se konečně naučili stát na vlastních dvou nohách, se učíme, že jsme povoláni dávat druhým, abychom završili svůj život, takže když opouštíme tento život, můžeme být tím, co jsme dali. Smrt může být z tohoto pohledu náš poslední dar.“ (Erikson)

3. **Poslední etapy života mají důležitý sociální aspekt**. Mezilidské vztahy se zužují a soustřeďují se většinou na nejbližší osoby. Mohou se s nimi však posílit pozitivní a vzájemně se podporující úzké vztahy, které následně zvyšují kvalitu života stárnoucích.

4. V posledních dnech nejde již jen o aktuální situaci, ale o **celkové posouzení prožitého života. Pozitivní postoj k vlastní minulosti**, která se již nemůže změnit, by měl být co nejvíce podporován. Úkolem okolí umírajícího je co nejvíce **podpořit jeho ocenění sebe samého, a tím snížit jeho strach ze smrti**.

„Individuálnímu životnímu cyklu nemůžeme přiměřeně rozumět bez ohledu na sociální kontext, ve kterém byl realizován. Jedinice a společnost jsou složitě propletené a dynamicky vzájemně vztahované k nepřetržité výměně. Když naše civilizace postrádá životaschopný ideál stáří, nedává skutečný útluk konceptu celého života.“ (Erikson)

Naznačené úkoly jsou relativně snáze uskutečnitelné uprostřed rodinného kruhu, obtížnější jsou v hospicích a většinou prakticky vyloučené ve zdravotnických zařízeních. I tehdy, kdy nastupuje paliativní péče, je žádoucí věnovat se jak tělesným obtížím, tak **základní psychologické i spirituální péči**, a co nejvíce **usilovat o duševní podporu a důstojnost posledních dnů života**.

Složitá situace nastává u jedinců **duševně nemocných či dementních**. Nemají asi strach ze smrti, neuvědomují si vlastní stav a nemohou formulovat vlastní přání. **Péče se omezuje na základní emoční podporu, na přítomnost ošetřujících, na vlídná slova a posilující doteky**. Jsou však popsány situace, kdy i zdánlivě zcela mentálně vyřazený jedinec mívá náhle jasné chvíle vědomí, třebaže jen velmi krátké. Neměly by uniknout pozornosti a neměly by být zanedbávány. Kulturní úroveň odchodu umírajících může tak být výrazně zlepšena vhodným působením, byť jen v krátké chvíli jasného sebeuvědomění.

Tak jako celý průběh každého lidského života mají i poslední dny různou, a mnohdy velmi odlišnou trajektorii. Nelze asi formulovat jedinou možnou cestu, která by byla obecně platná a „nacvičitelná“. Záleží převážně na empatii a na lásce blízkých, na osobnosti odcházejícího a na jeho zkušenostech. Vynořuje se naléhavě **otázka výchovy ke smrti**, a to jak stárnoucích osob, tak i celé populace. Kdokoliv se může ocitnout v situaci, kdy je jeho pomoc nutná, a stejně tak bude jednou každý v situaci, kdy sám bude potřebovat ve svých posledních dnech pomoc. I toto je součást Vševýchovy, jak ji už před 350 lety vytvářel Komenský.

„Neboť jistě nejlepší část filosofie jest naučit se zemřít – rozuměj dobře zemřít. Zemřít není žádné umění: smrt přijde sama, ale dobře zemřít je umění nad umění.“ (Vševýchova)

Literatura:

ERIKSON, E.H.: *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Lidové noviny, 1999.

HOLMES, T.H.; RAHE, T.R.: The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, no. 11, p. 213 – 218.

BALTES, P.B.; LACKMAN, M.E.: Psychological aging in lifespan perspective. In: Rutter, M.; Hay, D.: *Development through life*. Oxford: Blackwell Science, 1994, p. 583 – 606.

SCHMITZ-SCHERZER, R.: Thanatologie. In: Jensen, B. et al.: *Spezielle Gerontologie*. Weinheim: Juventa, 1999, p. 383 – 396.

WILKENING, K.; MARTIN, M.: Lebensqualität am Lebensende – Erfahrungen, Modelle und Perspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2003, no. 36, p. 333 – 338.

TORNSTAM, I.: Gerontranscendence – the contemplative dimension of aging. *Journal of Aging and Identity*, 1996, no. 1, p. 37 – 50.

KOMENSKÝ, J. A.: Vševýchova. SPN, 1948.

(*Die Hospiz-Zeitschrift*. Časopis vychází v Německu, v případě potřeby je možné obrátit se na prof. Dr. Karin Wilkening, na adrese: Fachhochschule Braunschweig / Wolfhüttel, Ludwig – Winter Strasse 2, 38120 Braunschweig.)